

Pour une prise en charge collective de la vulnérabilité psychique des personnes en quête d'asile¹

L'accueil des personnes voulant bénéficier du statut de réfugié en France est soumis à des injonctions paradoxales de plus en plus pesantes particulièrement pour les professionnels en charge du traitement des dossiers : théoriquement il s'agit d'accueillir, dignement, en accord avec les principes de la Convention de Genève. Concrètement, il s'agit avant tout de définir légalement et administrativement, dans des délais de plus en plus courts, l'authenticité et la légitimité de cette demande d'asile; le tout dans un contexte politico-institutionnel amenant insidieusement à considérer le demandeur d'asile comme un « présumé menteur ».

Pensant se réfugier en France, le demandeur d'asile découvre ainsi l'accueil du pays, mais aussi ses écueils. En 2003 déjà, l'Observatoire régional sur la santé mentale et la précarité avait analysé la problématique de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés. À l'époque, le besoin avait émergé dans un contexte d'augmentation importante du nombre de demandeurs d'asile venant se réfugier en Rhône-Alpes. Depuis 2 ans, c'est dans un contexte différent que s'exprime une recrudescence des difficultés d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge des personnes venant trouver refuge en France. La situation économique européenne et nationale entraîne des restrictions budgétaires importantes, autant dans le champ sanitaire que social. En découle l'émergence de logiques gestionnaires drastiques, notamment dans les établissements publics de santé. Les hôpitaux voient leurs fonctionnements évoluer vers un primat des logiques financière et administrative. Le Dispositif National d'Accueil des demandeurs d'asile² (DNA) subit depuis 2010, une diminution progressive de son budget annoncée à hauteur de 10 % sur 3 ans. Dans cette course généralisée pour sauvegarder le « moins pire », l'ensemble des associations, des services sociaux, déplore la dégradation de leurs capacités d'intervention. Les professionnels intervenant auprès des demandeurs d'asile sont tout particulièrement heurtés par la violence des situations extrêmes qu'ils rencontrent. C'est dans ce contexte mouvementé que le Réseau Samdarra a souhaité marquer un pas de recul pour dresser un « État des lieux de la prise en charge et de la prise en

compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil³ ». Le recueil de données s'est déroulé pendant un an, de mai 2010 à avril 2011, sur l'ensemble du territoire national. Basé sur une méthodologie d'entretiens collectifs, chaque entretien a rassemblé une dizaine de professionnels intervenant dans les structures du Dispositif National d'Accueil, auxquels ont pu s'associer leurs partenaires soignants. Ces choix méthodologiques reposent sur une volonté d'ancrer ce projet dans une démarche d'expertise collective : ces rencontres interprofessionnelles ont pu favoriser la confrontation des pratiques et expériences d'acteurs d'un même territoire. Les échanges qui en ont découlé sont venus alimenter le contenu de cet état des lieux, tout en contribuant à nourrir les dynamiques locales autour de la question de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés.

Un des constats majeurs issu de cette investigation souligne la nécessité absolue de sortir d'une conception linéaire de l'accompagnement, où chaque intervenant se concentre sur ses interlocuteurs directs, pour évoluer vers une vision systémique, où chaque acteur a conscience d'être une maille d'un large filet de sécurité soutenant la santé psychique de la personne suivie. Le système de transmission de la « patate chaude » a pu démontrer la grande difficulté d'un accompagnement où le professionnel/bénévole intervient jusqu'au bout de ses possibilités, avant de chercher un relais une fois épuisé et dépassé. À l'inverse, les dispositifs

• **Malorie Geny, Gwen Le Goff, Halima Zeroug-Vial**, Réseau Samdarra, CH le Vinatier Bron.

• **Marc Vignal**, Psychosociologue consultant.

1. Cet article est issu d'une étude menée par le Réseau Samdarra financé par le FER et l'OFII

2. Le DNA comprend les centres d'accueils pour demandeur d'asile (CADA), les centres provisoires d'hébergement destinés aux réfugiés (CPH), des places d'hébergement d'urgence, les plateformes d'accueil, et la gestion des allocations temporaires d'attentes (ATA).

3. Recherche-action de Samdarra

qui nous ont été présentés comme des évolutions bénéfiques dans les pratiques et partenariats, reposent sur le souci partagé des acteurs d'une indispensable articulation des intervenants comme soutien à leurs propres assises professionnelles, et par répercussion à la santé mentale des personnes réfugiées. Dans ces dispositifs, l'« aller vers » concerne également l'ouverture à l'« autre professionnel », du « champ d'à côté », pour nourrir une dynamique interprofessionnelle de complémentarité et de réciprocité.

4. Voir le rapport de recherche action de l'Orspere, « Pour un Réseau régional Santé mentale-Précarité-Demandeur d'asile », mai 2007

Il peut être utile de souligner qu'en 2005⁴ déjà, l'Orspere proposait le même constat qui avait notamment suscité sur la création du Réseau Samdarra par la DRASS en 2007. Depuis, les dynamiques de concrétisation puis de développement de ce dispositif ont révélé la nécessité d'affiner l'analyse des systèmes de coopération à l'œuvre dans l'accompagnement et le suivi des demandeurs d'asile. Si les bénéfices d'un maillage inter-partenarial ne sont plus à démontrer, dans les faits, la complexité de la problématique due à l'intrication de différents champs, enjeux et niveaux de lecture rendent difficile le tissage de liens avec les ressources « non-expertes de l'asile » notamment.

Il devenait donc important de pouvoir observer comment les structures d'hébergement spécifiques à l'asile s'adaptent aux évolutions de procédures, de législations, de politiques ? Qu'en est-il sur d'autres territoires de l'articulation entre la santé et l'hébergement ? Qu'est ce qui relève des réalités locales, et qu'est ce qui découle d'un niveau supérieur (politique, législatif, économique...). Existe-t-il des « bonnes pratiques » à partager ? Cette nécessité de penser les dispositifs d'action comme des mailles impliquant l'articulation de systèmes et de logiques parallèles a donc alimenté cet état des lieux. Au fil des échanges avec plus de 300 professionnels et bénévoles, des préconisations et recommandations se sont progressivement dessinées.

Préconisations et recommandations

Cette étude nous a amené à préconiser différents principes directeurs qui permettraient de favoriser la coordination des interventions auprès des personnes en demande d'asile et réfugiées. En voici quelques uns :

- **Pour rompre avec le “bricolage” : une action en synergie au niveau local et au niveau interinstitutionnel national**

La fréquente réticence des directions d'établissements hospitaliers à institutionnaliser ces partenariats fait que les articulations interprofessionnelles qui nous ont été présentées reposent en grande majorité sur l'implication d'acteurs-porteurs. Il nous semble donc important d'inscrire nos préconisations et recommandations en rupture avec ce mode de fonctionnement coûteux sur le plan humain et qui maintient les dispositifs dans la précarité d'une dépendance envers la bonne volonté de ces personnes « piliers ». C'est pourquoi nous préconisons une action coordonnée et en synergie qui prenne en compte les différents niveaux de compréhension de la problématique qui constituent également des niveaux de changements envisageables.



En d'autres termes, il semble indispensable d'œuvrer pour que les préoccupations et difficultés de terrain concernant la santé et la santé mentale des exilés puissent trouver des cadres de références au sein d'une instance gouvernementale impliquant les différents ministères concernés.

- **Un recadrage de la problématique dans le champ de la Santé Publique et des inégalités sociales, territoriales et culturelles de santé**

Au cours de notre investigation, les « figures » locales des dispositifs publics de santé (ARS, hôpitaux publics, etc.) ont été régulièrement interpellées pour leurs failles en ce qui concerne ce public : difficulté d'accès aux soins, pratiques non adaptées au public, méconnaissance, manque de formation/d'information... Ces constats peuvent être associés au fait qu'à ce jour dans l'organisation gouvernementale, la problématique des demandeurs d'asile et réfugiés soit avant tout une responsabilité du Ministère de l'Intérieur, via le Service de l'asile, et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Si l'absence du Ministère de la santé peut s'entendre

par l'impossibilité constitutionnelle de promouvoir des actions de santé qui discriminent une partie de la population pour leurs origines ou statuts administratifs, il est également utile de souligner que de dissoudre les demandeurs d'asile dans la masse floue des « populations vulnérables » ne suffit pas à répondre à leurs besoins spécifiques.

Il peut donc être utile de rappeler et de souligner le fait que la problématique de santé mentale des demandeurs d'asile relève pleinement du champ de la santé publique et que la loi de santé publique du 9 août 2004 décrète la responsabilité de l'État (l'État est le garant de la protection des personnes en charge, de cette problématique), et préconise le renforcement des partenariats entre les institutions de santé, les collectivités territoriales, les usagers, associations et professionnels du secteur sanitaire et social.

La loi rappelle également la nécessité de lutter contre les inégalités de santé (vigilance vis-à-vis des populations vulnérables, en situation de précarité, dépendantes, etc.), et définit la région comme le niveau de planification des actions et de coordination des acteurs. Est-ce qu'elle dit directement quelque chose sur la santé des étrangers ou demandeurs d'asile ?

Cette reconnaissance a déjà été actée par certaines instances régionales de santé à travers le soutien et le financement de projets et d'actions visant une amélioration de la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile.

Le recadrage que nous préconisons pourrait se traduire selon plusieurs axes, certains nous paraissent prioritaires, comme le financement de l'interprétariat par les instances de la santé publique au titre des « inégalités culturelles de santé » ou bien le soutien aux acteurs de la santé mentale (formation, sensibilisation, analyse de pratiques, coordination et développement de réseaux entre les acteurs de la santé mentale et de l'asile,...).

• **S'inspirer des approches de santé communautaires pour développer la promotion de la santé mentale** : « travailler avec plutôt que travailler pour ». Dans le cadre de la problématique de prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile l'approche de santé mentale communautaire⁵

pourrait ouvrir de nouvelles perspectives, il nous semble d'ailleurs que de nombreux professionnels mettent en œuvre dans leurs actions les principes éthiques et méthodologiques.

Il importerait alors de développer et de renforcer une dynamique de soutien et de qualification collective des acteurs.

Travailler dans une approche de santé communautaire auprès du public de la demande d'asile consisterait tout d'abord à poser un autre regard sur ces publics, et à les considérer comme experts de leur propre santé et comme partenaires dans la prise en compte comme dans la prise en charge, de cette problématique.

L'approche de santé communautaire incite également les professionnels à intégrer l'ensemble des personnes concernées dans la compréhension de la problématique, à prendre en compte leur subjectivité, leur cadre de référence, à entendre leurs demandes, leurs besoins et leurs attentes.

Un certain nombre d'autres principes directeurs sont développés dans le rapport final de l'état des lieux qui a été finalisé en avril 2012. Ce travail intense de mise à plat des différents facteurs de la complexité de la problématique, a été l'occasion de nombreux et riches échanges avec une multitude d'acteurs du soin, du monde associatif et bien entendu du Dispositif National d'Accueil. Nous voudrions profiter de l'occasion de cet écrit, pour rappeler combien leur investissement au quotidien est la base précieuse du soutien à la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés, et que sans leurs expertises respectives, rien ne serait possible.

Pour une meilleure connaissance de cette thématique, Samdarra organise :

La 5^{ème} journée d'étude du Réseau Samdarra intitulée « **Récits et paroles de migrants en quête d'asile, Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ?** » se déroulera le 18 octobre 2012 à l'amphi Descartes/École Normale Supérieure (15 parvis René Descartes Lyon, Métro Debourg). ||

5. Voir le site de l'institut Théophraste Renaudot, principal acteur du développement de ces pratiques.