



Etat des lieux succinct de la situation des personnes migrantes arrivant sur le territoire français

Situation des personnes étrangères

En 2013, les migrants représentaient 3 % de la population mondiale, dont 48% de femmes. L'ensemble des migrations sont avant tout des déplacements de population à l'intérieur d'un même état voir sur un état limitrophe (Liban pour des syriens par exemple). Une minorité décide de migrer vers l'Europe.

En 2016, le nombre de personnes qui ont obtenu une protection internationale en France (Ofpra + CNDA) s'est élevé à **36 553** (26 428 hors mineurs accompagnants), alors que **85726 personnes avaient fait une demande de protection**. Pour donner un point de comparaison, entre 40 % et 50 % des **146 416 travailleurs italiens** arrivés de 1946 à 1950, c'est-à-dire entre 58 000 et 72 000 personnes, étaient entrés clandestinement par la Savoie pour être ensuite régularisés par l'Office national d'immigration (oni).

La politique d'accueil actuelle en France est « *le terreau d'une violence structurelle* », pour reprendre une expression de l'anthropologue Paul Farmer,¹ qui insiste sur la violence produite quotidiennement. Traduite dans l'expérience de la précarité, de l'injustice et de l'intolérance, une telle violence ne fait que renforcer la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile.

Il en résulte que la santé mentale, mais plus largement la santé, est liée à la condition sociale, aux conditions objectives de l'existence matérielle et à l'expérience subjective, personnelle, rencontrées par ces populations².

Il s'agit ici de prendre en compte une acception large de la santé. Celle-ci implique certes l'accès aux soins. Mais elle est également tributaire des conditions de vie qui, en amont, compromettent l'alimentation, la protection contre les intempéries et contre les agressions physiques, le sommeil ou encore l'hygiène. La violence psychologique subie dans la rue est extrême et s'ajoute aux souffrances liées à l'exil et à des traumatismes souvent vécus dans le pays d'origine ou durant le parcours migratoire.³

Le département de la Savoie a longtemps été dans une situation anachronique dans l'accueil de ces populations puisque là où le Rhône avait plus de 7 000 places d'accueil, la Haute Savoie ou l'Ain près de 1000 places, la Savoie a longtemps culminé à moins de 100 places d'accueil. Ces dernières années ont ainsi servi à rééquilibrer l'offre sur la Région.

¹ Paul Farmer, "On Suffering and Structural Violence: A View from Below", in A. Kleinman, V. Das et M. Lock (ed.), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 1997

² Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996

³ Jenkinson, Marion. « Étranger, SDF : une double précarité », *Plein droit*, vol. 86, no. 3, 2010, pp. 20-23.

Le traumatisme lié au voyage

Tous les spécialistes⁴ s'accordent pour dire que les personnes ne choisissant pas de quitter leur pays. Elles le font de façon subite sans le programmer et subissent un triple traumatisme :

- **le départ jamais programmé et toujours dans des conditions « extra-ordinaires »**⁵

L'immense majorité de ces "migrants" quittent leur patrie sous la contrainte

- **Migrant** : Ce n'est pas un concept juridique. Est migrant tout individu qui a quitté volontairement son pays d'origine et est en chemin vers un autre, quelles que soient les raisons de son départ - guerre ou misère économique, raisons politiques, économiques ou culturelles. Il devient immigré lorsqu'il s'installe dans un pays tiers. **Migrant est le terme générique le plus large.**

- **Réfugié** : Recouvre une définition juridique précise. L'article 1 de la Convention de Genève de 1951, ratifiée par 145 pays, relative au statut des réfugiés définit un réfugié comme "une personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle, et qui du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques craint avec raison d'être persécutée et ne peut se réclamer de la protection de ce pays ou en raison de ladite crainte ne peut y retourner ". Tout réfugié est donc un migrant mais tout migrant n'est pas réfugié. La France peut par ailleurs accorder l'asile constitutionnel "à toute personne persécutée en raison de son action pour la liberté" mais existe aussi, par transposition des textes européens, une protection subsidiaire pour les personnes qui ne remplissent pas les critères pour obtenir le statut de réfugié mais sont menacées de peine de mort, de traitements inhumains ou dégradants dans leur pays.

- **Demandeur d'asile** : Désigne ceux qui ont déposé une demande d'asile arguant de leur besoin de protection et sont en attente de l'octroi du statut de réfugié. la période d'examen de leur dossier ainsi que les conditions d'accueil durant cet examen sont variables selon les pays.

- **Déplacés** : S'emploie plutôt pour désigner les victimes d'un conflit, déplacées au sein de leur propre pays.

- **le voyage en lui-même ou un nombre toujours plus exponentiel subit des tortures**

Le problème de sécurité qui se pose non pas sur la sécurité publique au sein de l'UE, mais bien pour les migrants eux-mêmes. « Fermer les frontières extérieures et rendre l'accès plus difficile à l'UE [...] ne conduisent pas à une réduction du nombre de réfugiés, mais seulement à une augmentation du nombre de morts »⁶

- **l'arrivée en France dont les conditions précarisent à outrance les possibilités d'accueil.**

Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de réfugiés installés en Europe et souffrant de traumatismes psychologiques résultant des conflits qu'ils ont fuis,⁷

⁴ <http://www.primolevi.org/>

⁵ <https://www.franceculture.fr/geopolitique/migrants-refugies-demandeurs-dasile-en-europe-13-les-chiffres-et-les-mots>

⁶ Michael O'Flaherty : « un dangereux amalgame entre immigration et sécurité »

En savoir plus sur http://www.lemonde.fr/idees/article/2017/08/03/michael-o-flaherty-un-dangereux-amalgame-entre-immigration-et-securite_5168155_3232.html#gDQHeSsWu0MzhvxE.99

⁷ <http://www.irinnews.org/fr/reportage/2016/03/09/la-sant%C3%A9-mentale-des-r%C3%A9fugi%C3%A9s-un-probl%C3%A8me-n%C3%A9glig%C3%A9-en-europe>

Néanmoins, au moment où la politique de santé affirme la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés comme une priorité, les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles. La violence structurelle des politiques d'accueil accentue la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile. La complexité de l'expérience des sujets devient difficilement audible dans l'arène d'une administration soumise à l'accélération de ses procédures d'évaluation.⁸

Le parcours de la demande d'asile, l'absence de statut administratif et juridique ainsi que la précarité sociale peuvent réactiver ou renforcer les traumatismes vécus dans le pays d'origine. Dans ce contexte, le patient manifeste une souffrance psychique assujettie au droit et à la politique qui produit des manifestations transférentielles et contre-transférentielles complexes. La violence structurelle vécue par ces patients participe à un processus de déshumanisation et induit des effets psychiques sur les professionnels qui les accompagnent.⁹

L'offre d'hébergement

La construction, en France de l'offre d'hébergement des populations étrangères venues demander une aide, relève du ministère de l'intérieur et les différentes réformes qui se sont succédées ces dernières années ont volontairement apporté des réponses ambiguës. Toutes ces réformes successives ont soit mal appréhendé la problématique, soit mis des moyens insuffisants au regard de cette problématique.

Pour donner un exemple, le parcours pour les arrivants prévoit un délai de trois jours pour une inscription à la préfecture. Actuellement, nous en sommes à plus de 45j.

Aucune circulaire sur la construction de l'hébergement n'évoque les aspects de santé des personnes étrangères. A cela il faut ajouter un énorme problème d'accès aux droits sécu.

Quelques points clefs sur la migration:

C'est un **facteur de vulnérabilité**, fait de **rupture** et de **pertes**. Les personnes qui migrent ont généralement un bon niveau social dans leur pays d'origine, perdu lors de la migration. Perte de la famille, des repères, confrontation pays d'origine et pays d'accueil. C'est un vrai travail de **deuil**. La migration met vraiment l'individu **dans un entre deux (image du pont...)**

La migration doit être reconnue comme **traumatisante** dans le sens où elle entraîne des conflits psychiques. Ce traumatisme peut se transmettre sur les générations suivantes même s'ils sont nés dans le pays d'accueil.

Mais il faut prendre la migration dans son ensemble. Des traumatismes vécus dans le pays d'origine ou pendant le voyage peuvent découler une **maladie psychiatrique** appelée syndrome post traumatique pour lequel les personnes sont généralement amenées à consulter un médecin pour des troubles du sommeil, un stress intense, des frayeurs souvent accompagnés de douleurs physiques.

⁸ La santé mentale des demandeurs d'asile Estelle d'Halluin

Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux <http://hommesmigrations.revues.org/87>

⁹ Nguyen, Aude. « L'agonie administrative des exilés. Une clinique de l'asile », L'Autre, vol. volume 15, no. 2, 2014, pp. 197-206

Les soins à donner

Partout en France, les demandes de soins ont été refusées pour ces populations par l'offre de soins classique dite « de droit commun », par méconnaissance, freins ou blocages administratifs. Faute d'organisation cohérente, les seuls professionnels de la santé qui ont accepté de répondre et s'engager (outre les associations humanitaires) sont les PASS (programmes d'accès aux soins) et les EMPP. Après d'autres professionnels sont intervenus à partir de bonne volonté individuelle, de valeurs éthiques et/ou conceptions personnelle et professionnelles du soin.

Il existe à ce jour un déficit manifeste et volontaire d'information sur ces conditions d'accueil de ces personnes étrangères. Tous les professionnels de l'EMPP peuvent témoigner de cette différence entre vérités supposées et réalités de terrain. L'élan de solidarité est manifeste et impressionnant : sur tel territoire, des personnes sont hébergées chez l'habitant, d'autres se spécialisent dans l'accompagnement vers des spécialistes (santé, justice etc...)

L'arrivée en CADA

Pour nombre de demandeurs d'asile, le séjour en CADA constitue une étape importante. Cette période est mise à profit pour appréhender les étapes de la procédure de demande de protection. Elle permet, aussi, de commencer à se familiariser avec la vie dans un pays que l'on découvre.

Néanmoins, la procédure actuelle s'accélère une fois installé dans le CADA, intensifiant le travail des travailleurs sociaux. La situation est d'autant plus tendue que la situation des demandeurs d'asile a changé. Le trajet vers l'Europe s'est complexifié : allongement du temps de voyage et risques pris beaucoup plus importants. Le vécu de ces personnes s'est aggravé. Face à ces parcours traumatisants, l'arrivée est différente : personnes épuisées et en difficulté pour raconter leur histoire.

Si l'une des quatre missions du travail en CADA est l'accompagnement administratif, social et sanitaire¹⁰, le suivi médical et santé est essentiellement renvoyé vers les dispositifs de droit commun. (l'arrêté actuel ne prévoit pas explicitement de professionnels de la santé, alors comme on l'a vu les besoins sont importants et peuvent conditionner le parcours et la demande d'asile auprès de l'OFPRA.

La situation de certaines personnes est telle qu'elle nécessite un partenariat de professionnels «*Une attention particulière doit être apportée au soutien psychologique. En effet, le passé traumatique de certains demandeurs d'asile et les incertitudes qui entourent la demande de la reconnaissance de la qualité de réfugié peuvent être à l'origine de souffrances qui doivent être prises en compte.*»¹¹

Face à ces besoins potentiels, **le CMP a toute sa place pour répondre à des demandes de prise en charge**, qui n'est pas forcément longue dans la durée et peut s'avérer ponctuel. La réponse dans ce cas n'est pas forcément uniquement médicale, mais peut se faire par le biais d'entretiens effectués par des psychologues ou des infirmiers. Bien sûr ce parcours nécessite une articulation que ne peuvent faire les professionnels du CADA. Pour le CHS de la Savoie, ce peut être le rôle de l'EMPP.

¹⁰ Arrêté du 29 octobre 2015 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile

¹¹ Extrait de l'arrêté du 29 octobre

Situation actuelle

La procédure d'asile telle qu'elle existe aujourd'hui ne tient pas compte des troubles de la mémoire ou de la concentration que peuvent ressentir des personnes lourdement traumatisées. Si rien n'est fait dans les années qui viennent les carences liées à une non prise en charge ces population entrainera un grave problème de santé public. Cette problématique sera de plus transgénérationnelle.

Interprétariat :

le principal problème pour entrer en contact avec ces personnes étrangères s'avère être la langue. L'EMPP du CHS est en contact avec l'RSPERE-SAMDARRA¹² qui organise des sessions de formation sur l'interprétariat (la prochaine sera le 10 Octobre à Annecy). Ce même réseau a entrepris un travail auprès des psychiatres libéraux de la région, pour informer sur le rôle qu'ils peuvent prendre et sur un financement potentiel d'interprètes

D'autre part, l'article 90 de la loi du 26 janvier 2016 introduit l'article L1110-13:

- «La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

- Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

L'HAS est en train de finaliser l'Elaboration d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. (une charte existe déjà)

Positionnement administratif

Il faut rappeler que la priorité de la demande de prise en charge n'est absolument pas la demande de certificats, qui sont complexes à rédiger et nécessitent une pratique. Le Dr Gékière peut donner conseils et recommandations.

Sur le terrain

La situation a profondément évolué ces dernières années, ces derniers mois. Chaque territoire a ses spécificités dans l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement de ces personnes.

Néanmoins, plusieurs réponses sont apportées, que ce soit des initiatives institutionnelles¹³ ou associatives.

Les besoins sont réels et pressants : <http://dai.ly/x5vz2q5>

¹² <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rubriques-transversales/toutes-les-actualites/actualite-853/sessions-de-formation-auvergne-rhone-alpes-l-interpretariat-en-sante-2017-341.html?cHash=d09821ceb35d1b796f82929e56387919>

¹³ http://aca-combedesavoie.fr/pages/news_lire.php?news=25