



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes en difficulté sociale

**PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE EN « CADA SPÉCIALISÉ »
POUR DES DEMANDEURS d'ASILE SOUFFRANT DE
PATHOLOGIES GRAVES**

Olivier DURY

Remerciements

Je remercie très sincèrement celles et ceux qui ont contribué à la conception et à la réalisation de ce projet, et plus particulièrement :

L'équipe des administrateurs de l'association de la résidence sociale saint Charles et plus spécialement le Président Patrice MARECHAL.

Je remercie les membres de l'équipe salariée qui participent activement à l'évolution de ce projet et qui au-delà de leurs compétences professionnelles, offrent quotidiennement leur créativité au service des personnes accueillies.

Je remercie également les personnes qui m'ont soutenu dans ce travail d'écriture et notamment : GILLES BOUFFIN, Didier DUPONT, Geneviève ESPINASSE, Sophie MASINI, Valérie NEUNLIST et le Docteur Emmanuelle STEPHAN.

Je remercie également mes proches qui m'ont entouré et encouragé, mes enfants Lucile et Pierre et mon épouse Virginie dont la disponibilité m'a été très précieuse ces derniers mois.

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES.....	1
AVANT PROPOS	1
INTRODUCTION.....	3
1. ENJEUX ET POSITIONS POUR LA PRISE EN COMPTE D’UN ASILE POLITIQUE « SPECIALISE » - L’ENVIRONNEMENT-.....	7
<i>A. L’ASILE POLITIQUE : L’EXPRESSION D’UN PARADOXE.....</i>	<i>7</i>
<i>B. UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET SOCIOPOLITIQUE FAVORABLE POUR CREER UN CADA SPECIALISE</i>	<i>17</i>
2. UN OUTIL D’INTERVENTION INNOVANT EN MATIERE DE DROIT D’ASILE - LE PROJET DE CADA SPECIALISE-	26
<i>A. DES PREALABLES : DEFINIR DES ORIENTATIONS.....</i>	<i>27</i>
<i>B. MISE EN ŒUVRE DU PROJET : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CADA.....</i>	<i>33</i>
<i>C. EVALUATION ET PERSPECTIVES.....</i>	<i>58</i>
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
LISTE DES ANNEXES.....	I

LISTE DES SIGLES UTILISES

- ASG : Allocation Sociale Globale
- CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CLA : Commission Locale d'Admission
- CNA : Commission Nationale d'Admission
- COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
- CPH : Centre Provisoire d'Hébergement
- CROSMS : Commission Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.
- CRR : Commission de Recours pour les Réfugiés
- DDASS : Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
- DNA : Dispositif National d'Accueil.
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DDTEFP : Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- ETP : Equivalent Temps Plein.
- FNARS : Fédération Nationale des Associations de Réinsertions Sociales
- FLE : Français Langue Etrangère
- FTDA : France Terre d'Asile
- FSE : Fonds Sociaux Européens
- OFPRA : Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides
- OMI : Office des Migrations Internationales
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SEL : Système d'Echange Local

AVANT PROPOS

Ce mémoire est l'expression d'une démarche professionnelle qui a débuté en 2002 et qui se poursuit. Il est rédigé du point de vue de ma fonction de directeur de deux établissements : Une Résidence Sociale et un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile spécialisé (CADA).

Mon propos sera centré sur la création de ce deuxième établissement qui a ouvert ses portes au cours du dernier trimestre 2003. Ce CADA spécialisé accueille et accompagne 25 personnes, vivant en famille, souffrant de pathologies somatiques et/ou psychiatriques graves et demandant le bénéfice de l'asile politique. Ce projet et les moyens mis en œuvre permettent de prendre en compte les difficultés de ce public particulier qui fut jusque là ignoré.

En effet, ce CADA est le premier du territoire national à accueillir spécifiquement des personnes malades.

Ce mémoire sera l'occasion pour moi de présenter les différentes étapes du montage de ce projet innovant en le resituant dans son contexte. Ce travail d'écriture n'a pas vocation à être exhaustif sur la question du droit d'asile. A ce titre les quatre points suivants ne feront pas l'objet d'un traitement complet :

Les motivations qui poussent des personnes à solliciter le statut de réfugié.

Les enjeux géopolitiques de la question du droit d'asile.

L'évolution et la situation du droit national et international en faveur des réfugiés.

L'intégration des personnes reconnues réfugiées.

Afin de faciliter la lecture et la compréhension de ce travail, je vous propose de définir d'emblée les notions de réfugié, de demandeur d'asile et de débouté du droit d'asile.

Un réfugié politique est une personne qui « craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. Cette personne se trouve hors de son pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays »¹.

¹ Article 1 de la convention de Genève relative au statut de réfugié du 28/07/51.

Un demandeur d'asile est une personne qui demande à un Etat le bénéfice du statut de réfugié au titre de la convention de Genève et dont le dossier est à l'étude par ce pays d'accueil.

Une personne déboutée du droit d'asile est une personne qui, après étude de son dossier n'est pas reconnue réfugiée au titre de la convention de Genève.

INTRODUCTION

Les demandeurs d'asile politique sont des migrants bien particuliers. La motivation principale de leur migration consiste à rechercher une protection, du fait de l'incapacité de leurs pays d'origine à assurer leur sécurité. C'est même le plus souvent les agents représentant l'Etat qui sont responsables des persécutions qui les conduisent à fuir. Cette situation particulière où l'Etat devient oppresseur envers les individus qu'il doit par définition protéger, représente une atteinte grave pour l'intégrité des personnes. Ce type de situation peut générer chez les victimes des traumatismes psychologiques et parfois physiques très importants. C'est pourquoi les démocraties occidentales, après la seconde guerre mondiale et aux prémices de la guerre froide, se sont associées pour accueillir les victimes des systèmes politiques irrespectueux des Droits de l'Homme.

Depuis le 28 juillet 1951, la France est signataire de la Convention de Genève en faveur des réfugiés. Cette convention a marqué une étape décisive dans la reconnaissance de la situation de personnes persécutées à travers le monde. La France a depuis, mis en œuvre un dispositif permettant d'accueillir et d'accompagner ces personnes particulièrement éprouvées.

Mais depuis 1951, les crises économiques ont incité les pays de l'Union Européenne à limiter les flux migratoires. Malheureusement, ces choix politiques infléchissent également le dispositif d'accueil des réfugiés². C'est ainsi que tous les Etats ont opté pour une politique d'accueil plus restrictive en faveur des réfugiés³.

Malgré ces choix stratégiques, la France, « terre d'accueil par tradition » se heurte sans cesse à l'idée qu'elle ne peut accepter de ne rien faire face à certains actes de barbarie commis à ses frontières. Entre la maîtrise des flux migratoires et ses convictions en faveur des droits de l'Homme, la France n'arrive pas à dénouer une situation paradoxale à bien des égards.

La France propose ainsi un dispositif d'accueil respectueux de ses engagements internationaux et suffisamment dissuasif pour prendre en compte la gestion des flux migratoires. Ces options politiques relativement récentes rendent le dispositif difficilement

² L. LEGOUX *La crise de l'asile politique*, Paris, Les études du CEPED N° 8, 1995, 344 pages

³ op.cit

compréhensible notamment par leur caractère ségrégatif pour les demandeurs d'asile récemment accueillis sur la terre des Droits de l'Homme.

Depuis 2003, la France reforme ses conditions d'accueil en faveur des demandeurs d'asile. C'est ainsi que l'augmentation du nombre de places en CADA et l'accélération des procédures d'études des dossiers de demande d'asile ont largement participé à l'amélioration de ce dispositif. Cette volonté politique ne doit pas dissimuler de nombreuses situations d'accueil peu respectueuses des individus. La fermeture du camp de réfugié de la Croix Rouge à Sangatte a permis au grand public de découvrir un aspect de ces conditions d'accueil déplorables. Les abris de fortune qui se banalisent dans les terrains vagues ou le long des autoroutes des grandes villes représentent un autre exemple, moins médiatique, d'accueil des demandeurs d'asile. Ils ne peuvent être accueillis dans des CADA ou dans le dispositif d'urgence faute de place. Pour les personnes atteintes de pathologies ou les personnes à mobilité réduite, ces situations d'extrême précarité sont encore plus pénibles.

L'absence de structure adaptée à ces personnes conduit les centres d'accueil ordinaires du dispositif à proposer des solutions intermédiaires peu satisfaisantes. Ils accueillent ces personnes cumulant les difficultés propres aux demandeurs d'asile et propres aux personnes malades avec des moyens largement insuffisant en regard de leurs besoins.

C'est dans ce contexte particulier que le Conseil d'Administration de *l'association de la résidence sociale Saint Charles* à Schiltigheim⁴ dans le Bas-Rhin a décidé de développer une offre de services innovants en faveur de personnes demandant le bénéfice de l'asile politique et souffrant de pathologies graves.

En qualité de directeur de cet établissement, je propose au travers de ce mémoire d'étudier les différentes étapes de ce projet répondant aux missions habituelles d'un CADA et proposant en outre une prise en charge spécifique pour des personnes atteintes de pathologies sévères.

Ce travail s'est notamment appuyé sur l'approche systémique. Les deux activités de l'association s'en inspirent dans les différents niveaux de leurs réalités. En effet, autant dans l'organisation que dans la manière d'entrer en relation avec nos partenaires et les

⁴ Commune du Bas-Rhin, située à 1 km au nord de la ville de Strasbourg et comptant 30 841 habitants.

usagers, l'équipe utilise souvent la théorie des systèmes⁵ pour construire ses réponses. Cette approche nous guide dans la manière de prendre en compte la complexité⁶ et de garder un regard large sur les problèmes que nous sommes amenés à appréhender. Elle nous aide à développer des techniques de prise en charge qui se formalisent au fil du temps.

Par ailleurs, deux ouvrages⁷ ont été pour moi tout à fait déterminant dans la conduite de ce projet. Le premier est une étude sur les violences institutionnelles dirigée par Stanislas TOMKIEWICZ et Pascal VIVET qui a renforcé ma conviction que tout système peut très vite s'écarter de sa finalité de « bienveillance » du fait de la difficulté rencontrée mais aussi du fait d'organisation ou d'individus peu préparés. Le second est le témoignage de Primo LEVI sur la condition humaine au sein d'un camp de concentration pendant la seconde guerre mondiale.

La simultanéité de la formation CAFDES avec le déroulé de ce projet a concouru à la création de ce CADA spécialisé.

Je présenterai dans ce mémoire les différentes composantes de ce projet et les étapes qui m'y ont mené. Pour ce faire, je débiterai mon propos par une présentation des enjeux et des positions déterminant le contexte, avant d'exposer les principaux éléments constitutifs du projet, de sa conception à sa mise en œuvre, en passant par des éléments d'évaluation. Je terminerai par des propositions qui devraient, à mon sens, permettre aux demandeurs d'asile souffrant de pathologies graves et à leurs familles de pouvoir

⁵ L'approche systémique est un moyen d'appréhender la complexité. « Le système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but ». J DE ROSNAY *Le microscope Vers une vision globale*, Paris, Points Seuil, 1975, 345 pages citation page 101.

⁶ GENELOT D *Manager dans la complexité*, Paris, INSEP consulting Editions, 2001, 356 pages.

⁷ LEVI P, *Si c'est un homme*, Presse pocket, mai 1990, 214 pages.

TOMKIEWICZ P, VIVET P *Aimer mal, châtier bien : Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Seuil, Paris, 1991, 303 pages.

continuer à être accompagnés dans la reconnaissance de leur statut de victime tout en bénéficiant de soins appropriés.

1. ENJEUX ET POSITIONS POUR LA PRISE EN COMPTE D'UN ASILE POLITIQUE « SPECIALISE » - L'ENVIRONNEMENT -

Le droit d'asile s'avère être une réalité complexe. Il répond à des enjeux différents souvent contradictoires, c'est pourquoi j'ai choisi de l'aborder dans sa dimension paradoxale. Je poursuivrai mon propos par la présentation du contexte institutionnel et sociopolitique qui me semble être favorable à l'émergence de projets qui permettent d'améliorer le quotidien des personnes en attente d'une décision des autorités françaises concernant leur demande de statut de réfugié politique.

A. L'ASILE POLITIQUE : L'EXPRESSION D'UN PARADOXE

« Entre son rôle de défense des droits de l'homme et son intégration au contrôle des flux migratoires, la politique d'asile est assise entre deux chaises »⁸. Cette position inconfortable rend cette question complexe et les dispositifs qui en découlent souvent peu cohérents en fonction de la focale retenue pour les observer.

Je propose ici quelques points de repères qui permettent d'en définir les contours avec notamment, les différents regards que l'on peut porter sur le droit d'asile, la présentation du dispositif français et les difficultés d'appréhension de l'état de santé de cette population.

1. Croisement de regards sur le droit d'asile

J'air retenu des approches plurielles, parfois contradictoires, pour essayer de rendre compte de la complexité du concept de droit d'asile.

Du point de vue des défenseurs des droits de l'homme : Un principe.

Après la seconde guerre mondiale, les Etats vainqueurs se sont associés pour assurer la paix. C'est ainsi que l'Organisation des Nations Unies voit le jour le 26 juin 1945. Elle se compose alors de 50 membres fondateurs dont la France. Elle a pour objectif d'assurer la paix et de protéger les droits de l'homme dans le monde entier.

⁸ GUILLON M, L'asile politique entre deux chaises, Droits de l'Homme et gestion des flux migratoires, L'harmattan, collection Espaces interculturels page 8

Dans sa déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, elle précise un certain nombre d'idées qui vont asseoir la question du droit d'asile :

Article premier : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits... »

Article 3 : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

Article 7: « Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration.... »

Article 14 alinéa 1 »Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays. »

La signature de la convention de Genève le 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés apportera un cadre international à l'accueil des réfugiés. Cette convention sera amendée par le protocole de New York adopté le 31 janvier 1967. Ce protocole lève les limitations géographiques et temporelles énoncées dans la convention de Genève, par lesquelles l'octroi du statut de réfugié concernait essentiellement des Européens victimes d'événements survenus avant le 1er janvier 1951. Cent vingt trois Etats⁹ ont adhéré à l'un ou à l'autre de ces deux traités qui définissent le statut de réfugié et le traitement minimal à leur accorder.

En matière de droit national, la France avait, bien plus tôt, pris l'option de se positionner pour la défense des Droits de l'Homme. C'est ainsi que la constitution de 1793 prévoit que « le peuple français donne asile aux étrangers bannis de leur patrie pour la cause de la liberté ». En 1946, le préambule de la constitution, repris dans celle de 1958, affirme que « Tout Homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur le territoire de la République ».

Pour les défenseurs des Droits de l'Homme, ces engagements internationaux et nationaux constituent les fondements de leurs actions.

Du point de vue des personnes demanderesses : Une protection impérative.

Les récits des personnes demandant le statut de réfugié à l'OFPRA sont sans ambiguïtés. Les motivations au départ sont d'une violence difficilement concevable depuis un Etat de droit. Le trajet pour venir jusqu'à nous est aussi bien souvent une période de grande vulnérabilité qui accroît la détresse des personnes.

⁹ La crise de l'asile politique en France page 295, liste de ces Etats mise à jour le 5 juillet 1994.

De leur point de vue, le droit d'asile est plus qu'un principe : c'est un impératif.

Du point de vue de l'Etat : Une population à gérer

Pour un Etat, l'asile politique est, au-delà des questions des droits de l'Homme évoquées plus haut, un problème qu'il convient d'aborder en fonction des relations internationales, des politiques migratoires mais aussi du maintien de l'ordre.

Pour les relations internationales

Un Etat se doit de gérer les rapports internationaux avec la plus grande diplomatie. Les amitiés historiques, les intérêts économiques devançant bien souvent le respect des conventions internationales présentées plus haut. D'ailleurs, dans le préambule de la convention de Genève, les rédacteurs expriment « le vœu que tous les Etats, reconnaissent le caractère social et humanitaire du problème des réfugiés, » mais aussi qu'ils « fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour éviter que ce problème ne devienne une cause de tension entre Etats ». Cette primauté des intérêts des Etats sur les intérêts des Droits de l'Homme est très bien illustrée par le travail de Luc LEGOUX¹⁰. Il montre, en effet, avec une étude détaillée du nombre de réfugiés par Nationalité, des disparités d'attribution du statut très significatives de ces priorités.

Pour les politiques migratoires

Le même auteur¹¹ explique également « un retournement de tendance » entre la fin des trente glorieuses et le premier choc pétrolier. « La quasi simultanéité entre la fermeture des frontières et l'accroissement des demandes d'asile est parfois utilisée à l'appui de la thèse selon laquelle un grand nombre de demandes d'asile auraient pour seul but de contourner les restrictions à l'immigration économique »¹². Cette thèse est contestable selon l'auteur. Elle constitue l'un des points d'ancrage de ce qu'il appelle « la crise de l'asile politique » qui débute à la fin des années 1980. Cette « criminalisation » des demandeurs d'asile qui seraient de « faux réfugiés » a permis de justifier une politique harmonisée à l'échelle Européenne, visant à limiter les flux de réfugiés. L'étape suivante de cette crise consiste à considérer le rejet des demandes d'asile comme une règle établie et permet de considérer de manière plus drastique la situation des personnes

¹⁰ Op.cit

¹¹ Op.cit page 111

¹² Op.cit

déboutées du droit d'asile. En effet, jusque là, les personnes ne se voyant pas attribuer le statut de réfugié étaient peu expulsées notamment les femmes et les enfants. La réforme du droit d'asile et l'évolution du dispositif d'accueil, effectifs depuis le premier janvier 2004 offrent clairement à l'Etat Français les moyens de cette politique de reconduite à la frontière.

Le tableau ci-contre permet de visualiser les liens existant entre politiques migratoires et reconnaissances du statut de réfugié. Entre 1973 et 1983, les nouveaux migrants ont diminué de plus de moitié alors que les demandeurs d'asile ont dans la même période été multipliés par 14. En y regardant de plus près, il est important de noter que le pourcentage des personnes reconnues réfugiées est passé de 76 à 65%. Cette tendance s'est poursuivie et accentuée avec seulement 36% des personnes demandant l'asile qui obtiennent effectivement le statut de réfugié en 1993 contre 15% en 2003¹³. En 1993, 36% des personnes sont reconnues réfugiées. Le durcissement de la politique d'asile est manifeste.

¹³ Rapport d'activité 2003 de l'OFPRA

Tableau 1
Evolution du nombre total de nouveaux immigrants,
du nombre de reconnaissances de réfugiés
et de demandeurs d'asile de 1973 à 1993

Année	Nouveaux immigrants	Demandeurs d'asile	Reconnaissance des réfugiés		
			Nombre	% sur nouveaux arrivants	% sur demandeurs d'asile
1973	210 024	1 620	1 237	1	76
1974	139 955	2 188	1 891	1	86
1975	130 745	8 510	6 238	5	73
1976	115 716	18 478	14 797	13	80
1977	110 806	17 007	12 473	11	73
1978	90 935	16 052	13 091	14	82
1979	84 632	17 034	14 296	17	84
1980	80 209	18 790	17 099	21	91
1981	99 664	19 863	14 586	15	73
1982	137 683	22 505	15 670	11	70
1983	84 307	22 350	14 608	17	65
1984		21 714	14 314		66
1985		28 925	11 539		40
1986		26 290	10 645		40
1987		27 672	8 704		31
1988		34 352	8 794		26
1989		61 422	8 767		14
1990	115 796	56 053	13 486	12	24
1991	123 413	47 380	15 467	13	33
1992	135 372	28 872	10 266	8	36
1993		27 524	9 914		36

Sources : OFPRA, Ministère de l'Intérieur, DPM

Du point de vue du maintien de l'ordre

Pour un Etat, depuis le 11 septembre 2001, l'asile politique est aussi une donnée non négligeable de la sécurité intérieure. Les personnes accueillies ne doivent pas porter préjudice à la Nation ni aux institutions de la République. Le principe de précaution, probablement utile, participe de cette politique de reconnaissance du statut de réfugié très parcimonieuse.

2. Le dispositif Français d'accueil des demandeurs d'asile

Un dispositif cohérent

Le Dispositif National d'Accueil (DNA) et d'aide à l'insertion a été mis en place pour les demandeurs d'asile et les réfugiés en 1975. Les établissements sont placés localement sous le contrôle de la DDASS et au niveau National sous celui de la Direction de la Population et des Migrations (DPM) du ministère de l'emploi et de la solidarité sociale et de la famille.

Le dispositif prévoit qu'une personne nouvellement arrivée, ayant déposé une demande d'asile politique dans une préfecture soit orientée vers un CADA. Ces centres sont des CHRS spécialisés qui remplissent quatre missions définies succinctement par la circulaire MES/DPM N° 2000-170 du 29 mars 2000 :

- Accueil et hébergement des demandeurs d'asile
- Accompagnement administratif, social et médical.
- Animation et scolarisation des enfants.
- Gestion de la sortie du centre (déboutés en particulier)

Après l'obtention du statut de réfugié, la suite logique du dispositif est l'orientation vers un Centre Provisoire d'Hébergement (CPH) destiné à faciliter leur intégration.

Au 31/12/03, le dispositif comptait sur l'ensemble du territoire¹⁴ :

	Nombre de place		Durée de séjour (en jour)	
	1994	31/12/03	1994	31/12/03
CADA	1 043	12 173	287	541
CPH	1 448	1 048	226	304

En dix ans, le DNA a augmenté considérablement le nombre de places en CADA avec près de 10 000 places supplémentaires alors que les places en CPH ont été réduites de 400 unités. D'après le directeur de la Direction des Populations et des Migrations (DPM), la tendance devrait se poursuivre avec des CADA qui prendraient de plus en plus en compte les questions d'insertion des réfugiés. Par ailleurs, l'augmentation significative des

¹⁴ France Terre d'Asile, bilan du dispositif d'accueil en 2003, 14 avril 2004. Site FTDA

moyens attribués à l'OFPPRA et à la CRR¹⁵ depuis 2003 a un effet considérable sur l'accélération de l'étude des dossiers ce qui se traduira sur la durée moyenne des prises en charge CADA qui devrait probablement passer sous la barre des 365 jours.

Si une personne voit sa demande successivement rejetée par l'OFPPRA puis par la CRR, elle doit nécessairement quitter le CADA 30 jours après la décision de la Commission de Recours pour les Réfugiés (CRR). L'absence de fondement de sa demande ou le manque de preuve implique que la personne soit déboutée du statut de réfugié. Elle doit, en principe, être reconduite à la frontière mais le plus souvent elle tente une procédure de régularisation auprès du Préfet qui peut attribuer un titre de séjour temporaire. En dernier ressort, la personne peut être reconduite dans son pays d'origine.

Cette description du dispositif doit être confrontée à la réalité car l'économie affichée du dispositif diverge beaucoup de son économie réelle.

Une réalité inhumaine

En effet, l'OFPPRA a enregistré 52204¹⁶ nouvelles demandes en 2003 pour seulement 12173 places CADA. Malgré l'effort des pouvoirs publics, le dispositif reste largement insuffisant. Pour combler les 40 000 places manquantes, le dispositif est composé de plusieurs types d'accueil d'urgence créés en grand nombre et souvent beaucoup plus onéreux que les places CADA. En effet, l'urgence a recours à des chambres d'hôtel, des places vacantes en foyer SONACOTRA, dans des appartements loués à des « marchands de sommeil ». A titre d'exemple, dans le Bas-Rhin, début septembre 2004, 1371 places étaient mobilisées pour les demandeurs d'asile dont seulement 430 en CADA. Il restait 61 personnes sans hébergement dont plusieurs enfants de 2 mois à 5 ans. Les parents refusent le placement des enfants préférant rester avec eux plutôt que de rompre avec ce qui leur reste d'espoir. C'est ainsi qu'un père et un petit garçon de deux ans et demi attendent désespérément une place pour ne plus être « naufragés »¹⁷ d'un monde où il n'y aurait pas de place pour eux.

¹⁵ Centralisation des 4 sites de l'OFPPRA sur un seul site et augmentation du nombre d'agents significatif. Rapport d'activité de l'OFPPRA 2003.

¹⁶ Rapport d'activité de l'OFPPRA 2003

¹⁷ DECLERCK P, *Les naufragés*, PLON Terre Humaine, 2001, 445 pages.

Plus généralement, l'accueil d'urgence est synonyme de changement de lieu d'hébergement, d'inconfort, d'incompréhension. La détresse de ces individus et de ces familles ne laisse personne indifférent. Les acteurs institutionnels et caritatifs déploient une énergie très importante pour proposer le minimum. Pour bien mesurer la situation, il faut redire ici que la plupart des personnes sollicitant le statut de réfugié ne parlent pas notre langue, qu'ils ne connaissent pas notre culture, qu'ils ignorent tout de nos fonctionnements institutionnels.

L'accueil d'urgence est une partie du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile particulièrement dissuasive pour les candidats à la protection internationale au titre de la Convention de Genève. La violence rencontrée est souvent décuplée pour les plus vulnérables. L'âge avancé et certaines pathologies ne font que rendre leurs situations encore plus intolérables.

3. La difficulté de repérer l'état de santé des personnes demandant l'asile politique

La santé des migrants intéresse un Etat avant tout, pour des questions de santé publique. C'est probablement pour cette raison que la seule étude à ma connaissance d'ampleur nationale sur la santé des demandeurs d'asile est le fruit des visites médicales obligatoires réalisées par l'Office des Migrations Internationales avant la délivrance des titres de séjour. Cette veille sanitaire recensant l'état des vaccinations et l'existence de pathologies contagieuses ne permet pas d'évaluer finement leur état de santé. Elle n'est à ce stade de l'accueil, pas prioritaire.

Néanmoins, les professionnels qui participent au dispositif d'accueil des demandeurs d'asile au niveau national et local s'inquiètent régulièrement de personnes dont l'état de santé est préoccupant. La réalité est bien sombre. En effet la probabilité que les personnes demandant l'asile politique soient plus porteuses de pathologies que l'ensemble des habitants de l'hexagone, est très importante. A titre d'exemple, on sait aujourd'hui que la France compte 600 000¹⁸ personnes atteintes de schizophrénie et

¹⁸ DECLERCK P, *Les naufragés*, PLON Terre Humaine, 2001, extrait de la page 288

environ 110 000¹⁹ du SIDA. En appliquant les taux de prévalence de chacune de ces pathologies, sur la population des demandeurs d'asile, on obtient, 520 schizophrènes et 88 malades du SIDA sur l'ensemble du territoire national.

Ces chiffres obtenus par déduction n'ont évidemment aucun fondement dans la mesure où ils s'appuient sur une hypothèse qui ne considère pas l'origine géographique des demandeurs d'asile et les difficultés sanitaires de leurs pays d'origine. Pour essayer de circonscrire le problème de l'état de santé de cette population, il est nécessaire de les compléter par les conséquences sanitaires des persécutions et de la période d'exil. En effet, *le syndrome de stress post-traumatique* diagnostiqué en fonction de la *Classification internationale des maladies* est une pathologie couramment rencontrée chez les demandeurs d'asile. Ceci n'a rien d'étonnant sachant que ce syndrome concerne des individus « confrontés à une situation ou un événement catastrophique qui provoqueraient des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus »²⁰.

Ces données indicatives permettent par extrapolation d'imaginer l'ampleur du nombre de personnes gravement malades et demandant l'asile politique.

A titre d'exemple, le centre d'accueil de soins et d'orientation de la mission France de Médecin du Monde à Strasbourg note une recrudescence des consultations ces dernières années²¹. Le nombre de consultations est passé de 2071 en 1995 à 5378 en 2003 dont 75% concernaient des demandeurs d'asile. Les consultations psychologiques et psychiatriques révèlent que sur 70 hommes et 7 femmes rencontrés à plusieurs reprises, 90% vivent dans la rue. Les diagnostics les plus fréquemment repérés révèlent des états dépressifs, des troubles de l'humeur, des syndromes suicidaire, des syndromes de stress post-traumatique.

Par ailleurs, l'équipe médicale de Médecins du Monde a orienté 376 personnes vers des spécialistes et 49 directement vers un hôpital.

Le rapport d'activité de l'antenne Bas-rhinoise de Médecins du Monde, pour être exhaustif, pourrait être complété par ceux de la consultation de psychiatrie interculturelle

¹⁹ Ministère de la santé et de la protection sociale, DGS, stratégie de prévention de l'infection VIH SIDA pour les années 2001 2004.

²⁰ DSM 4, classification internationale des maladies 1991 par l'OMS

²¹ Rapport d'activité 2003, Mission France Médecin du Monde, Strasbourg.

de l'hôpital civil, par celle de la Boussole²² et de l'escale Saint Vincent²³ qui accueillent principalement des demandeurs d'asile.

Face à ces besoins immenses, les réponses sont dispersées et peu coordonnées. Malgré tout, les commissions d'admission nationale et locale qui orientent les personnes en CADA donnent la priorité aux personnes souffrant de pathologies. Par conséquent, les personnes souffrantes ou handicapées sont souvent accueillies en CADA. Malgré cet effort des établissements et des professionnels, les problèmes logistiques sont parfois des freins insurmontables à une admission. Les CADA sont rarement équipés pour accueillir des personnes à mobilité réduite. De plus, au vu de la difficulté pour accueillir des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, les directeurs de CADA disposant de moyens financiers réduits, sont hésitants et craignent légitimement de se retrouver dans des situation critiques.

Pour les personnes à mobilité réduite ou malades psychiatriques, l'absence d'admission en CADA implique qu'ils restent dans le dispositif d'accueil d'urgence qui, comme nous l'avons vu plus haut, est bien moins confortable voire parfois dangereux pour leur intégrité.

Le Docteur KNOCKAERT²⁴, conseiller technique de l'association France Terre d'Asile et du DNA jusqu'en décembre 2003, insiste sur «le besoin de créer un CADA spécialisé pour l'accueil de demandeurs d'asile souffrant de pathologies graves, même s'il est difficile de chiffrer les besoins en l'absence d'étude publiée ». Nous verrons plus loin que le projet a rencontré quelques difficultés avant de voir le jour mais jamais personne n'a interrogé l'opportunité et l'intérêt de ce projet de CADA spécialisé.

²² La Boussole est une permanence hospitalière d'accès soins santé destinés aux personnes en précarité

²³ L'Escale Saint Vincent est une annexe d'une clinique privée de la Fondation Vincent de Paul qui propose gratuitement 6 lits aux plus démunis à Strasbourg.

²⁴ Association ASIRE, médecin conseil auprès du DNA.

B. UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET SOCIOPOLITIQUE
FAVORABLE POUR CREER UN CADA SPECIALISE

1. Une volonté politique de sélectionner les demandeurs d'asile et d'améliorer leur prise en charge.

Si l'Etat français affirme bien sa volonté de mieux maîtriser les flux migratoires et de gérer le flux des personnes demandant le bénéfice du statut de réfugié, il est indéniable que la loi du 10 décembre 2003, modifiant la loi du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile va dans le sens à la fois d'une plus grande sélection des demandeurs d'asile qui obtiendront le statut de réfugié mais aussi d'une amélioration de leurs conditions d'accueil.

Certaines mesures améliorent les conditions d'accueil

Entre 2003 et 2006, la DPM prévoit de créer 10 000 places de CADA. L'accélération de la procédure globale (OFPRA et CRR) d'examen d'une demande de statut de réfugié doit permettre une augmentation du taux de rotation de ces établissements.

L'augmentation du nombre de places et la plus grande rotation des établissements d'accueil, complétés par des délais d'études plus rapides des dossiers devraient permettre aux personnes d'être accueillies plus dignement.

Cette optimisation du dispositif doit éviter que des personnes ne se fragilisent encore davantage du fait de l'attente et des effets induits par celle-ci. Un rapport de l'IGAS²⁵ de 2001 préconise d'ailleurs d'autoriser l'accès à l'emploi pour les demandeurs d'asile, six mois après la présentation de leur demande, afin d'éviter leur « déstructuration sociale ». Cette proposition n'a malheureusement pas été reprise dans la réforme de 2003.

Malgré tout, la réduction des délais de procédures devrait faciliter l'intégration des personnes bénéficiant du statut. En effet, pour parvenir à s'intégrer ils doivent faire le deuil de leur vie antérieure. Ce deuil est un processus qui ne peut logiquement commencer qu'à partir du moment où l'Etat français leur reconnaît le statut. Dans cette perspective le traitement rapide des dossiers va bien dans le sens d'un plus grand respect des personnes.

²⁵ FLAMAND P, GUILLEMOT B, LAROQUE M, YENI I, *Analyses et propositions relatives à la prise en charge sociale des demandeurs d'asile*. Rapport N° 2001 150, décembre 2001 page 60.

Cette évolution est significative d'une volonté politique mais reste, comme nous l'avons évoqué plus haut, insuffisante en regard des besoins.

D'autres mesures visent à restreindre l'accueil

Le transfert de la gestion du DNA de l'association France Terre d'Asile vers l'Office des Migrations Internationales (OMI) à partir du 1/1/04.

L'OMI est un organe intervenant sous l'autorité du ministre de l'intérieur par le biais de la Direction des Populations et des Migrations. Ce transfert de compétence d'une association vers un service de l'Etat permet au gouvernement d'exercer une influence sur les priorités à donner en matière d'accueil. En effet, l'orientation et le suivi statistique sont désormais clairement effectués par l'Etat.

L'accélération du traitement des dossiers de l'OFPRA et de la CRR

Le traitement, antérieur à la réforme, d'un dossier sur l'ensemble de la procédure (OFPRA et CRR) était en moyenne de 2 ans. Le gouvernement souhaite qu'un dossier soit traité par l'OFPRA et la CRR en une année maximum d'ici 2005.

Cette accélération s'accompagne parfois de traitement expéditifs de dossiers²⁶ et de reconduites à la frontière plus fréquentes puisque les personnes n'ont plus le temps de s'installer. Après 2 ans de séjour en France il était quasiment impossible de reconduire les déboutés. Si ces reconduites s'accélérent encore, elles constitueront un facteur de dissuasion non négligeable pour les candidats au statut de réfugié et d'une certaine manière une remise en cause de l'effectivité du Droit d'asile.

La création de la notion d'asile interne

Cette notion permet à un Etat de considérer qu'une personne, même si elle est en danger dans une région de son pays, ne l'est pas forcément dans d'autres régions. Les personnes seront alors déboutées du droit d'asile en France et recevront une invitation à quitter le territoire. L'OMI les aidera ensuite à rejoindre les régions susceptibles de garantir leur sécurité.

²⁶ ZAPPI .S *La loi Villepin multiplie les obstacles au droit d'asile en France*, Le Monde 17/09/04.

La création de la notion de « pays sûr »

Les pays « sûrs » sont des pays pour lesquels l'Etat français considère que les droits de l'Homme sont respectés. Les demandes d'asile sont alors infondées sur le territoire français.

Cette évolution législative et du dispositif d'accueil est très récente et il est objectivement difficile d'anticiper ses effets. Néanmoins, il est évident que ses concepteurs souhaitent inscrire la politique d'accueil des réfugiés au plus près de la politique migratoire du pays. La région Alsace est, elle aussi, une belle illustration des mouvements parfois paradoxaux que suscitent l'immigration en général et la demande d'asile en particulier.

2. L'alsace est aussi une terre d'asile

Un nombre non négligeable d'Alsaciens entretiennent un antisémitisme très marqué souvent assorti d'un rejet plus large des étrangers. Pour preuve, les choix électoraux tristement remarquables ces dernières années, dans de nombreuses communes alsaciennes attribuaient des scores record aux candidats nationalistes ou régionalistes. En ce sens, l'Alsace est équivoque du point de vue qui nous occupe car, sur un territoire ramassé, elle conjugue à la fois un niveau d'électorat extrémiste très élevé et un nombre de demandeurs d'asile très important par rapport aux autres régions françaises.

Par ailleurs, sous l'impulsion des églises, l'Alsace a une tradition de solidarité fortement ancrée. Elle a d'ailleurs développé, dans sa période allemande, le dispositif Bismarkien de protection sociale beaucoup plus avantageux pour les Alsaciens qui en bénéficient encore aujourd'hui. De plus, le concordat a permis aux églises de tenir une fonction politique influente en matière d'action sociale. Cette influence s'est opérée par le biais d'organisations très actives telles que des associations, des Congrégations, des Fondations, des établissements et services, des centres de formation. René EPP²⁷ retrace la fonction politique de l'église catholique en Alsace et montre comment ce petit territoire de la république a vu se développer une multitude d'expériences pour accompagner, entourer et soutenir les plus démunis. Pour les demandeurs d'asile, l'ensemble du dispositif est, aujourd'hui encore, porté par des associations dont l'appartenance religieuse est forte. Jusqu'en 2003, deux associations oeuvraient en

²⁷ Histoire de l'église catholique Edition du signe, René EPP, 2003

direction de ce public et l'une d'entre elles était quasiment en position de monopole sur cette question. En effet, l'association du Foyer Notre Dame gère l'intégralité du dispositif d'accueil d'urgence des demandeurs d'asile (plateforme d'accueil et lit d'urgence), un CADA de 180 places et un CPH.

Cette tension entre des idéaux radicalement opposés ne va pas sans poser de problème. Le développement d'un projet de prise en charge en faveur de demandeurs d'asile doit forcément prendre en compte ces éléments du contexte local. Nous verrons, plus loin, comment nous avons essayé de composer avec cette particularité locale. Malgré ces tensions, l'Association de la Résidence Sociale se trouvait dans une position favorable pour proposer une nouvelle réponse à ce public.

3. Une Association présentant des atouts pour créer un CADA spécialisé

a. Genèse d'une association dynamique

En 1995, issu de deux personnes morales, la Communauté Emmaüs de Haguenau et la Fondation Vincent de Paul²⁸, un petit groupe de bénévoles décide d'unir ses forces autour d'une opportunité immobilière. La Fondation Vincent de Paul souhaitait donner un bâtiment de 1600 m² à la communauté Emmaüs de Haguenau pour y développer un projet en direction des nouvelles pauvretés et ceci 3 ans avant la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998.

La communauté Emmaüs de HAGUENAU a accepté le projet à la condition de le développer avec la Fondation.

C'est ainsi qu'en juin 1995 naît une association regroupant les savoir faire d'une communauté Emmaüs dynamique et ceux d'une Congrégation comptant 1300 salariés dans le domaine sanitaire et médico-social.

Les convictions et la persévérance des administrateurs ont permis d'ouvrir en 1997 33 appartements au sein d'un même immeuble, destinés à accueillir des familles de 1 à 4 personnes. Outre cet accueil temporaire pour des personnes en attente d'un relogement durable, la résidence propose un accompagnement social lié au logement, en coordination avec les partenaires de droit commun.

En 2002, à l'occasion de son cinquième anniversaire, administrateurs et salariés ont choisi d'élargir leurs champs d'intervention pour participer à la prise en compte des demandeurs d'asile dans le Bas-Rhin. Le conseil d'administration m'a alors mandaté pour proposer une réponse qui corresponde à la fois aux besoins des demandeurs d'asile et à la particularité de l'association.

Avec ce mandat, j'ai pris conscience que l'union des deux personnes morales composant l'association représentait une force qu'il fallait prendre en compte dans ce projet de diversification d'activité. En effet, l'union d'une association caritative et d'une Fondation oeuvrant dans le sanitaire et le médico-social devait permettre de développer un projet articulant à la fois l'accueil des plus démunis et de personnes souffrant de pathologies.

Une association en capacité de développer un nouveau projet

En ce qui concerne la dynamique propre de l'Association de la Résidence Sociale Saint Charles, il convient de distinguer plusieurs périodes :

Le lancement du projet fondateur

Avant l'ouverture de la Résidence Sociale, le projet associatif reposait sur des bénévoles très investis de la communauté Emmaüs soutenus par des bénévoles originaires de la Fondation Vincent de Paul. Les premiers salariés ont été recrutés à l'ouverture de la Résidence en 1997, largement épaulés par les membres fondateurs qui assuraient, régulièrement des fonctions techniques. La confusion entre les aspects politiques et techniques du projet a rapidement provoqué des tensions fortes entre administrateurs et salariés.

La consolidation du projet et le relais à une équipe salariée

Après ces débuts difficiles, le Conseil d'Administration a souhaité embaucher un directeur pour qu'il gère la Résidence « en bon père de famille ». Suite à une transaction, les deux salariés sont partis ce qui a permis de reconsidérer une équipe plus en mesure de remplir la diversité des tâches à accomplir.

Une transition culturelle : D'une « association fondée » à une « association projet ».

L'équipe salariée, en prenant de plus en plus en charge les fonctions techniques du projet fondateur, a pris la place des administrateurs investis sur ce type de compétences. Ces derniers se sont retirés au profit de membres des deux personnes morales plus

²⁸ Les établissements de la Congrégation des Sœurs de la Charité sont, depuis janvier 2000, gérés par la Fondation Vincent de Paul reconnue d'utilité publique.

intéressés par les aspects politiques du projet. La Fondation Vincent de Paul avait dans ses effectifs des personnes intéressées par le projet et par ailleurs, gestionnaires d'établissements dans le secteur médico-social. Un «transfert de souveraineté» s'est opéré entre les deux personnes morales entre 2002 et 2003. Lors de l'Assemblée Générale de mai 2003, la Présidence est passée à la Fondation Vincent de Paul. Ce transfert symbolique a aussi été une transition culturelle non négligeable. Elle signifiait que ce qui réunissait les personnes composant le conseil d'administration n'était plus cette «étonnante aventure»²⁹ mais la volonté d'agir en fonction d'un projet associatif en lien avec l'environnement.

La formalisation des axes de ce projet associatif a été l'occasion en 2003, de faire émerger la volonté associative de répondre à d'autres besoins. En effet, l'expérience de la Résidence Sociale ouvrait la possibilité d'un accroissement des activités de l'association.

b. La Résidence Sociale : Une expérience et des moyens

Les infrastructures

La Résidence Sociale est installée dans un bâtiment situé dans un quartier équilibré de Schiltigheim, banlieue nord de Strasbourg. Le bâtiment jouxte un parc de 5 hectares appartenant à la Fondation Vincent de Paul où sont installés, à la fois un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de 134 lits et un institut de rééducation de 60 lits. Le bâtiment de la Résidence a permis de réaliser 900 m² d'appartements tout en conservant 700m² aménagés en bureau et salles d'activités.

La résidence, durant ses 5 premières années de fonctionnement, a peu utilisé les espaces collectifs très correctement aménagés et meublés, ce qui était regrettable.

Les moyens humains

Dès ma prise de fonction en février 2000, j'ai dû accompagner le départ négocié des deux salariées en place et recruter une nouvelle équipe. Je l'ai choisi en recherchant un juste équilibre entre les besoins d'accompagnement social et de gestion locative.

²⁹ Titre du texte fondateur de l'association.

L'équipe de la résidence sociale de 2000 à 2003 en équivalent temps plein (ETP)

Directeur	1
Secrétaire comptable	0.5
Conseillère en économie sociale et familiale	0.86
Ouvrier d'entretien	0.86
Total	3.22

Le projet, avec une comptabilité autonome, un immeuble important à gérer et 70 personnes accueillies, représentait une charge de travail importante pour une équipe de 3,22 (ETP).

Personnellement, je passais beaucoup de temps à réaliser des tâches qui ne relevaient pas de mon ressort. Le travailleur social regrettait quand à lui de ne proposer qu'un accompagnement social peu satisfaisant en regard de la demande des personnes.

La richesse et la difficulté de cette équipe resserrée tenaient à la fois en sa capacité de réactivité et de créativité mais aussi en un risque toujours présent que les nouveaux collaborateurs s'épuisent rapidement à l'épreuve de la charge de travail importante et très variée. J'étais personnellement très vigilant à ce risque d'épuisement professionnel qui aurait remis en cause les fondement de l'association qui nous embauchait.

Il me sembla opportun de rechercher à accroître l'équipe par la création d'une nouvelle l'activité dès lors que l'activité première avait trouvé un relatif «rythme de croisière ». J'entends par «rythme de croisière », la mise en place de procédures d'intervention, d'une répartition de compétences, d'une organisation de la communication interne et externe.

Des moyens financiers permettant d'envisager un développement d'activité

La santé financière de l'association a toujours été très satisfaisante. Fin 2003, la capacité à financer des investissements futurs était très importante avec un Fonds de Roulement d'Investissement (FRI) de 130 000 € ce qui représentait deux fois le montant total des immobilisations amortissables, le tout sans endettement. Le cycle d'exploitation était correctement financé grâce au financement par l'APL payé en avance. De fait, le cycle de fonctionnement ne souffrait pas d'un Besoin en Fond de Roulement. Par conséquent, la trésorerie, en 2002, représentait plus de 9 mois de fonctionnement. La Résidence n'ayant pas de tutelle mais des partenaires qui allouaient des subventions à l'année, l'association

s'est constitué une réserve pour éventuellement développer de nouveaux projets grâce aux résultats excédentaires des premiers exercices.

Cette bonne santé financière fut un élément déterminant pour que l'association accepte de s'engager dans le développement d'une nouvelle activité. La prospérité ne pouvait être envisagée que dans l'objectif de répondre à d'autres besoins.

Un réseau de partenaires

La Résidence Sociale évolue dans un territoire limité par les frontières du département du Bas-Rhin. Les partenaires essentiels sont en amont, les centres médico-sociaux, les centres communaux d'action sociale, les associations d'insertion, les CHRS, les hôpitaux psychiatriques et en aval, les bailleurs sociaux et les partenaires de droit commun.

Au-delà du réseau de partenaires avec lesquels nous collaborons, une grande métropole comme Strasbourg a la chance d'être équipée :

D'un Centre Hospitalier Universitaire,
De trois hôpitaux spécialisés en psychiatrie.
D'une consultation de psychiatrie interculturelle.
« La boussole », une permanence d'accès aux soins et à la santé, destinés aux personnes en précarité.
D'un réseau associatif de psychologues, de psychiatres et de travailleurs sociaux qui collaborent en direction des populations migrantes.
D'une antenne de l'association Migration Santé qui met à disposition des thérapeutes, des interprètes spécialisés sur les questions de santé dans plus de 100 langues.

Par-delà le réseau de partenaires de la Résidence Sociale, l'importance du réseau à développer laissait penser que des collaborations étaient envisageables pour accompagner la création d'un CADA spécialisé.

Des savoir-faire

Mettre l'usager au centre du dispositif et veiller à leur consentement.

Les projets individuels sont élaborés avec les futurs bénéficiaires et le partenaire prescripteur. Ils sont régulièrement évalués et font l'objet d'une formalisation qui est transmise, après validation par les bénéficiaires, aux personnes présentes lors de ces séances de travail. Cette exigence de co-construction des projets d'intervention, est devenue une partie indissociable de nos prises en charge. Elle évite aux professionnels d'imposer leur prestation et permet aux personnes d'être vraiment acteur de leur vie.

Donner une place aux usagers dans la conception des réponses qui leurs sont proposés.

Dans la même dynamique, nous avons expérimenté une co-construction de certains outils d'intervention. C'est ainsi qu'est née, une adaptation de Système d'Echange Local ou les modalités de fonctionnement de notre centre multi média.

Des résultats

Afin d'illustrer la qualité du travail développé par l'équipe de la résidence, j'ai choisi quelques indicateurs qui me semble significatifs :

En sept années de fonctionnement, une seule famille relogée a posé des problèmes importants au bailleur HLM qui avait accepté de la reloger.

Les durées de séjour varient entre 12 et 15 mois ce qui est inférieur à ce que prévoit le cahier des charges du Fonds Solidarité Logement du Bas-Rhin.

Un autre indicateur de la qualité du travail est l'évolution du rapport à l'emploi des personnes durant leur séjour. En effet, 75% d'entre eux sont admis avec le RMI ou autres minima sociaux, alors qu'ils sont 75 % à nous quitter avec un contrat de travail.

Un dernier indicateur de la bonne santé de l'institution, même s'il relève en partie de la vie privée des salariés consiste en l'engagement de ces derniers, dans des associations en qualité d'administrateur. Sur les quatre salariés présents avant l'ouverture du CADA, le travailleur social était membre du Conseil d'Administration de l'association nationale des conseillères en économie sociale et familiale et j'étais moi-même très investi au Conseil d'Administration de la FNARS Alsace.

c. *Nécessité de répondre à des besoins nouveaux en matière d'accueil des demandeurs d'asile*

Le nombre de places ne couvre pas les besoins dans le Bas-Rhin

En 2002, 8% des demandeurs d'asile en France vivaient en Alsace (4000³⁰ demandeurs d'asile vivaient en Alsace sur les 52 877³¹ en France), alors que la région ne représente

³⁰ Plusieurs associations Alsaciennes se sont mobilisées autour de la FNARS Alsace pour étudier la situation des réfugiés et demandeurs d'asile de la région ce qui leur a permis d'écrire un le *livre Blanc* de la situation des réfugié en Alsace. (réactualisé en décembre 2002)

³¹ Rapport d'activité OFPRA 2002, page 4

que 3% de la population nationale³². Comme nous l'avons déjà écrit plus haut, cette particularité régionale participe à la saturation du dispositif local. Cette situation était d'autant plus vive que les CADA ne proposaient que 34% des places du dispositif alsacien alors que l'accueil d'urgence en couvrait 66%. Au vu de ce contexte particulier, fin 2002, la DDASS et quelques partenaires associatifs du Bas-Rhin ont logiquement cherché à afin renforcer le dispositif Alsacien de manière à bénéficier des nouvelles dotations budgétaires prévues pour créer des places CADA.

Une sollicitation de la DDASS pour créer un CADA

Au printemps 2002, l'inspectrice principale de la DDASS du Bas-Rhin chargée des politiques sociales a sollicité plusieurs associations dont celle de la Résidence Sociale, pour les inviter à présenter des projets de CADA sur le département. La DDASS soutenait la volonté de l'association du Foyer Notre Dame de sortir d'une situation de monopole en sollicitant de nouveaux porteurs de projets sur le département. A l'époque, la directrice générale de cette association m'a confirmé cette volonté ce qui a permis de travailler dans un climat détendu et constructif.

Le croisement d'une volonté politique nationale, de besoins locaux particuliers, d'une dynamique institutionnelle singulière et d'un réseau de partenaires très actifs sur le sujet de la santé des migrants, prédisposait l'association de la Résidence Sociale Saint Charles à s'engager dans le développement d'un CADA spécialisé dans le Bas Rhin.

2. UN OUTIL D'INTERVENTION INNOVANT EN MATIERE DE DROIT D'ASILE - LE PROJET DE CADA SPECIALISE-

Le projet est exposé ici, articulé en fonction des orientations du Conseil d'Administration, des missions ordinaires d'un CADA mais aussi des missions à définir, compte tenu de la spécificité du public. Cette présentation tient compte du mouvement inhérent à tout projet récemment mis en œuvre, c'est pourquoi je relaterai à la fois les aspects stabilisés et ceux qui sont encore en mouvement, mais aussi les réussites et les difficultés. Les effets de la complexité de la problématique traversent quotidiennement l'équipe et son action et

³² Insee recensement de 1999, 1 734 145 habitants en Alsace pour 58 520 688 pour la France.

contribuant, probablement à forger sa détermination à proposer des interventions de qualité.

A. DES PREALABLES : DEFINIR DES ORIENTATIONS

En 2002, dans la période d'élaboration du projet, j'ai proposé au Conseil d'Administration de l'association dirigeante des axes de réflexion et des principes qui sous tendraient le projet à développer. Ces principes et ces axes ont été approuvés très tôt et ont permis d'affiner le projet avec les partenaires et le service des politiques sociales de la DDASS du Bas-Rhin.

1. Des principes

a. Un projet à dimension humaine

Plusieurs facteurs ont conduit les administrateurs à privilégier un service de petite taille, alors que la taille plancher pour qu'un CADA puisse se structurer et vivre de manière indépendante est estimée à 70 places par l'association France Terre d'Asile³³.

La particularité du public attendu impliquant beaucoup d'attention et de réactivité se concevait mieux dans un établissement de petite taille. L'absence d'expérience équivalente en France et notre volonté d'accueillir des personnes cumulant plusieurs difficultés, invitaient à la plus grande prudence. De plus, le souhait d'admettre des personnes souffrant de pathologies psychiatriques nous amenait à redoubler de vigilance, n'ayant pas jusqu'alors d'expérience dans leur prise en charge.

Le dernier point, qui a contribué à retenir l'option d'un établissement accueillant moins de personnes que le seuil préconisé, a été de prendre en compte la spécificité de l'association, de son activité antérieure et de ses moyens matériels et humains.

Cette volonté de développer un projet à taille humaine pour des personnes très éprouvées, en utilisant au mieux la particularité de l'association gestionnaire, doit s'accompagner d'une prise en compte de la viabilité économique du projet.

³³ Association nationale coordonnant le dispositif d'accueil jusqu'au 31 décembre 2003.

b. Un projet viable

La question de la viabilité s'est posée de deux manières.

La première a consisté à rechercher les moyens de financer les surcoûts induits par les choix stratégiques à savoir : privilégier « une structure à taille humaine » et « spécialisée ».

La seconde question portait sur la relation qui unirait les deux établissements qui bénéficient de financements de nature tout à fait différente³⁴. En effet, la structuration financière des deux projets ne devait pas fragiliser un établissement au détriment d'un autre.

c. Un projet respectueux de la dignité des personnes

Nourri des analyses de S. TOMKIEWICZ et P. VIVET³⁵, j'ai retenu des « points de vigilance » qui doivent permettre de renforcer le respect des droits des usagers.

Le premier « point de vigilance » consiste à veiller autant que possible à la préservation de *l'intimité des personnes*. Les conditions d'hébergement au sein du CADA représentent symboliquement l'une des premières marques de reconnaissance que nous leur accordons. J'ai choisi de proposer un appartement par famille et ainsi rompre avec le fonctionnement d'autres CADA qui proposent des appartements partagés par deux familles et ceci afin de limiter les coûts de structures.

Dans la même idée, il est important de clarifier les conditions d'accès de l'équipe aux appartements mis à disposition. Cet accès, sauf entorse manifeste au règlement de fonctionnement³⁶, n'est autorisé à l'équipe que sur invitation express de la famille.

³⁴ La Résidence est financée par les redevances locatives, l'APL et des subventions de fonctionnement annuelles de la DDASS, du Conseil Général du Bas Rhin et du Fonds Solidarité Logement du Bas Rhin. Le CADA est, pour sa part, financé sous la forme d'une dotation globale.

³⁵ TOMKIEWICZ S, VIVET P *Aimer mal, châtier bien : Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Seuil, Paris, 1991, 303 pages.

³⁶ Il est interdit d'héberger des tiers sans autorisation du directeur. Cette règle est parfois difficile à tenir au vu du nombre de compatriotes à la rue et de la pression qui s'exerce sur les personnes hébergées. Par ailleurs, les demandeurs d'asile n'ayant pas le droit de travailler peuvent être tenter par des marchés parallèles que les directeurs de CADA ne peuvent pas accepter. (Trafic de stupéfiants, passeurs..)

Le second «point de vigilance» a consisté à veiller à ce que les personnes puissent être dans les meilleures conditions pour prendre les décisions qui les concernent. L'accompagnement social, comme à la Résidence, est ainsi présenté sous forme de prestations qu'ils peuvent accepter ou non. La forme et les conditions de ces prestations sont également négociées pour qu'ils restent acteurs de leur vie malgré une dépendance aux services, liées à leur situation de demandeur d'asile.

d. Un projet inscrit sur un territoire

Un tel projet doit être inscrit dans la dynamique de son territoire surtout lorsque celui-ci présente les particularités décrites plus haut. En effet, le maire d'une commune de 30 000 habitants peut être réticent à accueillir sur la commune qu'il administre, une institution qui héberge des personnes étrangères. Ces populations sans droit de vote, aux cultures différentes peuvent ne pas être les bienvenues c'est pourquoi j'ai cherché à anticiper l'éventualité de telles difficultés en l'informant très tôt du projet et en restant ouvert à ses remarques. Dès notre première rencontre, il m'a fait part de son intérêt pour ce projet en insistant fortement pour que les personnes ne soient pas accueillies sur un même site mais plutôt en habitat diffus. Ce point n'a pas posé problème dans la mesure où j'avais retenu cette option plutôt qu'un regroupement dans un grand collectif, à la fois pour des raisons liées aux prix élevés du foncier à Strasbourg, mais aussi pour faciliter l'intégration des personnes dans les quartiers. Nos autres rencontres ont permis d'ajuster des points de détail et surtout de le rassurer, notamment sur l'absence de charge financière pour la commune.

2. Un projet articulé autour de 3 axes :

a. Utiliser les ressources de l'environnement pour faciliter l'accès aux soins à des personnes souffrant de pathologies diverses.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'identité associative et les réseaux de partenaires permettaient de penser que l'association était bien positionnée pour apporter une réponse adaptée à des personnes cumulant des pathologies graves et une demande d'asile politique. Considérant l'absence d'étude exhaustive sur leur état de santé, j'ai proposé au Conseil d'Administration d'être le moins restrictif possible sur les critères d'admission. Le caractère innovant du projet impliquait, à mon sens, qu'il soit orienté vers les demandeurs d'asile souffrant des pathologies les plus graves tout en veillant à leur qualité de vie et à la survie du projet.

b. Prendre en compte la dimension familiale de la personne souffrante.

L'approche systémique m'a appris à prendre en compte le contexte du sujet que j'étais amené à considérer. C'est pourquoi la dimension familiale de la personne malade a logiquement pris une grande importance dans le projet.

Le maintien de l'unité familiale

Les situations de persécution et de fuite contraignent souvent les personnes à se séparer des êtres qui leurs sont chers. Par conséquent, ce projet se devait d'inclure la famille proche qui entoure la personne malade au moment de la demande d'asile. En ce sens, l'association propose une prise en charge qui évite une nouvelle rupture dans leur parcours personnel. Cette option permet, en outre, d'augmenter le seuil de gravité et de dépendance des personnes accueillies sachant que les membres de la famille peuvent prendre en compte une partie des besoins du malade.

L'aide aux « aidants ».

Sur le modèle des équipes qui travaillent au service des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, j'ai souhaité que l'on s'intéresse aussi aux « aidants ». Les membres de la famille qui soutiennent et entourent le malade ont parfois beaucoup de mal à penser à eux et à lâcher prise pour se ressourcer. Cette fonction peut les épuiser si ils ne sont pas soutenus. Cette aide n'est pas uniforme. Elle procède surtout d'une *attention* que l'équipe leur porte afin de leur permettre, lorsqu'ils en ont besoin ou simplement envie, de prendre le large pour penser à eux. Les modalités de soutien sont imaginées ensemble en fonction des situations.

L'évolution de la structure familiale

L'expérience d'accueil de personnes ayant obtenu le statut de réfugié à la Résidence nous a appris que les enfants apprennent très vite le français. Ils se trouvent de fait, en position d'aider leurs parents pour des démarches qui ne relèvent, en principe, pas de leur ressort. Ils traduisent le contrat de bail de leurs parents, négocient le contrat de travail de leur père, participent à moult démarches administratives. Cette évolution de la structure familiale dans un contexte où la famille est très fragilisée, est probablement inévitable. Des difficultés peuvent cependant survenir dans le parcours personnel de ces enfants sans enfance. L'évolution de la structure familiale et les risques de confusion intergénérationnelle sont susceptibles de fragiliser le statut parental. En effet, comment le parent pourra-t-il se positionner lorsque son enfant devenu adolescent, manquera le lycée

alors qu'il lui rend des services d'interprétariat et solutionne des problèmes administratifs depuis son plus jeune âge.

Cette difficulté très courante chez les personnes réfugiées sera probablement décuplée chez ceux dont le parent est très affaibli. J'ai souhaité que l'équipe du CADA accorde une attention particulière à ces risques, en proposant des prestations qui éviteraient de se substituer à la fonction parentale et qui consisteraient à aider les personnes à négocier des délégations partielles et temporaires avec leur enfant ou les travailleurs sociaux du CADA.

Faciliter le travail de deuil

La précarité de la situation des personnes demandant le statut de réfugié, pourrait nous amener à ne pas porter l'attention qu'il convient, au mal être qu'ils peuvent éprouver à devoir vivre avec des pathologies graves. Pour la plupart des familles accueillies la question du deuil est très forte et l'équipe se doit d'y être sensible.

A titre d'exemple, l'incertitude de l'avenir pour des enfants dont le parent est gravement malade n'est pas sans conséquence pour leur avenir propre et doit, à mon sens, être pris en compte.

c. le S.E.L. : Une alternative au travail.

Depuis la circulaire du premier ministre du 26 septembre 1991, les demandeurs d'asile, pendant le temps d'étude de leur demande du statut de réfugié, ont un accès au marché du travail extrêmement limité. En effet, ils ne peuvent travailler que si leur compétence ou leur qualification permettent d'occuper un poste non pourvu sur le bassin d'emploi. Cette restriction limite tellement l'accès au marché de l'emploi, qu'elle s'apparente pour le plus grand nombre à une interdiction de travailler³⁷. En 2002, la période d'étude de la demande de statut de réfugié était de 2 ans en moyenne. L'oisiveté forcée qui résultait de cette période d'attente, amenait les personnes, soit à participer à des réseaux plus ou moins délictueux d'économies parallèles, soit à sombrer dans un état dépressif. Fort de l'expérience du SEL de la Résidence Sociale, j'ai pensé qu'une adaptation du système pouvait s'envisager pour les demandeurs d'asile. Cette première étape devait leur permettre de découvrir une autre conception des échanges pour dans un second temps adhérer à un SEL externe à l'association. L'accès facilité à ce type d'organisation devait

³⁷ Cette décision est l'un des outils de dissuasion imaginés pour freiner l'engouement à venir demander l'asile politique en France.

permettre aux personnes de rendre des services et par là même de se revaloriser, mais aussi d'améliorer leur quotidien. Par exemple, un demandeur d'asile pourrait donner un cours de piano à Monsieur X alors que Madame Y dispensera un soutien scolaire pour son enfant. Cet axe d'intervention avait beaucoup de sens en 2002 et 2003 avec des durées de séjour en CADA très importantes mais paraît plus difficile depuis janvier 2004 du fait du raccourcissement de ces délais comme nous l'avons vu plus haut.

3. Un projet innovant à l'épreuve des relations partenariales

Ce projet ne s'est pas réalisé sans encombre. Les plus grandes difficultés sont apparues dans sa période d'élaboration.

En août 2002, suite à la sollicitation de la DDASS, je suis allé présenter les grandes lignes d'un éventuel projet de CADA spécialisé. L'inspectrice principale du service des politiques sociales, m'a fait part de son intérêt pour le projet et m'a invité à préparer un dossier pour la « fenêtre de dépôt de dossier CROSMS » prévue en décembre 2002 pour l'étude des projets de CADA.

A quelques jours, du dépôt des dossiers, j'ai appris qu'il n'y aurait pas de fenêtre comme prévu parce que le décret d'application de la Loi 2002. 02 concernant le régime des autorisations n'était pas paru. De plus, le ministère des affaires sociales avait débloqué un budget moins important pour le Bas-Rhin que ce qui avait été annoncé, ce qui réduisait le nombre de places à créer. Elles venaient d'ailleurs, d'être toutes attribuées à une nouvelle association qui était déjà prête depuis septembre.

A notre demande, le Président de l'association et moi-même avons été rapidement reçu par la Directrice de la DDASS qui s'est immédiatement engagée à soutenir ce projet de CADA notamment pour sa spécialité.

Dans la même période, j'ai monté un dossier pour obtenir un financement au titre des Fonds Sociaux Européens (FSE) pour lancer un programme de formation qui permette d'asseoir ce projet futur. Ce dossier fut validé par la DDTEFP du Bas Rhin quelques jours après le rendez vous avec la directrice de la DDASS. Je me suis alors empressé d'informer la DDASS de cet accord pensant qu'il apporterait du crédit pour obtenir des places CADA. A ma surprise, la DDASS par le biais du préfet, a posé un veto sur le dossier FSE considérant que le projet CADA n'était pas assez avancé. Malgré cette décision surprenante qui renforçait notre crainte de ne voir le projet aboutir, le Président de l'association m'a demandé de faire réaliser les travaux nécessaires à l'extension de l'activité. Ces travaux, de la conception jusqu'à leur réalisation ont duré 6 mois et c'est alors, que la DDASS m'a prévenu de l'obtention de 25 places CADA.

Le CADA a ouvert le 1^{er} octobre 2003 sans autorisation, par simple convention entre la DDASS du Bas-Rhin et l'Association, comme la plupart des CADA en France. Je reviendrai à la fin de ce mémoire sur la question des autorisations et des habilitations pour les CADA.

B. MISE EN ŒUVRE DU PROJET : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CADA

Les modalités de fonctionnement de ce CADA seront traités en six point :

1. Le public concerné.
2. Composer une équipe stable, organisée et compétente.
3. Créer le budget.
4. Réunir les conditions matérielles de l'accueil.
5. Adapter les procédures d'admission : Une tâche indispensable.
6. Des missions aux prestations.

1. Le public concerné

Les admissions en CADA sont conditionnées par le déroulement de la procédure d'étude dans laquelle se trouvent les personnes. Il faut avoir demandé l'asile politique à la Préfecture du lieu d'arrivée sur le territoire français et ne pas avoir de réponse de l'OFPRA pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge en CADA. Le public spécifique du CADA spécialisé est composé de familles dont l'un des membres souffre de pathologies graves nécessitant une attention particulière. L'importance et la détresse de personnes seules dans le département, nous a amené à reconsidérer ce point en admettant également deux personnes vivant seules. Néanmoins, la pathologie et ses conséquences doivent permettre au ménage de vivre dans un appartement autonome.

Depuis l'ouverture du centre, les pathologies retenues sont multiples. A titre d'exemple, deux personnes souffrent d'insuffisance rénale grave doublée d'une hépatite C, une personne souffre d'une tuberculose des ovaires et d'une hépatite C en traitement, une autre personne s'est vue amputée une jambe pour avoir sauté sur une mine et souffre d'un syndrome post traumatique. Seulement deux personnes souffrent spécifiquement de maladies mentales associées à des comportements addictifs.

Ces personnes sont physiquement très affaiblies et moralement très abattues. Elles sont pour la plupart issues de milieux sociaux aisés, ont eu la chance de faire des études

supérieures et d'occuper des postes à responsabilité dans leur pays d'origine. C'est d'ailleurs leur position sociale qui leur a permis de franchir les frontières qui les séparaient de la France.

La diversité des difficultés rencontrées et le caractère éprouvant du travail d'accompagnement de ces personnes m'ont conduit à recruter une équipe compétente qui devait être soutenue.

2. Composer une équipe stable, organisée et compétente

L'équipe qui travaille au sein d'une organisation peut être considérée comme un système, composée d'éléments en interrelation, organisés, délimités par des frontières plus ou moins perméables.

Les éléments sont en interrelation au sein d'une équipe en fonction de la nature et des modalités de la communication interne. Il m'a semblé important de mettre en place plusieurs modalités de circulation de l'information.

Les réunions d'équipe sont de trois types

Un temps hebdomadaire, très court (45 minutes) d'échanges d'information destiné à toute l'équipe à l'exception des deux médecins.

Un autre temps destiné à l'analyse des pratiques réunissant les travailleurs sociaux et moi-même. (2heurs hebdomadaires)

Un troisième temps permettant la rencontre entre les médecins et les travailleurs sociaux (1h30 par quinzaine)

Au-delà de ces réunions, chaque collaborateur est équipé d'un ordinateur connecté à un réseau interne et au WEB. Pour l'usage interne, les modalités de classement ont fait l'objet d'un travail d'équipe afin qu'il participe à l'amélioration de la circulation des informations. (Agenda centralisé, dossiers partagés). L'accès à Internet pour tous, permet d'être facilement en relation avec son environnement professionnel.

D'autres outils sont mis en place pour que l'information circule là où elle doit. En fonction de leurs prérogatives, les personnes doivent disposer des informations qui leur sont utiles mais n'ont pas forcément besoin de toutes les informations. (Cahier de liaison, fiches, outil de planification..)

Plus généralement, la perméabilité des frontières du « système équipe » est une question très bien illustrée par Dominique GENELOT³⁸ lorsqu'il explique que « l'entreprise un lieu de construction de sens ». L'accès à la formation, l'ouverture sur l'environnement sont quelques moyens de nourrir le sens donné à l'action sur lesquelles nous reviendront plus loin.

Un autre aspect de l'organisation consiste à différencier les niveaux d'intervention. Par exemple en matière de respect du règlement de fonctionnement, les travailleurs rappellent les règles quand cela est utile, mais l'application des sanctions relève de mon ressort. Le travail de répartition des fonctions décrit plus loin permet d'illustrer cette idée.

Ces quelques repères me permettent de proposer une organisation qui évolutive en fonction de l'environnement et de nos nouveaux besoins.

Au regard des contraintes que j'avais déterminé précédemment, j'ai composé et organisé la nouvelle équipe de façon à ce que chaque professionnel ait au moins une personne relais avec laquelle il puisse échanger et progresser au quotidien.

a. Evolution des effectifs de l'association

	2002	2003		
	Résidence	Résidence	CADA	Total
Directeur	1	0.5	0.5	1
Psychologue			0.2	0.2
Secrétaire	0.5	0.6	0.6	1.2
CESF	0.86	0.5	0.5	1
Educateur		1	1	2
Ouvrier entretien	0.86	0.50	0.36	0.86
Total	3.22	3.1	3.16	6.26

A l'exception de la psychologue, tous les salariés travaillent pour les deux établissements. Les huit membres de l'équipe sont diplômés.

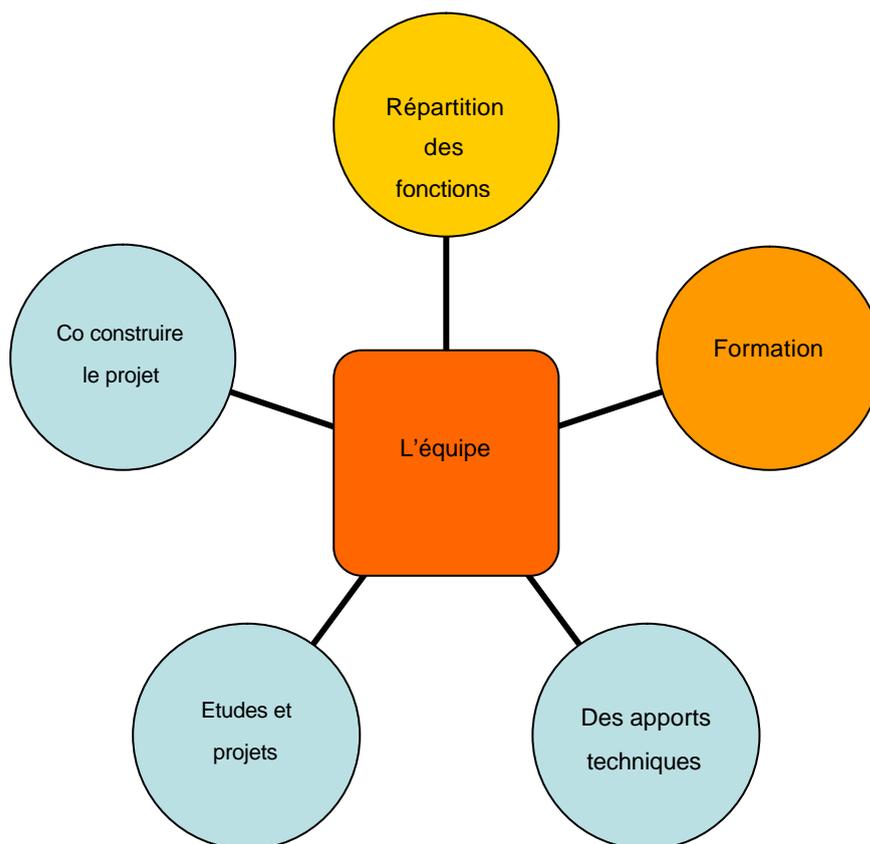
³⁸ GENELOT D Manager dans la complexité, INSEP consulting, 2001 page 193

A cette équipe salariée, il faut ajouter deux vacataires réguliers :

- Un médecin généraliste coordinateur des soins et conseiller technique de l'équipe.
- Un médecin psychiatre qui assure un soutien à l'équipe.

Ce tableau permet de constater que cette équipe salariée a doublé avec l'ouverture du CADA spécialisé. Malgré sa petite taille, cette transition s'est accompagnée de mesures pour développer des compétences nouvelles et stabiliser, autant que possible, les salariés malgré la difficulté de la tâche à accomplir. J'ai également proposé aux professionnels un cadre de travail qui viserait à limiter les risques de violence institutionnelle. Le graphique suivant permet de considérer les 5 pôles d'attention qui m'ont guidé pour renforcer cette nouvelle équipe.

b. Renforcer l'équipe par 5 pôles d'attention



- **La répartition des fonctions**

La première étape pour répartir les compétences a consisté à négocier avec le Conseil d'Administration de l'association dirigeante ma propre fiche de poste. Ce travail de clarification des responsabilités et des fonctions devenait indispensable pour que je puisse moi-même définir avec les collaborateurs, en fonction de leur profil et de leurs centres d'intérêts, une répartition des fonctions précises. Après un travail avec chacun d'entre eux, un tableau synthétique³⁹ a été commenté en équipe. Chacun était alors en mesure de connaître sa marge de manœuvre.

- **Un programme de formation ambitieux**

J'ai recherché les moyens de former au mieux les personnels de manière à ce qu'ils soient outillés pour répondre à leurs missions. L'accompagnement social des personnes demandant l'asile politique est très particulier et nécessite des savoirs et des compétences spécifiques.

Le programme de formation financé par le FSE au titre de l'objectif 3 se déroule de 2003 à 2005 pour un budget total estimé à 78668€. Ce budget prévisionnel inclut les salaires, les frais pédagogiques et les frais annexes. Ce programme fait l'objet d'un triple financement : L'association paye les salaires, le collecteur formation finance sa participation aux entreprises de moins de 10 salariés, et le FSE complète à hauteur de 50% du budget total.

Ce programme est conçu pour prendre en compte les problématiques rencontrées dans les deux établissements mais aussi pour asseoir ce projet de développement. Il se décline en 3 axes :

³⁹ Cette fiche est en annexe

Axe 1 : Une formation pour le garant du projet et le service administratif.

*CAFDES

*Un module de formation à la gestion financière afin que la secrétaire comptable puisse renforcer ses compétences et qu'elle maîtrise les règles propres à notre secteur.

Axe 2 : Une formation et des modules pour améliorer l'accompagnement social lié au logement.

L'amélioration de cet accompagnement est envisagée de deux manières :

*L'accompagnement social lié au logement en individuel avec un module de 28 heures.

*Plusieurs formations de 2 à 6 jours s'inspirant de l'approche systémique auprès d'un organisme Strasbourgeois :

La dynamique familiale et le soutien à la parentalité.

La famille en souffrance face à la maladie, face au handicap.

L'entretien systémique avec la famille ou un de ses membres.

Histoire de vie et cycle de vie.

Génogramme : secret et transmission.

Le processus de différenciation et la famille d'origine.

Axe 3 : Des formations spécifiques pour l'accompagnement des demandeurs d'asile.

Une série de modules de 2 à 6 jours est programmée à Paris avec France Terre d'Asile.

*Les missions des CADA

*L'aide aux dossiers (OFPRA, CRR)

*Santé des demandeurs d'asile

*Psycho traumatismes chez les réfugiés

*Les demandeurs d'asile et le deuil

*La gestion des déboutés et les mesures d'éloignement

L'ensemble du programme de formation décliné ci dessus est planifié sur trois ans et concerne les deux activités de l'association et l'ensemble des membres de l'équipe en fonction de leurs prérogatives.

- **Des apports techniques**

Les médecins prestataires apportent une expertise technique indispensable pour que les travailleurs sociaux puissent ajuster leurs interventions. La connaissance de la pathologie est moins importante que la connaissance de ses symptômes et des effets secondaires des traitements administrés. En ce sens, ces deux experts permettent d'augmenter la justesse de l'accompagnement social.

Par ailleurs, j'ai souhaité pour les salariés qui seraient les plus exposés un lieu de parole et pouvoir bénéficier d'un lieu de parole pour prendre de la distance et échanger au sujet de leurs pratiques professionnelles avec le médecin psychiatre. Ce type de démarche n'est culturellement pas très habituelle dans les structures d'insertion et encore moins dans les CADA qui sont les parents pauvres des CHRS. Malgré tout, j'ai tenu à cette possibilité sachant que l'équipe devrait affronter des situations humaines très douloureuses. Le personnel se doit d'être soutenu pour être en mesure de respecter les personnes qu'il accompagne au quotidien.

- **Co-construire le projet**

Le projet d'un établissement médico-social est un outil de travail quotidien pour l'équipe qui le met en œuvre. Il doit être nourri de l'expérience et doit nourrir les prises en charge. Pour les besoins de l'ouverture du CADA, j'ai proposé au Conseil d'Administration un document de pré projet qui a servi ensuite de base de travail à l'équipe. Dès que l'équipe a été complète et que les bases de ce document se sont avérées insuffisantes, nous nous sommes retrouvés en séminaire à la campagne. Nous avons pu mesurer les écarts entre le projet et la réalité, repérer les dysfonctionnements et imaginer « des repères pour agir » plus pertinents. Ces deux jours de travail ont été l'occasion de définir une procédure d'admission et concevoir les modalités d'élaboration du projet d'établissement. Ce séminaire a permis de repenser les modes de fonctionnement et notamment les réunions de service hebdomadaires qui se sont divisées en un temps d'échange d'informations et un temps d'analyse de pratique.

Lors de ces deux temps de travail, l'équipe définit les problèmes rencontrés et réfléchit à leur solutionnement concret. Ces analyses nous permettent d'enrichir les méthodes

d'intervention et participent à l'élaboration de l'action spécifique à développer en direction de ce public particulier.

Au delà de cet investissement des professionnels à la construction du projet d'établissement, j'ai souhaité imposer un autre niveau de réflexion et d'action aux travailleurs sociaux.

- **Etudes et projets**

Dans un souci de permettre aux travailleurs sociaux d'exercer leur profession en lien avec l'environnement qui nous occupe, j'ai d'attribué à chaque travailleur social, un temps « Etudes et projets » de 3 heures hebdomadaires. Ils ont choisi un axe d'étude en fonction des thèmes rencontrés dans l'exercice de leurs activités. Ils ont souhaité s'intéresser aux thèmes suivants: *Le logement, l'articulation entre les dispositifs de santé et d'accompagnement social* et à la thématique *famille et parentalité*.

Ce temps doit s'exercer sur le lieu de travail et doit permettre d'embrasser plusieurs objectifs. Ils doivent :

Créer un fond documentaire en fonction de leur thématique permettant de regrouper les aspects législatifs essentiels et les évolutions importantes du dispositif.

Développer un réseau de partenaires correspondant à leur thématique, afin de partager l'information avec d'autres équipes et enrichir leurs connaissances sur cette thématique.

Repérer un ou des besoins dans l'institution qui mériteraient d'être comblés pour ensuite rechercher des réponses seul, ou avec des partenaires.

Cette proposition de décentrage de leur pratique habituelle a d'abord rencontré quelques hostilités qui m'ont beaucoup surpris. Après les avoir rassurés sur le niveau d'ambition de ce travail, ils ont accepté d'investir ce temps inhabituel. Les résultats après quelques mois d'expérimentation sont étonnants par la créativité des productions et la qualité des réflexions qui émergent. A titre d'exemple, la personne qui travaille sur la thématique *famille et parentalité* a élaboré une carte des relations qu'entretient une famille avec les institutions, adaptable à n'importe quel endroit du territoire français.

Au-delà de ces 5 points d'attention, l'association a décidé d'adhérer à un syndicat employeur et par conséquent d'appliquer la convention collective des CHRS. En effet, il me semblait prudent que l'association puisse rester compétitive sur le marché du travail

afin que les salariés ne soient pas, par exemple, incités à nous quitter pour des raisons liées à leur rémunération.

3. Créer le Budget

Le décret relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière du 24 octobre 2003 précise dans son article 14 trois conditions pour que le budget d'un établissement soit réellement en équilibre, à savoir :

- La section d'investissement, la section d'exploitation du budget général doivent être présentées chacune en équilibre.
- Les produits et les charges doivent être évalués de façon sincère.
- Les recettes affectées doivent être employées à l'usage auquel elles sont prévues

Fidèles à ces 3 principes, le trésorier et moi-même avons soumis à l'approbation du Conseil d'Administration un budget prévisionnel sur la base d'une comptabilité analytique entre les deux établissements au plus près de la réalité, selon deux 2 clés de répartition :

- Les frais liés au partage des locaux collectifs et des bureaux.
15% pour le CADA et 85% pour la Résidence, ce qui correspond aux surfaces occupées.
- Les autres postes sont répartis pour moitié sur chacun des établissements sachant que les produits et les charges des deux établissements sont de même niveau ; environ 275 000 €

Fin 2003, un CADA ordinaire était financé par une dotation globale qui, ramené en prix de journée à titre de comparaison, représente 24.11 €. Ce CADA spécialisé est conçu sur la base d'un prix de journée de 30€. Le budget prévisionnel du CADA spécialisé représente environ 275 000 € pour 25 personnes accueillies.

Le surcoût est justifié par :

La petite taille de l'établissement

La qualité des appartements loués

Des frais particuliers liés aux pathologies : Vacataires, régimes alimentaires, prescriptions non remboursées, cantines pour les enfants dont le parent est très faible.

Un budget interprétariat hors norme pour un CADA sachant que tous les rendez-vous médicaux se font en présence d'un interprète.

4. Réunir les conditions matérielles de l'accueil

Les bureaux et salle utiles au fonctionnement du CADA sont partagés avec ceux de la résidence.

Malgré la tension du logement social à Strasbourg, la qualité des relations que la Résidence Sociale entretient avec les bailleurs HLM du département, nous a permis d'obtenir relativement facilement des appartements répondant à un cahier des charges qui leur a été adressé. Les appartements devaient :

Etre localisés à proximité du siège de l'association.

Etre situés dans un environnement calme.

Etre accessibles à des personnes à mobilité réduite.

Trois bailleurs nous ont proposé 7 appartements, du T1 au T5, en 4 mois, ce qui était pour nous inespéré.

Par ailleurs, dans la période de lancement du projet, j'avais négligé le temps nécessaire à l'ameublement des appartements. Les premiers baux ont été signés alors que les travailleurs sociaux n'étaient pas encore tous embauchés. Il a fallu équiper entièrement sept appartements. J'ai voulu faire trop d'économies en achetant aux meilleurs prix dans différents magasins et en refusant de faire livrer afin de limiter les frais. Cette erreur nous a coûté un temps précieux et une énergie qui aurait mérité une autre destination.

Après coup, cette erreur stratégique a permis à l'équipe de prendre conscience qu'elle participait à un projet qui nécessitait un investissement important. Avec du recul, cette erreur malgré un effet favorable sur « l'esprit d'équipe » aurait dû être évitée.

Au-delà de ces questions matérielles, le service des politiques sociales de la DDASS, le médecin inspecteur de la DRASS et moi-même avons travaillé à l'adaptation de la procédure d'admission afin de préserver le secret médical.

5. Adapter les procédures d'admission : une tâche indispensable.

Le fonctionnement ordinaire du dispositif d'admission vient d'être redéfini par la circulaire DPM/AC13/n°2003/605 du 19 décembre 2003. Cette circulaire détermine que 70% des places en CADA sont attribuées de manière déconcentrée. « En conséquence, les admissions prononcées localement sont désormais la règle ».

Le CADA spécialisé Saint Charles a ouvert ses portes quelques semaines avant cette évolution du dispositif d'admission. Cette inversion, qui prévalait déjà en réalité, représente pour nous la garantie de pouvoir veiller à l'effectivité des critères d'admission

du CADA spécialisé, à long terme, dans la mesure où je siège à la Commission Locale d'Admission.

Avec l'aide du médecin inspecteur de la DRASS et du médecin psychiatre de l'équipe, nous avons défini de manière prospective trois critères d'admission :

Le premier consiste à rester le plus ouvert possible sur les pathologies qui seraient retenues. Les personnes peuvent aussi bien souffrir d'une pathologie somatique ou psychiatrique grave ou cumuler les deux.

Le second est de privilégier les personnes qui seraient les plus gravement atteintes dès lors qu'elles sont en capacité de vivre dans un appartement autonome en répondant à leurs besoins au sein d'une unité familiale. Ce critère doit nous permettre d'écarter des individus qui seraient dangereux, soit pour eux, soit pour autrui.

Le troisième a consisté à exiger que les personnes soient prises en charge par une équipe thérapeutique avant leur admission et que la personne s'engage à poursuivre les soins pendant la durée du séjour. Ce dernier critère tend à écarter des personnes démentes ou ayant des conduites addictives nécessitant des soins très particuliers.

Ces trois critères doivent nous permettre d'éviter d'accueillir des personnes qui relèveraient spécifiquement d'établissements de santé.

Pour asseoir les décisions des commissions nationales et locales, les dossiers ordinaires se devaient logiquement d'être complétés d'un dossier médical permettant de sélectionner les situations les plus graves, tout en vérifiant la capacité des personnes à vivre de manière indépendante dans un appartement. Pour ce faire, un médecin doit éclairer la commission sur l'état de santé et la dépendance des personnes afin de prioriser les admissions.

La Commission Locale d'Admission (CLA) s'est divisée en deux instances :

une CLA ordinaire avec l'ensemble des directeurs de CADA, le coordinateur d'accueil départemental de la plateforme d'accueil des primo arrivants et un technicien de la DDASS.

une CLA spécialisée composée du médecin inspecteur de la DRASS, du technicien de la DDASS et du directeur du CADA spécialisé.

Pour la Commission Nationale d'Admission (CNA), le médecin de l'OMI remplit le même rôle que le médecin de la DRASS au niveau local pour les orientations au CADA spécialisé Saint Charles.

Cette adaptation du dispositif était déjà un grand pas, mais nous nous sommes rendu compte que les certificats médicaux trop succincts ne permettaient pas au médecin d'émettre un avis éclairé. En effet, entre un porteur d'hépatite C non active et un autre qui aurait la même pathologie active et suivant un traitement, la situation ne serait pas la même en regard des besoins de soins et d'accompagnement social. Le premier peut facilement vivre en CADA ordinaire alors que le second risque d'être beaucoup plus limité et gêné au quotidien. C'est pourquoi nous avons établi une grille indicative⁴⁰ précisant nos attentes, l'usage qui sera fait de ce certificat ainsi que le respect de sa confidentialité. Les certificats médicaux sont désormais suffisamment circonstanciés pour asseoir une décision de la commission.

Cette évolution significative du dispositif d'accueil a permis de mieux cerner le public attendu mais aussi de veiller à la confidentialité des informations échangées. Malgré cela, les habitudes persistent. Très récemment, un responsable d'une structure d'urgence pour demandeurs d'asile m'a sollicité pour me demander «si j'avais de la place pour un homme seul, amputé d'une jambe et de son appareil génital suite à une explosion dans un conflit armé». Ce type de demande est symptomatique de l'état de pression des associations qui sont quotidiennement confrontées à la recherche d'un hébergement. La réponse aux besoins primaires est tellement pressante que la question du respect du secret médical peut sembler quasiment saugrenu à certains. Malgré cela, il m'a semblé important qu'une structure qui n'est pas en première ligne, exige ce type de prévention, même si personnellement, je respecte beaucoup les collègues qui travaillent dans le dispositif d'urgence. A mon sens, à propos de ce type de questionnement, il est utile de se souvenir du titre de Monsieur Primo LEVI *Si c'est un Homme*.⁴¹

⁴⁰ Cette grille est placée en annexe.

⁴¹ Cf LEVI P, *si c'est un homme*, Presse pocket, mai 1990, 214 pages.

6. Des missions aux prestations

Ce CADA avant d'être spécialisé, se doit de répondre à ses missions de CADA ordinaire. La circulaire MES/DPM N° 2000-170 du 29 mars 2000, les présente de manière très succincte :

Accueil et hébergement des demandeurs d'asile

Accompagnement administratif, social et médical.

Animation et scolarisation des enfants.

Gestion de la sortie du centre (déboutés en particulier)

Au titre de sa spécialité le CADA propose en plus, une prestation relative à l'accompagnement des problèmes de santé.

Sur la base des options stratégiques décrites plus haut, l'équipe a souhaité s'approprier ces missions générales pour les traduire en prestations. L'équipe a choisi de considérer la mission comme « un pouvoir donné par quelqu'un d'accomplir une tâche définie » alors que la prestation fait davantage référence à la « volonté de fournir un service ». En fonction de ces définitions⁴², l'injonction liée à l'idée de mission devient par le biais de la notion de prestation, un guide qu'il est possible de dépasser dans certain domaine, sans jamais être en deçà de ce que prévoit la mission. De plus, elle implique que l'utilisateur soit bien placé au centre du dispositif ce qui participe à les rendre encore plus acteur de leur vie.

a. L'accueil et l'hébergement

Une allocation sociale globale (ASG)

Une allocation est versée par le CADA pour permettre aux personnes de se nourrir et de répondre à leurs autres besoins quotidiens. La circulaire du 29 mars 2000 précise que cette allocation a été définie en référence au RMI et à l'allocation d'insertion. La circulaire ne prévoit pas de modalité d'augmentation des montants versés.

⁴² Définitions extraites du petit Larousse 1995

La constitution d'une caution pour préparer l'avenir et garantir le présent

Conformément à la circulaire du 29 mars 2000, Le CADA spécialisé Saint Charles choisit de constituer une caution de 8% du montant de l'ASG⁴³. « Cette caution pourra être versée à la sortie des intéressés, à condition que la prise en charge ne soit pas prolongée au-delà du délai réglementaire autorisé et déduction faite des sommes déboursées par le centre en cas de dettes des résidents ou de dégâts occasionnés aux locaux ou au matériel du centre par les intéressés ou leur familles ».

L'hébergement : Une attention participant à la prise en charge

La qualité de l'hébergement est, comme nous l'avons vu plus haut, un sujet qui a fait l'objet d'une grande attention. Le concours des bailleurs sociaux qui ont accepté de nous faire confiance, en nous louant des appartements correspondant au cahier des charges, nous permet de proposer une prestation d'hébergement de qualité. En effet, quatre appartements sur les sept loués par le CADA, relèvent de prestations de belle qualité. Chaque ménage dispose d'un appartement autonome. Ces attentions participent non seulement à la qualité de vie des personnes mais pourront, je l'espère, améliorer leur rapport à la santé.

Comme nous l'avons vu plus haut, j'ai veillé à ce que les familles ne soient pas contraintes de cohabiter. C'est ainsi qu'un appartement indépendant est mis à disposition pour chaque famille. Ce choix est loin d'être une évidence pour les autres CADA même si la tendance va globalement plutôt dans ce sens.

Les loyers, charges locatives, taxes, assurances et fournitures de fluides sont pris en charge par le CADA. Même s'ils ne sont pas locataires, il appartient aux résidents d'entretenir leurs appartements et les communs. Les dégradations et négligences pourront donner lieu à récupération sur la caution constituée sur l'Allocation Sociale Globale.

L'équipement des appartements a fait l'objet du même soin. Tous les meubles et éléments d'électroménagers sont neufs. Chaque famille dispose d'un poste de télévision, du linge de maison et de la vaisselle nécessaire.

⁴³ Cette circulaire préconise de ne pas dépasser un prélèvement sur l'ASG de plus de 10%. (5 francs par jours et par personne pour une ASG de 47.5 francs, soit un rapport de 1 pour 10 au maximum)

L'option qui consiste à accueillir les personnes dans les meilleures conditions possibles n'est pas sans poser de questions. En effet, les autres CADA du département sont loin de proposer le même type de prestations d'hébergement et un effet concurrentiel pourrait être dommageable au nécessaire partenariat entre les CADA du département. De plus, cette éventualité pourrait mettre en difficulté les personnes au moment de leur sortie du CADA dans la mesure où elles seraient probablement confrontées à un décalage important de prestations.

Malgré ces risques, il m'a semblé plus opportun d'assumer cette option considérant l'intensité des épreuves déjà vécues par ces familles.

b. Accompagnement administratif, social et veille sanitaire

Les CADA remplissent une fonction de veille sanitaire consistant en une consultation médicale à l'entrée et à la sortie du centre afin de vérifier les vaccinations et les risques de contaminations. Chaque CADA doit faciliter l'accès aux soins si besoin.

Par ailleurs, les demandeurs d'asile, à leur arrivée en CADA, ont souvent des rapports difficiles avec les administrations françaises du fait de leur maîtrise imparfaite de la langue. Nous leur proposons notre aide pour comprendre ces administrations et si besoin nous les accompagnons pour régler les formalités permettant de bénéficier de la couverture maladie universelle, inscrire les enfants à l'école, ouvrir un compte postal, demander la suspension des droits aux ASSEDIC⁴⁴.

Nous proposons également une aide dans les différentes étapes de la procédure de demande du statut de réfugié. En fonction de l'avancée de la procédure au moment de l'admission, nous pouvons les aider à compléter leur dossier OFPRA ou à constituer celui destiné à leur recours auprès de la CRR.

Cette aide facultative consiste à les aider à rédiger leur récit. Certaines personnes préfèrent solliciter l'aide de membres de leur communauté ou d'autres associations locales plus spécialisée. Ce soutien prend aussi des formes plus techniques comme de financer les billets de train et la nuit d'hôtel lors des convocations à l'OFPRA et à la CRR. ou de faciliter l'accès à l'aide juridictionnelle qui permet d'obtenir l'intervention d'un avocat

⁴⁴ Les demandeurs d'asile perçoivent souvent l'Allocation d'Insertion versée par les ASSEDIC et ceci pour la première année qui suit leur arrivée en France. En demandant la suspension du versement de ces droits pendant la durée du séjour, on évite aux personnes de cumuler l'ASG versée par le CADA et l'allocation d'insertion qui impliquerait un remboursement douloureux.

à titre gratuit. Il nous est même arrivé de devoir accompagner physiquement un couple à Paris pour une convocation à l'OFPPRA car leur état de santé ne leur permettait pas de voyager seul.

Globalement, l'accompagnement social nécessite rarement un suivi laborieux. Cette démarche consiste surtout à leur expliquer les fonctionnements des organisations auxquelles ils sont confrontés et à leur donner les informations utiles pour qu'ils réalisent leurs démarches. Pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de maladies mentales, l'accompagnement est beaucoup plus soutenu et il est parfois nécessaire de réaliser les démarches à leur place.

c. Accompagnement des problèmes de santé

Au-delà des médecins vacataires de l'équipe, le rôle des partenaires est central en matière d'accompagnement des problèmes de santé. Une convention a été signée avec Migrations santé qui met à disposition des interprètes et des traducteurs spécialisés pour médiatiser des entretiens médicaux. Un accord de principe nous permet d'obtenir du matériel de médical de réforme, auprès des cliniques de la Fondation Vincent de Paul.

Plus globalement, les salariés accordent une attention très importante à la qualité des relations qu'ils entretiennent avec nos partenaires. Nous savons que la qualité de cette prestation sera fonction de la qualité de ce partenariat.

Plusieurs équipes hospitalières nous ont spontanément fait part de leur intérêt à collaborer avec le CADA car leur travail est à la fois plus facile et plus efficace.

L'importance et la diversité des problèmes de santé impliquent que ce CADA propose une prise en charge souple et adaptée aux particularités des personnes accueillies.

Avec les médecins de l'équipe nous avons extrapolé les besoins que le CADA spécialisé devrait couvrir le plus souvent. Nous avons retenu :

Le besoin de calme et de sécurité.

Il est indispensable de faciliter l'accès aux soins, en veillant à ce que les consultations importantes soient prévues avec un interprète.

La dimension psychologique est au vu des traumatismes vécus et de l'état de santé des personnes tout à fait centrale. La reconnaissance et le soutien des « aidants » s'inscrit dans cette dimension.

Cette liste ne saurait être exhaustive et l'équipe se doit de s'adapter en fonction de besoins qui pourraient être exprimés. Cette meilleure définition des besoins des futurs bénéficiaires a permis de définir les axes d'interventions qui doivent guider l'équipe au moins dans la phase de lancement du projet.

L'axe des soins

La coordination des soins et l'explication des pathologies aux patients et aux autres membres de la famille relèvent de la compétence des deux médecins prestataires. Mais les travailleurs sociaux ont eux aussi leur place dans cette phase du traitement, en accompagnant les personnes dans les services hospitaliers afin de les rassurer, ou en facilitant les contacts avec les soignants. La présence des travailleurs sociaux au côtés des patients permet aux soignants d'avoir un éclairage sur la situation particulière de chacun pour lui donner l'attention dont il a besoin.

L'axe des « aidants »

Le rôle des membres de la famille qui soutiennent le patient est très important. Le risque d'épuisement de ces « aidants » est grand. Le soutien aux « aidants » doit prendre une dimension particulière lorsque l'« aidant » est un enfant ou un adolescent. Nous souhaitons pouvoir partager des actes simples de la vie quotidienne avec eux pour les soulager autant que possible. Ainsi, je citerais l'exemple d'une famille Albanaise très fragilisée par l'insuffisance rénale du père qui est dialysé 3 fois par semaine. A leur arrivée, la mère et les trois enfants redoutaient chaque séance de dialyse, pensant que Monsieur ne reviendrait pas. Pour ces « aidants », les lundis, mercredis et vendredis étaient synonymes d'une angoisse terrible. Ces après midi là, les enfants ne sortaient pas et attendaient leur père. Les interventions du médecin généraliste, de la psychologue et des travailleurs sociaux ont permis à l'ensemble de la famille d'avoir une connaissance plus précise des problèmes de santé et du traitement administré. En six mois la famille a commencé à vivre la journée avec les volets ouverts. Les enfants acceptent désormais de se rendre à l'école même les jours de dialyse et l'aîné des enfants a souhaité s'inscrire dans un club de sport.

L'axe de l'adaptation

Dans cette même famille nous avons découvert après 7 mois de prise en charge que Madame ne parvenait pas à préparer deux repas tous les jours car le régime alimentaire de Monsieur grevait le budget du ménage. En fin de mois, pour que le père puisse boire de l'eau minérale et avoir de la viande une fois par jour, les autres membres de la famille se nourrissaient d'un plat traditionnel à base de farine et d'eau. Dès lors que nous avons pris connaissance de cela, le CADA a pris en charge les frais liés à ce régime alimentaire et à accompagner la mère dans un hypermarché pour lui épargner des transports de bouteilles, douloureux.

Au sein d'une autre famille, le père est malade mental, alcoolique et souvent violent. D'après le médecin psychiatre qui le suit, il a besoin d'une hospitalisation au centre hospitalier situé à 30 kilomètres au nord de Strasbourg. Malheureusement, l'hospitalisation est impossible car les interprètes ne peuvent pas, pour des raisons d'assurance quitter la Communauté Urbaine et les médecins hospitaliers refusent de l'admettre sans interprète. Après avoir assuré l'interprète, le CADA l'a véhiculé ce qui a permis à cet homme de bénéficier des soins appropriés.

Plus généralement, l'ensemble de nos interventions s'adapte aux soins et à l'état de santé des personnes. Les salariés doivent être en mesure, comme nous l'avons vu plus haut, d'intervenir en fonction des contraintes liées à l'état de santé des personnes et ceci pour l'ensemble des démarches.

Au-delà de cette souplesse des interventions, les moyens matériels permettent également des adaptations importantes. En effet, les appartements, les bureaux et le véhicule du CADA sont équipés pour accueillir des personnes à mobilité réduite.

Ces efforts d'adaptation doivent rester centrés sur les questions de santé mais ne doivent pas devenir des prestations de confort. Cette limite est parfois difficile à estimer.

L'axe de l'estime de soi

Les techniques développés par l'équipe de la Résidence Sociale notamment en ce qui concerne le travail sur la remise en confiance, sur la reconnaissance de l'identité des personnes et plus globalement sur l'énergie développée pour permettre aux personnes d'augmenter l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes, constitue un savoir-faire qu'elle essaye de transposer dans ce nouveau contexte.

Encore une fois, la diversité des parcours, les considérations ethniques, l'intensité des persécutions impliquent que les intervenants proposent des approches diversifiées. Le

propos de ce mémoire ne me permet pas d'entrer dans le détail de ces approches mais il s'agit là du point central de notre action, comme j'espère l'avoir fait comprendre.

Ajuster l'accompagnement à l'évolution possible des pathologies : L'axe de l'espoir

L'accompagnement spécifique proposé au sein du CADA Saint Charles s'appuie beaucoup sur l'évaluation de l'évolution des pathologies. La chronicité nous amène assez logiquement vers un accompagnement semblable à celui proposé à des personnes handicapées. Le rapport au deuil est alors prédominant et le degré d'avancement de ce processus de deuil déterminera notre intervention.

Les personnes pour lesquelles il est possible de penser qu'une amélioration, une stabilisation des symptômes est envisageable, l'accompagnement sera évidemment plus stimulant.

Dans la perspective de la sortie du CADA, cette différence conditionnera le choix des dispositifs qui seront sollicités. Dans la première hypothèse, les dispositifs propres aux personnes handicapées vont être activés, tels que la COTOREP, le juge des tutelles, les SAVS. Alors que dans la seconde hypothèse, il faudra composer avec les dispositifs d'insertion et éventuellement la médecine de ville.

d. Animation et scolarisation des enfants.

L'animation

La mission d'animation est, comme nous l'avons vu plus haut, prévue dans la circulaire MES/DPM N° 2000-170 du 29 mars 2000. Elle n'est pas définie par cette circulaire mais au vu des durées de séjour en CADA, avant la réforme de décembre 2003, elle avait surtout une fonction occupationnelle. En effet, les personnes dans la force de l'âge devaient vivre en moyenne 18 mois dans le dispositif d'urgence des demandeurs d'asile puis à nouveau 18 mois en CADA sans être autorisé à travailler. Dans ce contexte la mission d'animation prenait tout son sens. La réduction des délais contraint aujourd'hui les CADA à changer leur manière de concevoir cette mission. L'équipe, après réflexion a choisi de l'envisager de différentes manières en cherchant à éviter d'accentuer le sentiment de dépendance des bénéficiaires. La prestation d'animation se décline de deux manières différentes :

- *Des participations financières*

Les enfants et les adolescents peuvent bénéficier de participations financières pour des activités sportives et culturelles hors temps scolaire. Ces financements couvrent 90% des sommes engagées de manière à laisser aux parents la possibilité de participer, même très modestement.

- *Le SEL*

Pour les adultes, le Système d'Echange Local, décrit plus haut, permet d'échanger des grains de SEL contre des billets permettant d'assister à des spectacles, de se rendre dans un parc d'attraction ou de passer une journée à la piscine. La liste n'est pas exhaustive et des équivalences en grain de SEL sont facilement imaginables en fonction des souhaits des personnes. Les échanges dans le cadre du SEL contribuent à construire symboliquement un sentiment d'indépendance des personnes bénéficiaires du CADA.

L'apprentissage du français de survie

Dans la période de conception du CADA, il me paraissait « évident » que l'apprentissage de la langue française fasse partie des services rendus. Cette « évidence » a dû être reconsidérée 3 fois en moins d'un an.

- La première étape a consisté à proposer des cours collectifs à toutes les personnes prises en charge sans distinction de niveau.

- Après deux mois de fonctionnement et une participation très importante, l'éducatrice chargée des cours, titulaire d'une maîtrise en français langue étrangère, proposait de distinguer trois niveaux.

- Un cours de débutants en groupe de 4 ou 5 à raison de 4 heures par semaine.

- Un cours de confirmés en groupe de 4 personnes à raison de 4 heures par semaine.

- Des programmes personnalisés en immersion pour les personnes qui connaissent les bases de la langue française et qui ont surtout besoin de la pratiquer. Ces projets faisaient l'objet d'un accompagnement individuel consistant à rechercher des activités où une personne pourrait rendre service quelques heures. En contrepartie, elle devait pouvoir s'exprimer le plus souvent possible en français. Ces projets individuels se sont avérés difficiles à mettre en œuvre dans la mesure où ils devaient reposer sur des adhésions au SEL de Strasbourg pour multiplier les possibilités d'échanges. Malheureusement, l'association qui le gère est dans une période de transition qui nous a contraint à attendre, avant d'envisager une collaboration avec eux.

Huit mois après l'ouverture du CADA, la participation aux cours est devenue très aléatoire. Les projets personnels n'ont pas permis d'aboutir à des progrès significatifs. Considérant le temps et l'énergie investis par les professionnels sur cette prestation « évidente », l'équipe s'est interrogée sur les raisons de cette faible participation. Nous avons repéré 3 éléments d'explication qui nous semblent plausibles :

La situation précaire des personnes sur le territoire français n'est pas propice à une disponibilité d'esprit nécessaire à l'apprentissage d'une langue étrangère.

La maladie doublée de troubles psychologiques liés à une migration forcée ne favorise pas cette disponibilité de l'esprit.

Par ailleurs les communautés sont souvent présentes et soutiennent beaucoup les derniers arrivés. Cette solidarité freine l'apprentissage de la langue.

Probablement les cours ont-ils retenu l'attention des personnes dans les premières semaines de fonctionnement du CADA car les bénéficiaires venaient pour nous faire plaisir et devaient penser que ces cours avaient un caractère obligatoire. Mais l'assiduité des cours s'est perdue avec le temps. La fréquentation des cours a chuté c'est pourquoi l'équipe a souhaité tenter une autre approche, moins scolaire et plus individualisée.

L'éducatrice consacrait un mi-temps à ce travail, pour seulement cinq personnes étudiant assidûment. J'ai demandé à l'équipe de proposer une alternative à ce que nous avons imaginé, c'est ainsi que les travailleurs sociaux ont proposé l'arrêt de ces cours de français pour augmenter la fréquence des rencontres avec les familles. En effet, l'apport d'un mi temps supplémentaire permet de proposer un accompagnement beaucoup plus personnalisé et plus centré sur leur quartier d'habitation. Les travailleurs sociaux ont souhaité inclure dans cet accompagnement au quotidien « une préoccupation forte d'apprentissage de la langue française ». Il ne représente plus une prestation particulière mais devient une préoccupation transversale pour tous les membres de l'équipe. Chaque démarche devient un prétexte pour enseigner le vocabulaire nécessaire et ceci à priori ou à posteriori.

Au-delà des choix retenus qui seront peut-être encore discutés, j'apprécie le cheminement de l'équipe qui accepte de se remettre en question. Il faut noter que ces changements n'ont pas entamé la motivation de l'éducatrice qui s'occupait des cours de français langue étrangère. Ils ont permis au contraire, d'enrichir encore le contenu des entretiens individuels par un apport encore plus important de connaissance sur la France. Depuis ce dernier changement, les travailleurs sociaux disent mieux percevoir le sens de leurs interventions.

L'accompagnement scolaire

La scolarisation des enfants est obligatoire, si ils sont en âge d'être scolarisés. Une médiation directe est souvent souhaitée par les parents et les enseignants. En facilitant l'accès des parents à l'école, le CADA est le premier maillon de leur intégration scolaire. Cette intégration est évidemment fonction des besoins et des compétences des membres de la famille, c'est pourquoi je tiens à ce que ce type d'intervention soit préalablement discuté avec les parents. Les professionnels doivent veiller à rester à leur «juste place ». En effet, cette prestation est très délicate car les parents ont tendance à se reposer sur les compétences des travailleurs sociaux et les sollicitent beaucoup pour qu'ils se substituent à eux. J'ai la conviction qu'il convient d'éviter cet écueil même si la maladie ou une période de convalescence peuvent conduire à ce que le CADA accepte temporairement de prendre en charge des prérogatives parentales, mais toujours après avoir clarifier cette délégation dans sa teneur et sa durée.

Au-delà de cette mission d'animation et de scolarisation des enfants, les personnes doivent être accompagné pour imaginer leur avenir après ce séjour en CADA. En effet,

e. Gestion de la sortie du centre (déboutés en particulier)

L' « après CADA » est un sujet extrêmement sensible. Les personnes bénéficiant d'une prise en charge ont 3 alternatives :

L'obtention du statut de réfugié :

Il s'agit de la solution idéale mais qui ne concernera statistiquement que 15% d'entre eux⁴⁵. Ce statut permettra aux heureux élus de bénéficier des droits sociaux au même titre qu'un étranger de droit commun. Comme nous l'avons vu plus haut, la suite du dispositif est disproportionnée avec seulement 8% d'entre eux qui pourront bénéficier d'une prise en charge en Centre Provisoire d'Hébergement (CPH), établissements spécialisés dans l'accueil et l'intégration des réfugiés statutaires.

Pour les moins chanceux, ce sont les difficultés bien connues de l'insertion qui commencent. Il leur faut trouver un logement durable ou temporaire dans le mois suivant la décision. Au vu de la tension du marché locatif d'une grande ville comme Strasbourg cela est proprement impossible. La DDASS peut autoriser les réfugiés à prolonger leur

⁴⁵ Le rapport d'activité 2003 de l'OFPPA, page 13, annonce un taux d'admission global (OFPPA et CRR) au statut de réfugié de 14.8% tout pays confondus

séjour le temps de trouver une solution mais cela engorge le dispositif et empêche d'accueillir des personnes sans logis contraintes de vivre à la rue. Dès qu'ils parviennent à ce reloger, ils peuvent accéder à un cours de français langue étrangère et rechercher un emploi. En attendant, ils ouvrent droit au RMI.

A ce jour, une seule personne est sortie du CADA pour être admise rapidement à la Résidence Sociale. Compte tenu de leur état de santé, la plupart des demandeurs d'asile accueillis pourront bénéficier d'une prise en charge en CPH. Dans l'hypothèse où des personnes ne sont pas en capacité de travailler pour des raisons de santé, nous solliciterons la COTOREP pour qu'ils puissent percevoir une allocation d'adulte handicapé.

L'invitation à quitter le territoire

La fin de la procédure de demande du statut de réfugié est soldée par la décision de la CRR. Les personnes déboutées du droit d'asile doivent, elles aussi, quitter le CADA après 30 jours à compter de la réception d'une invitation à quitter le territoire délivrée par la Préfecture. Les personnes peuvent bénéficier d'un billet d'avion financé par l'OMI pour retourner dans leur pays, mais très peu d'entre elles, choisissent cette option.

Comme je l'ai expliqué plus haut la différenciation des niveaux d'intervention au sein de l'équipe, implique que les travailleurs sociaux puisse rester dans une position de soutien et que d'autres personnes se chargent d'accompagner le départ dans ses modalités pratiques. Nous n'avons pas encore expérimenté de tel moment mais je souhaite que les travailleurs sociaux puissent être des ressources pour les personnes jusqu'à la fin de la prise en charge même si je suis contraint d'adopter une posture plus ferme en dernier ressort.

Actuellement pour la majorité des personnes déboutées, l'invitation à quitter le territoire est en réalité une invitation à vivre dans la clandestinité. Les personnes recherchent un emploi non déclaré, se logent chez un marchand de sommeil. Leurs enfants continuent d'être scolarisés.

La demande de régularisation délivrée par le préfet

Un arrêté de septembre 2001 du tribunal de grande instance de Cergy Pontoise permet aux personnes prises en charge en CADA de pouvoir mener de front, à la fois leur demande d'obtention du statut de réfugié et leur demande de régularisation par le Préfet.

Ces régularisations concernent tous les étrangers sur le sol français et pas uniquement les personnes demandant le bénéfice de l'asile politique. Elles peuvent être motivées de différentes manières. Je ne retiendrai que celles qui nous intéressent :

- *La régularisation pour des raisons de santé*

Dans le cadre de l'article 12 bis 11 de l'ordonnance 45-2658 du 2 novembre 1945, il peut être délivré de plein droit un titre provisoire de séjour « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une extrême gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

La personne malade répondant aux critères de l'article 12 bis peut obtenir du Préfet un titre de séjour d'une durée de 3 à 12 mois. Ce titre de séjour pourra être renouvelé dès lors que si la situation de la personne n'a pas évolué. L'obtention d'une régularisation par le Préfet peut permettre à la personne de bénéficier des droits sociaux suivants :

Droit au travail

Prestations familiales

Allocations logements

L'absence d'accès au revenu minimum d'insertion est à noter. En effet, il implique que ces personnes puissent travailler pour subvenir à leurs besoins. Pourtant cet accès au travail alors que les personnes sont malades, maîtrisent partiellement la langue française et connaissent souvent peu de personnes influentes est une tâche particulièrement difficile.

Il faut encore noter que si l'accompagnement de la personne malade dans sa démarche de régularisation est une nécessité pour notre CADA spécialisé, elle ne concerne pas les conjoints.

- *La régularisation pour vie privée et familiale*

Les conjoints doivent, pour leur part, demander un titre de séjour sur la base de l'article 12 et 12 bis⁴⁶. Ils peuvent obtenir un titre de séjour temporaire avec la mention « vie privée et familiale ». Les enfants en sont dispensés.

⁴⁶ Article 12 bis : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit.

En considérant ces textes et la spécificité de notre public, il paraît indispensable de se saisir de ces possibilités. En effet, ces demandes de régularisations doivent permettre d'anticiper une réponse négative de l'OFPRA et de la CRR. Mais il faut noter que ces régularisations n'ont rien d'automatique et restent toujours sujettes à la discrétion du Préfet et de ses services.

Il faut savoir qu'une guérison ou l'arrêt du traitement impliquent un non renouvellement du titre de séjour pour la personne malade.

Cette possibilité de continuer à vivre sur le territoire français pour bénéficier de soins est indispensable pour les personnes que nous accueillons. Certaines d'entre elles risqueraient tout simplement de mourir si elles n'avaient plus accès aux soins. Malgré tout, cette solution entre clairement dans la dialectique présentée plus haut, qui consiste à accueillir pour être fidèle à la volonté de défense des Droits de l'Homme tout en étant suffisamment dissuasif pour limiter « les abus ».

Le CADA spécialisé se doit, eu égard au public, d'étudier l'opportunité de telles régularisations pour chaque famille accueillie. Cette position m'a conduit à étudier la possibilité que les personnes travaillent alors qu'elles bénéficient du régime de l'aide sociale par le biais du CADA. Depuis Août 2004, après avoir consulté la DDTE et les services de la DDASS, une personne a été autorisée à travailler alors qu'elle continuait à bénéficier de la prise en charge CADA. Cette possibilité a bien évidemment été assortie d'un aménagement de sa prise en charge et notamment d'un versement différentiel de l'ASG en fonction de ses ressources. Cet accès au travail anticipé permet d'anticiper l'« après CADA » et de le préparer au mieux.

Article 12 bis 7: «A l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, qui n'entre pas dans les catégories précédentes ou dans celles qui ouvrent droit au regroupement familial dont les liens personnels et familiaux en France sont tels que le refus d'autoriser son séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs de refus ».

C. EVALUATION ET PERSPECTIVES

Préalablement à toute évaluation interne, il est indispensable que l'équipe se définisse un référentiel interne d'action. C'est pourquoi j'ai demandé à l'équipe de participer à l'élaboration et à la rédaction d'un projet d'établissement.

1. La rédaction du projet d'établissement

Personnellement je considère qu'un projet d'établissement est un chantier perpétuel. C'est comme un logiciel qui a besoin de mises à jour, en fonction de l'évolution de son environnement et de sa mise en œuvre. Il se perfectionne, se nourrit de l'expérience et offre des « repères pour agir ».

Ainsi au cours de l'été 2004, j'ai souhaité que l'équipe s'engage dans l'écriture du projet d'établissement afin de considérer les écarts entre le projet initial et la réalité rencontrée pendant les neuf premiers mois de fonctionnement. Avant la phase de rédaction, j'ai proposé, en collaboration avec la psychologue de l'établissement, des séances de réflexion spécifiques avec les travailleurs sociaux et les intervenants médicaux vacataires.⁴⁷

Conformément à l'article 12 de la Loi du 2/1/02, ce projet d'établissement permettra de préciser les objectifs du service, ses modalités d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation.

J'ai prévu de présenter le texte définitif de ce projet d'établissement au Conseil d'Administration pour le début de l'année prochaine. Ce texte de référence servira de base à l'équipe pour mettre en œuvre le projet et évaluer son action.

2. Critères d'évaluation du projet

En fonction des exigences de l'article L.312-8 du code l'action sociale et des familles le CADA devra procéder à deux niveaux d'évaluation.

L'évaluation interne, doit être réaliser tous les 5 ans avec communication des résultats à l'autorité ayant délivrée l'autorisation⁴⁸.

⁴⁷ Une description des modalités d'élaboration et de rédaction est placée en annexe.

⁴⁸ Passage inspiré de la page 158 de *Rénover l'action sociale et médico-sociale* de BAUDURET P et JAEGER M, DUNOD, 320 pages.

L'évaluation externe devra être réalisée par un organisme habilité, dans les sept premières années qui suivent l'autorisation et au moins deux ans avant la date de son renouvellement. Cette dernière conditionnera le renouvellement de l'autorisation à son terme soit au bout de 15 ans.

Pour anticiper cette contrainte et développer une culture de recherche de la qualité au sein de l'équipe je pense qu'il est utile vérifier si la réalité des prestations correspond bien, au projet d'établissement et ceci très régulièrement. Cette veille interne doit permettre d'ajuster notre action en fonction des écarts constatés mais aussi en fonction de l'évolution de l'environnement. Pour ce faire, nous avons retenus trois critères :

a. La qualité des relations entre les bénéficiaires et les professionnels

Ce critère doit à mon sens impérativement être évalué car il constitue le fondement de la spécialité de ce CADA. Une enquête de satisfaction sera proposée aux personnes prises en charge après 6 mois d'accueil. Le choix de cette date est important car il correspond à une période où les personnes connaissent l'établissement, ont avancé suffisamment dans leur dossier de demande d'asile et de régularisation Préfectorale sans toutefois être encore trop stressées par la sortie et la précarité qui les attendent. Il apparaît très important à l'équipe que cette enquête puisse être le reflet de son travail et non des préoccupations des personnes en fonction de leur parcours. L'objet de cette enquête sera de mesurer si l'équipe a su :

- Respecter leur vie privée.
- Proposer une prise en charge correspondant à leurs besoins.
- Accueillir leurs suggestions pour améliorer nos prestations.

Ce travail pourra être suivi d'une participation directe ou indirecte des bénéficiaires à l'établissement de critères d'évaluation, l'objet étant le bon ajustement de l'utilité sociale de notre service.

b. La qualité du partenariat

La mesure de la qualité du partenariat doit à mon sens se faire dans la durée. La mise en œuvre est souvent dynamique et c'est au fil du temps que les relations risquent de se distancier. L'un des indicateurs sera de repérer si les premiers partenaires du projet sont toujours aussi présents après cinq ans de fonctionnement. Un autre indicateur non négligeable consistera à mesurer la qualité du travail réalisé avec ces partenaires. Cette qualité se mesurera par la souplesse, l'adaptation, la créativité des échanges.

c. deux indicateurs d'évaluation de ma pratique managériale :

Le turn-over au sein de l'équipe

La difficulté du travail proposé aux personnes « en première ligne » pourrait provoquer une mobilité de l'équipe ou des absences répétées. Ce risque serait dommageable au projet. Les « points d'attention » décrits plus hauts devraient limiter ces risques. Néanmoins, le turn-over et les absences seront pour moi des indicateurs importants de la santé de l'équipe. Pour l'instant, ces indicateurs ne sont pas alertants sachant qu'elle est stable et qu'il n'y a jamais eu de congé maladie depuis février 2000.

Les équilibres financiers

Le respect des équilibres financiers et notamment des sections d'investissements et de fonctionnement détermineront l'avenir du projet. Un tableau de bord me permet de veiller mensuellement à leurs évolutions et je travaille à la réalisation d'un plan pluri annuel d'investissement sur cinq ans.

3. Les perspectives pour pérenniser ce projet innovant

Obtenir une autorisation

Après une année de fonctionnement, je suis intimement convaincu qu'il faut suivre les recommandations de la FNARS nationale et soumettre les projets de CADA au CROSMS afin d'obtenir des autorisations en bonne et dû forme. Ce respect de la procédure de création est une garantie pour l'association dirigeante, les salariés et les bénéficiaires.

Dans le cas précis du CADA de saint Charles, le fonctionnement sur la base d'une convention entre la DDASS et l'association précarise notamment la « spécialité » du projet. Inquiet de cet avenir incertain, j'ai fait part de cette réflexion au directeur adjoint de la DDASS du Bas-Rhin récemment, qui a réagit rapidement en nous informant des prochaines « fenêtres de dépôts de dossier au CROSMS » par courrier.

Cette information représente à mes yeux une reconnaissance de notre travail qu'il nous faut honorer. C'est pourquoi nous déposerons rapidement un dossier afin qu'il soit correctement autorisé. Elle permettra d'asseoir encore plus l'avenir financier de

l'établissement qui ne reposera désormais plus sur la volonté des partenaires institutionnels locaux.

Proposer une offre de service pour favoriser l'intégration des personnes réfugiées et garder la fluidité nécessaire au CADA spécialisé

Le CADA doit impérativement garder un taux de rotation très élevé de manière à proposer réellement 25 places. En effet, la question de l'« après CADA » est difficile à gérer, comme nous l'avons vu plus haut. Actuellement 25% de leurs places dans le Bas Rhin⁴⁹ sont occupées par des personnes qui n'en relèvent plus. Les CADA sont en difficulté pour faire respecter les délais prévus et les réfugiés mettent plusieurs mois à en sortir.

L'association de la Résidence Sociale devra probablement proposer une structure d'insertion pour les personnes qui obtiendront le statut de réfugié ou une régularisation Préfectorale sous la forme par la mise à disposition d'appartements sous la forme de baux glissant. Cette nouvelle extension permettrait au CADA, de jouer pleinement ses fonctions, en proposant une réponse adaptée à la sortie.

⁴⁹ Ratio de la DDASS du Bas-Rhin août 2004.

CONCLUSION

Les gouvernements Européens ont tous opté pour une politique restrictive en matière de reconnaissance du statut de réfugié. L'accueil des réfugiées demeure toujours une priorité pour les pays de l'Union même si il est de plus en plus emprunt de suspicion. La France augmente le nombre de place en CADA et paradoxalement limite le nombre de personnes qui bénéficient effectivement du statut de réfugié.

L'évolution des besoins du public notamment en ce qui concerne leur état de santé, devient une question très préoccupante. Le dispositif d'accueil n'est pas prévu pour prendre en compte des personnes porteur de pathologies graves. Jusqu'alors le dispositif reposait beaucoup sur les associations humanitaires et sur les CADA pour proposer des réponses qui ne peuvent être que très partielles.

La création du CADA spécialisé Saint Charles est une offre de service qui vise à combler ce manque institutionnel. L'approche globale des malades intégrant à la fois les questions d'accès, de coordination des soins, de qualité d'accueil et de soutien des proches doit permettre d'offrir un service de qualité.

Néanmoins cette innovation n'a pas rempli la procédure réglementaire nécessaire à l'ouverture d'un établissement médico-social ce qui pourrait contribuer à la remise en cause de sa spécialité. La perspective proche d'une régularisation de cette situation par l'obtention d'une autorisation préfectorale contribue à rassurer l'association dirigeante et l'équipe salariée.

La création de ce CADA spécialisé, est avant tout une innovation par la nature du public accueilli. Mais au-delà de cette innovation, cette expérience contribuera, je l'espère, à augmenter l'attention des partenaires institutionnels et associatifs en direction de ce public particulier. En effet, l'adaptation des commissions d'admission au niveau local et national a, d'ores et déjà, participé à une évolution des représentations. Localement la plateforme d'accueil des primo arrivants réfléchit avec l'antenne locale de Médecins du Monde à la mise en œuvre d'une consultation d'accueil et d'orientation dans les locaux de la plateforme. Ce rapprochement entre le dispositif d'accueil d'urgence et une consultation médicale va dans le sens d'un accueil plus digne à terme. En effet, c'est au travers de ce type d'expérience qu'une évaluation fine des besoins pourra faire évoluer le dispositif. Le CADA spécialisé est l'un des acteurs qui participe à l'évolution de ces représentations. Ce mouvement pour l'instant très diffus gagnerait à se structurer de manière à mieux cerner l'ampleur des difficultés de santé de cette population dans le département. L'absence d'étude locale et nationale exhaustive, limite la sensibilité des acteurs.

Je pense qu'un recours à une étude nationale portant sur l'Etat de santé des personnes demandant l'asile politique permettrait à la fois d'aborder la question du point de vue de la santé publique mais aussi pour la nécessaire évaluation de l'état de santé des personnes. Monsieur de VILLEPIN, cité dans un article récent du journal *Le Monde* estime au sujet des demandeurs d'asile que « nous avons un devoir de compassion et de résultat ». Cette compassion ne pourra être effective à mon sens qu'à la condition de mieux connaître cette population. Les résultats suivront, sous réserve d'un respect de la législation par les partenaires institutionnelles et associatifs, d'une professionnalisation des acteurs et plus largement d'une politique d'accueil plus alignée sur le respect des Droit de l'Homme que sur la gestion des flux migratoires.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- LEGOUX L. *La crise de l'asile politique en France*. Paris. CEPED. 1995. 344 pages
- GUILLON M, *L'asile politique entre deux chaises, Droits de l'Homme et gestion des flux migratoires*, L'harmattan, collection Espaces interculturels 373 pages
- GENELOT D *Manager dans la complexité*, Paris, INSEP consulting Editions, 2001, 356 pages.
- WATZLAWICK P *Une logique de la communication*, Paris, Points Seuil, 1972, 276 pages.
- DE ROSNAY J *Le microscope Vers une vision globale*, Paris, Points Seuil, 1975, 345 pages.
- LEVI P, *si c'est un homme*, Presse pocket, mai 1990, 214 pages.
- TOMKIEWICZ S, VIVET P *Aimer mal, châtier bien : Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Seuil, Paris, 1991, 303 pages.
- PAUGAM S, *l'exclusion l'état des savoirs*, La découverte, Paris, 1996, 582 pages.
- DECLERCK P, *Les naufragés*, PLON Terre Humaine, 2001, 445 pages.
- BECK AT, *Prisonniers de la haine, Les racines de la HAINE*, Masson, 2002, Paris, 357 pages
- AUSLOOS G, *La compétence des familles Temps Chaos processus*, ERES, 1995
- ALLAND D. *Textes du droit d'asile, Que sais-je ?* PUF, 1998, 125 pages
- HAEM R. *L'entrée et le séjour des étrangers en France, Que sais-je ?* PUF 1999, 125 pages.
- BAUDURET JF *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 2003, 322 pages.

Articles, rapports.

- FLAMAND P, GUILLEMOT B, LAROQUE M, YENI I, *Analyses et propositions relatives à la prise en charge sociale des demandeurs d'asile*. Rapport de l'IGAS N° 2001 150, décembre 2001.
- MONGIN O. *L'asile, le contrôle des flux migratoires et la volonté d'intégration*. Revue Esprit, février 2004

- Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, *Protocole d'Istanbul. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitement cruels inhumains ou dégradants.*
- FNARS Alsace, *L'accueil des réfugiés toujours défailant*, 26 février 2002, 15 pages

Textes juridiques

- Ordonnance n° 45-2658 du 02 novembre 1945 « relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ».
- Convention de Genève relative au statut des réfugiés adoptée le 28 juillet 1951.
- Déclaration universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948.
- Loi N° 52-893 du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile
- Loi N° 2003-1176 du 10 décembre 2003 modifiant la Loi N° 52-893 du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile.

LISTE DES ANNEXES

Annexes non publiées

- Annexe 1 : Fiche de Répartition des fonctions
- Annexe 2 : Article du journal *le Monde* du vendredi 17 septembre 2004
- Annexe 3 : Plan de rédaction du projet d'établissement