



HAL
open science

Accueillir et soigner les demandeurs d'asile : recompositions territoriales et enjeux de coordination médico-sociale

Isabelle Siffert

► To cite this version:

Isabelle Siffert. Accueillir et soigner les demandeurs d'asile : recompositions territoriales et enjeux de coordination médico-sociale. CIST2020 - Population, temps, territoires, Collège international des sciences territoriales (CIST), Nov 2020, Paris-Aubervilliers, France. pp.484-488. hal-03114074

HAL Id: hal-03114074

<https://hal.science/hal-03114074>

Submitted on 18 Jan 2021

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.

Accueillir et soigner les demandeurs d'asile : recompositions territoriales et enjeux de coordination médico-sociale

AUTEURE

Isabelle SIFFERT

RÉSUMÉ

Cette communication interroge les recompositions territoriales de l'action sanitaire et sociale sur un territoire de la grande couronne francilienne, en réponse à un contexte démographique marqué par l'accueil d'un nombre croissant de demandeurs d'asile. Elle décrit le développement d'actions spécifiques à la prise en charge médicale des populations migrantes et s'intéresse à l'évolution des interactions entre acteurs médicaux et sociaux dans leurs missions quotidiennes et leurs pratiques d'orientations. Il s'agit également d'interroger leur capacité à se construire en réseau face à une problématique qui leur est plus ou moins nouvelle. Un regard particulier est porté sur la mise en place d'espaces et de cadres de coordination et la manière dont ils contribuent à (re)dessiner les paysages sanitaires locaux. Les activités, orientations et collaborations des acteurs médico-sociaux semblent alors largement dépasser les sectorisations théoriques et relever davantage d'un territoire d'action « à géométrie variable », à l'image de la géographie de l'accueil des demandeurs d'asile.

MOTS CLÉS

coordination médico-sociale, demandeur d'asile, dispositif national d'accueil, instabilité résidentielle

ABSTRACT

This presentation questions the spatial restructuring of health and social planning of the greater Paris region, in response to a demographic context marked by a growing number of asylum seekers. After describing the development of actions specific to the medical care of migrant populations, I investigate the evolution of the interactions between medical and social actors in their daily missions and medical guidances, and outline their ability to see and organise themselves as a network in response to this uncharted situation. Notably, the implementation of dedicated spaces and coordination frameworks by and for the stakeholders underpins the (re)shaping of the local healthcare landscape. Overall, the actions and orientations of health- and social-care stakeholders seem to go well beyond the theoretical organisation of these institutions and display rather dynamic subdivisions that reflect an ever-changing social accommodation setting for asylum seekers.

KEYWORDS

Health and social planning, Asylum seekers, Network, Residential instability

INTRODUCTION

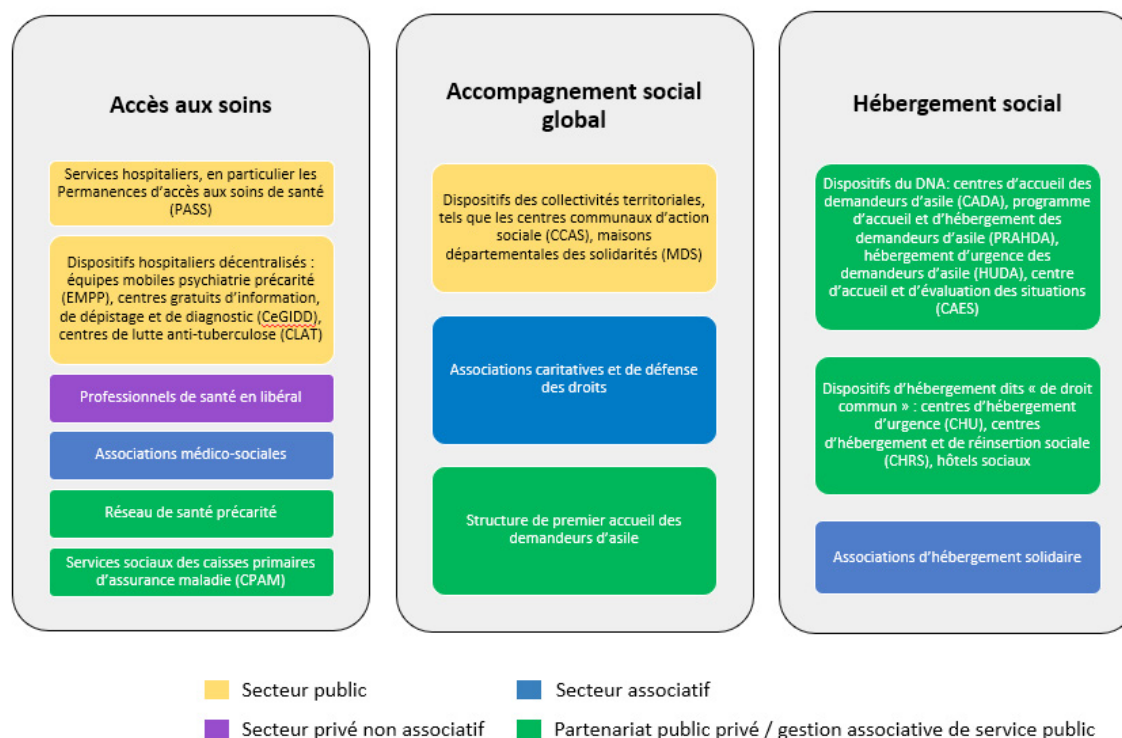
L'année 2015 a marqué un tournant dans la gestion de l'asile en France. Alors que le nombre de demandes de protection internationale dépasse pour la première fois le niveau atteint lors de la chute du mur de Berlin¹, la série d'opérations d'évacuation de campements parisiens et le démantèlement de la jungle de Calais sont les manifestations de ce que médias et pouvoirs publics appellent la « crise des migrants ». La réponse du gouvernement à ce contexte démographique passe notamment par l'augmentation de la capacité d'hébergement des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil (DNA), qui est marqué depuis 2015 par la création de nouveaux dispositifs d'hébergement ainsi qu'une stratégie de répartition sur le territoire. En Île-de-France, où se concentrent plus de 30 % des premières demandes sur l'hexagone, cette répartition s'exerce aussi au niveau infra-régional. Sur le territoire de grande couronne faisant l'objet de notre étude, cinq dispositifs d'hébergement dédiés aux demandeurs d'asile ouverts depuis 2016 sont venus compléter la capacité d'accueil de trois centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) préexistants. Face à l'ampleur des demandes, on estime cependant que le DNA n'héberge qu'environ 40 % des demandeurs. Les autres ont

1 OFPRA, rapport d'activité 2015.

alors recours à un hébergement par des tiers (familles, compatriotes), aux solutions d'hébergement social dites « de droit commun » ou à des formes d'habitat plus informelles telles que les *squats* et les campements. Avec l'hébergement, la problématique de l'accès aux soins occupe une place centrale dans la politique d'accueil des demandeurs d'asile. Si les mécanismes à l'origine des inégalités de santé liées à l'expérience migratoire font l'objet de nombreux travaux de recherche (Fassin, 2000 ; Lot & Quelet, 2017), l'organisation et la coordination des structures sollicitées par les populations migrantes ont moins été explorées. Cette communication vise à décrire le déploiement d'une « problématique migrants » entre les acteurs médicaux et sociaux d'un territoire et interroge les recompositions territoriales associées. Elle s'inscrit dans les travaux portant sur les ajustements des acteurs locaux pour répondre aux enjeux de la prise en charge médico-sociale des étrangers en situation précaire (Hoyez, 2011) et, plus largement, dans les réflexions sur les capacités des « systèmes d'action territoriaux » à produire une réponse locale collective face à une demande sociale émergente (Frigoli, 2010).

De façon préalable, la figure 1 présente une typologie des acteurs impliqués dans l'accueil et l'accès aux soins des demandeurs d'asile sur le territoire étudié, selon leur champ d'action social et leur statut institutionnel. Partant, la communication analyse le développement d'actions spécifiques à la prise en charge des populations migrantes par les dispositifs médicaux et sociaux, et s'intéresse à l'évolution de leurs interactions et leurs positionnements réciproques. Elle interroge leur capacité à se penser et se construire en réseau, portant un regard particulier sur la mise en place d'espaces et de cadres de coordination et la manière dont ils contribuent à (re)dessiner les paysages sanitaires locaux. Il s'agit enfin d'analyser comment se recomposent les activités des acteurs médico-sociaux face à la saturation des dispositifs existants sur le territoire et à l'instabilité résidentielle des demandeurs d'asile.

Figure 1. Acteurs de l'accueil et du soin des demandeurs d'asile sur le territoire



Si on peut distinguer les dispositifs publics, produits des politiques sanitaires et sociales, et les acteurs privés, notamment associatifs qui au contraire interrogent le désengagement de l'État dans l'action sociale, le système d'acteur du champ sanitaire et social devient de plus en plus complexe à saisir au regard de la contractualisation croissante entre sphères publiques et privées (Eliot *et al.*, 2017). Cette distinction entre l'activité associative indépendante et les associations gestionnaires d'un service public semble alors déterminante pour comprendre les relations aux acteurs publics et l'inscription dans des réseaux de partenaires (Fleuret, 2006).

1. LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES ACTIVITÉS TOURNÉES VERS L'ACCUEIL DE POPULATIONS ÉTRANGÈRES PRIMO-ARRIVANTES

1.1. Des consultations spécifiques et des permanences dans les lieux d'hébergement

L'évolution des activités des structures de soins étudiées témoigne du développement d'actions et de partenariats ciblés vers la prise en charge des populations primo-arrivantes sur le territoire. C'est ainsi que se sont développées, à la PASS et au réseau ville-hôpital, des consultations de prévention « migrants » tournées vers le dépistage de certaines pathologies infectieuses et le rattrapage vaccinal, tandis que l'EMPP propose une « consultation migrants » dédiée à la prise en charge des troubles post-traumatiques. Ces initiatives émergent pour répondre à des demandes relayées par les partenaires sociaux et des besoins identifiés par les professionnels de santé, mais aussi en réaction à des politiques sanitaires ciblées autour de l'accès à la prévention et aux soins primaires des populations migrantes précaires. Dans une démarche « d'aller-vers » se développent également des interventions et des permanences sur les lieux d'hébergement des demandeurs d'asile. Celles-ci représentent de nouvelles portes d'entrée spécifiques vers le système de santé et supposent par ailleurs une nouvelle forme de coordination des professionnels du soin avec les équipes sociales des centres d'hébergement.

1.2. Des réorientations associatives

Face à une nouvelle question sociale sur le territoire, les dispositifs associatifs impliqués dans l'accompagnement social des populations précaires connaissent également des transformations de leurs activités. C'est ainsi qu'une association d'entraide sociale, menant historiquement des actions de distributions et d'organisation d'activités de loisirs auprès des populations précaires, développe depuis 2016 une réelle activité de permanence administrative et juridique, et de plaidoyer autour des enjeux migratoires. De nouvelles collaborations associatives sont également apparues autour de « l'accueil des migrants ». Les nouvelles directions prises par les associations sont associées à de nouveaux partenariats à différentes échelles ainsi qu'à l'acquisition de nouvelles compétences voire d'une certaine expertise dans l'accompagnement social relatif à l'asile et l'immigration. Ces transformations confirment la capacité des structures associatives à répondre à l'émergence d'une demande sociale sur un territoire. Elles ont néanmoins des conséquences sur la construction de la vie associative, comme par exemple le sentiment d'être devenu un « guichet », sur lesquelles il semble également intéressant de s'attarder.

Si les initiatives locales en matière de prise en charge médico-sociale des populations migrantes prennent des formes d'organisation variables selon les configurations locales (d'Halluin & Hoyez, 2012), elles sont à chaque fois portées par des acteurs dédiés à la prise en charge des populations en situation de précarité (réseaux de santé précarité, EMPP, PASS, associations caritatives...). Ces différentes structures sont des lieux de (re) définition et de traitement de la « santé des migrants » (Geeraert, 2017) et endossent des rôles d'innovateurs de l'action médico-sociale.

2. VERS UNE RECOMPOSITION DES PRATIQUES DE COLLABORATION ET DES MODALITÉS DE COORDINATION DES ACTEURS MÉDICAUX ET SOCIAUX

2.1. Des pratiques informelles de collaboration pour une organisation « souple »...

Les interactions décrites par les acteurs médicaux et sociaux témoignent de l'importance des pratiques informelles d'orientation et de coordination, des arrangements individuels pour se partager l'information, éviter les actions en doublon (par exemple dans l'ouverture des droits à une couverture sociale) tout en maintenant la souplesse jugée nécessaire à l'accompagnement d'un public étranger dans une situation de précarité administrative, économique et sociale. Les interactions identifiées témoignent néanmoins d'une variabilité des relations de collaboration selon l'ancrage spatial et temporel des dispositifs, marqué par une implantation territoriale inégale, des connaissances interpersonnelles plus ou moins fortes, des pratiques d'établissement ou d'association variables.

2.2. ... à la mise en place d'espaces et de cadres de coordination

Quand certaines pratiques demeurent au stade de l'arrangement informel, d'autres relations aboutissent à des partenariats davantage formalisés. Ainsi, des centres d'hébergement ont établi des conventions de partenariat avec la CPAM du département pour pouvoir communiquer plus facilement sur les dossiers, ou encore des protocoles avec des centres de santé pour la prise en charge de leurs résidents. Ces protocoles viennent répondre à des situations où les arrangements informels ne suffisent pas ou plus, lorsque les services de

santé ou d'ouverture des droits se trouvent surchargés face à une demande trop importante ou trop spécifique par rapport à leurs compétences.

Par-delà des pratiques d'orientation et des collaborations routinières, la construction d'une problématique commune sur le territoire passe par la mise en place d'instances de coordination tels que des groupes d'échange d'expériences et de pratiques, et le développement de formations locales. Par exemple, l'EMPP a créé une instance de discussion trimestrielle spécifiquement dédiée aux équipes sociales des centres d'hébergement accueillant des demandeurs d'asile. Les associations gestionnaires des dispositifs d'hébergement ont également développé des cadres d'échange en interne ou entre homologues de différentes associations sur le territoire. Au-delà d'analyser ce qu'elles apportent aux participants, il convient de se demander dans quelle mesure ce type d'initiatives contribue à construire et entretenir le maillage médico-social autour de la problématique de l'accès aux soins des personnes en demande d'asile.

La construction de cadres de coordination et d'échanges paraît d'autant plus importante que l'accueil des personnes en demande d'asile évolue dans un contexte de réformes perpétuelles, entre politique d'exception et droit commun, tant en matière de politiques migratoires que de politiques sanitaires et sociales. Les acteurs médicaux et sociaux expérimentent en première ligne l'ouverture de nouveaux dispositifs d'hébergement dans le schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile, en répondant aux sollicitations et besoins associés à l'arrivée d'une population sur le territoire. Ils sont également confrontés en première ligne aux transformations des régimes de couverture sociale, à l'image de la réforme portant fusion de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS)² ou, à l'interface avec les politiques migratoires, l'établissement d'un délai de résidence de trois mois pour l'accès à la protection universelle maladie (PUMA) pour les demandeurs d'asile³.

3. LA NÉCESSITE DE SE (RE)DÉPLOYER À DE NOUVELLES ÉCHELLES

Les pratiques d'orientations médicales s'adaptent d'abord à l'inégale répartition territoriale et à la saturation des dispositifs de soins, comme en témoigne par exemple la tendance à orienter les individus vers des structures de petite couronne ou parisiennes pour les soins dentaires. Face aux difficultés d'orientation vers la médecine de ville, en particulier relatives à la langue, il s'agit aussi d'étendre les territoires où sont orientés les individus pour trouver des médecins parlant des langues rares ou des centres de soins « plus habitués » à accueillir des publics étrangers précaires.

L'activité des dispositifs de soin et d'accompagnement social se heurte également à la problématique de domiciliation administrative des individus ainsi qu'au fonctionnement (par orientations selon une répartition territoriale) et à la géographie du DNA. Comment prendre en charge des personnes non domiciliées, ou sur un autre territoire, ou encore qui n'habitent pas effectivement sur le territoire où elles sont rattachées administrativement ? Comment assurer le suivi de personnes envoyées sur un autre territoire ? En alimentant l'incertitude résidentielle, les logiques d'orientation du DNA entrent en contradiction avec l'enjeu de continuité des soins et les volontés institutionnelles de « coordination des parcours de santé des migrants »⁴. Différentes situations rencontrées par les professionnels du social et du soin témoignent alors d'un manque de connaissance des acteurs implantés sur d'autres territoires, même au sein d'un même département, et d'une nécessité d'étendre l'inscription territoriale des réseaux de partenaires. Par exemple, des travailleurs sociaux témoignent d'une insuffisance de relations avec les CPAM d'autres départements, empêchant de savoir si une demande de droits à la Sécurité sociale a déjà été lancée ailleurs avant que la personne ne soit envoyée sur leur département. Certains glanent sur internet les coordonnées des PASS des autres départements d'Île-de-France pour orienter ceux qui viennent de l'autre bout de la région, quand d'autres vont privilégier des centres de santé situés dans le 18^e arrondissement de Paris parce « qu'ils [les demandeurs d'asile] connaissent bien ». Quand une personne est envoyée sur un autre territoire, des professionnels de santé ou du social tentent parfois de contacter un médecin afin de prendre le relais d'une prise en charge ou, à défaut, font un courrier dans le dossier administratif de la personne pour décrire sa situation. Dans leurs activités comme dans leurs orientations, les acteurs médicaux et sociaux tendent alors à dépasser les sectorisations théoriques (sectorisation de la psychiatrie, territoires des groupements hospitaliers, sectorisation intercommunale, sectorisation

2. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la fusion de la CMU-C et de l'ACS dans un dispositif commun, la complémentaire santé solidaire (CSS), perturbe les bénéficiaires dans le recours au « forfait solidarité transports » permettant de se déplacer à moindre coût dans toute l'Île-de-France et initialement obtenu grâce à l'attestation de CMU-C.

3. Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé.

4. Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

associative) et se rapprocher davantage d'une sectorisation à géométrie variable, relevant plus généralement de ce qu'on pourrait appeler « la géographie de l'accueil des demandeurs d'asile ».

CONCLUSION

Une approche territoriale de l'accès aux soins des personnes en demande d'asile permet d'appréhender les enjeux de coordination médico-sociale articulant la « géographie de l'accueil » (de l'hébergement social, des services administratifs) et celle de la santé (répartition des dispositifs de soins spécifiques, sectorisation). La prise en charge et le suivi des populations migrantes interrogent les moyens d'étendre cette coordination à de nouveaux acteurs, à de nouvelles échelles et à « dépasser le stade de l'arrangement local » (Poutout, 2005). À une coordination cohérente avec la répartition des infrastructures de l'accueil et du soin sur le territoire s'ajoute l'enjeu de s'inscrire à des échelles répondant à la mobilité géographique du public demandeur d'asile. L'instabilité résidentielle produite par les conditions d'accueil complexifie les enjeux du maillage territorial des réseaux d'acteurs médico-sociaux et appelle à une intégration de leur production collective dans des systèmes d'information plus larges.

RÉFÉRENCES

- d'Halluin E., Hoyez A.-C., 2012, « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants », *Humanitaire*, n° 33.
- Eliot E., Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., 2017, « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », *RFST* [en ligne : rfst.hypotheses.org/eliot-emmanuel-lucas-gabrielli-veronique-mangeney-catherine].
- Fassin D. (coord.), 2000, « Santé, le traitement de la différence », *Hommes & migrations*, n° 1225.
- Fleuret S., 2006, « Les associations dans le système sanitaire et social en France : les territoires de l'invisible », *Économie et solidarités*, 36(2), p. 107-128.
- Frigoli G., 2010, « Les usages locaux des catégories de l'action publique face aux situations migratoires », *Migrations société*, n° 128, p. 81-93.
- Geeraert J., 2017, « Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance », *Trajectoires*, hors-série n° 3 « Travaux des jeunes chercheurs du CIERA » [en ligne : www.journals.openedition.org/trajectoires/2425, consulté le 20/02/2020].
- Hoyez A.-C., 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale" : Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo*, art. n° 566 [en ligne : journals.openedition.org/cybergeo/24796, consulté le 20/02/2020]
- Lot F., Quelet S. (coord.), 2017, « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 19-20.
- Poutout G., 2005, « Réseaux de santé : Créer du lien pour donner du sens », *Sociologies pratiques*, 11(2), p. 33-54.

L'AUTEURE

Isabelle Siffert

Université Rennes 2 – ESO

isabelle.siffert@univ-rennes2.fr