



HAL
open science

Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale

Halima Zeroug-Vial, Yvan Couriol, Nicolas Chambon

► **To cite this version:**

Halima Zeroug-Vial, Yvan Couriol, Nicolas Chambon. Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale. *Rhizome*, 2014, 51, pp.57-60. halshs-00980475

HAL Id: halshs-00980475

<https://shs.hal.science/halshs-00980475>

Submitted on 22 Apr 2014

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

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

Halima Zeroug-Vial, praticien hospitalier, responsable du Réseau Samdarra et directeur de l'Orspere-Onsmp

Yvan Couriol, directeur du Centre Provisoire Entraide Pierre Valdo, Lyon

Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber, Lyon 2

Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale

À partir de nos activités au Réseau Samdarra, nous documentons ici la réalité de la prise en charge du public demandeur d'asile, notamment au niveau de l'hébergement et interrogeons le sens de cet accompagnement aujourd'hui et les conséquences sur la santé mentale. Des normes minimales d'accueil « conditions matérielles d'accueil » pour les demandeurs d'asile ont été prévues par les textes européens et introduites dans le droit français afin de « garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs¹ ». L'État français a créé ces dernières années dans le cadre d'un Dispositif National d'Accueil (DNA) environ 21 000 places d'hébergement en Centre d'Accueil de Demandeur d'Asile (CADA) et vient de compléter encore ce dispositif par la création de 4000 nouvelles places d'hébergement. Ce niveau de capacité d'accueil reste cependant insuffisant pour faire face aux besoins et aux demandes exprimées par le public des demandeurs d'asile et relayé par les différents opérateurs gestionnaires de CADA et/ou de Plate-Forme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA). Ainsi aux structures CADA traditionnelles, 12000 places en Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile (HUDA) ont été ajoutées au DNA en 2013. Mais aujourd'hui les places nationales existantes ne suffisent pas et un certain nombre de demandeurs d'asile se retrouvent à la rue, des isolés mais aussi des familles, quand ils ne peuvent être pris en compte par l'urgence généraliste comme le 115.

¹Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres

La nécessité de l'accompagnement et de l'hébergement

Les demandeurs d'asile sont confrontés à la complexité de la procédure de demande d'asile, au besoin d'être domicilié, à la demande d'hébergement, aux difficultés de l'accès aux soins, à la barrière de la langue... Si certains peuvent retrouver des ressources dans leur communauté d'origine ou dans un réseau familial et amical, d'autres sont complètement isolés parfois désorientés et courent le risque d'être marginalisés. De manière pratique, les demandeurs d'asile sont accompagnés pour rédiger le récit qu'ils ont à faire à l'OFPRA², faire des démarches administratives, traduire des documents... Pour les opérateurs de l'asile, il apparaît primordial d'avoir un référent, un lieu central et ressource pour pouvoir orienter les demandeurs d'asile suivant leurs besoins, demandes : telle personne ou tel dispositif pour la santé, tel autre pour faire une carte des transports en commun à tarif réduit... Et les structures d'hébergement paraissent être le lieu pour rendre opérantes les liaisons dans cette prise en charge multimodale. D'autant plus que ce public en demande de protection, au delà d'un besoin vital d'hébergement, doit être accompagné à habiter les lieux. Pour les opérateurs la norme cohérente est donc le Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA). C'est à partir de ce lieu qu'il est envisageable d'accompagner correctement les demandeurs d'asile, le temps de la procédure, qui peut être longue...

Un hébergement traditionnel en crise

Le contexte en région Rhône-Alpes est assez particulier. Ces deux dernières années ont vu une explosion des arrivées et des demandes d'asile. Sur l'année 2012, l'augmentation est de 47% dans le Rhône et de 36% en Rhône-Alpes. En 2013 les taux de progression sont similaires, ce qui amène à un doublement des arrivées sur deux ans. De plus ce sont des nationalités qui ont statistiquement moins de chance d'obtenir une protection qui sont surreprésentés dans la région. Par endroit, les dispositifs sont saturés et créent la frustration par l'absence de réponse à des demandes d'hébergement, frustration générant même des situations de violence. Ainsi la plate-forme de Forum Réfugiés a été fermée le 20 novembre 2013 suite à des violences des demandeurs d'asile envers les personnels de l'association.

² Office Français de Protection des réfugiés et apatrides

Ces dernières années ce sont les dispositifs alternatifs qui ont pris de l'importance pour répondre à l'urgence de la demande (hôtel, hébergement d'urgence...). Dans la région lyonnaise la capacité d'hébergement traditionnel en CADA devenant même inférieure à celle de l'HUDA (Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile). En cinq ans on est passé de 80 à 800 places HUDA dans le Rhône avec plus de 1000 personnes à l'hôtel dans le « dispositif asile ». Malgré l'effort conjugué de l'État et des opérateurs spécialisés, l'hébergement n'est pas pour tous et des priorisations sont à l'œuvre fondées sur des critères familiaux sociaux et/ou médicaux. En 2013 un tiers des personnes arrivées sur le département du Rhône sont isolées donc majoritairement non prioritaires. En deux ans ce sont près de 2400 isolés qui se sont présentés aux guichets de la préfecture.

Cette composante du public n'est représentée qu'à hauteur de 10% dans les hébergements pour demandeurs d'asile. Il est raisonnable de penser que déjà un nombre important de personnes isolées n'est pas du tout hébergé. L'évaluation est difficile mais il semble quand même probable que, sur ces 1300 personnes isolées arrivées dans l'année, toutes n'aient pas trouvé une solution à leur besoin d'hébergement dans le système D. D'autant qu'elles se sont ajoutées aux 1000 arrivées de l'année précédente.

Une des conséquences de cette situation, et qui prend un caractère paradoxal si on parle de besoin de protection, c'est de retrouver des demandeurs d'asile ayant obtenu une protection internationale, le statut de réfugié ou la « protection subsidiaire » et sans hébergement. Ces personnes peuvent donc se prévaloir des conventions internationales pour faire valoir leur besoin de protection mais elles ne peuvent obtenir la première d'entre elles : un toit au dessus de leur tête. Plus de 20 situations comme celle-ci étaient dénombrées dans le département du Rhône en fin d'année 2013.

En l'espace d'une vingtaine d'années, la norme d'hébergement a complètement changé, le CADA ne représente plus que le tiers des solutions d'hébergement pour les demandeurs d'asile : 41254 premières demandes en 2012, une durée moyenne de

procédure de 17 mois et 21656 places en CADA au niveau national. On est très loin de la prise en charge systématique même en ajoutant les places d'urgence...

Un hébergement plus précaire

Pour ce qui est des structures du DNA, les professionnels sont mis ici en difficulté par la baisse récurrente des moyens qui leur sont octroyés, notamment du fait de la mise en concurrence des structures qui répondent à des appels à projet. Des organismes rationalisent leur action et font baisser les coûts, aidés par les pouvoirs publics qui favorisent cette concurrence. Des acteurs historiques du monde de l'asile critiquent ainsi l'émergence de « CADA discount » devenant des « outils de l'État » qui « cassent les prix » et entraînent une marchandisation de l'aide, dans une logique de marché. Cette rationalisation des coûts se fait, entre autres, au détriment de l'accompagnement et de la prise en charge de la santé mentale. Beaucoup de structures ont dû faire face à des suppressions de postes ou de prestations extérieures, notamment de psychologues. Le taux d'encadrement en CADA est passé de 1 pour 10 auparavant à 1 pour 15 aujourd'hui. La capacité des équipes pour accompagner est donc diminuée, de même que celle à prendre soin des plus fragilisés. De ce fait il y a moins d'accompagnement social. Mais cela est encore plus manifeste dans les structures d'hébergement d'urgence qui ont des moyens encore réduits, des compétences professionnelles moins présentes et de plus en plus en difficultés pour prendre en charge ce public. L'accompagnement est alors plus distant. Il y a moins de suivi.

Paradoxalement l'hébergement d'urgence est plus coûteux pour les finances publiques de l'Etat et celles des collectivités locales, mairies et départements. Car si effectivement le coût direct, à la journée, peut paraître comme étant inférieur à celui des CADA qui intègre toutes les prestations (22 euros à l'hôtel par exemple au lieu de 24 euros en CADA), un ensemble de prestations comme l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA), par endroit des aides à la cantine, aux transports et les aides caritatives vient majorer singulièrement cette base de calcul par ses coûts indirects... Autrement dit l'économie est illusoire, et dans les faits la prise en charge en hébergement d'urgence ou à l'hôtel est plus coûteuse et moins pertinente.

Une précarisation accrue des demandeurs d'asile et les conséquences sur la santé mentale

Cette précarisation de l'hébergement et donc de l'accompagnement de ce public a bien sûr des conséquences sur le vécu des demandeurs d'asile mais aussi des réfugiés. Le déficit d'accompagnement et d'occupations pendant leur parcours de demande d'asile impacte la capacité d'intégration de ceux qui obtiennent une protection. Les parcours d'intégration sont ralentis, les compétences personnelles mobilisables sont réduites. La débrouillardise tient place d'autonomie et les personnes restent captives de leur réseaux familiaux et communautaires, des « frères de l'église », de ceux qui connaissent le système savent s'y repérer et donc donner le bon conseil. Il n'est pas rare des mois après l'obtention d'une protection de devoir recourir à de l'interprétariat avec ce public, et ce fréquemment. Les raisons sont simples, les opportunités sont de plus en plus rares d'apprendre la langue au cours du parcours de la procédure de demande d'asile alors même qu'elle dure plusieurs mois.

Mais c'est surtout les impacts de cette précarisation sur la santé mentale qu'il nous importe de souligner ici. À l'exil, au parcours difficile, au traumatisme souvent vécu dans le pays d'origine, s'ajoute une désaffiliation, un risque de désarrimage social... Le lien au groupe se retrouve attaqué. Nous sommes de plus en plus confrontés à des personnes qui sont dans des stratégies de survie, engluées dans une procédure longue, complexe et insécurisante.

Le logement symbolise l'abri, la protection et est un préalable pour se sentir « chez soi ». Le demandeur d'asile serait alors la figure de l'être détaché de ses appartenances pour qui le logement symboliserait l'accueil ; son absence renvoyant donc au « non accueil ». L'absence de solution d'hébergement stable vient donc en écho, en résonance, de la protection administrative occasionnant une insécurité psychique. Ce « non-accueil » entretiendrait un sentiment d'indignité et de disqualification chez le demandeur d'asile.

Surtout cette absence d'hébergement met les demandeurs d'asile en errance. Et ce public inspirant souvent à l'invisibilité, voit son sentiment de culpabilité aggravé,

dans une « clandestinité coupable »³ pour reprendre les termes de Dominique Belkis et Spyros Franguiadakis. C'est alors l'incapacité à faire des projets qui réveillent l'insécurité interne.

Et cette errance, cette non-domiciliation, confrontés aux règles de sectorisation de la psychiatrie publique pose le problème de l'accès aux soins. Pour ces demandeurs d'asile restent alors l'urgence ou les dispositifs spécifiques (comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, PASS) qui sont aujourd'hui saturés. Aux problématiques de l'asile s'ajoutent alors celles de la précarité⁴. D'un point de vue clinique, ce public paraît marqué par le désespoir ; un désespoir souvent à la hauteur de l'espoir investi dans la migration.

Une épreuve comme mode de régulation de l'immigration

Ce constat appelle aussi à une problématique politique. Aussi l'hébergement va être une première sélection pour le public demandeur d'asile, pour des critères différents que celui du statut. Ce sont alors les critères sociaux et sanitaires qui vont prévaloir. On arrive aujourd'hui à des situations paradoxales, où le public accueilli dans certains CADA sera celui qui aura le moins de chance d'obtenir l'asile. Une des missions des CADA, accompagner et soutenir le requérant dans sa demande d'asile, se porte souvent aujourd'hui vers un public en situation de handicap ou gravement malade. L'issue de la procédure peut le conduire alors à obtenir une carte de séjour du fait de sa situation sanitaire.

L'accompagnement des demandeurs d'asile, s'il est défaillant, concourt à le précariser. Il nous apparaît surtout que cet état de fait participe d'un mode de régulation de l'immigration. Aujourd'hui la demande d'asile permet un accès au territoire sans visa, des ressources avec l'ATA... Par conséquent la sélection se fait en grande partie sur les capacités à endurer ces épreuves, après avoir enduré celles du départ choisi ou non choisi.

³Dominique Belkis et SpyrosFranguiadakis, *l'accueil des demandeurs d'asile comme épreuve du politique*, Rhizome n°21, décembre 2005

⁴C'est pourquoi nous avons parlé de « migrant précaire » dans le numéro 48 de Rhizome.

Et ce mode de sélection donne aussi un pouvoir aux dispositifs, aux professionnels (que bon nombre ne veulent pas) et participent d'un traitement inégalitaire de la demande d'asile. Pour les requérants l'arbitraire se perpétue. Suivant les régions, les intérêts des collectivités locales (notamment financiers), la prise en charge va être différente. Autrement dit cette situation fait valoir la défaillance d'une politique nationale quant à la prise en charge de la demande d'asile sur le territoire.