

Santé mentale des requérants d'asile traumatisés :  
état des lieux et recommandations.

Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique,  
section Égalité face à la santé

Lucerne, le 4 juin 2018

IMPRESSUM

---

## Auteurs

Franziska Müller, lic. phil. (responsable du projet)

Zilla Roose, MSc.

Flurina Landis, lic. ès. sc. pol.

Giada Gianola, MA. pol. sc.

## INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Lucerne

T +41 41 226 04 26

[interface@interface-politikstudien.ch](mailto:interface@interface-politikstudien.ch)

[www.interface-politikstudien.ch](http://www.interface-politikstudien.ch)

## Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fait partie du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

## Durée de l'étude

Mai 2017 à juin 2018

## Période de collecte des données

Septembre à octobre 2017

## Pour citer l'étude

Müller, Franziska ; Roose, Zilla ; Landis, Flurina ; Gianola, Giada (2017) : Santé mentale des requérants d'asile traumatisés : état des lieux et recommandations. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), section Égalité face à la santé, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerne.

## Remarque

Le présent rapport a été rédigé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le mandataire est seul responsable de son contenu.

## Référence

Numéro de projet : 17-42

## TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE ET BUT	4
2	MÉTHODOLOGIE	6
3	INFORMATIONS SUR LES PERSONNES CONCERNÉES	8
3.1	Définition et ampleur	8
3.2	Traitement	10
4	ENJEUX ET SOLUTIONS POSSIBLES	11
4.1	Dépistage précoce et diagnostic (enjeux 1 et 2)	13
4.2	Offres de traitement existantes (enjeux 2, 3 et 5)	19
4.3	Flux d'informationS/coopération (enjeu 6)	23
4.4	Financement (enjeu 7)	27
5	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	32
	ANNEXE	37

## I CONTEXTE ET BUT

Le Conseil fédéral a octroyé un délai de transition de deux ans (décision du Conseil fédéral du 29 avril 2015) et fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2016 l'entrée en vigueur de la loi révisée sur les épidémies (LEp), qui règle la protection de l'être humain contre les maladies transmissibles, et de l'ordonnance sur les épidémies (OEp) y afférente. En parallèle, il a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'élaborer un concept pour mettre en œuvre les mesures découlant de la loi révisée sur les épidémies, en collaboration avec le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et les autorités cantonales impliquées (représentants des médecins cantonaux et des coordinateurs d'asile) ainsi qu'avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS). La mise en œuvre devait se faire d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Pour préparer le concept, le groupe de travail a décidé de faire réaliser une analyse externe de la situation réelle et de la situation à atteindre. Le mandat a été confié au bureau d'études et de conseil politiques Interface, à Lucerne<sup>1</sup>. Il avait pour but de présenter le *statu quo* au niveau fédéral et dans les centres d'hébergement collectif cantonaux puis d'identifier les lacunes dans l'offre de santé de ces institutions et dans la procédure de répartition des requérants d'asile par la Confédération (cf. Müller et al. 2017). L'analyse a notamment mis en évidence la nécessité d'intervenir dans les soins médicaux dispensés aux requérants d'asile traumatisés<sup>2</sup>. Cependant, l'analyse de la situation réelle concernant les soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif des cantons était essentiellement axée sur les maladies transmissibles. Les maladies non transmissibles, notamment les troubles psychiques comme l'état de stress post-traumatique (désigné par ESPT par la suite), n'ont pas été explicitement analysées.

Le bureau Interface a été chargé de réaliser la présente étude, les deux buts poursuivis étant les suivants :

- acquérir une meilleure connaissance des problèmes et des lacunes existants dans l'encadrement et les soins médicaux offerts aux requérants d'asile dans les centres de la Confédération et des cantons, et
- proposer des recommandations en matière d'encadrement et de soins pour les requérants d'asile traumatisés séjournant dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif des cantons.

<sup>1</sup> Müller, Franziska ; Laubereau, Birgit ; Bucher, Noëlle ; Ostrowski, Gaspard (2017) : Soins médicaux pour les requérants d'asile. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Interface Politikstudien Forschung Beratung et evaluanda, Lucerne/Genève.

<sup>2</sup> Diverses études précédentes ont déjà confirmé l'insuffisance de l'accès à l'offre de soins de psychiatrie/psychothérapie, en particulier, pour les victimes traumatisées par la torture et par la guerre, étant donné notamment le manque d'offre et la sursollicitation de l'offre adaptée (comme les services ambulatoires pour les victimes de tortures et de guerre) (en particulier, Oetterli, Manuela ; Niederhauser, Andrea (Interface) ; Pluess, Simon (evaluanda) (2013) : Analyse de la situation réelle relative aux offres psychosociales de traitement et d'encadrement en faveur de personnes traumatisées dans le domaine de l'asile et des réfugiés. Rapport à l'intention de l'Office fédéral des migrations (ODM), Lucerne/Genève.

Dans le présent rapport, nous exposons les connaissances acquises dans le cadre de cette analyse. Après un aperçu de la méthodologie utilisée, nous aborderons le tableau clinique du traumatisme, la prévalence de ce dernier parmi les requérants d'asile et son traitement. Le corps du rapport est structuré selon sept enjeux que nous avons identifiés dans la littérature existante et qui ont trait au dépistage précoce et au diagnostic, l'offre, au flux d'information et à la collaboration et, pour finir, au financement. Pour chacun de ces enjeux, nous présentons la situation actuelle, telle qu'elle nous a été décrite par les experts (hommes et femmes), puis indiquons les solutions évoquées par ces derniers en vue d'apporter des améliorations. Toutes les informations restituées dans le présent rapport se basent sur les données fournies par les personnes interrogées lors d'entretiens téléphoniques et expriment leur perception.

Pour conclure le rapport, nous proposons un résumé des connaissances acquises et qui sous-tendent nos recommandations.

La présente section décrit la méthodologie employée pour ce projet et montre comment nous avons développé les guides pour les entretiens, sélectionné les experts et évalué leurs propos.

#### Première séance et analyse de la littérature

Une première séance a tout d'abord eu lieu avec les mandants, qui a servi à préciser le mandat et à fixer définitivement la marche à suivre. Nous avons ensuite examiné la littérature disponible sur le sujet, au moyen d'une grille d'analyse simple, structurée selon les problématiques clés du mandat et dans laquelle ont été reportées les informations tirées de la littérature. Cette analyse a permis d'établir une liste de sept enjeux majeurs qui se posent dans les soins de santé prévus pour les requérants d'asile traumatisés. La liste figure au chap. 4.

#### Guide pour les entretiens

Nous nous sommes appuyés sur la liste des sept enjeux identifiés pour développer le guide utilisé pour les entretiens téléphoniques (il est disponible en allemand, cf. annexe A2, et en français, cf. annexe A4). Après la traduction du guide d'allemand en français, nous l'avons envoyé aux experts en Suisse romande et en Suisse alémanique avant de mener les entretiens, afin de nous assurer que les questions étaient pertinentes et couvraient les aspects essentiels, puis nous avons remanié les textes conformément aux commentaires reçus. Chaque bloc thématique du guide commençait par des questions sur les obstacles et les problèmes actuels, mais mettait par la suite l'accent sur les solutions possibles.

#### Entretiens

L'analyse s'est basée sur treize entretiens téléphoniques avec des experts en soins médicaux destinés aux requérants d'asile traumatisés. Nous avons établi la liste en collaboration avec les mandants, en veillant à solliciter des personnes de différentes régions de Suisse (la liste des experts interrogés est disponible dans l'annexe A1). De même, compte tenu des divers profils professionnels et des champs d'activités représentés, ces experts offrent une vue d'ensemble différenciée de la problématique des soins médicaux dans le domaine de l'asile. Nous avons convenu avec eux de rendez-vous pour les entretiens téléphoniques, d'une durée d'une heure environ, et leur avons transmis le guide en amont afin qu'ils puissent s'y préparer. Les entretiens ont été enregistrés et consignés dans des comptes-rendus.

#### Atelier de validation

Les principaux résultats et recommandations ont été discutés et concrétisés lors d'un atelier mené avec une sélection de cinq experts de Suisse alémanique et de Suisse romande. Les résultats de ces échanges ont été pris en compte lors de la révision du rapport.

Rédaction du rapport.

Les comptes-rendus ont été évalués aux fins de rédaction du rapport. Eu égard à leurs différentes activités et à leurs profils, tous les experts n'ont pas été en mesure de répondre aux questions pour l'ensemble des thèmes.

Validité géographique des résultats

Les personnes que nous avons interrogées en Suisse alémanique exercent toutes dans la région de Zurich/Winterthour ou de Berne. Les experts de Suisse romande étaient, quant à eux, tous de la région de Genève ou de Lausanne. Si la plupart des déclarations des experts alémaniques peuvent s'appliquer à une grande partie de leur région linguistique, ce n'était pas le cas en Suisse romande. Les cantons de Genève et de Vaud semblent, en effet, se distinguer fortement des autres cantons et faire figure de meilleurs exemples dans de nombreux domaines. Les enseignements émanant de ces experts ne sont donc pas transposables à l'ensemble de la Suisse romande.

Nous décrivons ci-dessous les connaissances tirées des entretiens concernant la définition d'un traumatisme et la part des personnes concernées parmi les requérants d'asile. Nous traiterons ensuite des besoins des requérants d'asile traumatisés en termes de traitement et des traitements effectivement dispensés.

### 3.1 DÉFINITION ET AMPLEUR

Nous nous intéresserons dans un premier temps à la définition du traumatisme et montrerons la distinction conceptuelle entre l'acception de ce terme dans l'usage clinique et dans le langage courant. Nous aborderons enfin les différentes formes de traumatisme.

#### 3.1.1 DÉFINITION DU TERME « TRAUMATISME »

L'évaluation des entretiens a montré, d'une part, que l'emploi du terme de traumatisme est très différent entre l'usage courant et la terminologie spécialisée et, d'autre part, qu'il est aussi nécessaire d'établir une distinction dans le cadre de cette dernière. De manière générale, il convient de noter que, dans le langage spécialisé, un traumatisme doit être précédé d'un événement traumatisant. Ce dernier peut être de nature et de forme différentes, mais il s'agit toujours d'événements graves susceptibles de mettre la vie en danger, qui déclenchent une grande anxiété chez toutes les personnes concernées ou qui en sont témoins. C'est là que réside la différence principale avec l'usage de ce terme dans le langage courant, qui l'utilise déjà pour des événements considérablement moins graves. Si des symptômes apparaissent suite à un événement traumatique selon la terminologie spécialisée, les spécialistes parlent de *troubles post-traumatiques*. Parmi ces troubles, on distingue différents tableaux cliniques :

##### État de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ci-après, ESPT ; en anglais : *posttraumatic stress disorder, PTSD*) correspond à ce que l'on entend traditionnellement par un trouble post-traumatique. Les deux systèmes de classification diagnostique utilisés en Suisse, la CIM 10<sup>3</sup> et le DSM IV/V<sup>4</sup> définissent aussi bien les causes de l'ESPT que les symptômes. Les caractéristiques principales impliquent la survenue d'un événement traumatique au sens de l'usage clinique décrit, qui précède et provoque l'ESPT. Les symptômes, multiples, sont détaillés dans le système de classification. Les plus typiques sont la *reviviscence* répétée de l'événement traumatique dans des intrusions<sup>5</sup>, des cauchemars, des *flashbacks*, des souvenirs envahissants, ou encore une souffrance psychique ou des réactions physiques en cas de confrontations à des stimuli (internes ou externes)

<sup>3</sup> La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'édition la plus récente est la dixième (2016).

<sup>4</sup> Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) est publié par l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association, APA). L'édition la plus récente est la cinquième (2013).

<sup>5</sup> On entend par « intrusions » la réminiscence ou la reviviscence de l'événement traumatique dans des souvenirs, des *flashbacks*, des images ou des cauchemars généralement déclenchés par un stimulus évocateur.



qui symbolisent le traumatisme. Ces symptômes s'accompagnent fréquemment d'un *comportement d'évitement* chez la personne concernée, qui contourne autant que possible les pensées et les sentiments liés au traumatisme ou aux stimuli qui peuvent les déclencher. Des *modifications des cognitions ou des affects associés au traumatisme* apparaissent également suite à ce dernier, par exemple des sentiments de culpabilité et de honte, ou une incapacité à se souvenir d'aspects importants de l'événement traumatique. Enfin, l'ESPT entraîne des *modifications de l'excitabilité et des réactions*, avec par exemple une irritabilité, des crises de colère, des comportements autodestructeurs, des réactions d'alarme, des troubles du sommeil et de la concentration ou un état de qui-vive (hypervigilance). Il existe trois autres critères de diagnostic d'un ESPT : les symptômes perdurent après un mois, ils entraînent des restrictions importantes d'un point de vue clinique et ne sont pas induits par la consommation de substances ni par d'autres pathologies.

Autres tableaux cliniques provoqués par des événements traumatiques  
Lors des entretiens, plusieurs personnes interrogées ont rappelé que l'ESPT n'est pas la seule forme par laquelle des événements traumatiques pouvaient s'exprimer. Les symptômes présentés par de nombreuses personnes concernées peuvent se manifester davantage sous la forme de troubles affectifs, de type dépression, dépendances à des substances ou troubles de la concentration, et pouvant aller jusqu'à une symptomatologie psychotique. Il est donc fréquent que des personnes n'ayant que peu d'expérience, voire aucune, des troubles post-traumatiques posent un diagnostic incorrect et, de ce fait, proposent même un traitement inadapté. Derrière ces troubles post-traumatiques se cachent cependant des événements traumatiques qui nécessitent un traitement spécifique et susceptible d'atténuer les symptômes.

Différents experts ont relevé que, dans la plupart des cas, les personnes présentent des troubles divers et que les comorbidités sont fréquentes (c.-à-d. plus d'une pathologie à la fois).

### 3.1.2 ÉTENDUE

En Suisse, on ne dispose pas de chiffres concernant le nombre de requérants d'asile atteints de troubles post-traumatiques, car aucune enquête représentative n'a encore été réalisée à ce jour. La littérature internationale évoque un taux d'environ 30 %<sup>6</sup>. Selon la prise de position « *Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern* », émise le 22 mars 2016 par la Société allemande pour la psychiatrie et la psychothérapie, la psychosomatique et la neuropsychiatrie (DGPPN), un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été posés chez 63,6 % des requérants d'asile d'un centre d'accueil bavarois en 2012. Pour la Suisse, des études et les experts interrogés avancent une fourchette de 50<sup>7</sup> à 60<sup>8</sup> %.

<sup>6</sup> Steel, Z.; Chey, T.; Silove, D.; Marnane, C.; Brynat, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 302(5), p. 537-549.

<sup>7</sup> Mueller, J.; Schmidt, M.; Staeheli, A. & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur. J. Public Health*, 63 21, (2), p. 184-189.

<sup>8</sup> Bachmann, Anita (2012) : Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren, dans : Der Bund (23.07.2012).

Lors des interviews, nous avons demandé aux experts si ces estimations de 30 à 60 % leur semblaient correctes. Beaucoup d'entre eux considèrent qu'ils sont en principe réalistes. À leur avis, la part des personnes présentant le profil clinique de l'ESPT est plutôt de l'ordre de 30 %. En adoptant une définition plus large, incluant toutes les personnes atteintes d'un trouble psychique consécutif à un traumatisme, la valeur plus élevée paraît également plausible. Chez les jeunes, la proportion serait même supérieure à 60 %. Les experts se basent, pour ces estimations, sur leur propre expérience. Certains d'entre eux ont précisé être presque exclusivement confrontés à des requérants d'asile traumatisés ; ils ne disposent donc pas d'une vue d'ensemble de la population globale des requérants d'asile et n'ont, par conséquent, pas été en mesure de répondre à cette question. Ils ont également fait remarquer que la finesse des procédures disponibles pour identifier un traumatisme varie fortement et mène, de ce fait, à des chiffres différents.

### 3.2 TRAITEMENT

---

On ne dispose pas non plus de chiffres nationaux sur les requérants d'asile traumatisés nécessitant des soins. Les experts sont unanimes sur le fait que les personnes qui présentent le tableau clinique d'un ESPT ont besoin d'une prise en charge. Des soins s'imposent notamment lorsque la maladie devient chronique ou en présence de comorbidités. Toutefois, il est également mentionné que, selon le profil clinique, un traitement spécifique au traumatisme n'est pas obligatoirement nécessaire et que dans certains cas, il est aussi possible de faire appel à des psychothérapeutes ayant suivi une formation classique, à des médecins généralistes ou, dans certaines circonstances, à d'autres offres.

Dans l'ensemble, les experts s'accordent à dire que le nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge est nettement plus élevé que celui des personnes qui en bénéficient effectivement. On constate toutefois de fortes disparités régionales. En Suisse alémanique, selon l'estimation de quelques experts, moins que 10 % des personnes qui ont besoin de soins en bénéficient. Dans les cantons de Genève et de Vaud, au contraire, les estimations sont plus élevées, c'est-à-dire entre 30 % et 70 %.

Comme décrit précédemment, nous avons, dans un premier temps, analysé la littérature, à partir de laquelle nous avons déduit une liste de sept enjeux majeurs qui se posent en matière de prestation de soins de santé en faveur des requérants d'asile traumatisés. Les difficultés identifiées sont les suivantes :

- 1 Absence de dépistage précoce et de diagnostic (par exemple, en raison du manque de connaissances/de sensibilisation dans les centres d'asile), pas d'orientation vers un service compétent, information insuffisante.
- 2 Difficultés du côté des patients, telles que : communication limitée ; préjugés, peur de la stigmatisation ; méconnaissance des diagnostics et des traitements ; manque de confiance/insécurité, manque de culture sanitaire (*health literacy*).
- 3 Offre de soins spécialisés insuffisante, donc longs délais d'attente.
- 4 Diagnostic erroné et traitement inadéquat.
- 5 Absence d'offres de soutien psychosocial d'accès facile.
- 6 Transmission des informations et collaboration difficiles (par exemple, lors du transfert du centre de la Confédération aux centres cantonaux de transit, puis dans les communes).
- 7 Absence de financement, pas de couverture des coûts (par exemple, pour la traduction/l'interprétariat).

Le tableau D4.1 ci-après indique les sources dont ont été tirés les sept enjeux répertoriés.

## D4.1 : Indication des sources relatives aux enjeux

Source	Enjeu						
	1	2	3	4	5	6	7
Ackermann, Ch. et al. (2003)		•					
Bachmann, A. (2012)		•	•		•		
Bischoff, A. et al. (2009)			•		•		
Brägger, M. (2017)							•
Brakowski, J. (2017)							•
Bürli, Ch. et al. (2015)	•						
Guggisberg, J. et al. (2011)		•					
Hepp, U. (2016)		•					
Hochuli, S. (2016)	•		•				•
Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (2016)					•		•
Küchenhoff, B. (2017)		•	•			•	•
Llosa, A. et al. (2017)	•						
Maggi, J. et al. (2003)		•					•
Maier, T.(2015)		•					
Maier, T. (2016)	•	•	•		•		•
Maier, T. (2017)		•		•			•
Maier, T. et al. (2010)				•			
Müller, J. (2009)		•		•			
Müller, F. et al. (2017)	•				•	•	
Nickl, R. (2016)		•					
Nosetti, L. et al. (2012)	•	•	•	•	•		•
Novák, M. (2012)	•						
Oetterli, M. et al. (2013)	•	•	•	•	•	•	•
Schick, M. et al. (2017)		•		•		•	•
Schwald, O. et al. (2016)		•		•		•	•
Schweizerisches Rotes Kreuz (2017)							•
Schweizerisches Rotes Kreuz (o. J.) (a)						•	
Schweizerisches Rotes Kreuz (o. J.) (b)					•		
Stocker, D. et al. (2016)	•	•	•		•	•	
Straub, M. et al. (2007)		•				•	
Testa-Mader, A. et al. (2002)		•					
Weiss, R. (2003)		•					
Zuber, L. (2014)	•	•	•	•			

Légende : les points noirs indiquent quels enjeux sont décrits dans les différentes sources. Ce tableau ne contient qu'une liste abrégée des références utilisées ; la bibliographie complète se trouve à l'annexe A2.

De l'avis des experts interrogés, cette liste reflète bien tous les enjeux identifiés pour la Suisse dans la littérature et au quotidien. En complément, les entretiens ont notamment fait ressortir les problèmes qui découlent des conditions régnant dans les centres de la Confédération et des cantons. Les grands dortoirs, par exemple, sont particulièrement inadaptés pour les personnes souffrant de troubles post-traumatiques. De plus, dans bien des cas, les structures de jour, les offres faciles d'accès et l'encadrement sociopédagogique sont inexistantes ou très limités, ce qui est d'autant plus regrettable que des

conditions plus favorables contribueraient certainement déjà à améliorer l'état de santé psychique de ces personnes.

Dans la suite du présent rapport, nous reviendrons plus en détail sur les sept enjeux énoncés. Pour chacun d'eux, nous avons demandé aux experts de décrire la situation actuelle et d'indiquer ensuite des mesures qui permettraient de l'améliorer. Les conclusions tirées de ces questions sont retranscrites dans les différents chapitres ci-après (4.1 à 4.4).

#### 4.1 DÉPISTAGE PRÉCOCE ET DIAGNOSTIC (ENJEUX 1 ET 2)

---

Lors des entretiens guidés, nous avons cherché à savoir de la part des experts comment se déroule le processus de dépistage, de diagnostic et d'orientation vers un service de soins généraux puis vers un service spécialisé, et quelles étaient les sources de problèmes dans ces processus. Nous leur avons également demandé d'esquisser des suggestions, s'ils en avaient. Les résultats de ces questions sont indiqués ci-après.

##### 4.1.1 DÉPISTAGE PRÉCOCE

Nous revenons tout d'abord sur le déroulement du processus de dépistage dans les centres de la Confédération et des cantons et examinerons ensuite les obstacles qui, du côté des requérants d'asile, compliquent le dépistage précoce.

Situation actuelle au niveau de la Confédération (centres fédéraux)

En ce qui concerne le dépistage précoce dans les centres fédéraux, la plupart des personnes interrogées ont indiqué ne pas être liées à ce processus, ou seulement de très loin, et donc ne pas avoir d'informations précises à ce sujet. Sur la base des renseignements dont ils disposent, les experts nous ont dépeint la situation suivante :

Dans les centres fédéraux, la santé mentale des requérants d'asile n'est, à aucun stade, examinée de façon systématique. Mis à part dans le cadre des mesures sanitaires à la frontière, actuellement encore applicables, qui visent cependant à détecter les cas de tuberculose, il n'est pas prévu de mener un examen (initial) de santé ou d'effectuer un dépistage<sup>9</sup> avec chacune des personnes qui entre dans un tel centre.<sup>10</sup> En cas de besoin, les requérants d'asile peuvent s'adresser aux collaborateurs des centres, lesquels peu-

<sup>9</sup> Le terme dépistage n'est pas défini de façon précise et peut comprendre toutes sortes d'examen initiaux. Dans le présent rapport, on entend par dépistage un petit nombre de questions posées aux personnes peu après leur entrée en Suisse et visant à déterminer si celles-ci présentent des symptômes de trouble post-traumatique.

<sup>10</sup> Dans l'intervalle, l'OFSP, en collaboration avec le SEM, a développé un concept pour assurer la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles et l'accès aux soins de santé. Ce dernier est mis en œuvre dans les Centres fédéraux pour requérants d'asile CFA depuis janvier 2018. Les principales innovations sont que tous les demandeurs d'asile sont informés des principaux problèmes de santé - y compris les maladies transmissibles - lorsqu'ils entrent dans un CFA et qu'ils se voient offrir la possibilité d'une consultation médicale initiale. A cet effet, un questionnaire a été élaboré qui permet de saisir l'état de santé et l'état vaccinal des requérants, afin d'assurer une affectation aux soins médicaux et aux vaccinations au moment adéquat et suffisamment tôt. Toutefois, le concept ne prévoit pas non plus d'introduire une partie concernant des aspects de santé psychique dans les informations médicales à recueillir à l'entrée dans un centre.

vent faire appel à des professionnels de la santé.<sup>11</sup> Ces dernières années, des personnes au bénéfice d'une formation médicale ont été embauchées dans les centres de la Confédération pour dispenser des soins sur place. Les personnes interrogées font toutefois remarquer que ces collaborateurs sont généralement trop peu nombreux et sursollicités par le grand nombre de requérants d'asile déjà présents dans les centres. Bon nombre d'experts ajoutent que les collaborateurs des centres ne disposent souvent pas de connaissances suffisantes sur la santé mentale en général ni sur les troubles post-traumatiques pour interpréter correctement les signes apparents et donc repérer précocement les personnes traumatisées. Le personnel de santé assume en réalité un rôle de « gatekeeper », c'est-à-dire qu'il décide au cas par cas si les requérants d'asile sont orientés vers un spécialiste ou non.

Situation actuelle au niveau des cantons (centres cantonaux)

En ce qui concerne le dépistage précoce de troubles post-traumatiques, on observe des différences notables entre la Suisse alémanique et les cantons de Vaud et de Genève.

De même que dans les centres fédéraux, des collaborateurs sont chargés dans les centres d'hébergement collectif cantonaux d'assurer une prise en charge médicale des requérants d'asile et assument une fonction de redirection en cas de besoin. En Suisse alémanique, il s'agit souvent de collaborateurs *ne disposant pas* d'une formation médicale. Qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes, les requérants d'asile ne bénéficient pas, dans le cadre d'une consultation initiale ou d'une procédure de dépistage, d'un examen systématique de leur état de santé mentale visant en particulier à déceler un éventuel traumatisme.

En Suisse romande, l'évaluation médicale des requérants d'asile est assurée par le personnel des hôpitaux de Lausanne (Unité de soins aux migrants [USMi] de la Policlinique médicale universitaire [PMU]) et de Genève (Programme Santé Migrants des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG]). Dans le canton de Vaud, le service USMi, qui dépend de l'hôpital universitaire, effectue un examen dit de « première ligne ». L'USMi est dotée d'une équipe multidisciplinaire composée d'aides-soignants, d'infirmiers, d'une équipe administrative et de médecins spécialement formés pour accompagner les migrants.<sup>12</sup> Un petit nombre de questions systématiques permet d'identifier la présence de symptômes d'ESPT. Si cette procédure de dépistage n'équivaut pas à un examen approfondi, les experts interrogés estiment que cette méthode permet de repérer les cas graves et constitue un bon premier « filtre ». Une critique est toutefois émise parce que le même questionnaire de dépistage est utilisé pour toutes les classes d'âge, alors qu'il ne convient pas vraiment pour les enfants et les adolescents. Le personnel soignant de « première ligne » bénéficie du soutien de médecins (prise en charge des cas graves et supervision, entre autres) et oriente les personnes nécessitant des soins particuliers vers des institutions cantonales spécialisées dans le traitement des troubles post-traumatiques (Centre des populations vulnérables du

<sup>11</sup> À noter une exception, à savoir le centre fédéral de Juch, à Zurich Altstetten, où les médecins de premier recours du service de soins ambulatoires de la Kanonengasse voient, dans le cadre d'une consultation initiale, toutes les personnes hébergées dans le centre et les orientent vers des spécialistes en psychiatrie en cas de besoin.

<sup>12</sup> L'équipe comprend environ une vingtaine de soignants, répartis sur sept centres (Lausanne, Crissier, Renens, Bex, Vevey, Yverdon, Sainte-Croix).

Centre hospitalier universitaire vaudois, Médecins de Premier Recours [MPR], par exemple). Il est, en outre, formé et sensibilisé spécifiquement au traitement de ces pathologies. Les personnes interrogées dans le canton de Vaud sont d'avis que cette procédure a permis la création de structures utiles pour le dépistage précoce et permettant de repérer les problèmes importants. Genève nous a signalé que le dépistage précoce fonctionne surtout pour les pathologies physiques. Les structures ont été adaptées sur ce plan il y a deux ans. Par contre, la santé mentale ne jouit pas d'une attention équivalente.

#### Obstacles du côté des requérants d'asile

Outre les entraves dans le système de santé, certains éléments liés aux migrants affectés compliquent également le dépistage précoce d'atteintes au niveau de la santé mentale. Trois de ces éléments sont décrits ci-après :

- L'élément le plus fréquemment cité par les personnes interrogées est le manque de compréhension des requérants d'asile. Dans de nombreux pays, on ne parle pas ouvertement des souffrances psychiques, et les personnes connaissent mal les symptômes ainsi que les possibilités de traitement. Les personnes elles-mêmes ne considèrent donc pas leur détresse comme un état de stress post-traumatique et n'identifient que certains symptômes, tels que les troubles du sommeil. En outre, les maladies psychiques et le fait d'en être atteint sont souvent des causes de stigmatisation dans leur pays d'origine. Les souffrances physiques sont socialement tolérées, ce qui n'est pas le cas des souffrances psychiques, raison pour laquelle les migrants consultent plus souvent un médecin en cas de troubles somatiques.
- Le deuxième élément évoqué par de nombreux experts est le manque de confiance, voire la méfiance, que les requérants d'asile ont vis-à-vis des autorités suite à leurs expériences dans d'autres pays, le personnel médical étant régulièrement assimilé aux autorités dans leur perception de la situation. Le secret professionnel formel et substantiel, tel qu'il existe dans le système suisse de santé, leur est inconnu, et ils doutent que les soignants le respecteront effectivement. Lorsque les migrants ne font pas ou pas pleinement confiance au soignant qui les examine, cela peut avoir des répercussions sur leur comportement. Cet aspect concerne en particulier les requérants d'asile dont la procédure en vue de l'obtention d'un titre de séjour est en cours.
- Enfin, certains experts ont mentionné que les symptômes dont souffrent les personnes concernées se manifestent souvent la nuit, c'est-à-dire lorsque le personnel disposant d'une formation médicale est absent ou difficilement accessible. De jour, les personnes atteintes d'un trouble post-traumatique tendent à être calmes et introverties et restent plutôt en retrait, si bien qu'elles n'attirent pas vraiment l'attention sur elles, ce qui rend le dépistage précoce plus compliqué. Ces obstacles ont surtout été cités par les experts interrogés en Suisse alémanique. En Suisse romande, ces aspects sont également évoqués, mais les experts estiment globalement que les structures spécifiquement dédiées à l'accompagnement et aux soins des requérants d'asile qui ont été mises en place dans les cantons de Vaud et de Genève contribuent efficacement à diminuer ces obstacles.

## Possibilités d'amélioration

En ce qui concerne les possibilités d'amélioration du dépistage précoce dans les centres fédéraux et ceux des cantons, la plupart des experts interrogés en Suisse alémanique ont indiqué qu'il faudrait introduire des *examens systématiques visant à évaluer la santé mentale* des requérants d'asile. Bon nombre d'entre eux estiment qu'une procédure de dépistage constituerait un moyen adéquat ; certains avis divergent cependant sur ce point. Ce type de procédure, sous forme de questionnaire simple, existe déjà en Suisse romande (Genève et Vaud). Les experts alémaniques ont, quant à eux, davantage cité des exemples allemands. De l'avis de certaines personnes sondées, ces outils qui se limitent à quelques questions présentent un bon rapport coûts-temps investi et devraient être utilisés dès que possible après l'arrivée en Suisse des requérants d'asile. Lors des entretiens guidés, deux réserves ont toutefois été émises vis-à-vis de cette forme de dépistage :

- Premièrement, certains experts ont fait remarquer qu'une telle procédure systématique pourrait engendrer la détection de troubles post-traumatiques chez une proportion potentiellement conséquente des requérants d'asile, alors que les places actuellement disponibles pour traiter ces personnes de façon adéquate étaient insuffisantes. Cela soulève tout d'abord la question fondamentale de savoir comment gérer les situations où le nombre de troubles diagnostiqués excède celui des places de traitement existantes. En outre, il faudrait se demander si un tel diagnostic est susceptible, *de facto* ou de façon intentionnelle, d'influer sur une procédure de demande d'asile en cours et, le cas échéant, dans quel sens ? Les experts notent sur ce point des problématiques éthiques épineuses ainsi qu'une tendance chez les acteurs impliqués à éviter de se pencher sur celles-ci.
- Deuxièmement, certaines personnes interrogées ont attiré l'attention sur le fait qu'un questionnaire aussi succinct n'était pas l'outil le plus adéquat et qu'il serait plus indiqué de privilégier un premier entretien personnel. Bon nombre d'experts reconnaissent, certes, les avantages d'un entretien personnalisé, mais ils doutent que cette option soit réalisable, en raison des ressources humaines et financières disponibles.

En ce qui concerne la diminution des obstacles au dépistage précoce liés aux requérants d'asile, les experts considèrent avant tout qu'une mesure dite de *psychoéducation* serait indiquée. On entend par là l'information donnée aux personnes concernées, d'une part, sur les signes et les symptômes d'une maladie psychique et, d'autre part, sur les règles et les acteurs du système de santé suisse. Les experts estiment que même un petit nombre de mesures psychoéducatives devrait permettre d'augmenter le niveau de culture sanitaire (*health literacy*) des migrants dans les centres, c'est-à-dire leur degré de compréhension concernant leur propre santé et leur capacité à agir sur leurs symptômes. Des instruments en ce sens existent sous forme de brochures, d'applications et d'autres offres médiatiques et pourraient également être utilisés en Suisse. Une autre manière d'accroître le niveau de culture sanitaire consisterait à former certains requérants d'asile, chargés ensuite de diffuser ces connaissances dans leur entourage. Quant aux possibilités de dissiper la méfiance des requérants d'asile, une des personnes interrogées a suggéré de n'indiquer que de manière implicite au début d'un entretien que l'on est psychiatre.



Pour pouvoir mettre en œuvre ces deux recommandations – détection systématique des troubles psychiques et renforcement de la psychoéducation – les centres doivent être dotés de *personnel soignant spécialement formé* à cet effet. Ces personnes doivent notamment être en mesure de reconnaître les signes somatiques de l'ESPT (*red spots*). Les experts interrogés recommandent les solutions suivantes : soit offrir au personnel des centres de la Confédération et des centres cantonaux des cours de formation et/ou de perfectionnement sur les traumatismes psychiques, soit intégrer de façon réglementée des spécialistes formés dans le domaine de la psychiatrie ou de la psychologie. Il a notamment été fait référence à l'intégration d'équipes mobiles de services psychiatriques, comme c'est le cas dans le canton de Vaud.

#### 4.1.2 DIAGNOSTIC

Dans le présent chapitre, nous présentons les conclusions qui ont été tirées des réponses des experts en ce qui concerne les difficultés au niveau de la pose d'un diagnostic de trouble post-traumatique (ou ESPT) et les possibilités d'amélioration en la matière.

##### Situation actuelle

Les personnes interrogées indiquent que la pose d'un diagnostic d'ESPT n'est pas une tâche habituelle pour les soignants qui ne sont pas spécialisés dans les traumatismes psychiques. Comme indiqué dans le chapitre sur la définition du terme « traumatisme », ces troubles peuvent se manifester de façons très diverses. Extérieurement, les personnes concernées peuvent, par exemple, présenter des symptômes de dépression, de dépendance à une substance, d'un déficit de l'attention, voire d'un trouble psychotique. Identifier un trouble post-traumatique suppose de connaître précisément les causes de ces symptômes. En outre, il faut commencer par exclure les autres diagnostics envisageables, tels que l'altération de la fonction thyroïdienne. Les experts ont indiqué qu'il n'était pas rare que des ESPT soient mal diagnostiqués et, partant, mal traités. À cela s'ajoute que de nombreuses personnes souffrant de ce syndrome ne comprennent pas leurs symptômes et ne parviennent pas à les décrire correctement, ce qui engendre deux conséquences :

- Premièrement, de nombreuses personnes concernées sollicitent une aide médicale qui ne se concentre cependant pas sur la source du problème. Les troubles post-traumatiques peuvent aussi se manifester sous la forme de troubles somatoformes qui engendrent des douleurs que les personnes concernées cherchent à diminuer en consultant des soignants. Dans un grand nombre de cas, des examens médicaux coûteux sont effectués et ne permettent pas pour autant d'établir un diagnostic. Souvent, les personnes concernées consultent en outre plusieurs médecins, lesquels répètent ces mêmes examens, ne sachant pas lesquels ont été réalisés précédemment. À ce propos, les experts alémaniques ont souligné le manque de financement permettant de recourir à des services de traduction professionnels : en effet, c'est aussi en raison de la difficulté de communication entre les personnes concernées et le personnel soignant, et l'anamnèse particulièrement imprécise qui s'ensuit, que ces examens multiples et souvent inutiles sont prescrits. Cet aspect est approfondi au chapitre 4.4, consacré au financement.

- Deuxièmement, l'orientation de la personne concernée vers un service compétent n'a souvent lieu qu'à partir du moment où celle-ci « décompense ». En d'autres termes, ce transfert n'intervient que lorsque la personne n'est plus capable de « compenser » ses symptômes, c'est-à-dire de les maîtriser de façon équilibrée au moins en apparence. L'état de santé de la personne s'aggrave alors généralement à un point tel que même les personnes non spécialisées dans les troubles post-traumatiques constatent le trouble psychique.

Enfin, les experts ont évoqué le nombre trop faible de personnes qui se spécialisent dans le traitement des traumatismes psychiques et les efforts limités que différentes institutions déploient pour occuper leurs postes vacants dans ce domaine, ce qui a des répercussions sur le nombre de places disponibles pour traiter ces troubles.

#### Propositions d'amélioration

Pour que la situation en matière de diagnostic de troubles post-traumatiques puisse s'améliorer, il convient *premièrement*, selon les experts, d'orienter les requérants d'asile *dès que possible* vers des professionnels de la santé dûment formés. Ils estiment que pour lutter contre la problématique du retard de transfert des personnes concernées (rarement avant un épisode de décompensation), la mise en place d'une procédure systématique de dépistage, effectué dans les centres (ou dans des établissements avec lesquels les centres collaborent) par un personnel médical formé, devrait être efficace (cf. chapitre 4.1.1, sur le dépistage précoce). La majorité des experts considère qu'il est important de s'attaquer rapidement à cette problématique. Dans les faits, il s'avère souvent que, lors de l'arrivée des requérants d'asile dans un centre, la priorité consiste d'abord à les inviter à s'acclimater plutôt qu'à se faire soigner. Les experts notent cependant qu'aucune acclimatation n'est possible tant qu'une personne souffre d'un trouble post-traumatique.

La piste de solution qui revient le plus fréquemment concerne la *nécessité de faire appel à des services de traduction professionnels*. En effet, une bonne communication entre patients et médecins est une condition *sine qua non* pour que ces derniers puissent bien comprendre de quoi souffrent les requérants d'asile (cf. chapitre 4.4). Autrement, il est impossible de détecter correctement des pathologies complexes et d'éviter des diagnostics erronés.

Il ressort cependant aussi des entretiens guidés qu'en tout état de cause, il faut également disposer de *suffisamment de professionnels de santé spécialisés*, à même de poser un diagnostic adéquat. Les mesures visant à lutter contre la pénurie de personnel dans le domaine de la psychiatrie, en particulier, à l'interface avec la thématique de la migration, sont essentielles aux yeux de nombreux experts (cf. chapitre 4.2). En Suisse romande, les experts recommandent, d'une part, de renforcer les mesures d'examen de « première ligne » en y intégrant ou en y ajoutant davantage de spécialistes en psychiatrie et, d'autre part, de mieux former le personnel hospitalier.

## 4.2 OFFRES DE TRAITEMENT EXISTANTES (ENJEUX 2, 3 ET 5)

---

Dans les chapitres qui suivent, nous exposons les indications récoltées auprès des experts sur l'offre de traitements existante, les difficultés liées à cet aspect et les pistes de solutions qu'ils ont évoquées pour surmonter ces difficultés. Nous nous penchons dans un premier temps sur les offres de traitement spécifiques aux troubles post-traumatiques et examinerons ensuite les autres offres disponibles. À noter que les offres énoncées ci-après ne constituent pas une liste exhaustive et systématique des dispositifs proposés en Suisse.

### 4.2.1 OFFRES DE TRAITEMENT SPÉCIFIQUES

Nous avons commencé par demander aux experts de nous citer des offres de traitement spécifiques aux troubles post-traumatiques, en dehors des cinq centres du Service ambulatoire CRS pour victimes de tortures et de guerre (groupement « Support for Torture Victims »). Là encore, on observe des différences régionales marquées.

#### Situation actuelle en Suisse alémanique

En Suisse alémanique, les requérants d'asile souffrant d'un trouble post-traumatique sont généralement traités par des thérapeutes libéraux. Outre les divers thérapeutes intervenant de façon individuelle, certains spécialistes se sont réunis pour former des réseaux ou des cabinets de groupe. Par ailleurs, certaines associations sont très engagées dans ce domaine et parviennent à récolter des fonds qui leur permettent de financer des offres spécifiques. Certaines institutions ont aussi créé des services, des unités, des permanences ou des centres dédiés au traitement de requérants d'asile souffrant de troubles post-traumatiques. À titre d'exemple, l'hôpital psychiatrique universitaire de Zurich, le centre de psychiatrie intégrée de Winterthour - Zürcher Unterland, la clinique psychiatrique de Münsterlingen, l'hôpital universitaire de Zurich, la clinique privée de psychiatrie et psychothérapie de Littenheid, le service de soins ambulatoires dédié à la psychiatrie transculturelle à Bâle ou encore la permanence de psychiatrie transculturelle à Berne.

Les experts alémaniques ont unanimement souligné la forte pénurie de places de traitement, tant dans les établissements hospitaliers que chez les prestataires de santé privés. La situation dépeinte par les experts interrogés est détaillée ci-dessous :

Dans le domaine de la psychiatrie, on observe une pénurie générale de personnel spécialisée, pénurie qui est encore plus importante à l'interface avec le domaine de la migration. Les facteurs suivants ont été soulignés :

- Nécessité de faire preuve d'une grande capacité de résistance : travailler avec des personnes traumatisées est souvent lourd à supporter pour les thérapeutes et est susceptible d'engendrer des traumatismes secondaires, raison pour laquelle peu de professionnels se spécialisent dans ce domaine. Les spécialistes témoignent globalement d'un intérêt pour cette thématique, mais rares sont ceux qui sont prêts à s'y investir activement. Le manque est encore plus marqué chez les psychiatres que chez les psychologues. Certains experts ont indiqué rencontrer de grandes difficul-

tés à recruter du personnel qualifié, à tel point que certains postes sont vacants depuis un certain temps dans leur établissement.

- Polyvalence requise au niveau des compétences : soigner une personne souffrant d'un trouble post-traumatique suppose de maîtriser de multiples compétences. Le soignant doit posséder des connaissances à la fois sur les traumatismes psychiques et sur le domaine de la migration. Cela réduit déjà le cercle des personnes qui entrent en ligne de compte pour assurer ce type de traitement spécialisé. Sans compter, comme l'ont évoqué certains experts, que de nombreux thérapeutes exerçant en libéral ne sentent pas capables de traiter des requérants d'asile souffrant d'ESPT ou sont réticents à accueillir ce type de patients.
- Conditions défavorables : un facteur de complication réside dans la réglementation actuellement appliquée en Suisse alémanique aux services d'interprétariat. En effet, les coûts induits par ses services ne sont pris en charge ni par les caisses-maladie ni par les pouvoirs publics ; ce point est approfondi au chapitre 4.4, sur le financement. Certains hôpitaux et polycliniques assument ces frais. Dans la majorité des cas – mis à part dans ceux, peu nombreux, où les thérapeutes sont eux-mêmes issus de l'immigration – les professionnels de la santé ne peuvent pas s'entretenir de façon efficace avec les requérants d'asile sans le soutien d'un interprète. Or, selon les experts, proposer une thérapie reposant souvent pour une grande partie sur la parole sans pouvoir communiquer avec la personne concernée n'a pas de sens, car cette difficulté de communication rend plus difficile encore l'établissement d'une relation de confiance, un élément indispensable à la réussite du traitement. Les limitations au niveau de la communication peuvent toutefois aussi avoir pour conséquence que certains patients qui consultent un psychiatre non spécialiste de la dimension migratoire pour une maladie donnée (dépression, par exemple) restent trop longtemps dans une structure spécialisée n'offrant pas toutes les possibilités de traitement qui leur seraient utiles. Dans ce cadre également, un recours réglementé aux services d'interprètes communautaires contribuerait à désamorcer la situation de pénurie des places de traitement. Une autre condition défavorable provient du fait que les psychothérapeutes-psychologues pratiquent sous délégation d'un psychiatre pour pouvoir bénéficier d'un remboursement des caisses maladie. Ceci contribue à la situation de places de traitement limitées.

Malgré la demande croissante constatée ces dernières années, les experts indiquent ne pas avoir connaissance de places ou de services qui auraient été créés récemment, d'où l'offre insuffisante en traitements par rapport aux besoins et des délais d'attente de prise en charge qui se prolongent. Lors des entretiens guidés, les experts nous ont confié que ces délais pouvaient parfois atteindre un an et demi (dans le domaine hospitalier, ils sont plus courts).

Situation actuelle dans les cantons de Vaud et de Genève

Cette appréciation n'est pas partagée par les experts dans les cantons de Vaud et de Genève. D'une part, ils estiment que l'intégration des interprètes communautaires est bien réglementée. Dans le canton de Vaud, les pouvoirs publics prennent en charge les coûts de la traduction et dans le canton de Genève, l'hôpital universitaire. D'autre part, le rapport entre le nombre des places de traitement et le nombre des personnes ayant

besoin de soins semble être plus équilibré, surtout si l'on considère la tendance de ces dernières années. Plusieurs experts notent, en effet, que de nouvelles offres et de nouvelles places ont été créées récemment, ce qui a permis de prendre en charge une grande partie des personnes qui en avaient besoin. Cette évolution est peut-être liée au fait que les cantons de Vaud et de Genève disposent de beaucoup plus de structures d'accueil et d'accompagnement des migrants qu'en Suisse alémanique, où la prise en charge est davantage décentralisée et assurée par des médecins de premier recours ou des spécialistes en pratique libérale.

Dans les cantons de Vaud et de Genève, les offres de soins sont proposées à la fois par des institutions publiques et des institutions privées. Dans le domaine public, les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève, de même que la Polyclinique médicale à Lausanne proposent des offres destinées spécifiquement aux migrants, notamment le Centre des populations vulnérables (VD) ou le Programme santé migrants (GE). Ces offres comprennent des soins interdisciplinaires, jugés satisfaisants par les experts. Par ailleurs, l'Hôpital des enfants de Lausanne dispose d'une unité spécialisée en psychiatrie de l'enfant ; cependant, celle-ci est souvent surchargée, indiquent les experts. Dans l'ensemble, les experts sont d'avis que l'offre pour les requérants d'asile mineurs est insuffisante et devrait être améliorée.

Outre les offres relevant du domaine public, différents programmes et services sont proposés par des organisations privées et des professionnels indépendants. Les experts ont notamment évoqué l'organisation *Appartenances*, qui s'est spécialisée dans les offres visant à soutenir les migrants dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, des soins, de la formation et de l'intégration. Cette organisation est considérée comme une institution privée compétente, avec laquelle les experts collaborent régulièrement. Dans le canton de Vaud et à Genève, de nombreuses personnes souffrant de problèmes psychiques sont également suivies par des médecins. Un réseau d'environ 170 médecins (généralistes) travaille dans le domaine de la santé mentale. Selon les experts, l'offre privée en Suisse romande est très bonne.

#### Possibilités d'amélioration

Les experts des cantons de Vaud et de Genève s'accordent à dire que la situation dans leur canton est satisfaisante et qu'un bon nombre d'offres a été créé ces dernières années. Néanmoins, ils souhaiteraient que la situation s'améliore encore dans la prise en charge des requérants d'asile et, en particulier, que les *offres individuelles soient mieux coordonnées entre elles*, tout en sachant que les structures et les offres sont bonnes si l'on compare avec d'autres cantons.

Par contre, tous les experts de Suisse alémanique déclarent que l'offre de soins et le nombre de places disponibles sont insuffisants. Outre le développement de nouvelles prestations, les personnes interrogées estiment qu'il est surtout important de mieux adapter les offres existantes aux besoins des groupes cibles. Pour cela, il faut non seulement élaborer une *solution pour l'interprétariat communautaire* et établir une *bonne coopération entre généralistes et spécialistes (y compris la réalisation d'intervisions et de supervisions)* mais aussi *renforcer l'approche interdisciplinaire (en particulier, en impliquant davantage les travailleurs sociaux)* et *diversifier les services* (davantage de thérapies de groupe et familiales). Une autre approche à plus long terme consiste à

*modifier les formations initiale, postgraduée et continue en médecine, afin qu'un plus grand nombre de personnes se spécialise dans ce domaine.*

De manière générale, les experts soulignent la nécessité de mettre en place davantage d'offres de pédopsychiatrie (notamment pour les mineurs non accompagnés [MNA]).

#### 4.2.2 AUTRES MESURES VISANT À RÉDUIRE LES FACTEURS DE STRESS ET À RENFORCER LA RÉSILIENCE

Les experts mentionnent de nombreux facteurs de stress post-migratoire qui ont une influence sur la santé mentale et la thérapie, notamment un mauvais accès au marché du travail, des conditions défavorables pour maintenir ou entretenir son réseau social ou encore la perte de relations familiales et sociales. En plus de nos questions sur les offres de traitement médical et thérapeutique spécialement conçues pour les requérants d'asile traumatisés, nous avons interrogé les experts sur l'importance qu'ils accordaient à des offres dans d'autres domaines, par exemple, à la structuration de la journée ou à l'intégration. Les réponses données par les experts sont évaluées ci-dessous.

##### Situation actuelle

Les experts sondés s'accordent à dire que les offres non thérapeutiques peuvent également être très utiles et d'un grand soutien pour les personnes concernées. Certains ont souligné que le manque d'occupation avait souvent un impact négatif sur l'évolution de la maladie et conduisait, à terme, à ce que les personnes concernées aient besoin de soins<sup>13</sup>. Le chômage et l'inactivité entraînent un risque accru de maladie dépressive, ce qui s'applique non seulement aux personnes traumatisées, mais aussi à l'ensemble de la population. Il est donc problématique pour les requérants d'asile de ne pas pouvoir exercer d'activité et d'être livrés à eux-mêmes toute la journée dans des espaces généralement confinés. Les experts ont ajouté que les personnes touchées sont isolées et ont moins d'interactions avec la population locale que lorsqu'elles ont un emploi. Elles ont ainsi tendance à se tenir en retrait de la société. Souvent, elles dorment beaucoup pendant la journée ou développent une dépendance à une ou plusieurs substances. Si ces personnes étaient intégrées dans des structures, expliquent les experts, ces comportements seraient plus visibles, et le besoin de traitement plus rapidement identifié. Toute activité, même si elle n'a d'autre vocation que de fournir une distraction ou un cadre, est donc utile aux requérants d'asile traumatisés, bien que les activités présentant plus de sens à leurs yeux soient préférables. De plus, les offres qui proposent une occupation permettent souvent de raccourcir la durée des traitements thérapeutiques ultérieurs. Enfin, les experts ont indiqué que les structures d'accueil de jour et les activités quotidiennes destinées aux parents représentent souvent un soulagement pour leurs enfants. En effet, ces derniers vont généralement à l'école pendant la journée, apprennent la langue rapidement et s'intègrent facilement. Pour les parents, ce processus prend souvent plus de temps, d'autant plus lorsqu'ils n'ont pas d'activité, ce qui peut parfois peser sur l'ensemble de la famille.

<sup>13</sup> Voir aussi les recommandations de la Société allemande de psychiatrie et de psychothérapie, de psychosomatique et de neurologie (DGPPN) relatives à l'amélioration de la prise en charge psychosociale des réfugiés, dans sa prise de position du 22 mars 2016.

Les experts indiquent que certaines offres existent déjà, quoique plus nombreuses dans les cantons de Vaud et de Genève qu'en Suisse alémanique. Les experts romands ont notamment évoqué des offres d'ergothérapie et de physiothérapie.

#### Possibilités d'amélioration

Les experts sont unanimement d'avis qu'il faut davantage d'offres de ce type et qu'il faudrait *davantage avoir recours à celles, facilement accessibles, qui existent déjà*. Cette remarque concerne en particulier la phase où les migrants se trouvent dans les centres d'hébergement. Les experts soulignent toutefois qu'à leurs yeux, ces offres ou prestations ne doivent pas être considérées comme un substitut à une thérapie.

Il est frappant de constater que dans les cantons de Vaud et de Genève, l'accent est davantage mis sur les offres portant sur divers aspects physiques. Parmi les experts romands interrogés, bon nombre propose des offres ayant une dimension ergothérapeutique, psychosomatique ou physiothérapeutique ou des offres portant sur la nutrition ou en lien avec la maternité. En Suisse alémanique, l'accent est mis avant tout sur les occupations, généralement sous la forme de structures de jour, de cours d'allemand ou d'autres formations et cours de perfectionnement. Les experts font remarquer à ce sujet qu'il existe de nombreuses mesures de soutien à l'intégration visant les réfugiés « en bonne santé ». Ils ajoutent cependant que ceux qui sont malades passent à travers les mailles du filet et ne parviennent pas à s'intégrer. Les mesures existantes d'aide à l'intégration devraient, par conséquent, être davantage adaptées à ces personnes (cours d'allemand en petits groupes et à un rythme plus lent, par exemple).

Certains experts ont par ailleurs indiqué que de nombreuses personnes seraient prêtes à s'engager sur une base volontaire pour soutenir les requérants d'asile. Bien que les experts aient également noté que les volontaires ont tendance à faire preuve d'un enthousiasme qui s'émousse rapidement, ce qui implique qu'il faille parfois aussi protéger les réfugiés, les interventions de volontaires seraient, selon eux, de nature à soulager la situation des résidents dans les centres.

Les personnes interrogées ont également évoqué la nécessité de prévoir des mesures visant à améliorer le cadre pour les requérants d'asile, concernant leur hébergement, par exemple. Plusieurs experts ont indiqué que le manque d'espace, l'hébergement dans des dortoirs partagés avec de nombreuses personnes et le manque d'espaces ou d'espaces de retrait pouvaient avoir des effets négatifs sur les personnes atteintes de troubles post-traumatiques. Des ajustements consistant, par exemple, à trouver des solutions d'hébergement avec des chambres plus petites et avec moins de co-occupants pourraient déjà apporter un soulagement à ces personnes.

### 4.3 FLUX D'INFORMATIONS/COOPÉRATION (ENJEU 6)

---

Nous avons demandé aux experts sur quels aspects et entre quels personnes ou acteurs résident les plus grandes difficultés en ce qui concerne la circulation de l'information et la coopération pendant la période où les demandeurs d'asile se trouvent dans les centres de la Confédération ou des cantons. Les indications obtenues et les approches susceptibles d'améliorer la situation sont décrites ci-dessous. Nous faisons également

référence à des études que nous avons réalisées au sujet de la circulation de l'information et de la coopération pour les soins de santé des requérants d'asile.

#### 4.3.1 FLUX D'INFORMATIONS ET COLLABORATION EN RAPPORT AVEC LES DONNÉES SANITAIRES PERTINENTES POUR LE PROCESSUS DE DEMANDE D'ASILE

Peu de personnes interrogées ont été en mesure de fournir des informations sur l'échange de données sanitaires pertinentes pour le processus. Les experts ont, en particulier, fait remarquer qu'en fin de compte, l'asile en Suisse était une question juridique et politique et non une question médicale. Lorsqu'on considère la situation sous cet angle, les informations médicales pertinentes pour la procédure d'asile sont transmises entre les différents organes concernés de façon beaucoup plus efficace (plus systématique et plus structurée) que les données médicales individuelles. Par exemple, le financement des services de traduction nécessaires pour les examens médicaux à implication juridique est mieux réglementé que pour d'autres examens.

Le flux d'information des données sanitaires pertinentes pour le processus est décrit, pour l'exemple, sur la base d'une institution de dépistage à Zurich :<sup>14</sup> ces dernières années, des travaux de développement importants ont été menés dans ce centre dans le but de réglementer les processus concernant les examens médicaux avec les différents acteurs. Divers formulaires ont été créés en interne, vérifiés et se révèlent efficaces dans la pratique (voir figure dans l'annexe A5). Dans l'institution zurichoise, la situation médicale des migrants est abordée lors du premier entretien officiel (« première audition sur les données personnelles » dans les CEP). Lorsque des signes de problèmes de santé pertinents par rapport à la procédure apparaissent dans le cadre de cet entretien, le migrant est envoyé au centre de soins ambulatoires Kanonengasse du service médical de la ville de Zurich pour un examen médical, et c'est le personnel soignant du centre d'hébergement qui s'occupe d'organiser cette prise en charge. Les migrants ont, à tout moment, la possibilité de s'adresser au personnel infirmier du centre (ou à un médecin). Si nécessaire, le personnel soignant oriente le requérant d'asile vers le centre de soins ambulatoires. Pour que le SEM ait accès aux dossiers médicaux dans ces cas de figure, les migrants signent une décharge correspondante au début de la procédure. Dans le centre de Juch, lorsque les migrants sont orientés vers un médecin par le personnel de l'établissement, les documents médicaux sont envoyés directement à la représentation juridique. Celle-ci décide ensuite avec le migrant si les données sanitaires doivent être remises et, le cas échéant, envoie tous les documents pertinents au SEM, accompagnée d'une demande motivée.

En dehors du centre de dépistage également, le transfert de données relatives aux processus médicaux semble s'effectuer de façon structurée et systématique.

#### 4.3.2 FLUX D'INFORMATIONS ET COOPÉRATION EN RAPPORT AVEC LES DONNÉES INDIVIDUELLES DE SANTÉ

En ce qui concerne le flux d'informations et la coopération dans la médecine individuelle (c'est-à-dire en dehors des examens médicaux liés à la procédure de demande d'asile), la question centrale était de savoir si et, le cas échéant, comment des informa-

<sup>14</sup> Les informations sont tirées de l'étude Müller, Franziska et al (2015).

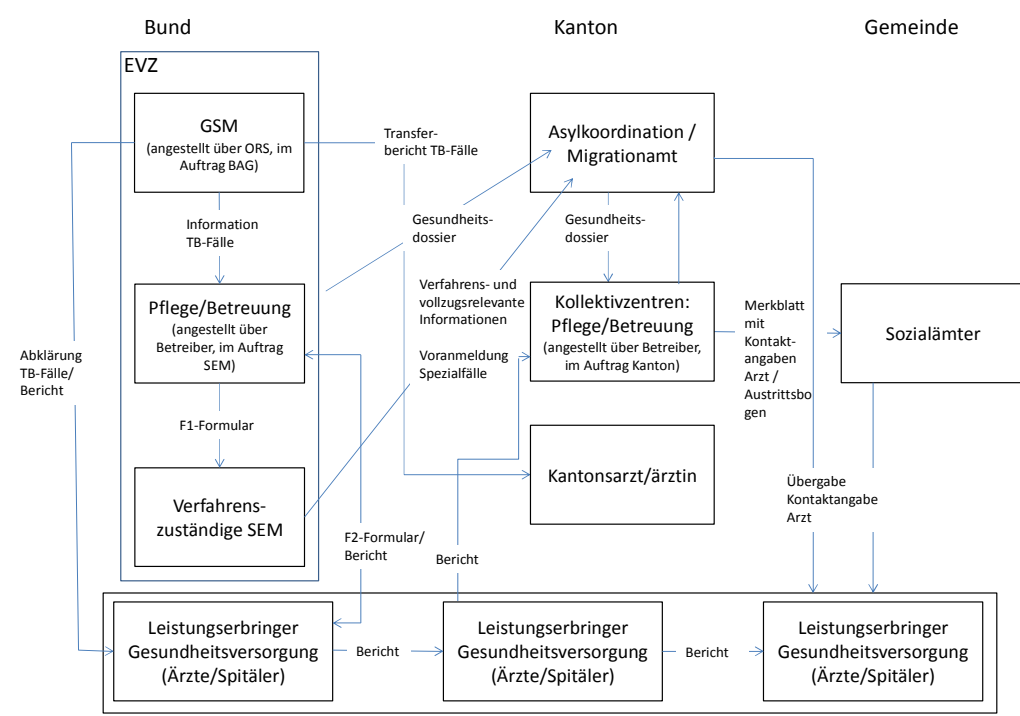


tions sur l'état de santé des requérants d'asile étaient transmises aux différents services qui suivent les réfugiés pendant la période où ils se trouvent dans un centre fédéral ou cantonal. Concrètement, il s'agit des diagnostics, des examens médicaux et des décisions relatives à des traitements médicaux ou thérapeutiques.

#### Situation actuelle

Le flux d'informations entre la Confédération, les cantons et les communes en ce qui concerne les données individuelles de santé a été examiné en détail dans l'analyse de situation réalisée pour le compte de l'OFSP (document disponible en allemand avec une synthèse en français). La figure ci-dessous représente ce flux d'informations.

D 4.2 : Échange de données individuelles relatives à la santé



Source : cf. Müller, Franziska et al. (2017).

De manière générale, les experts conviennent que la situation n'est pas idéale. Les experts alémaniques déclarent qu'ils ne reçoivent que rarement des informations de la part des autorités qui ont suivi les différents cas avant eux et que les informations médicales recueillies au centre d'accueil doivent généralement passer par plusieurs étapes avant de parvenir entre les mains du médecin de premier recours. Les rapports et autres informations médicales sont rarement communiqués, y compris lorsqu'ils sont explicitement demandés. Par conséquent, les médecins n'ont pas connaissance des examens effectués antérieurement et doivent se fier à l'information qu'ils reçoivent des patients. Cette situation a deux répercussions concrètes : d'une part, la communication entre les médecins et les patients peut être gravement entravée par le manque de compétences linguistiques de ces derniers, ce qui peut entraîner la perte d'informations importantes. Comme évoqué plus haut, cela risque, à son tour, de conduire les médecins à poser des diagnostics erronés et à prendre des décisions de traitement incorrectes. D'autre part, la seule source d'information des médecins est ce que les patients leur confient. Comme

indiqué précédemment, de nombreux réfugiés craignent que leur état de santé affecte la décision qui sera prise concernant leur demande d'asile. Lors d'une consultation avec un nouveau médecin, ils peuvent donc avoir tendance à ne pas mentionner des diagnostics ou des décisions de traitement perçus à leurs yeux comme leur étant défavorables. Dans les cas extrêmes, on peut en arriver à nomadisme médical, c'est-à-dire que les patients consultent plusieurs médecins dans l'espoir de trouver celui qui leur posera un diagnostic le plus « avantageux » possible.

Les cantons de Genève et de Vaud présentent, eux aussi, un potentiel d'amélioration s'agissant de la transmission des informations, quoiqu'il soit jugé moindre qu'en Suisse alémanique. Les personnes sondées soulignent que la situation s'est déjà améliorée et qu'une communication a lieu dans une certaine mesure (notamment, dans le canton de Vaud, à l'Unité de soins aux migrants [USMi] de la Policlinique médicale universitaire [PMU], au moyen d'un outil informatique commun qui permet d'accéder au dossier médical du patient).

L'une des raisons du manque de transmission des informations est liée au fait que les requérants d'asile changent de lieu d'hébergement, pour certains à plusieurs reprises, et sont logés dans différents cantons et communes. Ces changements compliquent la transmission de documents et d'informations.

S'agissant des lacunes en matière d'information et de collaboration, la situation des thérapeutes libéraux, sans connexion à d'autres groupes professionnels, est particulièrement mise en exergue. Alors que dans les institutions ou les hôpitaux, des professionnels de différentes disciplines sont souvent présents et en mesure de couvrir les aspects aussi bien médicaux et psychiatriques que sociaux d'un traitement et de l'intégration, cette collaboration interdisciplinaire fait défaut au niveau des thérapeutes en cabinet. Or la mise en place de telles collaborations et les échanges permanents sont très coûteux en énergie et en ressources, et tous n'en disposent pas.

#### Possibilités d'amélioration

Les experts interrogés s'accordent à dire qu'il est impératif d'améliorer la transmission des informations et la communication. Ils proposent différentes pistes :

- *Dossier médical du patient* : une solution proposée par de nombreuses personnes interrogées va dans le sens d'un dossier médical, que les personnes concernées conserveraient et apporteraient (sans faute) à chaque consultation. Ce dossier peut se présenter sous la forme d'un carnet de santé de l'enfant, d'une clé USB comme pour les femmes enceintes, ou encore d'une carte ou d'un document papier. Il contiendrait toutes les démarches antérieures : consultations, analyses et examens, diagnostics et résultats, traitements, rapports et autres remarques. Ainsi, tout professionnel de la santé recevant pour la première fois un requérant d'asile aurait immédiatement une vue d'ensemble des traitements précédents et n'aurait plus à se baser sur les informations que la personne concernée lui aurait elle-même fournies. On pourrait ainsi éviter que chaque nouvel intervenant recevant les requérants d'asile n'ait à recommencer l'anamnèse à zéro, que les mêmes examens ne soient réalisés à plusieurs reprises et qu'il en résulte des coûts supplémentaires pour le système de santé suisse. Les experts se montrent très favorables à cette solution,

tout en observant que la mise en œuvre devrait être difficile pour des raisons liées à la protection des données. Le dossier électronique du patient est un premier pas dans cette direction, mais il n'est pas encore généralisé. Or il simplifierait l'échange d'informations.

- *Plate-forme d'échange* : certains experts soulignent la nécessité de renforcer la collaboration entre les acteurs impliqués. Pour y parvenir, ils proposent que les personnes qui, dans toute la Suisse, s'engagent en faveur de la santé psychique et des requérants d'asile puissent se rencontrer régulièrement afin d'échanger leur expérience et leur savoir-faire.
- *Éviter les changements de canton* : une autre proposition consiste à faire en sorte qu'à l'avenir, les requérants d'asile ne soient plus obligés de changer de lieu d'hébergement et qu'ils restent logés dans le même canton ou la même commune pendant toute la procédure d'asile. Pour les experts, la transmission des informations s'en trouverait simplifiée. D'autres propositions suggèrent de contacter les intervenants suivants avant un transfert dans le but de les informer sur l'état de santé de la personne concernée.
- *Travail de sensibilisation* : enfin, il a été suggéré de sensibiliser davantage aussi bien les services impliqués que les requérants d'asile à l'importance de la transmission des informations.

#### 4.4 FINANCEMENT (ENJEU 7)

---

Lors des entretiens guidés, nous avons demandé aux experts quelles étaient, à leur avis, les principales difficultés des requérants d'asile concernant le financement et quelles étaient les raisons. Nous traiterons tout d'abord les coûts de traitement puis les coûts pour les prestations de traduction.

##### 4.4.1 COÛTS DE TRAITEMENT

Les personnes interrogées ont indiqué que les coûts de traitement étaient pris en charge par les caisses-maladie dans toute la Suisse. Les personnes devant bénéficier des soins doivent uniquement régler la quote-part et la franchise, qui sont cependant prises en charge par le service social dans la plupart des cas. De ce fait, la situation est très favorable du point de vue du financement des coûts de traitement pour les requérants d'asile. Les personnes sondées s'en félicitent et n'identifient pas de problème à ce niveau. D'autres aspects ont toutefois été évoqués, qui présentent un lien direct ou indirect avec les coûts de traitement. Nous les aborderons dans les paragraphes qui suivent.

##### Situation actuelle

Une circonstance aggravante concernant les coûts de traitement citée par les personnes interrogées est le taux d'abandon des soins comparativement élevé chez les requérants d'asile traumatisés. Comme décrit plus haut, le comportement d'évitement est un symptôme essentiel de l'ESPT. Les personnes traumatisées tentent d'éviter les situations susceptibles de leur rappeler leur traumatisme. Or, les thérapies abordent souvent des thèmes difficiles, qui peuvent faire ressurgir des souvenirs des événements traumatisants. Pour les personnes sondées, il s'agit de l'une des raisons pour lesquelles les pa-

tients ne se présentent pas. Une deuxième raison réside en une perception fondamentalement différente de la ponctualité, qui explique que les personnes concernées ne respectent pas les rendez-vous fixés. De temps à autre, elles ne viennent pas aux rendez-vous mais se présentent spontanément auprès des personnes assurant le traitement. Pour répondre correctement aux besoins des personnes concernées, il faudrait que les soins soient plutôt organisés selon un système de consultations sans rendez-vous. Or un tel système est difficile à mettre en place, notamment du fait qu'il faille prévoir pour de nombreux soins des interprètes supplémentaires et que ces derniers peuvent être amenés à attendre en vain des patients avec les soignants. Ce phénomène fait augmenter les coûts de traitement.

Une difficulté supplémentaire est posée par le fait que, dans toute la Suisse, certaines offres de traitement ne sont disponibles que dans un petit nombre de centres et que les personnes concernées doivent parfois parcourir de longues distances pour pouvoir en bénéficier. Or les coûts de ces trajets ne sont pas pris en charge par les caisses-maladie. Si les communes ou même des cantons les remboursent parfois, il n'y a pas de règle générale en la matière et la décision est laissée à l'appréciation individuelle. Ce point fait régulièrement l'objet de négociations et reste un obstacle au recours aux offres de traitement.

Un autre problème se présente pour les personnes qui séjournent illégalement en Suisse et souffrent de troubles post-traumatiques. D'un point de vue juridique, ces personnes ne peuvent pas s'assurer auprès d'une assurance-maladie sans devoir se déclarer auprès des autorités. Comme la plupart des personnes dites sans-papiers ne font pas cette démarche, les coûts de leur traitement ne sont pas pris en charge par les caisses-maladie. Selon les experts, les services des urgences traitent quant à eux toutes les personnes qui nécessitent des soins ; les personnes concernées sont donc incitées à recourir à des soins beaucoup plus onéreux dans les services des urgences plutôt que de s'adresser à un médecin, ce qui va dans le sens d'autres propos des experts selon lesquels le fait que les personnes concernées doivent supporter elles-mêmes une partie du traitement constitue un obstacle. Ils supposent que les personnes concernées ne sont pas prêtes à dépenser de l'argent pour leur santé, *a fortiori* pour leur santé psychique. Les experts sont d'avis que les personnes concernées sont moins nombreuses à recourir à des soins si elles doivent en supporter une partie des coûts.

Ils ont également cité un dernier aspect qui limite le recours aux soins : le coût du travail social, qui n'est pas pris en charge par les caisses-maladie. Pour les experts, une collaboration avec les interlocuteurs du domaine social est essentielle. Cependant, le manque de clarté concernant la prise en charge des coûts n'est pas favorable.

#### Possibilités d'amélioration

De manière générale, les experts sont satisfaits du financement des coûts de traitement. Nombre d'entre eux ont indiqué, lors des entretiens, qu'aucune difficulté n'était constatée au niveau du paiement par les caisses-maladie. Cette situation est tout à fait satisfaisante aussi bien pour les personnes concernées que pour les professionnels.

Les améliorations suggérées par les personnes interrogées portent notamment sur des mesures qui permettraient de diminuer les coûts de traitement. Là aussi, ils soulignent

la nécessité d'investir dans le dépistage précoce. Les experts indiquent, en effet, que les patients qui bénéficient plus tôt d'un traitement nécessitent des soins moins longs et occasionnent, de ce fait, des coûts moindres. Aussi convient-il de renforcer les mesures de dépistage précoce en conséquence (cf. point 4.1). Un autre aspect qui contribuerait à faire baisser les coûts à plus long terme serait une prise en charge des frais de traduction. Nous développerons ce point dans le paragraphe qui suit.

#### 4.4.2 FRAIS DE TRADUCTION

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises dans le présent rapport, la prise en charge des frais liés aux prestations de traduction est l'un des principaux problèmes pour les soins de santé destinés aux requérants d'asile. Cependant, la Suisse alémanique est quasiment la seule concernée. Dans les cantons de Genève et de Vaud, les frais liés aux interprètes communautaires sont pris en charge par les cantons. Comme ce n'est pas le cas en Suisse alémanique, l'absence de prise en charge de ces coûts pose une difficulté majeure. Cette problématique est développée ci-après.

##### Situation actuelle

Hormis dans le canton de Vaud, les frais liés à l'interprétariat communautaire ne sont pas pris en charge par les pouvoirs publics. Les réglementations varient selon les cantons. Dans certains, les hôpitaux assument ces frais, comme c'est le cas dans le canton de Genève. Des fondations ou d'autres institutions peuvent les financer dans des cas particuliers, ou certains services dispensant les soins disposent d'un budget dédié. Toutefois, ces frais ne sont généralement pas pris en charge, bien qu'il existe actuellement de nombreux prestataires d'interprétariat communautaire. De plus, la formation continue inclut maintenant un module intitulé *Interprétariat dans le domaine de la santé psychique*, de sorte que les diplômés sont également sensibilisés aux thèmes et aux contenus parfois délicats abordés lors des entretiens<sup>15</sup>. Le manque de règlement concernant la prise en charge des coûts a été désigné par toutes les personnes interrogées de Suisse alémanique comme le problème le plus important en matière de soins de santé destinés aux requérants d'asile traumatisés, car il entraîne à son tour diverses difficultés. Celles-ci seront développées ci-après.

Un problème mentionné à plusieurs reprises est le fait que, faute de solution pour financer le recours à un professionnel de la traduction, il est fréquemment fait appel à des membres de la famille ou à d'autres proches lors des soins médicaux et thérapeutiques. Le pire cas de figure, qui est malheureusement souvent observé vu que les enfants assimilent plus vite les langues étrangères, est le recours à sa propre progéniture pour assurer la traduction. Cette solution est doublement problématique : premièrement, les personnes concernées sont souvent gênées pour parler de leurs symptômes en présence de connaissances ou de membres de la famille. Le sentiment de honte face aux symptômes décrits précédemment est encore exacerbé dans ces circonstances et crée un obstacle supplémentaire à une communication ouverte. Selon les experts, la question des pensées suicidaires est un aspect important abordé au début des entretiens anamnestiques. Cette question et d'autres questions délicates qui sont des éléments essentiels de l'identification d'un trouble post-traumatique ne peuvent guère obtenir de réponses sincères en présence de proches, à plus forte raison des enfants des personnes concer-

<sup>15</sup> Cf. [http://www.inter-pret.ch/fr/ausbildung-und-qualifizierung\\_0/aktuelle-ausbildungsangebote-83.html](http://www.inter-pret.ch/fr/ausbildung-und-qualifizierung_0/aktuelle-ausbildungsangebote-83.html)

nées. Le deuxième aspect problématique de la traduction par des proches est d'ordre juridique. Les soignants ne peuvent avoir la certitude que les informations ont été correctement traduites et les personnes sollicitées à titre privé ne peuvent offrir aucune garantie à cet égard. Cela peut entraîner des conséquences juridiques, lorsque, comme déjà mentionné, des pensées suicidaires sont tuées et que ces intentions ne peuvent pas être identifiées et traitées. Cependant, cette problématique juridique ne se limite pas aux cas de décès. Elle concerne aussi d'autres situations, comme l'administration de médicaments inappropriés du fait d'un entretien d'anamnèse traduit de manière incorrecte ou d'autres décisions erronées concernant le diagnostic, la médication ou d'autres traitements. Dans certaines circonstances, de telles erreurs peuvent entraîner de lourdes conséquences juridiques et des mises en cause de la responsabilité individuelle, ce qui ne peut arriver avec des traducteurs professionnels.

Une autre conséquence souvent citée de l'absence de prise en charge des coûts de traduction peut sembler étonnante à première vue. Plusieurs experts ont émis l'hypothèse selon laquelle cette lacune occasionne dans l'ensemble une hausse des coûts des soins en faveur des requérants d'asile traumatisés. Il s'agit d'une conséquence logique des difficultés de communication évoquées. Pour les experts, un grand nombre d'analyses et d'examen inutiles, et surtout onéreux, sont réalisés alors qu'ils n'auraient pas été ordonnés si la compréhension linguistique avait été suffisante. De nombreuses personnes concernées consultent le médecin avec des tableaux cliniques somatoformes, c'est-à-dire qu'elles se plaignent de troubles physiques alors qu'un examen attentif montrerait qu'ils ont une origine psychique. Ces indications de la part des patients, supposées correctes, sont souvent à l'origine d'examens coûteux en lien avec les troubles corporels décrits mais qui ne donnent pour la plupart pas de résultats. Dans certains cas, ces examens sont réalisés à de multiples reprises, comme mentionné, par différents services n'ayant pas connaissance d'examens précédents, s'ils ne donnent pas de résultats ou que ces derniers ne sont pas satisfaisants pour les personnes concernées, ce qui augmente encore considérablement les coûts. Plusieurs experts ont clairement indiqué que la prise en charge des frais de traduction, bien que ces derniers soient élevés, permettrait au final de diminuer le coût global des soins de santé destinés aux requérants d'asile traumatisés.

#### Possibilités d'amélioration

Selon les experts, il est impératif de régler de toute urgence la prise en charge des frais pour les prestations de traduction. Une solution doit être trouvée. Les personnes interrogées estiment qu'aucun traitement psychiatrique ou psychothérapeutique correct ne peut être réalisé si les patients et les soignants ne peuvent pas se comprendre correctement. Pour les traitements de plus longue durée, il serait par ailleurs souhaitable, quoique non impératif, de faire appel à la même personne pour la traduction.

Pour éviter des déplacements supplémentaires, il existe aujourd'hui des offres de traduction par téléphone. Le recours à ce type d'offre permet, d'une part, de diminuer les coûts et, d'autre part, d'augmenter les chances que des personnes qui parlent les langues requises, parfois rares, soient disponibles. Bien que les experts relèvent qu'une traduction par téléphone ne soit pas comparable à une prestation sur place, ils seraient favorables à un financement de cette solution. Par ailleurs, l'interprétariat téléphonique

permet de désamorcer des tensions potentielles entre le patient et la personne assurant la traduction, par exemple du fait de l'appartenance ethnique ou religieuse.

En Suisse, on ne dispose pas de chiffres concernant le nombre de requérants d'asile atteints de troubles post-traumatiques. Les experts avancent une fourchette de 50 à 60 %. Le risque de chronicisation est élevé, aussi est-il essentiel de pouvoir intervenir le plus tôt possible. Les conséquences de ces troubles psychiques ont, de plus, des effets importants sur les capacités et les possibilités d'intégration sociale et professionnelle des personnes concernées. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des mesures qui contribuent à dépister précocement ce type de troubles psychiques, d'améliorer les soins pour les personnes concernées, de réduire les facteurs de risques ainsi que d'augmenter la résistance des personnes concernées.

Les conclusions qui suivent et les douze recommandations qui en découlent s'articulent autour de cinq domaines thématiques.

#### Renforcer le dépistage précoce

L'importance accordée aux souffrances psychiques est moindre par rapport aux maladies corporelles (telles que le diabète ou la tuberculose, par exemple). Par conséquent, il est difficile d'imposer des mesures dans ce domaine. Les experts interrogés s'accordent à dire que les maladies psychiques devraient davantage être prises au sérieux eu égard aux souffrances qu'elles engendrent, à leurs répercussions psychosomatiques et psychosociales ainsi qu'aux coûts induits.

La santé psychique n'est pratiquement pas prise en considération dans la phase durant laquelle les requérants d'asile sont hébergés dans un centre de la Confédération. À l'exception du centre pilote de Zurich, les requérants d'asile ne sont pas systématiquement interrogés sur leur état de santé, qu'il s'agisse de leur santé physique ou psychique. Les raisons peuvent se résumer ainsi : *premièrement*, les instances concernées semblent plutôt réticentes à diagnostiquer une maladie psychique chez des requérants d'asile qui risquent de se voir notifier un refus et qui devront quitter le pays assez rapidement. *Deuxièmement*, un système de dépistage précoce permettrait de diagnostiquer davantage de patients psychiques ; or, les offres appropriées pour les soigner sont insuffisantes.

Du point de vue médical, les avis sur le moment adéquat pour des mesures de dépistage précoce sont unanimes : dès l'arrivée des requérants en Suisse. En présence de signes indicateurs d'une maladie psychique, il faut poser un diagnostic et, le cas échéant, commencer un traitement. Il faudrait également adapter autant que possible les conditions dans le centre et favoriser un transfert vers le canton. Le pronostic sera d'autant plus favorable que le traitement est mis en œuvre rapidement. Nos recommandations, basées sur les résultats de l'étude, sont les suivantes :

- R1 : Du point de vue médical, les requérants d'asile devraient *pouvoir être interrogés systématiquement sur leur santé mentale* dès leur arrivée en Suisse. L'entretien peut être mené par un infirmier ou un médecin généraliste en procédant par paliers, au moyen d'un questionnaire psychométrique. En cas de soupçon



fondé, le patient serait adressé à un professionnel de la psychiatrie/psychologie. Il conviendrait de recourir à l'expérience des cantons de Genève et de Vaud, qui utilisent déjà un tel instrument (cf. supports en annexe).

- R2 : Les informations données à tous les requérants d'asile à l'échelon de la Confédération (qui remplaceront à l'avenir les mesures sanitaires à la frontière) devraient aborder les aspects *psychoéducatifs*. Il s'agit d'informer les personnes concernées, d'une part, sur les maladies psychiques fréquentes et leurs symptômes et, d'autre part, sur les structures et les procédures ainsi que sur les acteurs du système de santé suisse.
- R3 : Pour pouvoir mettre en œuvre les deux recommandations – détection systématique des troubles psychiques et renforcement de la psychoéducation – les centres doivent être dotés de *personnel soignant spécialement formé* à cet effet. Ces personnes doivent être en mesure de reconnaître, par exemple, les signes somatiques de l'état de stress post-traumatique (ESPT), ce que l'on appelle les « red spots » (symptômes précurseurs ou signes annonciateurs). En nous fondant sur les avis des personnes interrogées, nous pouvons recommander les mesures suivantes : offrir au personnel des centres de la Confédération et des cantons *des cours de formation ou de perfectionnement dans le domaine des traumatismes psychiques et faire systématiquement appel à des spécialistes formés dans le domaine de la psychiatrie ou de la psychologie* (par exemple, comme dans le canton de Vaud, en recourant à des services psychiatriques mobiles). Ces derniers devraient être régulièrement sollicités dans le cadre d'une *supervision* dans les centres de la Confédération et des cantons.

#### Assurer l'interprétariat communautaire et son financement

La compréhension mutuelle est une condition nécessaire à tout traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Le consentement des personnes concernées à un traitement présuppose qu'elles comprennent ce à quoi elles consentent.

Hormis dans le canton de Vaud, aucun canton ne prévoit une prise en charge des frais d'interprétariat communautaires. Dans certains cas, un financement par les hôpitaux peut être prévu, comme c'est le cas aux HUG à Genève. Les coûts n'étant que rarement pris en charge, il est souvent demandé aux personnes concernées de trouver elles-mêmes quelqu'un qui assurera la traduction. Le recours à des interprètes non qualifiés peut s'avérer préjudiciable pour la qualité de la traduction, le franc-parler, la sécurité juridique ainsi que pour la qualité du diagnostic et du traitement. Enfin, la présence d'un interprète qualifié dès le début de la prise en charge peut éviter des coûts de santé inutiles. Nos recommandations, fondées sur les résultats de l'analyse, sont les suivantes :

- R4 : Si la communication est impossible ou insuffisante, il faut faire appel à un professionnel de l'interprétariat communautaire (par exemple, une intervention téléphonique). Une solution de *financement de ces services* doit être trouvée d'urgence. La Confédération et les cantons doivent en faire une priorité. *Il convient d'examiner des instruments novateurs.*

- R5 : Là aussi, il convient d'*utiliser les modèles/expériences des cantons de Genève et de Vaud*, qui ont pu trouver des solutions pragmatiques pour les prestations d'interprétariat et leur financement. La Confédération pourrait mettre en place un groupe de travail (cf. Recommandation 12).

#### Améliorer l'offre de soins

La pénurie de professionnels de la psychiatrie est un problème général, mais il est d'autant plus aigu dans le secteur des soins aux requérants d'asile. Non seulement l'offre spécialisée est insuffisante, mais celle qui existe pour les soins de base ne peut pas être exploitée en raison d'obstacles largement connus (langue, problématiques complexes, personnel soignant sans compétences spécifiques en matière de migration). Outre les mesures évoquées pour l'interprétariat communautaire (cf. R4-R5), il faut davantage d'incitations pour la création de nouvelles offres dont les frais d'exploitation doivent être couverts, tout en recentrant sur les besoins des groupes cibles les offres existant dans les structures médicales ordinaires :

- R6 : L'état de santé des requérants d'asile est souvent caractérisé par des problématiques complexes. Au niveau cantonal, nous recommandons, par conséquent, de *renforcer les réseaux entre professionnels de toutes les disciplines concernées, et entre les généralistes et les spécialistes*. Les personnes concernées n'ont pas systématiquement besoin de services psychiatriques hautement spécialisés. Des réseaux offrant la possibilité d'échanger et de consolider/solliciter le savoir-faire ainsi que visant une supervision seraient particulièrement nécessaires aux médecins et aux thérapeutes indépendants, qui ne sont pas intégrés à un contexte institutionnel et interdisciplinaire. Cette situation est plus fréquente en Suisse alémanique, où les requérants d'asile sont principalement adressés à des médecins généralistes alors que, en Suisse romande, ils sont pris en charge par des structures hospitalières spécialisées.
- R7 : À plus long terme, les psychiatres et les psychologues devraient avoir la possibilité de *suivre des formations postgraduées et des formations continues dans le domaine de la migration et de la santé*. Nous recommandons, au niveau national, que la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) et la Fédération des médecins suisses (FMH) se saisissent de cette question, par exemple, dans le cadre de conférences nationales telles que des congrès annuels. Il faudrait offrir aux médecins qui traitent au quotidien des personnes migrantes des formations postgraduées et des formations continues adaptées leur permettant de développer leurs compétences interculturelles.
- R8 : On ne dispose pas de chiffres représentatifs pour la Suisse concernant la prévalence des maladies mentales, et en particulier, des troubles post-traumatiques, chez les requérants d'asile. Une analyse de la situation et des besoins quant aux offres psychosociales de traitement et d'encadrement en faveur de personnes traumatisées dans le domaine de l'asile et des réfugiés a été effectuée il y a cinq ans (Oetterli et al. 2013), mais vu l'absence de données concrètes dans la plupart des cantons, elle était, elle aussi, fondée sur des estimations fournies par les professionnels concernés. À des fins de planification sanitaire, notamment, il serait utile

de disposer de données chiffrées qui renseigneraient sur la répartition des groupes à risque ainsi que sur le nombre de places de traitement en médecine générale et en médecine spécialisée. Nous recommandons, par conséquent, à l'OFSP de *réaliser une étude statistique sur les offres à l'échelle suisse* (différenciée selon les offres s'adressant aux enfants, aux jeunes et aux adultes).

**Renforcer les facteurs de résilience et diminuer les facteurs de risque**  
Un grand nombre de facteurs de stress postmigratoire, tels que la difficulté d'accès au marché du travail, l'incertitude concernant le statut de séjour, l'absence de réseau, la perte des liens familiaux et sociaux, ont une influence sur la santé mentale, les perspectives thérapeutiques et la réussite de l'intégration. Des structures de jour de bonne qualité, un environnement adapté (par exemple, un logement dans de petites chambres dans les centres), des offres faciles d'accès permettant d'activer les ressources et le cadre social, ou encore des mesures d'intégration adaptées à leurs problèmes peuvent contribuer à aider les requérants d'asile (souffrant d'une maladie psychique) à faire face à leur situation :

- R9 : Nous recommandons que *des offres à bas seuil d'accès et les prestations d'organisations à but non lucratif ou de services spécialisés soient dans la mesure du possible également disponibles* dans les centres de la Confédération et des cantons. Le personnel des centres doit être formé et accompagné en conséquence (cf. R3).
- R10 : Au niveau cantonal et communal, nous recommandons d'*intégrer davantage les interlocuteurs du domaine social* dans l'encadrement et la thérapie, ce qui va de pair avec la mise à disposition de ressources supplémentaires pour les soins de base.

**Améliorer la transmission des informations et engager des échanges**  
Parmi les difficultés rencontrées, les experts interrogés ont aussi mentionné la coordination et la communication entre les différents acteurs du système sanitaire et social en contact avec les requérants d'asile atteints de troubles psychiques. Beaucoup reste à faire en la matière (notamment pour la communication entre les premiers intervenants et les suivants). Comme évoqué dans les points précédents, les personnes interrogées ont relevé le potentiel des équipes interdisciplinaires et l'importance de la collaboration – dans certains cas perfectible – avec les organisations à but non lucratif et les personnes bénévoles. Nous établissons ci-après une distinction entre, d'une part, les flux d'informations concrets dans la pratique, se rapportant spécifiquement à l'échange de données personnelles sur la santé et, d'autre part, le transfert de connaissances et les échanges généraux entre les acteurs du système de santé impliqués :

- R11 : La transmission de données individuelles de santé des CEP/centres fédéraux au canton, puis aux communes, ou encore, entre les intervenants de première ligne et les suivants, présente de nombreuses interfaces ; de ce fait, elle est sujette à des « pertes de données ». En nous fondant sur les avis des personnes interrogées, nous recommandons de mettre en place *d'emblée* (au niveau des centres fédéraux) *un dossier médical*. Nous recommandons aussi d'étudier s'il est possible de tenir ce

dossier sous forme électronique, en définissant les personnes qui peuvent accéder aux données individuelles de santé. Les expériences du centre pilote de Zurich pourraient servir de modèle pour faire<sup>16</sup>.

R12 : Nous recommandons à l'OFSP de *créer une plate-forme d'échange*, spécifiquement consacrée à la problématique de la détection et du traitement des troubles psychiques chez les requérants d'asile. Les personnes qui – dans toute la Suisse – s'engagent dans ce domaine devraient pouvoir se rencontrer régulièrement, afin d'échanger leurs expériences et leur savoir-faire. Il s'agirait en particulier d'améliorer les échanges entre la Suisse alémanique et la Suisse romande, vu le manque de connaissance de ce qui se fait dans les cantons respectifs. Chaque rencontre pourrait être consacrée à une thématique spécifique.

<sup>16</sup> Cf. également Müller, Franziska et al. (2017).

## ANNEXE

## A I LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Nom	Fonction
Dr Matthis Schick	Chef de clinique, Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre, Clinique de psychiatrie et de psychothérapie, Hôpital universitaire de Zurich
Dr Bernhard Küchenhoff	Ancien médecin-chef adjoint, Clinique universitaire psychiatrique de Zurich, responsable unité Migration, exerce actuellement au cabinet Beckenhof, Zurich
Dr Daniel Schröpfer	Médecin-chef, Service ambulatoire Kanonengasse, Zurich, responsable des soins pour le centre pilote
Dr Jochen Binder	Médecin directeur d'Intégrierte Psychiatrie Winterthur, Unité spécialisée pour les troubles post-traumatiques
Dr Sanchis Zozaya Javier	Médecin associé, Centre des populations vulnérables (CPV), Unité de Soins aux Migrants (USMi), Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
Christina Gunsch Neuhaus, lic. phil.	Psychologue spécialisée en psychothérapie FSP, cert. en psychologie d'urgence FSP, psychotraumatologie spécialisée enfants et adolescents
Dr Florence Faucherre	Médecin-associée, Unité Psy&Migrants, Consultation de Recordon, DP-CHUV
Dr. phil. Carola Smolenski	Psychologische Leiterin, Ambulatorium für Folter- und Kriegsofopfer SRK Bern, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Prof. Patrick Bodenmann	Médecin adjoint et responsable du Centre des populations vulnérables (CPV), Unité de Soins aux Migrants (USMi), Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
Dr Saskia von Overbeck Ottino	FMH psychiatrie-psychothérapie adultes et enfants-adolescents Psychanalyste SSPsa-IPA Médecin-associé SPEA et DMCPRU, HUG Coordinatrice du Réseau Santé Mentale Enfants-Adolescents Migrants et Ethnopsychanalyse, MEME
Dr Mario Gehri	Médecin-chef, PD, HEL-CHUV
Dr David Shiva Srivastava	Médecin-chef, suppléant du service des urgences de l'Inselspital Berne
Maxime Coté	Infirmier chef de service, Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne

## A 2 LITERATURANGABEN ZU DEN SIEBEN HERAUSFORDERUNGEN

---

- Ackermann Ch.; Burtscher P.; Mohamed A.; Schär Sall H.; Sölch A.; Stutz D.; Wetli E.; Zoller R. (2003): Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ, Studie im Auftrag des Bundesamts für Flüchtlinge (BFF), Ethnologisch-Psychologisches-Zentrum – EPZ – der Asylorganisation Zürich
- Bachmann, A. (2012): Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren, in: Der Bund, <<https://www.derbund.ch/bern/nachrichten/Traumatisierte-sind-oft-nicht-erfolgreich-im-Asylverfahren/story/30619829>>, Zugriff am 26.07.2017
- Bischoff, A.; Schneider, M.; Denhaerynck, K.; Battegay, E. (2009): Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study, in: European Journal of Public Health 19/1, p. 59-64
- Brägger, M. (2017): Evaluation des Pilotprojekts „Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie“, Zwischenbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration SEM, Büro Brägger, Wallisellen/Dübendorf
- Brakowski, J. (2017): Flüchtlinge und Migranten in der Psychiatrie: Die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem reduzieren, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 4–6
- Bürli, Ch.; Amstad, F.; Duetz Schmucki, M.; Schibli, D: (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder, Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik
- Guggisberg, J.; Gardiol, L.; Graf, I.; Oesch, T.; Künzi, K. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz
- Hepp, U. (2016): Posttraumatische Störungen bei Migrantinnen und Migranten, Baden, <[http://www.kantonsspitalbaden.ch/Departement-Innere-Medizin/Dokumente/Symposium-Migration-und-Medizin\\_PTSD.pdf](http://www.kantonsspitalbaden.ch/Departement-Innere-Medizin/Dokumente/Symposium-Migration-und-Medizin_PTSD.pdf)>, Zugriff am 26.07.2017
- Hochuli, S. (2016): Referat für die nationale Fachtagung des Verbundes “Support for Torture Victims”, Bern <<http://www.torturevictims.ch/de/veranstaltungen/eine-situationsanalyse>>, Zugriff am 27.07.2017
- Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (KKF) (2016): Asylnews Nr. 1 März, S. 1–19
- Küchenhoff, B. (2017): Die Behandlung von Flüchtlingen in der freien Praxis, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 14-15
- Llosa, A. E.; van Ommeren, M.; Kolappa, K.; Ghantous, Z.; Souza, R.; Bastin, P.; Slavuckij, A.; Grais, R. F. (2017): A two-phase approach for the identification of refugees with priority in Lebanon: a validation study. BMC Psychiatry, 17(28)
- Maggi, J.; Sandro C. (2003): Needed Basic Research in “Migration and Health” 2002-2006 in Switzerland. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

- Maier, T. (2015): Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden, Zürich <[http://www.psychiatrie.usz.ch/Documents/20151207\\_Maier\\_Thomas.pdf.d](http://www.psychiatrie.usz.ch/Documents/20151207_Maier_Thomas.pdf.d)>, Zugriff am 27.07.2017
- Maier, T. (2016): Versorgungsplanung, Spardruck und Tarifsituation in der Schweiz: Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Migrantinnen und Migranten, Bern <<http://www.torturevictims.ch/de/file/23913/download>>, Zugriff am 26.07.2017
- Maier, T. (2017): Psychotherapie mit Migranten, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 11–13.
- Maier, T.; Schmidt, M.; Mueller, J. (2010): Mental health and healthcare utilisation in adult asylum seekers, in: Swiss Med. Wkly 140:w13110, p. 1-8
- Müller, J. (2009): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit einem Kriegsoffer: Ein Fallbericht, in: Verhaltenstherapie 19, S. 177–183
- Müller, F.; Köchli, H.; Balthasar, A. (2013): Evaluation Testbetrieb Asyl, Luzern.
- Müller, F. et al. (2017): Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, Luzern. (internes Dokument)
- Nickl, R. (2016): Verwundete Seelen, in: UZH Magazin 25(3), S. 25–26
- Nosetti, L.; Jossen, A. (2012): Die Sprechstunde für MigrantInnen – ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen. Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
- Novák, M. (2012): Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2010 und 2011. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern
- Oetterli, M.; Niederhauser, A.; Pluess, S. (2013): Analyse de la situation réelle relative aux offres psycho-sociales de traitement et d'encadrement en faveur de personnes traumatisées dans le domaine de l'asile et des réfugiés. Bericht zuhanden des Bundesamts für Migration (BFM)
- Schick, M.; Schnyder, U. (2017): Multimodale Behandlung traumatisierter Flüchtlinge, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 7–10
- Schwald, O.; Smolenski, C. (2016): Traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer in der Hausarztpraxis. Primary and Hospital Care, Allgemeine Innere Medizin, 16(3), S. 55–58.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (2017): Traumatherapie mit minderjährigen Flüchtlingen am Ambulatorium Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Bern
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (o. J.) (a): Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten. Eine Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Bern.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (o.J.) (b): Folter- und Kriegsoffer. „Es ist möglich, einen Umgang mit dem Erlebten zu finden.“, <<https://www.redcross.ch/de/>>

organisation/ambulatorium-fuer-folter-und-kriegsopfer/es-ist-moeglich-einen-umgang-mit-dem-erlebten>, Zugriff am 28.07.2017

- Stocker, D.; Stettler, P.; Jäggi, J.; Bischof, S.; Guggenbühl, T.; Abrassart, A.; Rüesch, P.; Künzi, K. (2016): Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik. BASS, Bern
- Straub, M.; Maier, T. (2007): Therapieerwartungen und Krankseinskonzepte bei traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Eine qualitative Studie. Ethnologisches Seminar der Universität Zürich
- Testa-Mader, A.; Degrate, A.; Clerici, N. (2002): Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 153(3), S. 123–130
- Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Seismo, Zürich
- Zuber, L. (2014): Traumatisierte Asylsuchende im Asylverfahren. Welche möglichen Herausforderungen stellen sich für traumatisierte Asylsuchende im Asylverfahren in der Schweiz? Bachelorarbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Hochschule für soziale Arbeit



Leitfaden für die Interviews  
Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden

Angaben zur befragten Person (Funktion, Bezug zum Thema)

## I BETROFFENE PERSONEN

---

- Frühere Untersuchungen zum Thema haben ergeben, dass mindestens 30, eher aber zwischen 40 bis 60 Prozent der Asylsuchenden traumatisiert sind.
  - Was heisst „traumatisiert“? Gibt es da wichtige Unterscheidungen? Existieren verschiedene klinische Bezeichnungen? Welche?
  - Treffen diese Schätzungen Ihrer Meinung nach zu (40–60 Prozent)?
  - Wie hoch schätzen Sie ist der Anteil unter diesen traumatisierten Personen, die eine Behandlung benötigen? Welche Art von Behandlung?
  - Wie hoch schätzen Sie ist der Anteil unter diesen Personen, die in einer spezifischen Behandlung sind?

## 2 HERAUSFORDERUNGEN: GENERELLE BEURTEILUNG

---

Die aus der Literatur bekannten Herausforderungen bezüglich psychischer Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden lassen sich grob wie folgt zusammenfassen:

- 1) Fehlende Früherkennung und Diagnose (z.B. in den Asylzentren), keine Weitervermittlung, unzureichende Information
- 2) unzureichende Anzahl spezialisierter Angebote, die dadurch langen Wartezeiten
- 3) Fehldiagnose und inadäquate Behandlung
- 4) fehlende niederschwellige psychosoziale Angebote
- 5) Schwierigkeiten beim Informationsfluss und der Zusammenarbeit (bspw. beim Übergang vom Bundeszentrum- ins kantonale Durchgangszentrum und von da in die Gemeinde)
- 6) fehlende Finanzierung, keine Kostendeckung (z.B. Finanzierung Übersetzung)
- 7) Herausforderungen auf Seiten der PatientInnen, wie: communication limitée ; préjugés, peur de la stigmatisation ; méconnaissance des diagnostics et des traitements ; manque de confiance/insécurité, manque de compétence en matière de santé (health literacy).

- Gibt es weitere Herausforderungen, welche oben nicht erwähnt sind?
- Welche dieser genannten Herausforderungen sind für sie grundsätzlich von grösster Bedeutung und wo müsste man am dringlichsten ansetzen um die Situation zu verbessern?

*(hier nur kurz im Sinne einer Priorisierung die Themen aufnehmen, danach wird auf die einzelnen Herausforderungen eingegangen)*

### 3 FRÜHERKENNUNG, DIAGNOSTIZIERUNG UND WEITERVERMITTLUNG (HERAUSFORDERUNG 1 UND 7)

---

#### Problemanalyse

- Wie läuft bei Asylsuchenden, in der Phase wo sich diese in den Zentren des Bundes oder der Kantone befinden, in der Regel dieser Prozess ab (Früherkennung-Diagnostizierung-Weitervermittlung in eine allgemeine und danach spezialisierte Behandlung)?
- Worin sehen Sie Gründe für die Probleme bei der Früherkennung, Diagnostizierung und Weitervermittlung?

#### Lösungsansätze

- Wie könnte die Situation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

*Zuerst offen fragen, dann auf folgende Aspekte eingehen:*

- Was halten Sie von einem systematischen Erstgespräch mit allen Asylsuchenden, in welchem auch die psychische Gesundheit thematisiert wird? (in den Bundeszentren? In den kantonalen Zentren?). Wie müsste so ein Gespräch ausgestaltet sein? Wer sollte so ein Gespräch führen? Welche Qualifikationen müsste diese Person haben? Wie würde dies finanziert werden?
- Sind Ihrer Ansicht nach die Stellen und ihre Mitarbeitenden, welche mit den Asylsuchenden zuerst in Kontakt treten genügend informiert und sensibilisiert? (transkulturelle Kompetenzen, Kompetenzen bzgl. psychische Gesundheit/Trauma, Kenntnisse von Angeboten)? Welche Möglichkeiten sehen sie da?
- In welchen Situationen ist für Sie der Einbezug von professionellen ÜbersetzerInnen unerlässlich? Wie könnte der Einsatz von Dolmetschenden/Übersetzenden besser geregelt werden (organisatorisch und finanziell)?
- Wie könnte man besser mit den Herausforderungen auf Seiten der PatientInnen umgehen (eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten; Vorurteile, Angst vor Stigmatisierung; mangelnde Vertrautheit mit Diagnosen und Behandlungsansätze; fehlendes Vertrauen/Unsicherheit, mangelnde Health Literacy)?

#### 4 ANGEBOTSSITUATION (HERAUSFORDERUNGEN 2,3 UND 4)

---

##### Problemanalyse

- Welche spezifischen Behandlungsangebote für traumatisierte Asylsuchende (welche sich in den Zentren des Bundes und der Kantone befinden) bestehen in der Schweiz zusätzlich zu den fünf Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer, die gemeinsam den Verbund „Support for Torture Victims“ bilden?
- Worin sehen Sie Gründe für (1) zu wenige Angebote und (2) zu wenige hinreichend spezialisierte Angebote?
- Häufig dauert es lange, bis traumatisierte Asylsuchende zum ersten Mal behandelt werden (spezialisierte Behandlung). Welches sind die Gründe dafür, dass es nicht zu einem früheren Behandlungsbeginn kommt?

##### Lösungsansätze

- Wie könnte die Behandlungssituation, insbesondere in der Phase, in welcher sich die Asylsuchenden in den Zentren des Bundes sowie danach in den kantonalen Zentren befinden, verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?
- Haben Sie Vorschläge, wie man – falls nötig – einen früheren Behandlungseintritt ermöglichen könnte?
- Welche Angebote, neben den psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten, erachten sie für diese Zielgruppe als sinnvoll (soziale Unterstützung, Integrationsmassnahmen, Tagesstruktur, Beschäftigung etc.)? Kennen Sie solche Angebote? Wie könnten solche Angebote gefördert werden? (z.B. insbesondere auch in den Asylzentren)

#### 5 INFORMATIONENFLUSS/ ZUSAMMENARBEIT (HERAUSFORDERUNG 5)

---

##### Problemanalyse

- Wo und zwischen wem bestehen in der Phase, in welcher sich die Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone befinden, bezüglich Informationsfluss und Zusammenarbeit die grössten Schwierigkeiten? Worin sehen Sie die Gründe hierfür?

*Zuerst offen fragen, dann auf Zusammenarbeit und Informationsweitergabe (Patientendossier) zwischen Gesundheitspersonal in den Zentren – Zentrumsärzte – spezialisierte Behandlungsangebote eingehen*

*Zusammenarbeit Gesundheitsakteure und Mitarbeitenden SEM (Vermittlung von verfahrensrelevanten Informationen)*

Lösungsansätze

- Wie könnte die Situation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

## 6 FINANZIERUNG (HERAUSFORDERUNG 6)

---

Problemanalyse

- Worin bestehen bei Asylsuchenden konkret die Schwierigkeiten bzgl. Finanzierung? Gründe hierfür?
- Wer trägt die Behandlungskosten im Normalfall?
  - Fallen für die zu Behandelnden auch Kosten an? Wie beurteilen Sie diesen Umstand?
  - Denken Sie, Kosten, welche die erkrankten Personen selber tragen müssen, sind ein potenzieller Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme einer Behandlung?
  - Falls die Krankenkassen nicht die Gesamtkosten der Behandlungen übernehmen, bestehen andere Möglichkeiten damit die Betroffene nicht selber die Kosten decken müssen? Sind die zu Behandelnden über diese Möglichkeiten informiert?
- Wer übernimmt die Kosten für Übersetzungsleistungen?

Lösungsansätze

- Wie könnte die Finanzierungssituation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

## Guide d'entretien

Santé mentale des requérants d'asile traumatisés

Informations personnelles (fonction, rapport avec le sujet):

---

**I PERSONNES CONCERNÉES**

---

- Des études antérieures sur ce sujet ont montré qu'au moins 30 pourcent, mais plutôt entre 40 et 60 pourcent des requérants d'asile sont traumatisés.
  - Que signifie „traumatisé“? Est-ce qu'il y a des différenciations importantes? Existe-t-il différentes formes d'expression clinique de ces traumatismes? Si oui, lesquelles?
  - D'après vous, ces estimations sont-elles correctes (entre 40 et 60 pourcent)?
  - Quel est à votre avis le pourcentage de personnes traumatisés qui ont besoin d'être prises en charge? Quel genre de traitement?
  - En ce qui concerne les personnes nécessitant une prise en charge, quel est à votre avis le pourcentage de celles qui sont effectivement en traitement?

---

**2 ENJEUX: EVALUATION GÉNÉRALE**

---

Les enjeux issus d'une revue de littérature sur le thème de la santé psychique des requérants d'asile traumatisés peuvent être résumés comme suit :

- 1) Absence de détection précoce et diagnostic (p.ex. dans les centres d'accueil destinés aux requérants d'asile), pas de transfert d'information, manque d'information
- 2) Nombre insuffisant d'offres spécialisées, ce qui entraîne de longs délais d'attente
- 3) Diagnostics erronés et traitements inadéquats
- 4) Absence d'offres à bas seuil dans le domaine psychosocial
- 5) Difficultés liées à la circulation de l'information et dans la collaboration entre acteurs (comme p.ex. lors du transfert du centre fédéral au centre cantonale de transit et finalement à la commune)
- 6) Manque de financement, pas de couverture des coûts (p.ex. financement de l'interprétariat)
- 7) Défis du côté des patients : possibilités de communication réduites ; préjugés, crainte de la stigmatisation ; manque de familiarité avec les diagnostics et les approches thérapeutiques ; manque de confiance/incertitude, manque de „ health literacy “

- Existe-t-il d'autres enjeux ne figurant pas dans la liste ci-dessus?
- D'après vous, quels sont les enjeux les plus importants et où devrait-on intervenir de manière urgente pour améliorer la situation actuelle?
- (Ici le but est uniquement d'avoir un ordre de priorité; les différents enjeux seront thématiques séparément ci-après).

### 3 DÉTECTION PRÉCOCE, DIAGNOSTIC ET TRANSFERT (ENJEUX 1 ET 7)

---

#### Analyse des problèmes

- En règle générale, comment se déroule le processus (détection précoce – diagnostic - transfert vers un traitement général et puis spécialisé) pour les requérants d'asile dans la phase où ils se trouvent dans les centres de la Confédération ou des cantons?
- Quelles sont selon vous les raisons qui sont à l'origine des problèmes de la détection précoce, diagnostic et du transfert?

#### Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation actuelle? Quelles solutions possibles voyez-vous?

#### *Poser la question ouvertement, puis évoquez les aspects suivants:*

- Que pensez-vous d'un premier entretien systématique avec tous les requérants d'asile dans lequel la santé mentale serait également thématisée? (dans les centres fédéraux? dans les centres cantonaux?). Quel devrait être le contenu de cet entretien? Qui devrait mener un tel entretien? Quelles qualifications cette personne devrait-elle posséder? Comment cela serait-il financé?
- A votre avis, les offices/services et les collaborateurs ayant un premier contact avec les requérants d'asile sont-ils suffisamment informés et sensibilisés? (compétences transculturelles, compétences en matière de santé mentale/traumatisme, connaissance des offres)? Quelles possibilités voyez-vous?
- D'après vous, dans quelles situations est-ce que le soutien d'interprètes professionnels est essentiel/indispensable? Comment pourrait-on régler/organiser mieux l'intervention d'interprètes (organisation et financement)?
- Comment pourrait-on mieux gérer les défis du côté des patients (possibilités de communication réduites; préjugés, crainte de la stigmatisation; manque de familiarité avec les diagnostics et les approches thérapeutiques; manque de confiance/incertitude, manque de „health literacy“)?

#### 4 ETAT DES OFFRES (ENJEUX 2,3 ET 4)

---

##### Analyse des problèmes

- Quelles sont les offres spécifiques de soins pour les requérants d'asile traumatisés en Suisse (qui se trouvent dans les centres fédéraux et cantonaux), en plus des cinq centres de thérapie destinés aux victimes de la torture et de la guerre, lesquels forment le groupement « Support for Torture Victims»?
- Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles il y a peu d'offres (1) et peu d'offres suffisamment spécialisés (2)?
- Dans la plupart des cas, il faut beaucoup de temps pour que les requérants d'asile traumatisés soient traités pour la première fois (traitement spécialisé). Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles un début du traitement plus précoce n'est pas assuré?

##### Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation du traitement, particulièrement dans la phase où les requérants se trouvent dans les centres fédéraux ainsi qu'après dans les centres cantonaux ? Quelles solutions possibles voyez-vous ?
- Voyez-vous des possibilités – si nécessaire – de faciliter une prise en charge plus précoce ?
- En plus des offres psychiatriques et psychothérapeutiques, quelles offres destinées au groupe cible jugez-vous utiles (soutien social, mesures d'intégration, structure journalière, emploi, etc.) ? Avez-vous connaissance de telles offres? Comment pourrait-on promouvoir des telles offres (particulièrement dans les centres où vivent les requérants d'asile)?

#### 5 CIRCULATION D'INFORMATION/ COLLABORATION (ENJEU 5)

---

##### Analyse des problèmes

- Au moment où les requérants d'asile se trouvent dans les centres fédéraux et cantonaux, quelles sont les principales difficultés en ce qui concerne la circulation d'information et la collaboration entre acteurs impliqués? Quelles en sont les raisons ?

*Poser la question ouvertement, puis évoquer les aspects concernant la collaboration et la circulation d'information (dossier patient) entre le personnel de santé dans les centres – médecin du centre – offres de traitement spécialisées.*

*Collaboration entre les acteurs de la santé et les collaborateurs et collaboratrices du SEM (transmission d'information pertinente pour la procédure)*

Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation, quelles solutions possibles voyez-vous?

## 6 FINANCEMENT (ENJEU 6)

---

Analyse des problèmes

- Quelles sont les principales difficultés des requérants d'asile concernant le financement? Et pour quelles raisons?
- En règle générale, qui prend en charge les coûts de traitement ?
  - Les personnes à traiter doivent-elles aussi prendre en charge une partie des coûts ? Comment évaluez-vous cette situation?
  - Pensez-vous que les coûts qui doivent être assumés par les personnes malades elles-mêmes constituent un obstacle potentiel à l'obtention d'un traitement ?
  - Dans le cas où les caisses maladie ne prennent pas en charge le coût total du traitement, est-ce qu'il existe d'autres possibilités de financement pour éviter que les personnes concernées ne doivent payer elles-même? Les personnes à traiter, sont-ils informées sur les possibilités ?
- Qui prend en charge les coûts pour les prestations de traduction?

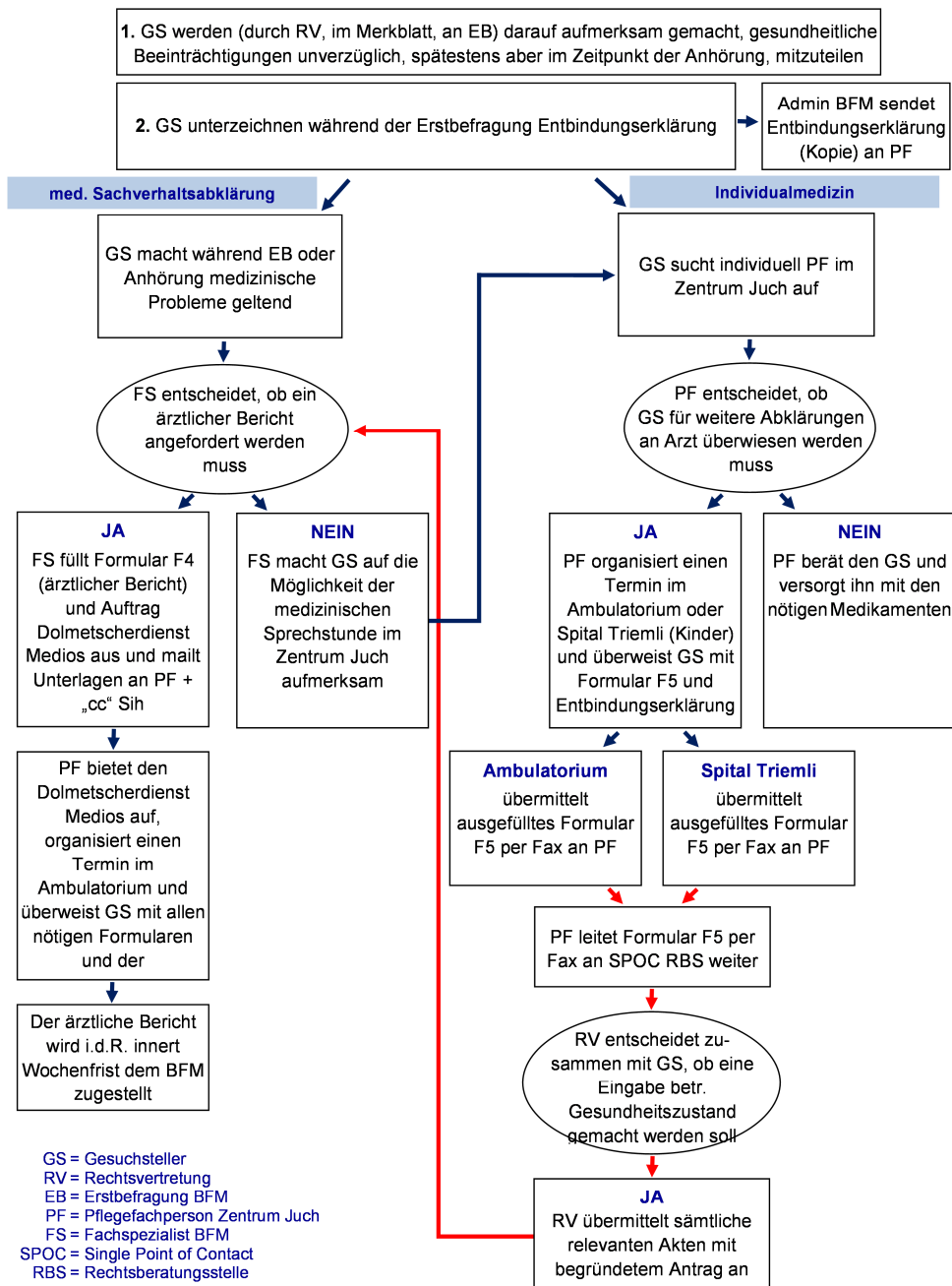
Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation du financement, quelles solutions possibles voyez-vous ?



A5 ABLAUF MEDIZINISCHE ABKLÄRUNGEN TESTBETRIEB

D A5: Ablaufschema medizinische Abklärungen im Testbetrieb



Quelle: SEM Testbetrieb Version vom 22.8.2014.

A 6 SCREENING INSTRUMENTE

---

Primary Care PTSD Screen for DSM-5

***Avez-vous au expérimenté au cours de votre vie un évènement si effrayant, horrible ou bouleversant qu'il vous est arrivé, au cours du mois écoulé :***

1. D'en faire des cauchemars ou de penser à cet évènement alors que vous ne le vouliez pas ?  
Oui  
  
Non
  2. De devoir faire de grands efforts pour éviter d'y penser, ou d'être obligé de changer vos plans pour éviter des situations qui vous auraient rappelé cet évènement ?  
Oui  
  
Non
  3. De vous sentir continuellement sur vos gardes, en alerte, avec une tendance à sursauter facilement ?  
Oui  
  
Non
  4. De vous sentir comme anesthésié ou détaché des autres, de vos activités, de votre environnement ?  
Oui  
  
Non
- 

***Le dépistage est positif lorsque le patient répond par l'affirmative à trois des éléments ci-dessus.***

Instrument MINI zur Diagnose von Depressionen und PTSD

.....HUG/Centre-Santé Migrants-Charmilles → → étiquette patient

...Dépistage EDM et PTSD lors de l'ESF

Consigne à l'évaluateur

Afin de faire porter les questions sur les deux à quatre dernières semaines, il faut identifier un événement significatif pour le requérant auquel vous pourrez ensuite vous référer pour les questions ultérieures (par exemple arrivée dans un foyer, fête nationale, événement politique, anniversaire...).

21. → DEPISTAGE EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

		CODE	
21-1	Depuis l'événement X, vous sentez-vous triste, ou sans joie de vivre, ou abattu ou déprimé? Si oui, la plupart de temps?	NON	OUI
21-2	Depuis l'événement X, avez-vous perdu l'intérêt, le goût, ou le plaisir pour les choses de tous les jours? (Ex: écouter la radio, regarder la télé, rencontrer d'autres personnes, sortir, préparer des repas) Si oui, la plupart de temps? <i>REPORTER AUSSI LA REPONSE A 22.3C DE LA PARTIE PTSD</i>	NON	OUI
	21-1 OU 21-2 SONT-ELLES COTEES OUI?	NON	OUI
21-3a	Depuis l'événement X, est-ce que vous avez moins d'appétit, ou au contraire plus d'appétit que d'habitude? ... Si oui, presque tous les jours?	NON	OUI
→ b	Depuis l'événement X, avez-vous de la peine à dormir (difficulté à vous endormir, ou réveil au milieu de la nuit, ou réveil trop tôt le matin)? Si oui, est-ce que c'est presque toutes les nuits? Est-ce qu'au contraire vous dormez trop? Si oui, presque toutes les nuits? Ne pas tenir compte des conditions de la vie, ni de prise de somnifères. <i>Reporter cette réponse à la question 22.4a PTSD, mais pour le PTSD, la réponse sera oui seulement si la personne a des difficultés de sommeil, pas en cas d'hyposomnie.</i>	NON	OUI
→ c	Depuis l'événement X, est-ce que vous pensez ou bougez plus lentement que d'habitude? (Exemple: Répondre quand quelqu'un vous pose une question) <i>Trouver un autre exemple parlant si nécessaire.</i> Si oui, la plupart du temps? Ou au contraire êtes-vous plus agité que d'habitude? Si oui, la plupart du temps? <i>Pendant l'entretien avez-vous observé un ralentissement ou une agitation psychomotrice?</i>	NON	OUI
→ d	Depuis l'événement X, vous sentez-vous fatigué(e), sans énergie? Si oui, presque tous les jours?	NON	OUI
→ e	Depuis l'événement X, est-ce que vous vous sentez incapable, inutile, «bon à rien»? Ou est-ce que vous vous faites de reproches? ... Si oui, la plupart du temps?	NON	OUI
→ f	Depuis l'événement X, avez-vous du mal à rassembler vos idées, ou à vous concentrer, ou à être attentif? (Ex: suivre les explications des assistants sociaux, des infirmières ou de votre médecin ou suivre une émission de télévision, un cours de français ou d'informatique) Avez-vous du mal à prendre les décisions? Si oui, la plupart du temps? <i>Reporter cette réponse à la question 22-4c PTSD, mais pour le PTSD, la réponse sera oui seulement si la personne a des problèmes de concentration, pas si s'agit de difficulté à prendre des décisions.</i>	NON	OUI
→ g	Depuis l'événement X, est-ce que vous avez pensé à vous faire du mal, ou avez-vous souhaité être mort, ou avez-vous voulu vous tuer? Si oui, est-ce que vous avez eu ces idées à plusieurs reprises, ou de manière répétitive?	NON	OUI
21-4	Y-A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN 21-3? (ou 4 si 21-1 OU 21-2 EST COTEES NON)	→ NON	→ OUI
		Episode dépressif majeur actuel	

Une partie de ce questionnaire est inspirée du MINI de Sheehan & Lecrubier, 1998  
Version au 02.12.2004

.....HUG/Centre-Santé-Migrants-Charmilles → étiquette patient  
 ...Dépistage-EDM et PT SD lors de l'ESF

Reprendre la consigne à l'évaluateur de la partie 21

22...DEPISTAGE-ETAT-DE-STRESS-POST-TRAUMATIQUE → CODE:

22-1a	Avez-vous déjà vécu une situation atroce, choquante, exceptionnelle, au cours de laquelle vous vous êtes senti en danger de mort ou vous avez « vu la mort en face » ? Ou avez-vous été témoin d'une situation du même genre ? (Ex de situations traumatisantes : accident grave, agression physique ou sexuelle, attaque terroriste, prise d'otages, enlèvement, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans votre entourage, situation de guerre, catastrophe naturelle...)	NON	OUI
22-2a	Depuis X, avez-vous l'impression de revivre cette situation, quand vous êtes éveillé ou dans vos rêves, ou d'y penser souvent, sans le vouloir ? (Ex : Comme un film (vidéo) qui passe dans votre tête.)	NON	OUI
22-3a	Depuis X, devez-vous faire des efforts pour ne pas y penser ? [ou] Essayez-vous d'éviter tout ce qui vous y fait penser ?	NON	OUI
b	Depuis X, avez-vous du mal à vous souvenir avec précision de certains détails importants ? (Ex : La date exacte, le nombre d'agresseurs, le lieu, etc.)	NON	OUI
ca	Reprendre la réponse à la question 21-2 de la partie EDM ou poser la question : Depuis l'événement X, avez-vous perdu l'intérêt, le goût, ou le plaisir pour les choses de tous les jours ? (Ex : écouter la radio ou regarder la télé, ou rencontrer d'autres personnes, sortir, ou préparer des repas) Si oui, la plupart de temps ?	NON	OUI
da	Depuis X, est-ce que vous vous sentez indifférent(e) à ce que vous entoure ? [ou] Pensez-vous être devenu (un autre homme ou une autre femme) par rapport à avant ?	NON	OUI
ea	Depuis X, avez-vous remarqué que vos sentiments sont moins forts, comme endormis ? Ou comme si vos sentiments étaient anesthésiés ? (Ex de sentiments : aimer, se mettre en colère, être triste ou avoir envie de se venger)	NON	OUI
	Y-A-T-IL-AU-MOINS-3-OUI-EN-22-3-?	NON	OUI
22-4a	Reprendre la réponse de la question 21-3b de la partie EDM ou poser la question : Depuis l'événement X, avez-vous de la peine à dormir (difficulté à vous endormir, ou réveil au milieu de la nuit, ou réveil trop tôt le matin) ? Si oui, est-ce que c'est presque toutes les nuits ?	NON	OUI
ba	Depuis X, est-ce que vous vous énervez ou perdez patience plus facilement qu'avant ?	NON	OUI
ca	REPRENDRE LA REPONSE DE LA QUESTION 21-3f DE LA PARTIE EDM OU POSER LA QUESTION : Depuis l'événement X, avez-vous du mal à rassembler vos idées, ou à vous concentrer, ou à être attentif ? (Ex : suivre les explications des assistants sociaux ou des infirmières ou de votre médecin ou suivre une émission de télévision ou suivre un cours de français)	NON	OUI
da	Depuis X, est-ce que vous vous sentez plus nerveux ou plus méfiant qu'avant ? (Ex : Comme s'il pouvait vous arriver quelque chose à n'importe quel instant)	NON	OUI
ea	Depuis X, sursautez-vous facilement ? (Ex : quand une porte claque ou en cas d'autre bruit inattendu)	NON	OUI
	Y-A-T-IL-AU-MOINS-2-OUI-EN-22-4-?	NON	OUI
22-5a	Depuis X, est-ce que vous en souffrez de tous ces problèmes ou est-ce qu'ils vous gênent dans vos relations avec les autres, ou dans la vie de tous les jours ?	NON	OUI
22-6a	22-5-EST-ELLE-COTEE-OUI ?	NON	OUI
		Etat de stress post-traumatique actuel	

Une partie de ce questionnaire est inspirée du MINI de Sheehan & Lecrubier, 1998  
 Version au 02.12.2004