

Evaluation d'impact sur la santé dans le cadre de l'ouverture d'un foyer d'hébergement de requérants d'asile dans le canton de Fribourg

Janvier 2013

• •• **equiterre**

Partnerin für nachhaltige Entwicklung
Partenaire pour le développement durable

Dossier préparé par **equiterre**

Natacha Litzistorf
Thierno Diallo
Damien Regenass

Genève – siège social
rue des Asters 22
CH-1202 Genève
info.ge@equiterre.ch
tel +41 22 329 99 29

directrice
chef de projet
chargé de projet

Lausanne
rue de la Tour 5
CH-1004 Lausanne
info.ls@equiterre.ch
tel +41 21 341 41 10

litzistorf@equiterre.ch
diallo@equiterre.ch
regenass@equiterre.ch

Berne
Belpstrasse 26
CH-3007 Bern
info.be@equiterre.ch
tel +41 31 371 93 66

www.equiterre.ch
PostFinance CH-3030 Bern
CH97 0900 0000 1202 0371 0
POFICHBEXXX
TVA-MWSt CHE-105.789.849

Table des matières

1	Résumé	10
2	Introduction.....	11
2.1	L'évaluation d'impact sur la santé et son contexte	11
2.2	Contexte de l'Evaluation d'impact sur la santé dans le canton de Fribourg	11
2.3	Contexte de l'EIS Asile.....	12
2.4	Objectifs	12
2.5	Démarche adoptée.....	12
2.6	Eléments de cadrage	14
3	Descriptifs du cadre de l'asile au niveau fédéral et au niveau cantonal fribourgeois	17
3.1	Cadre de l'asile au niveau fédéral	17
3.2	Cadre de l'asile au niveau cantonal fribourgeois.....	19
3.2.1	Hébergement (SASoc, ORS).....	21
3.2.2	Aide matérielle (SASoc)	22
3.2.3	Activités lucratives (SASoc, SpoMi, ORS)	23
3.2.4	Cadre de vie des requérants d'asile	23
3.2.5	Statistiques	24
4	Evaluation des impacts sur la santé.....	26
4.1	Influence de la longueur de la procédure d'asile sur la santé des requérants d'asile	26
4.2	Communication et médiatisation.....	27
4.3	Attitude de la population par rapport à l'information sur l'ouverture d'un centre d'hébergement pour requérants d'asile et relation entre la population et les requérants	28
4.4	Conditions de vie dans les foyers	30
4.5	Image et intégration des requérants d'asile	32
4.6	Prise en charge sanitaire des requérants d'asile	33
4.7	Aide matérielle, aide d'urgence et santé physique des requérants d'asile	35
4.8	Santé du personnel.....	36
5	Conclusion et recommandations	38
5.1	Prise en charge des requérants : rapide, « honnête » et de qualité	38
5.2	Gouvernance : participative et transparente.....	38
5.3	Communication institutionnelle : narrative/factuelle, « statistique » et sécurisante.	39
5.4	Communication intra-institutionnelle : collaboration	39
5.5	Médiatisation : personnaliser et mettre en lumière	40
5.6	Localisation des foyers d'hébergement et des appartements : en milieu urbain...	40
5.7	Type d'hébergement : pas de stigmatisation des abris	40
5.8	Composition des foyers : mixité	40
5.9	Requérants d'asile : activités et renforcement des capacités.....	41
5.10	Prise en charge sanitaire des requérants d'asile : réorganisation	41
5.11	Promotion de la santé et prévention : intégration des requérants d'asile aux programmes	42
5.12	Santé du personnel : reconnaissance et soutien	42

6	Bibliographie.....	43
7	Annexes.....	49

Table des figures et tableau

Figure 1 : Travail de réflexion sur l'asile en vue de l'identification des enjeux à traiter dans l'EIS	14
Figure 2 : Schéma d'analyse du traitement des enjeux	16
Figure 3 : Schématisation des décisions de l'ODM en matière d'asile	19
Figure 4 : Répartition des compétences dans le domaine de l'asile, Canton de Fribourg	20
Tableau 1 : Evolution du nombre de requérants d'asile dans le Canton de Fribourg entre septembre 2011 et septembre 2012	25

Table des annexes

Annexe 1 : Types de permis pour les requérants d'asile	49
Annexe 2 : Liste des personnes-ressources interrogées.....	49
Annexe 3 : Présentation synthétique des recommandations	51

Langage épicène et consignes de lecture

Langage épicène

Pour faciliter la lecture du document, nous avons renoncé à féminiser systématiquement toutes les expressions ou à utiliser des tirets pour introduire le féminin. Mais il va de soi que même formulées au masculin, les expressions s'appliquent aux deux sexes.

Consignes de lecture

Documents écrits

Lorsqu'une information provient d'un document écrit, la source, si elle n'est pas directement citée à travers le texte, est mentionnée entre parenthèses à la fin de la phrase. Quant à la référence complète, elle se trouve dans le chapitre « Bibliographie » du présent rapport.

Par exemple, « (Toscani et al, 2007) » fait référence à :

Toscani L., DeRoo L., Eytan A., Gex-Fabry M., Avramovski V., Loutan L., Bovier P. (2007). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference?. *Public Health* 121, 34-44

Sites Internet

Il en va de même lorsque l'information provient d'un site Internet. Le nom du site, ainsi que celui de l'article cité, sont précisés entre parenthèses, soit à travers le texte, soit à la fin de la phrase. Quant à la référence complète, elle se trouve dans le chapitre « Bibliographie » du présent rapport.

Par exemple, « [Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada – Pourquoi les Canadiens sont-ils en bonne santé ou pas] » fait référence à :

Site Internet de l'Agence de la santé publique au Canada:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>

- Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>

Entretiens et séances de travail

Lorsqu'un « a » en exposant se trouve après un mot, une phrase ou un paragraphe, cela signifie que l'information provient d'un entretien ou d'une séance de travail avec le groupe de suivi.

Par exemple : « Pour les hommes célibataires, il est plus facile de faire des collocations de personnes parlant la même langue ou ayant la même nationalité.^a »

Citations

Les citations sont inscrites entre guillemets et leur source est mentionnée soit à travers le texte, soit en fin de phrase selon les indications présentées ci-dessus.

Utilisation de la terminologie de requérant d'asile

Cette terminologie est utilisée pour désigner toute personne qui a déposé une demande d'asile et qui, de ce fait, est entrée dans la procédure d'asile. Un requérant d'asile ayant vu sa demande acceptée est appelé réfugié statutaire, alors que celui dont la demande a échoué est appelé requérant d'asile débouté. Un requérant d'asile dont la demande n'entre pas en matière est nommé "non entrée en matière".

Liste des abréviations

- CEP : Centre(s) d'enregistrement et de procédure
DSAS : Direction de la santé et des affaires sociales
DSJ : Direction de la sécurité et de la justice
GS : Groupe de suivi
NEM : Personne(s) soumise(s) à une non entrée en matière
ODM : Office fédéral des migrations
OMS : Organisation mondiale de la santé
RA : Requérant(s) d'asile
SASoc : Service de l'action sociale
SMC : Service du médecin cantonal
SPoMi : Service de la population et des migrants
SSP : Service de la santé publique
TAF : Tribunal administratif fédéral
TPF : Transports publics fribourgeois

1 Résumé

La rencontre entre le Service de la santé publique (SSP), le Service de l'action sociale (SASoc) et la Plateforme Suisse pour l'évaluation d'impact sur la santé (Plateforme EIS) a relevé l'intérêt de réaliser une évaluation d'impact sur la santé (EIS) sur le domaine de l'asile dans le canton de Fribourg.

L'EIS est un outil **d'aide à la décision et de promotion de la santé** permettant d'évaluer les effets potentiels engendrés par une politique, un programme ou un projet sur la santé de la population. Ces effets peuvent aussi bien être positifs/négatifs que directs/indirects. En outre, l'EIS s'appuie sur la définition de la santé telle qu'établie constitutionnellement par l'Organisation mondiale de la santé : elle ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité, elle est également un état de complet **bien-être social, physique et mental**.

Afin d'accompagner les différents étapes de réalisation de l'EIS, un groupe de suivi, comprenant des responsables du SSP, du SASoc et de la Plateforme EIS a été constitué.

Concernant les aspects méthodologiques, une revue de la littérature scientifique, ainsi qu'une prise de connaissance du domaine de l'asile en Suisse, a permis de cerner les enjeux de base. D'autre part, plusieurs personnes-ressources (acteurs de terrain, responsables de Services cantonaux, etc.) ont été interrogées afin de fixer plus précisément le cadrage relatif à l'asile dans le canton de Fribourg. Les enjeux qui ont finalement été retenus sont *l'influence de la longueur de la procédure d'asile sur la santé des requérants d'asile (RA) ; la communication et la médiatisation ; l'attitude de la population par rapport à l'information sur l'ouverture d'un centre d'hébergement pour les RA et la relation entre la population et les RA ; l'image et l'intégration des RA ; les conditions de vie dans les foyers ; l'aide matérielle, l'aide d'urgence et la santé physique des RA ; la prise en charge sanitaire des RA ; la santé du personnel*. Chacun de ces enjeux a été traité à travers une identification des impacts sur la santé, apparus en confrontant la situation décrite sur le terrain à la littérature scientifique traitant à la fois du domaine de l'asile et de la santé.

L'objectif de cette partie évaluative était donc de mettre en avant les impacts sur la santé physique, sociale et mentale de la population, des RA et du personnel. Elle a également permis d'aboutir à une **cinquante recommandations**. Celles-ci doivent servir à une meilleure prise en compte de la promotion de la santé lors de l'ouverture d'un nouveau centre de RA, ainsi que dans la gestion du domaine de l'asile dans le canton de Fribourg. L'ensemble de ces recommandations a été présenté dans un **tableau final** incluant, pour chacune d'elles, la source (*littérature ; entretien ; évaluation*), le type de mesure (*continuer ; améliorer ; innover*) et les acteurs concernés (*Confédération ; Canton ; Communes ; autres*).

2 Introduction

2.1 L'évaluation d'impact sur la santé et son contexte

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être évalué selon ses effets potentiels sur la santé de la population (positifs ou négatifs, directs ou indirects) et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population » (WHO, Gothenburg Consensus Paper, 1999).

C'est un outil d'aide à la décision, promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s'appuie sur la définition de la santé telle qu'elle apparaît dans la Constitution de cette organisation internationale. Elle est interprétée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Cette définition, bien que forcément incomplète, implique d'agir de manière curative et préventive auprès des individus, mais également d'intervenir sur les facteurs environnementaux, économiques ou sociaux qui influencent la santé de la population (Plateforme EIS, 2010).

2.2 Contexte de l'Evaluation d'impact sur la santé dans le canton de Fribourg

En Suisse, le Canton de Fribourg a été le premier à inscrire l'EIS dans sa loi sur la santé, RSF 821.0.1 du 16 novembre 1999. En effet, l'article 3 alinéa 3 de cette loi stipule que « sur demande de la Direction compétente en matière de santé, le Conseil d'Etat peut accompagner tout projet de loi, de décret ou d'arrêté d'une évaluation d'impact sur la santé et, s'il est négatif, d'un rapport sur les mesures prévues pour en atténuer les effets ».

En outre, un Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007 – 2011 été élaboré, en 2006, sur proposition de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS). Il a été adopté par le Conseil d'Etat, et reconduit pour 2011-2015. L'objectif était, d'une part, de définir un cadre de références et d'actions commun et, d'autre part, d'établir des budgets et des partenariats de mise en œuvre. Trois thèmes d'intervention prioritaires ont été identifiés : alimentation équilibrée et activité physique, santé psychique (stress, violence, dépression/suicide) et contexte/conditions cadre. Un certain nombre de conditions nécessaires à la mise en œuvre de ce plan ont été posées au rang de priorités : la coordination (au niveau cantonal), la cohérence (avec le niveau fédéral), l'évaluation, la transversalité (**impact sur la santé**). Sur ce dernier point, le but est de permettre une prise en compte des enjeux de promotion de la santé dans les projets relevant des secteurs non sanitaires.

L'EIS constitue également une des actions de la stratégie de développement durable du Canton. Il est clairement indiqué dans cette stratégie qu'« au moyen d'évaluations d'impact sur la santé, le canton mettra en évidence les incidences sur la santé physique, mentale et sociale de la population que peuvent avoir de grands projets de l'Etat » (Etat de Fribourg, DAEC, 2011).

Ainsi, dans le canton de Fribourg, l'EIS est mentionnée dans une série de documents importants de l'Etat et possède une base légale sur laquelle il est possible de s'appuyer pour appliquer l'outil sur des projets.

2.3 Contexte de l'EIS Asile

En 2011, de nombreuses rencontres ont eu lieu entre des représentants du Service de la santé publique (SSP), qui pilote cette action dans le cadre du développement durable, les représentants du Service de l'action sociale (SASoc) et des membres de la Plateforme suisse sur l'évaluation d'impact sur la santé (Plateforme EIS) afin d'examiner les possibilités d'une collaboration pour la réalisation d'une EIS dans le domaine de l'asile. Le SASoc a vu en l'EIS un outil pouvant lui permettre d'avoir un autre regard, notamment en termes de promotion de la santé, sur la problématique de l'asile et l'aider dans la prise de décision.

2.4 Objectifs

Les objectifs de cette EIS sont de/d' :

- Sensibiliser les acteurs du système politico-administratif, mais aussi les décideurs, sur les interactions entre les activités et décisions dans le domaine de l'asile avec la santé¹.
- Fournir des recommandations en termes de promotion de la santé.
- Etablir un protocole d'accompagnement en termes de santé dans le cadre de l'ouverture d'un centre d'accueil de requérants d'asile (RA).

2.5 Démarche adoptée

La démarche adoptée dans le cadre de cette EIS est la suivante :

- Analyse générale de la problématique de l'asile en Suisse et au niveau du canton de Fribourg.
- Définition du champ d'investigation de l'EIS, notamment l'identification et la formalisation des enjeux (cf. 2.6 Eléments de cadrage) à traiter dans le cadre de cette EIS.
- Appréciation des enjeux identifiés en termes de « santé ».
- Elaboration d'un rapport de synthèse présentant la démarche et les résultats de l'EIS.

L'approche méthodologique retenue pour son exécution se décline de la manière suivante :

- Examen de la littérature sur le sujet en relation avec la santé à travers les deux moteurs de recherche ci-après :

¹ « La santé est un état de complet bien – être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (Constitution de l'OMS, 1946).

- PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), moteur de recherche de référence pour la littérature biomédicale. Il permet d'avoir accès à la base de données bibliographiques des sciences biologiques et biomédicales, MEDLINE.
- ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com>), site de référence pour la recherche scientifique, technique et médicale.
- Analyse des données probantes relatives au lien entre les enjeux identifiés et la santé.
- Organisation de visites de terrain. Les principaux critères qui ont guidé le choix des centres visités sont leur caractère provisoire ou permanent et leur localisation par rapport aux zones d'habitation. Dans cette perspective, des représentants de la Plateforme EIS ont visité les foyers suivants :
 - Passereaux (Brock), le 2 avril 2012
 - Wünnewil (Wünnewil-Flamatt), le 2 avril 2012
 - Des Remparts (Fribourg), le 12 juin 2012
 - Du Lac (Estavayer-le-Lac), le 16 août 2012

En outre, ils ont participé à la séance publique d'information du 1^{er} février 2012 à Wünnewil, relative à l'ouverture d'un centre provisoire d'hébergement pour les RA.

- Consultation de quelques personnes-ressources (entretiens individuels) œuvrant dans le domaine de l'asile. Une liste de personnes à rencontrer a été établie par la Plateforme EIS, puis amendée et validée par le SASoc et le SSP (cf. Annexes). Un modèle de questionnaire a aussi été élaboré pour les entretiens avec une structuration en trois rubriques principales :
 1. Questions générales
 2. Questions spécifiques
 3. Perspectives d'actions

Un groupe de suivi (GS), composé de représentant-e-s de l'administration fribourgeoise et de la Plateforme EIS, a été mis sur pied pour accompagner l'exécution de cette EIS.

Il est composé des personnes ci-après :

- M. Patrice Zurich, chef du Service de la santé publique
- M. François Mollard, chef du Service de l'action sociale
- Mme Marie Guisolan, cheffe de service adjointe et coordinatrice cantonale pour les questions d'asile et de réfugiés au sein du Service de l'action sociale
- Mme Annick Rywalski, déléguée à la prévention et à la promotion de la santé, Service de la santé publique
- Mme Natacha Litzistorf, directrice d'équiterre
- M. Thierno Diallo, chef de projets à équiterre
- M. Damien Regenass, chargé de projets à équiterre.

Le GS a été présidé par le chef du Service de la santé publique. Il a assuré la validation des différentes étapes de la réalisation de l'EIS et des documents élaborés par equiterre dans le cadre de cette EIS. La répartition des tâches et des rôles a été définie par rapport à trois structures :

- Le SSP : il assure la coordination entre le SASoc et la Plateforme EIS représentée par equiterre ;
- Le SASoc : il gère les aspects de l'accueil de l'hébergement et encadrement au niveau du canton. Il a un rôle d'expert pour les questions ayant trait à cette thématique et transmet ainsi à equiterre toute la documentation sur l'asile nécessaire à la réalisation de l'EIS ;
- equiterre (Plateforme EIS) : elle est en charge de l'exécution de l'évaluation.

2.6 Eléments de cadrage

Le GS a identifié quatre publics-cibles à prendre en considération dans le cadre de cette EIS. Il s'agit de la / des :

- population riveraine des centres de RA
- RA
- autorités
- travailleurs (personnel) des centres de RA.

Un travail de réflexion sur l'asile a été mené par equiterre pour aider à l'identification et à la formalisation des enjeux à traiter dans cette EIS. Le résultat est présenté dans le schéma ci-après :

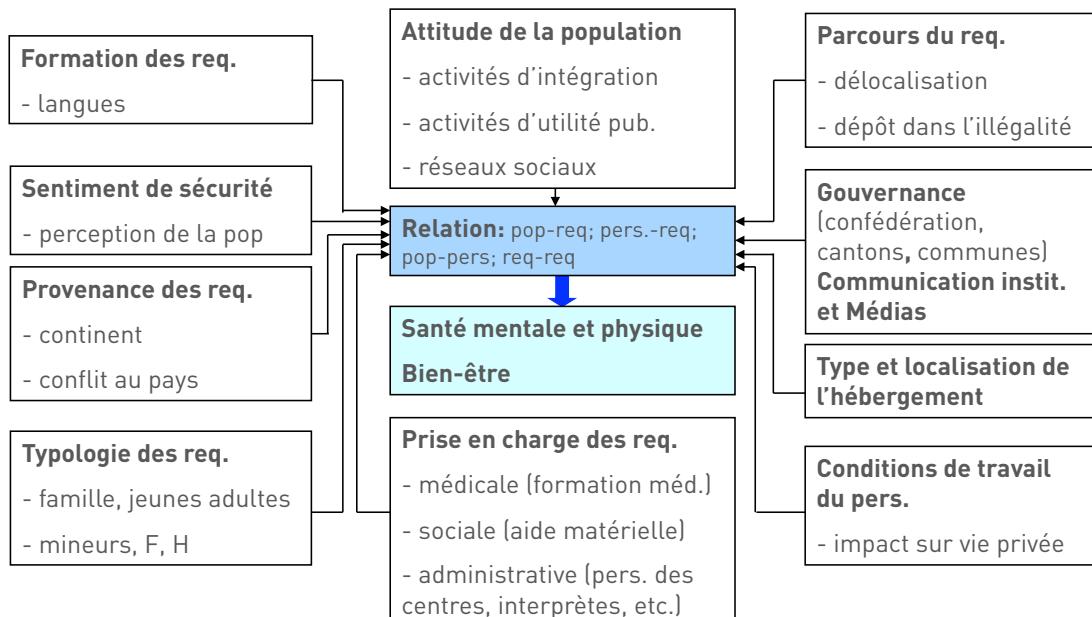


Figure 1 : Travail de réflexion sur l'asile en vue de l'identification des enjeux à traiter dans l'EIS

Les enjeux identifiés à partir de ce travail de réflexion et validé par le GS sont les suivants :

- Influence de la longueur de la procédure d'asile sur la santé des RA
- Communication et médiatisation
- Attitude de la population par rapport à l'information sur l'ouverture d'un centre d'hébergement pour requérants d'asile et relation entre la population et les requérants
- Conditions de vie dans les foyers
- Image et intégration des requérants d'asile
- Prise en charge sanitaire des RA
- Aide matérielle, aide d'urgence et santé physique des RA
- Santé du personnel

Des thèmes transversaux ont aussi été mis en exergue par le GS. Il s'agit de : la sécurité, l'intégration sociale et la Gouvernance.

Il est important de préciser que notre dispositif d'évaluation ne nous a pas permis d'être directement en contact avec la population et les RA, ce qui ne nous permet donc pas d'être vraiment au fait de la question de leur appréciation. Ceci représente la limite principale de cette étude.

La Figure 2 ci-dessous nous a permis de structurer notre analyse pour le traitement des enjeux.

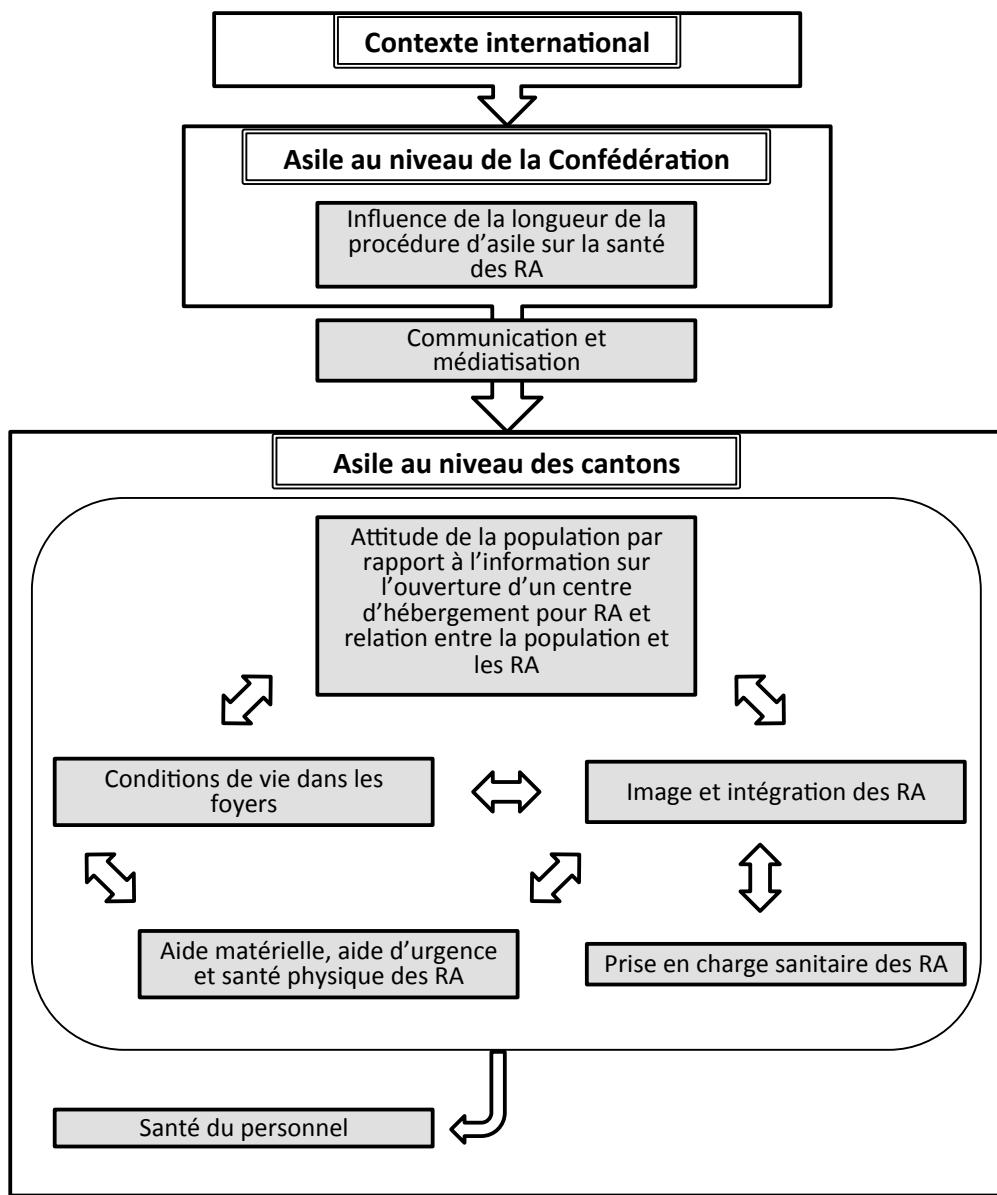


Figure 2 : Schéma d'analyse du traitement des enjeux

3 Descriptifs du cadre de l'asile au niveau fédéral et au niveau cantonal fribourgeois

3.1 Cadre de l'asile au niveau fédéral

Afin que le lecteur non averti puisse comprendre l'analyse de certaines thématiques dans ce rapport, il nous paraît important de faire un bref descriptif du fonctionnement de la procédure d'asile. Nonobstant, cette explication se veut globale et non exhaustive, étant donné la complexité et les fréquentes modifications de cette procédure.

Le domaine de l'asile relève de la compétence la Confédération. En effet, selon l'article 6a, alinéa 1 de la Loi fédérale sur l'asile du 26 juin 2011 (Etat le 1^{er} avril 2011) (ci-après LAsi), « L'Office fédéral des migrations [...] décide de l'octroi ou du refus de l'asile, ainsi que du renvoi d'un requérant de Suisse. » Comme nous le verrons plus tard, d'autres tâches sont dévolues aux Cantons, telles que l'octroi de prestations sociales, l'assignation d'un lieu d'hébergement ou l'exécution des renvois des RA déboutés.

Une personne qui veut effectuer une demande d'asile doit le faire auprès d'une représentation suisse à l'étranger ou, lors de l'entrée en Suisse, à un poste-frontière ouvert ou dans un centre d'enregistrement (LAsi, art. 19, al. 1). Elle est ensuite obligatoirement conduite dans l'un des cinq centres d'enregistrement et de procédure (CEP) situés à Bâle, Chiasso, Vallorbe, Altstätten et Kreuzlingen.

À son arrivée, la personne passe un contrôle sanitaire, ainsi qu'un entretien durant lequel elle doit rendre vraisemblable le fait qu'elle est réfugiée. Par ailleurs, ses empreintes digitales sont relevées afin de s'assurer qu'elle n'a pas déjà effectué de demande d'asile en Suisse ou dans un des pays de la Convention Dublin¹.

Suite à sa demande, la personne est soumise à la LAsi. Selon l'article 3 de cette dernière, ayant pour objet la « Définition du terme de réfugié », « sont des réfugiés les personnes qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. » (LAsi, art. 3, al. 1). Comme sérieux préjudices sont considérés la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable (LAsi, art. 3, al. 2).

Au moment du dépôt de sa demande d'asile, le RA a 48 heures pour présenter ses documents de voyage ou papiers d'identité. S'il ne peut les fournir, la LAsi exige une non-entrée en matière (NEM) (LAsi, art. 32, al. 2, let. a). D'autres facteurs peuvent également conduire à cette situation: si le RA vient d'un Etat où il n'y a pas de persécution (LAsi, art. 34), s'il a déjà une procédure en cours dans un autre pays (LAsi, art. 32 al.2 let. d), si la procédure d'asile s'est terminée par une

¹ La Convention de Dublin permet de renvoyer les requérants dans les pays européens où ils ont déjà déposé une première demande d'asile, afin d'éviter que plusieurs demandes ne soient faites par une même personne en Europe.

décision négative en Suisse ou dans un pays de la Convention de Dublin (LAsi, art. 32 al. 2 let. e et f) ou si le RA séjourne illégalement en Suisse et veut éviter l'expulsion imminente en faisant une demande d'asile (LAsi, art. 33). En cas de décision de non-entrée en matière, le RA a cinq jours ouvrables pour faire recours auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF) (LAsi, art. 108, al 2).

Si sa demande aboutit, le RA se voit attribuer un permis B¹ qui lui donne le droit de rester en Suisse et d'y exercer une activité lucrative, ou un Permis F pour étranger admis provisoirement, si l'exécution du renvoi n'est pas possible, est illicite (violation du droit international public) ou ne peut être raisonnablement exigée (mise en danger concrète de la personne) (LAsi, art. 44, al. 2 et Site Internet de l'ODM – Livret F).

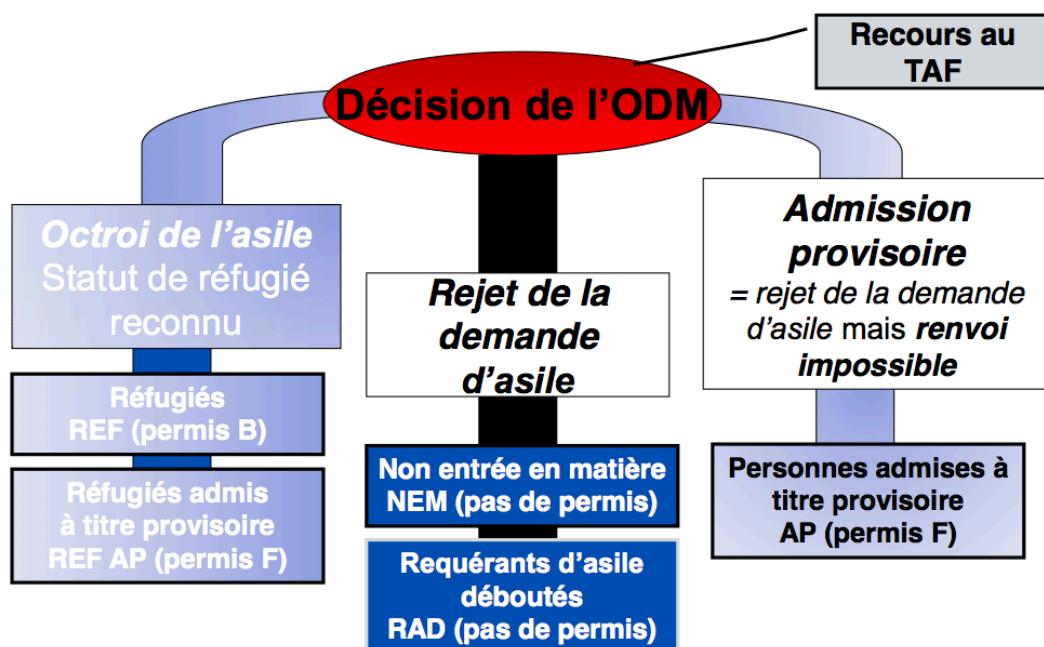
En revanche, si la demande d'asile ne peut être accordée, le RA a 30 jours pour adresser un recours auprès du TAF (LAsi, art. 108, al. 1). Celui-ci doit être rédigé dans une langue officielle (LAsi, art. 16, al. 1). Le temps du recours, le RA reste dans le canton auquel il est attribué.

Si après recours, la demande est positive, le RA obtient un Permis B ou F. En revanche, si le recours auprès du TAF n'aboutit pas, le RA doit être rapatrié dans son pays d'origine. Selon l'article 28 de l'Ordonnance relative à l'usage de la contrainte et de mesures policières dans les domaines relevant de la compétence de la Confédération, il existe quatre niveaux de rapatriement en fonction de la collaboration du RA. Ils sont cités ci-dessous :

1. « la personne à rapatrier a donné son accord à un retour autonome; elle est escortée par la police jusqu'à l'embarquement, mais poursuit son voyage seule » ;
2. « la personne à rapatrier n'a pas donné son accord à un retour autonome; elle est en principe escortée par deux agents de police en civil. Au besoin, elle est menottée » ;
3. « la personne à rapatrier est susceptible d'opposer une résistance physique, mais l'embarquement à bord d'un vol de ligne reste possible; elle est en principe escortée par deux agents de police en civil; au besoin, des menottes ou d'autres liens peuvent être utilisés et le recours à la force physique est envisageable » ;
4. « la personne à rapatrier est susceptible d'opposer une forte résistance physique; elle ne peut être transportée qu'à bord d'un vol spécial; elle est escortée par deux agents de police au moins; les moyens de contrainte prévus pour le niveau 3 peuvent être utilisés. »

L'ensemble de la procédure au niveau de la Confédération est schématisé à travers la Figure 3.

¹ Une explication sur les différents permis figure en Annexe 1.



Source : SASoc et SPoMi, 2012

AP : Personnes admises à titre provisoire

NEM : Personnes sous le coup d'une non entrée en matière

ODM : Office fédéral des migrations

RAD : Requérants d'asile déboutés

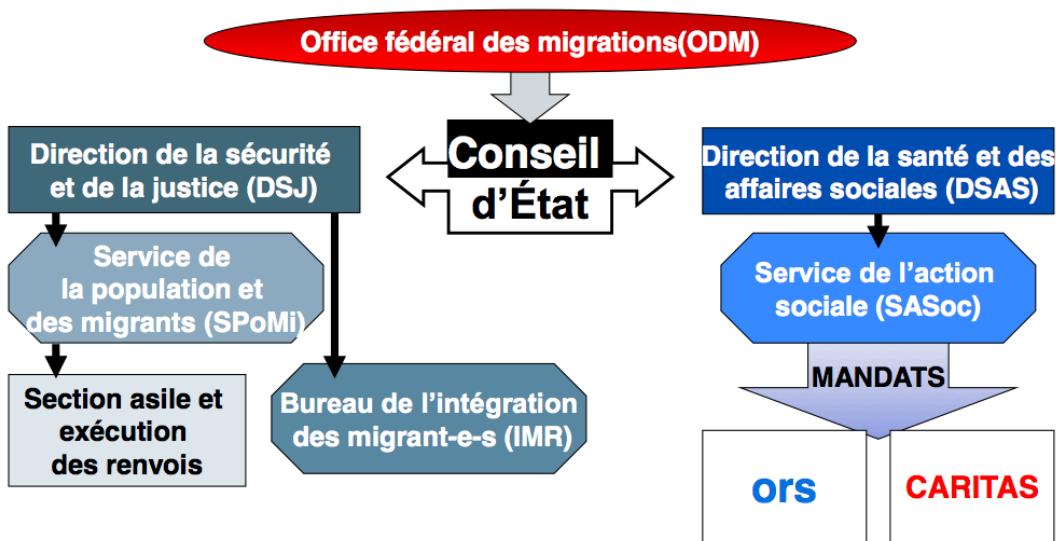
REF : Réfugiés statutaires

Figure 3 : Schématisation des décisions de l'ODM en matière d'asile

3.2 Cadre de l'asile au niveau cantonal fribourgeois

Après son passage dans un CEP, dans lequel il reste 20 jours en moyenne ou 90 au maximum, le RA est attribué à un canton par l'ODM. Il doit tout de même retourner régulièrement dans les CEP afin de poursuivre les entretiens qui détermineront s'il a effectivement le statut de réfugié et si l'ODM peut lui accorder l'asile ou non.

La répartition à travers les cantons se fait en fonction des pourcentages fixés par l'article 21 de l'Ordonnance 1 sur l'asile relative à la procédure du 11 août 1999. Ainsi, le canton de Fribourg se voit assigner 3.3% des requérants d'asile. Comme énoncé brièvement en amont, les Cantons doivent s'occuper de l'octroi de prestations sociales, de l'exécution des renvois ou de l'assignation d'un lieu d'hébergement (SASoc et SPoMi, 2012).



Source : SASoc et SPoMi, 2012 - modifié par equiterre

Figure 4 : Répartition des compétences dans le domaine de l'asile, Canton de Fribourg

La Figure 4 indique, pour le canton de Fribourg, les Directions, les Services sous-jacents et les entreprises ou associations en charge des requérants d'asile et des réfugiés.

Acteur fondamental, le SASoc, sous la direction de la DSAS, exerce avant tout un rôle stratégique et la fonction de bureau de contact entre autorités cantonales et fédérales, « chargé de l'accueil, de l'hébergement, de l'encadrement, de l'octroi de l'aide matérielle ou de l'aide d'urgence aux personnes attribuées au canton et relevant du domaine de l'asile, depuis le 1^{er} jour de leur attribution jusqu'au départ de la personne ou jusqu'à sa disparition » (SASoc, 2012). Il doit également coordonner ses différents partenaires et ses mandataires. Ce Service supervise en continu la gestion de l'asile dans le canton de Fribourg.

Par ailleurs, comme nous pouvons le voir sur la Figure 4, le Conseil d'Etat a confié plusieurs mandats. A la société ORS AG (Organisation für Regie- und Spezialaufträge) (ci-après ORS) d'une part, dont nous verrons plus concrètement le rôle ci-dessous, et à Caritas d'autre part. Toutefois, nous n'avons pas interrogé cette association car elle ne s'occupe pas de personnes faisant partie du cadrage fixé avec le groupe de suivi (voir Figure 1). En effet, selon la Convention entre le Conseil d'Etat du canton de Fribourg et Caritas Suisse à Fribourg, le mandat concerne l'octroi de l'aide sociale aux réfugiés statutaires, aux personnes à protéger et aux personnes relevant de cas spéciaux (au sens de l'article 23 de l'OA2). ORS a cependant recours aux interprètes formés par Caritas Suisse à travers le service « se comprendre », à chaque fois que l'infirmière le juge nécessaire, par exemple lorsqu'un RA a rendez-vous chez le médecin. Ce service est subventionné par l'Etat.

La Direction de la sécurité et de la justice (DSJ), à travers le Service de la Population et des Migrants (SPoMi), est également en charge de l'asile

(délivrance des permis, exécution des renvois, autorisations de travail). La section « Asile et exécution des renvois » délivre notamment les permis N, F ou B¹ sur décision de la Confédération et reçoit les éventuels rapports de police qu'il pourrait y avoir. Ceux-ci sont ajoutés au dossier du RA et transmis à l'ODM.^a Cette section exécute également les décisions de renvoi prononcées par l'ODM pour les RA déboutés et les personnes NEM (voir Figure 3), comme l'y tient la LAsi (LAsi, art. 46, al. 1). La section « Main d'œuvre étrangère », qui n'apparaît pas sur la Figure 4, est quant à elle chargée de la délivrance d'autorisations d'exercer des activités lucratives. Ni le SPoMi, ni le SASoc n'ont accès au dossier de procédure des RA.

Le Bureau de l'intégration des migrant-e-s et de la prévention du racisme joue lui aussi un rôle lors de l'ouverture d'un centre, comme à Sugiez ou à Wünnewil. Il collabore avec la DSAS pour mettre en place des mesures d'accompagnement. A ce titre, l'organisation de l'exposition « Moi, raciste !? » a été organisée à Sugiez.^a

A noter que d'autres acteurs ne figurant pas sur la Figure 4 peuvent également intervenir dans le cadre du processus d'asile au niveau cantonal, mais pas sous mandat. C'est le cas du Centre de Contact Suisses-Immigrés (CCSI) /SOS Racisme qui aide les requérants dans leur démarche de recours suite aux décisions de l'ODM. Cette association s'occupe également du regroupement familial, ainsi que des demandes de changement de domicile, par exemple pour qu'un RA malade et hébergé au Foyer de la Poya puisse retourner en appartement. CCSI/SOS Racisme conteste parfois les décisions d'ORS en matière d'hébergement et/ou d'encadrement.^a

3.2.1 Hébergement (SASoc, ORS)

Depuis le premier janvier 2008, le Conseil d'Etat a confié à ORS le mandat de l'accueil, de l'encadrement et de l'hébergement des RA, des personnes admises à titre provisoire et des RA déboutés (Convention ORS). L'entreprise gère cinq foyers : trois situés en ville de Fribourg, un à Estavayer-le-Lac et un à Broc. A cela s'ajoutent les abris de protection civile ouverts temporairement pour faire face à l'afflux de RA en Suisse. Ce fut le cas à Sugiez entre janvier 2009 et février 2010, et c'est actuellement le cas à Wünnewil depuis février 2012. Ce foyer temporaire devrait normalement fermer ses portes au plus tard en avril 2013, alors qu'un autre est prévu à Charmey (Site Internet du SASoc - Charmey). C'est au SASoc de trouver les nouveaux foyers. La répartition dépend des districts, tous devraient en effet en avoir un centre, bien que cela ne soit pas le cas actuellement. La répartition dépend aussi des objets immobiliers qui doivent correspondre aux besoins tout en restant dans les budgets du SASoc, car le Service doit prendre à sa charge les loyers des objets immobiliers.^a

Tous ces foyers accueillent les RA pour une période qui dure généralement de quatre à six mois mais qui, suite à l'augmentation du nombre de demandes d'asile, peut s'étendre à une année. Les RA qui vivent dans ces foyers sont dits en « 1^{ère} phase ». ORS gère également 350 appartements répartis dans le canton et destinés à accueillir les RA. L'entreprise est chargée de trouver les appartements et signe les baux.^a

¹ Une explication sur les différents permis figure en Annexe 1.

Après un certain temps dans les foyers, un RA a la possibilité d'être transféré en appartement. Il passe ainsi en « 2^{ème} phase ». Néanmoins, toujours en raison du nombre croissant de demandes que connaît la Suisse, le transfert devient difficile. Celui-ci est attribué en priorité aux familles ou aux personnes dont l'asile est assurément accordé. Pour les hommes célibataires, il est plus facile de faire des collocations de personnes parlant la même langue ou ayant la même nationalité.^a

Un RA, dont la demande d'asile est négative et devant donc être renvoyé, se voit notifier la fin de son droit à l'hébergement dans les structures d'accueil ordinaires (foyers et appartements). Il peut toutefois, sur requête, prétendre à un hébergement au Foyer de la Poya (ville de Fribourg), une structure « bas seuil ». Cependant, il est possible, pour les familles avec enfants mineurs, les personnes âgées, les mineurs non accompagnés, etc., de rester dans les foyers d'accueil ou dans les appartements (DSAS, 2011).

3.2.2 Aide matérielle (SASoc)

Le SASoc reste en charge de l'octroi de l'aide matérielle ou de l'aide d'urgence, régit par le droit cantonal, conformément à l'article 82, al. 1 de la LAsi. Dans le canton de Fribourg, ces aides s'inspirent des normes CSIAs¹. La Confédération indemnise le Canton pour ces dépenses. Néanmoins, en fonction de la procédure et de la durée du séjour, ces aides peuvent parfois être à la seule charge du Canton.^a

RA en 1^{ère} phase

Pour un adulte dès 16 ans révolus, sans enfant et vivant dans un foyer, l'aide matérielle destinée à l'entretien est de CHF 13 par jour, soit CHF 10 pour l'entretien, CHF 2 d'argent de poche et CHF 1 pour les vêtements. Toutefois, dans les foyers où les RA ne se font pas directement à manger (cf. 3.2.2 « Vie dans les foyers »), une partie de l'aide matérielle qui leur est initialement allouée, est directement versée au restaurateur. Les RA touchent ainsi CHF 4 par jour, soit CHF 2 d'argent de poche, CHF 1 pour les vêtements et CHF 1 pour l'hygiène.

Par ailleurs, dès son arrivée dans un foyer, les RA sont informés des directives à suivre. Ils attestent les avoir comprises et acceptées par leur signature. En cas de non suivi de ces directives et après avertissement, le SASoc peut refuser d'allouer tout ou partie des prestations d'aide sociale, les réduire ou les supprimer, conformément à l'article 83, al. 1, let. g de la LAsi. Néanmoins, la DSAS a décidé, à travers ses « Normes d'aide sociale pour les personnes relevant du domaine de l'asile », de ne pas réduire l'aide matérielle au delà du minimum vital qui est de CHF 8 par jour pour les adultes de 16 ans révolus, sans enfants (DSAS, 2011).

RA en 2^{ème} phase

Pour un RA en « 2^{ème} phase » et vivant donc dans un appartement, l'aide matérielle est de CHF 445 par personne et par mois, montant forfaitaire qu'il doit gérer lui-même. Ce montant diminue progressivement lorsque le nombre de

¹ Conférence suisse des institutions d'action sociale

personnes dans le logement est supérieur à trois. En cas de sanctions, le minimum vital qui peut être alloué est de CHF 265 (DSAS, 2011).

RA déboutés

Les RA déboutés, de même que les personnes NEM, peuvent prétendre à une aide d'urgence de CHF 10 par jour pour un adulte de 16 ans révolus, pour couvrir les besoins minimaux. Le minimum vital est quant à lui le même que pour les RA se trouvant en 1^{ère} phase, à savoir CHF 8 par jour pour les adultes de 16 ans révolus, sans enfants (DSAS, 2011)

3.2.3 Activités lucratives (SASoc, SpoMi, ORS)

Les RA peuvent participer à des programmes d'occupation et de formation organisés par ORS. Ils comprennent notamment des cours de pressing, de couture, de boulangerie, de peinture en bâtiment^a et leur permettent de recevoir un montant incitatif de CHF 150 par mois ou CHF 100 si leur taux d'activité est inférieur à 60% (DSAS, 2011). Il leur est aussi possible d'effectuer des tâches d'entretien des foyers, comme le nettoyage. Celles-ci sont rémunérées à hauteur de CHF 10 par jour.^a

Par ailleurs, il est possible pour un RA arrivé en Suisse depuis plus de trois mois d'exercer une activité lucrative. C'est à lui de trouver un emploi, avec l'aide d'assistant sociaux d'ORS^a, qui peuvent leur fournir des conseils en matière d'intégration, tant sociale que professionnelle (DSAS, 2011). Il n'y a cependant pas de mandat pour cela, ceci est fait de manière ponctuelle. Brièvement, l'employeur doit, de son côté, prouver qu'il n'a trouvé aucun Suisse pour ce travail. Le SPoMi doit ensuite valider la demande du RA en s'assurant que les conditions de travail sont décentes et que le salaire est conforme à ce que toucherait un Suisse pour ce même travail, ce qui reste néanmoins difficile.^a

3.2.4 Cadre de vie des requérants d'asile

Bien qu'il y ait des directives communes pour chacun des foyers, comme l'interdiction de fumer et de boire de l'alcool à l'intérieur des établissements, les horaires ne sont de leur côté pas toujours les mêmes. Certains foyers ne ferment jamais leurs portes, d'autres sont ouverts de 8h00 à 0h00. Quoi qu'il en soit, les RA doivent ponctuellement signer une feuille de présence.

Les activités durant la journée dépendent elles aussi fortement du foyer. Des cours de langue (Français ou Allemand, en fonction de la zone géographique) sont cependant obligatoires durant les trois premiers mois qui suivent l'arrivée des RA. De même, les activités liées au nettoyage et rangement des lieux sont généralement effectuées par les RA eux-mêmes. Le reste des activités est propre à chaque foyer.

En fonction de la structure du foyer, les repas sont parfois soumis à des horaires, notamment dans les abris de protection civile, où les cuisines ne sont pas assez grandes pour laisser l'ensemble des RA cuisiner en même temps. Dans ce cas, les responsables font appel à un restaurateur de la région, comme c'est par exemple le cas à Wünnewil. En revanche, dans les autres foyers, les cuisines permettent aux RA de se faire eux-mêmes à manger. Il ne leur est toutefois pas permis de préparer leur repas dans les chambres.^a Ces dernières, tout comme

les toilettes, sont séparées par genre. Il y a en outre des horaires pour les douches, dont les femmes ont la clé.

Il est donc difficile d'identifier une journée-type dans la vie de foyer des RA. En dehors des cours de langue ou de l'horaire des repas (lorsque ceux-ci sont fournis par un restaurateur de la région), les RA n'ont pas nécessairement des activités structurant leur journée.

Concernant le personnel, chaque foyer dispose d'un responsable et de plusieurs collaborateurs travaillant majoritairement à temps partiel. Il y a également des veilleurs de nuit. Le personnel gère la relation entre les RA et les populations riveraines, s'occupe des problèmes inhérents à la vie du foyer, écoute les RA, organise différentes activités avec eux, etc.^a

Dans le cas de foyers se trouvant dans des abris de protection civile, les logements ne sont pas occupés en surcapacité. Par exemple, un abri ayant une capacité de 200 places n'accueillera que 50 RA.^a

Finalement, s'il y a des soupçons de drogue, la police peut faire un contrôle des chambres, mais pas de fouilles personnelles : « le but n'est pas de faire de la répression ».^a

3.2.5 Statistiques

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le nombre de RA a fortement augmenté ces derniers mois. Nous pouvons voir sur le Tableau 1 que certains foyers ont vu leur population s'accroître de près de 40%. Quant au nombre total de RA en 1^{ère} phase, il a augmenté d'environ 50%. Cette situation se fait moins ressentir sur les RA en 2^{ème} phase, possiblement en raison de la crise du logement et du temps que demande la procédure d'asile. Globalement, le nombre de RA à la charge du Canton de Fribourg a évolué de près de 16%.

Tableau 1 : Evolution du nombre de requérants d'asile dans le Canton de Fribourg entre septembre 2011 et septembre 2012

Foyers	Effectifs septembre 2011	Effectifs septembre 2012	Evolution en pourcent
Broc	52	73	40.38
Estavayer-le-Lac	68	91	33.82
Fribourg (3 foyers)	167	216	29.34
Wünnewil	-	52	-
Total RA 1^{ère} phase	287	432	50.52
Total RA 2^{ème} phase	1017	1080	6.19
Total de RA	1304	1512	15.95

Source : Site Internet du SASoc - compilé par equiterre

4 Evaluation des impacts sur la santé

4.1 Influence de la longueur de la procédure d'asile sur la santé des requérants d'asile

La durée de séjour dans le pays hôte peut affecter la santé, comme le montre l'étude de Toscani et al (2007) qui s'est intéressée aux RA originaires du Kosovo arrivés en Suisse entre août 1999 et juin 2001, et rapatriés depuis. Cette étude cherche à évaluer les relations entre les conditions de vie durant l'asile et le niveau de santé des personnes rapatriées. Ces dernières, dont un certain nombre présentait des désordres de stress post-traumatique, furent interrogées sur leur état de santé. D'après la conclusion générale de l'étude, celui-ci se serait dégradé durant leur séjour en Suisse (Toscani et al, 2007). En effet, l'étude démontre une corrélation positive entre la durée du séjour et une mauvaise santé mentale (sauf pour les personnes résidant en milieu urbain). Une des raisons pourrait provenir du stress de revenir au Kosovo après une longue période en Suisse, particulièrement s'il y a un retour à des conditions de vie difficiles en milieu rural. Un séjour de plusieurs années peut donc avoir des impacts négatifs sur la santé mentale en cas de retour dans le pays d'origine (Toscani et al, 2007).

Comme nous avons pu le voir précédemment, la durée d'une procédure d'asile est généralement de quelques mois, bien qu'elle puisse être accélérée aussi bien lorsque la personne présente manifestement le statut de réfugié que lorsque la demande est injustifiée ou infondée. (ODM – Etrangers et requérants d'asile en Suisse). Mais la procédure peut aussi durer plusieurs années en raison de l'augmentation du nombre de demandes d'asile ou en cas de recours du RA à la décision de l'ODM.

En outre, les différents permis de séjour attribués aux RA et les situations d'instabilité qu'ils engendrent peuvent aussi avoir un impact sur leur santé mentale. Selon l'étude de Steel et al (2011), l'Australie délivre deux types de visas aux RA. Il y a dans un premier temps le visa de protection temporaire, attribué aux personnes arrivées dans le pays sans autorisation, mais ayant tout de même prouvé leur statut de réfugié. Ce visa implique que ces personnes peuvent être potentiellement renvoyées dans leur pays d'origine si la situation de celui-ci s'améliore et ne justifie plus une protection (Steel et al, 2011). Parallèlement, en fonction des quotas australiens, un certain nombre de visas de protection permanente est attribué aux personnes ayant fait leur demande d'asile depuis l'étranger (Steel et al (2011)). L'étude a comparé l'état de santé de personnes ayant ces deux types de visa et venant soit d'Afghanistan, soit d'Iran. Les résultats indiquent que les personnes avec un visa de protection temporaire montraient un haut niveau de stress post-traumatique et une augmentation des niveaux d'anxiété, de dépression et d'angoisse. Au contraire, les personnes ayant un visa de protection permanente avaient un niveau de stress post-traumatique initialement plus faible et montraient une amélioration avec le temps, suggérant que le fait de se savoir dans des conditions sûres d'établissement (*resettlement*) entraîne déjà une diminution des symptômes et des conséquences de stress post-traumatique.

Les résultats de cette étude peuvent, par analogie, s'appliquer au contexte suisse. En effet, comme nous l'avons vu à travers la Partie 3 et comme présenté en

annexe, les RA se voient attribuer différents types de permis de séjour dès leur arrivée dans un canton et en fonction de l'évolution de leur situation. Le Permis N donne une autorisation de séjour temporaire, puisqu'elle n'est assurée que durant la procédure d'asile. A ce stade, le RA ne sait donc pas s'il pourra rester en Suisse ou pas.

De même, le Permis F offre une admission provisoire. Comme l'indique l'article 84 de la Loi sur les Etrangers du 16 décembre 2005 (Etat le 29 septembre 2012) (ci-après LEtr) à travers les alinéas 1 et 2, l'ODM vérifie périodiquement si les RA admis provisoirement remplissent toujours les conditions. Si ce n'est plus le cas, l'admission provisoire est levée et l'exécution du renvoi ordonnée. Au même titre que les visas de protection temporaire australiens traités dans l'étude de Steel et al (2011), les risques potentiels que les Permis N et F impliquent sur la santé des RA peuvent donc être une augmentation du niveau de dépression, d'angoisse et d'anxiété et une non amélioration des désordres de stress post-traumatiques. De leur côté, les Permis B délivrés en Suisse peuvent être comparés avec les visas de protection permanente, puisqu'ils assurent une situation stable.

Cependant, d'après les personnes ressources interrogées, la tendance concernant les personnes admises à titre provisoire (Permis F) est plutôt à l'intégration qu'au revois. A ce titre, les personnes travaillant sur le terrain auraient remarqué une amélioration de l'état de santé de ces dernières.³

Parallèlement, une étude de McLaughlin et Warin (2008), réalisée sur les RA rentrés illégalement en Australie et vivant dans des conditions carcérales, a démontré une augmentation des niveaux de stress post-traumatique et de dépression chez ces derniers.

En Suisse, les RA déboutés et les personnes NEM sont soumis à la LEtr. Selon l'article 76 de cette dernière, ayant pour objet la « Détention en vue du renvoi ou de l'expulsion », l'autorité compétente peut, afin d'assurer l'exécution d'une décision de renvoi ou d'expulsion, mettre la personne en détention. Si la décision du renvoi est notifiée dans un CEP ou est imminente, la détention ne peut excéder 30 jours (LEtr, art.76, al. 2). Dans les autres situations (LEtr, art. 79, al. 1), la durée maximale de détention ne peut excéder six mois, mais peut, sous certaines conditions et avec l'accord de l'autorité judiciaire cantonale (LEtr, art. 79, al. 2), s'étendre jusqu'à 12 mois, six s'il s'agit d'un mineur âgé entre 15 et 18 ans (LEtr, art. 79, al. 2). Au vu de ces longues périodes de détention, il est dès lors envisageable que les impacts sur la santé mentionnés par McLaughlin et Warin (2008) apparaissent également lorsque les RA (en Suisse) se trouvent en détention administrative.

4.2 Communication et médiatisation

La communication entre les différentes institutions joue un rôle extrêmement important dans le contexte de l'asile. La phase de prise de contact, d'information et de discussion de la DSAS avec les autorités communales et la population est essentielle lors de l'ouverture d'un nouveau centre. Dans certains cas, cette phase peut potentiellement être rendue (plus) délicate par les médias, qui forment/forgent l'opinion publique et jouent, en l'occurrence, un grand rôle dans l'image donnée aux RA. Si la communication n'est pas faite convenablement, les risques d'attiser les craintes de la population par rapport à l'incivilité, à

l'insécurité et à la rupture de la quiétude sociale ne font qu'augmenter. Or, les personnes vivant dans un sentiment d'insécurité risquent de voir leur santé mentale affectée, notamment à travers une augmentation de leur niveau de stress (voir Point 4.3). Toutefois, d'après les entretiens réalisés, la communication entre autorités cantonales et communales semblent bien se passer, le but étant de ne pas faire avec les Communes ce que la Confédération fait avec les Cantons.^a

De son côté, la communication entre les institutions et les acteurs de l'asile semble perfectible, notamment au niveau de la disparition de RA. Il arrive en effet que la police ne prévienne pas les foyers lorsqu'un RA est en prison, notamment lorsqu'il est dans un autre canton. Si un RA annoncé comme disparu réapparaît et refait une demande d'asile, cette dernière doit repartir de zéro.^a Cet allongement de la procédure d'asile peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale des RA, comme le soulève l'étude de Toscani et al (2007) vue précédemment (voir Point 4.1). A noter que près de la moitié des RA disparaissent.^a

4.3 Attitude de la population par rapport à l'information sur l'ouverture d'un centre d'hébergement pour requérants d'asile et relation entre la population et les requérants¹

Selon un article de la revue belge « Migrations magazine»², les personnes sont souvent sensibles, en voyant à la télévision la situation de détresse des RA et particulièrement celle des femmes et des enfants. Ainsi, elles manifestent une compassion à l'égard de ceux-ci. Cependant, ce sentiment de sympathie laisse souvent place à de la crainte, de l'angoisse et du rejet quand la présence virtuelle se transforme en présence réelle de proximité. Ce rejet s'apparente au syndrome NIMBY³ (Gsir et al, 2004).

L'ouverture d'un centre d'hébergement pour RA provoque la plupart du temps une réaction d'hostilité de la part de certains habitants des localités concernées qui craignent surtout des problèmes d'insécurité, d'incivilités, de diminution de la valeur foncière des terrains à bâtir ou de dépréciation générale du quartier (Gsir et al, 2004). Les incivilités, la rupture de la quiétude sociale et l'insécurité sont des éléments importants en termes de santé mentale et physique.

Les incivilités peuvent être résumées par la « transgression des règles de courtoisie », comme fumer dans les lieux non autorisés, faire du bruit, faire preuve d'impolitesses, proférer des insultes, etc. Elles désignent aussi les ruptures des convenances dans les interactions entre riverains (Gsir et al, 2004). Ainsi, elles influencent de façon importante le sentiment d'insécurité (Ruegg et al, 2006) et donc, la santé mentale et physique de la population.

Le sentiment d'insécurité influence directement le bien-être, notamment à travers le degré de stress psychique occasionné par la peur et la perception des risques aux conséquences graves ou dommageables, telles que des vols, agressions, lésions corporelles, etc. De plus, l'internalisation d'un fort sentiment

¹ Nous n'avons pas réalisé d'entretien avec la population

² Voir sous Réa dans la bibliographie

³ Not In My Back Yard (pas dans ma cour)

d'insécurité peut influer sur les comportements des personnes et conduire à leur isolement, ce qui n'est pas sans conséquence en matière de santé. En effet, dans une société, la cohésion sociale constitue un déterminant important de la santé de la population (Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada – Pourquoi les Canadiens sont-ils en bonne santé ou pas).

Les travaux de recherche de Gsir et al (2004)¹, réalisés sur les relations sociales entre populations locales et RA, révèlent l'incidence des discours sur les incivilités et l'insécurité. En effet, ils peuvent constituer des entraves aux interactions entre habitants et RA, créant une situation de tension. Ces auteurs estiment que ce type de paroles, qui ne sont pas toujours fondées, peut servir à l'édition de barrières sociales. De ce fait, ils considèrent que le comportement des médias, tout comme l'action des pouvoirs publics ou les interventions politiques, sont des facteurs susceptibles de faciliter ou de gêner (rendre plus difficile) la cohabitation entre riverains et RA.

Gsir et al (2004) affirment également que les RA peuvent souffrir d'un *a priori* défavorable ou de préjugés négatifs. On leur confère souvent des attributs de profiteurs, bruyants, délinquants, violents, etc., ce qui n'est pas sans conséquence sur les interactions entre habitants et RA. De même, selon cette étude, ces attributs modèlent les relations sociales, justifient les rencontres ou la distanciation. Il ressort également des entretiens que nous avons réalisés que le comportement de certains individus peut porter préjudice à l'ensemble des RA. En effet, il suffit d'un événement, d'une bagarre impliquant un RA par exemple, pour que toute cette catégorie de population soit stigmatisée.

Si l'opposition des riverains est souvent importante durant la phase d'ouverture d'un centre, celle-ci tend à s'atténuer avec le temps, mais sans disparaître entièrement pour autant. Cette diminution des hostilités dépend, d'une part, des mesures qui sont entreprises pour favoriser les interactions entre les riverains et les RA et, d'autre part, du comportement des RA eux-mêmes. Ainsi, on n'est jamais à l'abri d'une réapparition d'oppositions en raison d'une mauvaise conduite d'un ou de plusieurs RA. D'autre part, le comportement des habitants envers les RA dépend aussi des types de communautés accueillies (Afrique du Nord, Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest, Europe de l'Est, etc).^a

L'expérience du centre provisoire de RA de Sugiez dans la commune du Bas-Vully (16 février 2009 – 26 février 2010) devrait servir d'exemple. En effet, lors de son ouverture, ce projet a suscité des résistances de la part des élus locaux, mais aussi des craintes et des angoisses d'une partie de la population du Bas-Vully. Toutefois, la mise en place d'un groupe d'accompagnement à l'initiative de la DSAS et de certains habitants de la commune, a permis de développer les échanges entre les RA et les riverains du centre. Les objectifs de ce groupe étaient d'établir un lien entre la population locale et les RA nouvellement établis, dans le but de faciliter leur intégration. Pour ce faire, de nombreuses activités ont

¹ Cette étude a été réalisée, entre avril 2001 et novembre 2002, par une équipe de chercheurs du Centre d'études de l'ethnicité et des migrations (CEDEM) de l'Université de Liège (ULg) et du Groupe d'études sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion de l'Institut de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Le but de cette recherche était d'étudier l'attitude de la population belge face aux requérants d'asile. L'objet principal consistait à étudier les relations sociales qui se nouent ou non entre des habitants de localités et des demandeurs d'asile, ainsi que les implications d'acteurs institutionnels et associatifs.

été réalisées : stand de cuisine du monde dans le cadre du *slow up* ; journée portes ouvertes du centre ; cours de français dispensés par certains habitants ; ballades au Vully ; travail ensemble dans les jardins et les vignes, etc.^a D'autre part, plusieurs dons ont été faits aux RA par certains Vuillerains soucieux de leurs conditions de vie: vêtements, jouets, télé, fruits, etc.^a D'autres actions en parallèle, organisées conjointement par la DSAS et la DSJ, comme l'organisation de l'exposition « Moi, raciste !? », ont permis de diminuer les appréhensions de la population. Bien qu'il ne faille pas généraliser cette modification de comportement et de perception à toute la population riveraine, ces actions, et bien d'autres, ont contribué à dissiper les craintes et inquiétudes d'une partie des habitants.

A Wünnewil, un groupe d'accompagnement, composé d'une vingtaine de personnes dont la syndique et le responsable ORS du foyer, a été mis en place. L'objectif est de définir des activités à réaliser avec les RA et faciliter ainsi le contact avec la population. En outre, à Estavayer-le-Lac, où se trouve le Foyer du Lac, la Commune organise des journées d'intégration culturelle, dans le cadre de son processus d'intégration générale. Ces journées sont ouvertes aux RA, ce qui permet de favoriser les rencontres entre ces derniers et les habitants.^a

En résumé, miser sur l'échange et la communication entre la population riveraine et les RA peut permettre d'améliorer leurs relations et, ainsi, contribuer à réduire les sources de tensions possibles entre ces deux groupes. Les angoisses, peurs ou sentiment d'insécurité exprimés par les habitants étant ainsi atténués, les effets potentiels sur leur santé mentale sont moindres.

4.4 Conditions de vie dans les foyers

Selon les professionnels de la santé, les abris de protection civile ont un manque de confort et de lumière naturelle, ainsi qu'une trop grande promiscuité qui peuvent avoir une influence négative sur la santé des RA, particulièrement ceux ayant des désordres de stress post-traumatique (Toscani et al, 2007). Cependant, les résultats obtenus dans l'étude de Toscani et al (2007) sur les RA présentant ces symptômes et ayant vécu dans des abris de protection civile sont à l'opposé de ce qui était attendu. En effet, ils avaient un meilleur état de santé que ceux présentant des symptômes identiques mais ne vivant pas dans ces abris. Les auteurs expliquent cela par le fait que le soutien social, dû à cette promiscuité, diminuerait le stress post-traumatique. De plus, l'abri de protection civile pourrait développer un sentiment de sécurité. Il faut toutefois faire attention aux conclusions hâtives, ces résultats étant basés sur un petit groupe de sujets ($n=12$) (Toscani et al, 2007).

Mais, suite à l'afflux croissant de RA depuis quelques mois, la promiscuité dans laquelle vivent ces derniers semble s'être intensifiée dans les foyers (voir Point 3.2.5), ce qui peut entraîner une augmentation des bagarres, notamment en raison des différentes cultures et nationalités.^a De plus, la promiscuité en général affecte la santé mentale des personnes qui y sont confrontées et peut donc difficilement être considérée comme positive. D'ailleurs, d'après les entretiens, la cohabitation semble bien se passer si elle se fait en petits groupes.

La mixité joue elle aussi un rôle non négligeable. Il y a une solidarité entre les RA qui serait plus fréquente lorsque le foyer comprend des familles et pas

uniquement des hommes célibataires. La mixité permettrait en outre de diminuer les conflits.^a

La localisation des foyers est aussi importante pour la santé des RA. En effet, les personnes sans stress post-traumatique, mais ayant vécu dans un milieu urbain durant leur séjour en Suisse de 6 mois à 2 ans, ont amélioré leur santé mentale, possiblement en raison d'une adaptation plus facile (Toscani et al, 2007).

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe actuellement cinq foyers de RA gérés par ORS dans le canton de Fribourg, auquel s'ajoute les foyers de Wünnewil et bientôt celui de Charmey, ouverts temporairement pour faire face à l'afflux de RA. Les trois foyers en ville de Fribourg et celui d'Estavayer-le-Lac se trouvent dans un milieu plutôt urbain, alors que ceux de Broc et de Wünnewil se trouvent à environ 1 km des habitations.¹ Le foyer temporaire ouvert à Sugiez entre janvier 2009 et février 2010 était, lui aussi, proche des habitations.

Plus précisément, le foyer Wünnewil se trouve à proximité de l'Autoroute A12. Quant à celui de Sugiez, il était situé proche d'un tas de décombres, comprenant des immeubles en ruine prévus pour des exercices de la protection civile. Ceci avait dans un premier temps choqué les RA venant de pays en guerre.^a

Des événements issus du comportement des RA peuvent également avoir un impact sur les conditions de vie dans les foyers. Le personnel y travaillant y a en effet ressenti une augmentation de la violence. Depuis quelques temps, des armes blanches font fréquemment leur apparition lors de différends. Auparavant, cette violence semblait moins fréquente et les bagarres se faisaient « uniquement » à travers quelques coups de poing,^a ce qui témoigne déjà d'un certain niveau de violence.

Toujours selon l'étude de Toscani et al (2007), les personnes ayant des désordres de stress post-traumatique disaient avoir eu des conditions de séjour moins bonnes que ceux ne présentant pas ces troubles. Les raisons peuvent potentiellement venir du fait que :

- les symptômes dépressifs rendent le séjour négatif ;
- les personnes affectées mentalement ont moins de capacité à utiliser les opportunités qui se présentent ;
- les personnes qui ont vécu dans de moins bonnes conditions ont un niveau de rétablissement plus faible.

Dans tous les cas, l'observation révèle que les personnes vulnérables ont de moins bonnes expériences et n'ont pas vécu dans les meilleures conditions possibles durant la période d'asile (Toscani et al, 2007). De plus, il semblerait que les personnes qui avaient les plus grands troubles sont celles qui ne vivaient pas avec leur famille, qui avaient moins de notions de la langue locale ou qui ne s'étaient pas fait beaucoup d'amis (Toscani et al, 2007).

¹ Distances mesurées d'après le site Internet de Google Maps (maps.google.ch).

4.5 Image et intégration des requérants d'asile

D'après certains auteurs, la vision du RA a évolué durant les dernières décennies, passant du mythe du « bon réfugié » fuyant « un régime oppressif » du bloc soviétique à un « mauvais » demandeur d'asile, « fraudeur » et qui cherche à « profiter des opportunités économiques et des systèmes sociaux européens » (Freedmann, 2007). De plus, les RA sont confrontés à un discours marginalisant de la part de certains politiques, médias ou types de public des pays hôtes (Grove et Zwi, 2008). C'est également le cas en Suisse où un certain nombre d'initiatives politiques, dans le domaine de l'asile ou ailleurs, participe à la marginalisation des étrangers et donc des RA. Par conséquent, l'image de ces derniers auprès de la population n'est pas toujours positive.

Prenons l'exemple de l'ouverture du foyer de Sugiez qui n'avait pas été bien accueillie par une partie de la population et les autorités communales. De vives réactions ont été exprimées : « On ne veut pas de ces gens chez nous » ; « On a peur pour nos enfants et pour nos personnes âgées qui sont les plus vulnérables. » ; « Moi, j'ai peur que la criminalité augmente. Il y a peu de cambriolages par ici, cela va sûrement changer. Sans compter que le prix du terrain à bâtir va sûrement baisser. » ; « Et la drogue ? Certains de ces gens sont des trafiquants », etc. Une pétition contre l'ouverture du centre avait même été lancée par un groupe de citoyens (La liberté du 29 janvier 2009, « On n'en veut pas par ici »). Cet exemple n'est pas le seul qui démontre une certaine crainte des populations riveraines. En effet, d'après les entretiens, les réactions ont été les mêmes il y a plusieurs années, lors de l'ouvertures des foyers permanents comme ceux des Passereaux ou du Lac.

En outre, certaines situations malencontreuses contribuent à cette stigmatisation des RA. Dans le Bilan final du foyer de Sugiez¹ figure un exemple relativement parlant : certains RA du foyer devaient se rendre à Fribourg pour des rendez-vous chez le médecin, le dentiste ou encore au SPoMi. Des bons de transport étaient établis par ORS et devaient être échangés dans une gare, contre un billet de train. Mais ceci n'étant possible qu'en gare de Fribourg (et non en gare de Sugiez, point de départ du voyage), les RA n'avaient donc pas de billet valable pour leur trajet « aller ». Dès lors, bien qu'ORS ait préalablement averti les Transports Publics Fribourgeois (TPF) de ce problème logistique, les contrôleurs infligeaient une amende aux RA, amende qui était ensuite directement annulée lors de la présentation du bon de transport à Fribourg. Comme le souligne le responsable du foyer dans le Bilan final, le contrôleur était dans l'obligation de verbaliser le RA devant les autres usagers, sans pour autant leur expliquer la particularité de la situation. Ainsi, des usagers ont peut-être, sur le moment, jugés les RA comme des resquilleurs, alors qu'ils n'étaient aucunement responsable de cette situation et ne pouvaient pas faire autrement.

Cependant, comme il est ressorti d'entretiens, certains RA contribuaient eux-mêmes à leur propre stigmatisation. En effet, une partie d'entre eux ne paierait pas le train et jetteait les amendes reçues à la poubelle.^a Ce genre de comportement, au même titre que la situation mentionnée précédemment,

¹ Il s'agit d'un document établi par le responsable du foyer de Sugiez et faisant état du déroulement la vie au foyer durant la période où des RA y ont été accueillis.

participe assurément à construire une mauvaise image des RA auprès de la population, ce qui, par extension, nourrit la stigmatisation et les débats politiques sur l'asile. Cela contribue, au final, à leur marginalisation.

D'après l'étude de Sagric et al (2007), il existe deux types de marginalisation : elle peut être volontaire, comme le ferait une personne ayant choisi de voyager à travers le monde sans résidence permanente. Mais elle peut aussi être subie, comme pour un toxicomane, un prisonnier, une personne au chômage ou un réfugié. Dans ce cas précis (marginalisation subie), les personnes peuvent en souffrir de différentes façons : faible contrôle sur leur vie, rôle social limité entraînant une faible confiance en soi, faible estime personnelle, divers problèmes psychologiques, etc. (Sagric et al, 2007).

Afin de réduire la marginalisation que connaissent les RA, ORS se charge de l'organisation d'activités d'intégration. En fonction de la partie linguistique du canton dans laquelle ils sont placés, les RA sont tenus de suivre des cours de Français ou d'Allemand durant les trois premiers mois qui suivent leur arrivée. Comme nous l'avons vu dans la partie 3.2, ils ont aussi la possibilité de suivre divers cours (de pressing, de couture, de boulangerie etc.), de travailler à la maintenance de leur propre foyer contre une petite rémunération. Certains réussissent également à trouver une activité professionnelle. Ceci a des effets conséquents sur leur santé mentale, physique et sociale : d'une part, ce genre d'activités leur permet de gagner de l'argent, et donne, d'autre part, un sentiment d'identité et d'utilité non négligeable, ainsi que des possibilités de développement personnelles (Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada - Pourquoi les Canadiens sont-ils en bonne santé ou pas).

Il existe d'autres activités d'intégration non lucratives auxquelles peuvent participer les RA et qui leur permettent de se mêler à la population. Elles dépendent cependant beaucoup du responsable et de la localisation du foyer, ainsi que du temps depuis lequel celui-ci est ouvert. Par exemple, à Sugiez, les RA ont participé un exercice d'évacuation avec l'armée et la population, tenu un stand de cuisine lors d'un slow-up, fait une soirée de jeux avec la Jeunesse du lieu.^a Ce genre d'activités serait plutôt réalisable avec les foyers temporaires, lorsque les groupes de contact avec la population sont présents. En effet, selon les personnes ressources interrogées, ces groupes n'auraient pas duré dans les foyers permanents.

4.6 Prise en charge sanitaire des requérants d'asile

Une étude rétrospective transversale (Bischoff et al, 2009) réalisée dans le canton de Bâle-Ville, s'est intéressée à la santé des RA et notamment au fardeau réel de la maladie parmi ces personnes. Les auteurs déclarent, d'une part, que l'état de santé des RA varie selon les circonstances économiques, politiques et psychosociales dans lesquelles la migration s'est produite. D'autre part, ils affirment que les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés étaient des affections chroniques, plutôt que les maladies transmissibles aiguës. En outre, McColl et al (2006) et Fazel et al (2005) ont observé que les problèmes de santé mentale (p.ex. *dépression, syndrome de stress post-traumatique*) et d'autres maladies sont très répandus au niveau des populations de RA.

Dans le canton de Fribourg, la procédure de prise en charge sanitaire des RA a un triple objectif :

- « offrir des soins appropriés et professionnels aux RA totalement ou partiellement assistés, aux personnes touchées par une décision de non entrée en matière et aux RA déboutés, tout en limitant les coûts » ;
- « informer, promouvoir la santé et prévenir les problèmes médico-sociaux » ;
- « encadrer et accompagner les RA vers une prise en charge autonome de leur santé»¹.

Dans le cadre du mandat d'encadrement des RA qui lui a été confié par l'Etat, ORS s'occupe également de la procédure de leur prise en charge sanitaire, en collaboration avec différents acteurs (services médico-sociaux, médecins, hôpitaux, Service du médecin cantonal (SMC), service de soins à domicile, service psychosocial, etc.). Le SMC n'a toutefois pas de mandat spécifique au sujet de la prise en charge médicale des RA, si ce n'est dans le cadre de la législation plus générale concernant notamment la lutte contre les épidémies.^a Dû à cette situation, deux postes d'infirmier-ères (un infirmier à 80% et une infirmière à 60%) sont gérés par ORS. Ils assurent une présence dans les foyers et appartements occupés par les RA. Leur rôle est d'écouter, d'informer, de rassurer et de soigner ou d'orienter les RA vers un médecin. Ils interviennent beaucoup plus dans l'accompagnement, le soutien psychologique que dans l'intervention médicale à proprement parler. Ce sont eux qui décident aussi si un RA doit être reçu par un médecin ou non.^a

A son arrivée dans un foyer du canton, le RA est convoqué par l'infirmier-ère pour une première consultation. Lors de cette rencontre, le personnel médical se présente, indique son rôle et interroge le RA pour savoir s'il souffre de problèmes de santé. Les RA évoquent des problèmes de santé physique et de santé mentale (troubles psychologiques, troubles du sommeil), souvent en relation avec ce qu'ils ont enduré dans leur pays. Les femmes et les jeunes filles ont la possibilité de bénéficier d'un contrôle gynécologique et de la contraception. Enfin, des informations leur sont transmises sur la nutrition et des brochures de conseils par rapport à certaines maladies telles que le VIH/sida leur sont aussi remises. Au cours de cette consultation, l'infirmier-ère peut avoir recours à un interprète issu du service « se comprendre » de Caritas Suisse. Ce service, financé par l'Etat, est également utilisé lorsqu'un RA a un rendez-vous extérieur, chez le médecin par exemple.^a

Concernant la question de la traduction, deux études suisses se sont penchées sur le sujet. La première (Bischoff et al, 2003), réalisée dans le canton de Genève, avait pour objectif de déterminer si la barrière linguistique, durant l'entretien avec l'infirmier-ère, affecte la détection des problèmes de santé des RA et leur orientation vers des soins de santé appropriés. Selon les auteurs, les résultats de l'étude suggèrent l'importance de traiter la question des barrières linguistiques dans les centres de soins de santé primaires afin d'enregistrer de façon adéquate les cas de réfugiés traumatisés. Pour cela, le recours à des interprètes professionnels est recommandé.

¹ ORS Service AG – Procédure de prise en charge sanitaire dans le canton de Fribourg – Document de synthèse

La seconde étude transversale (Bischoff et al, 2010) a traité de la relation entre les barrières linguistiques et les coûts des soins de santé chez des RA en Suisse. Elle révèle que ces barrières ont un impact sur les coûts des soins de santé et qu'elles ne peuvent plus être ignorées dans les services de soins de santé actuels, puisqu'elles pourraient générer, à long terme, des coûts importants si rien n'est fait.

En cas de maladie contagieuse, le SMC est contacté pour les éventuelles dispositions à suivre. Par exemple, pour la tuberculose, les infirmières du SMC signalent un cas avéré à la Ligue pulmonaire. Ensuite, celle-ci établit les mesures opérationnelles à mettre en place, procède à un test médical pour la prophylaxie et réalise également une enquête d'entourage. La responsabilité du traitement relève du médecin traitant et le secret médical est de rigueur.^a Le document de synthèse élaboré par ORS sur la prise en charge sanitaire dans le canton de Fribourg résume bien la procédure.

A noter que certains RA viendraient déposer une demande d'asile en Suisse uniquement pour faire du « tourisme médical ». Il arrive en effet que des RA quittent leur pays dans le seul but de suivre un traitement médical, alors que leur condition de vie dans celui-ci ne justifie en rien une demande d'asile. Ces derniers ne cherchent donc aucunement à s'intégrer, puisqu'ils ne viennent pas en Suisse pour s'y établir.^a

4.7 Aide matérielle, aide d'urgence et santé physique des requérants d'asile

Il est estimé que les conditions socio-économiques dans lesquelles vit un individu constitue entre 45 et 50% des déterminants de sa santé. Celles-ci vont en effet influencer ses conditions et son mode de vie. A ce titre, le revenu fait parti des déterminants majeurs de la santé. En effet, plus il sera élevé, plus un individu aura la possibilité d'avoir accès à un meilleur logement, de pratiquer des activités de loisir et de pouvoir acheter des aliments équilibrés, etc. (Plateforme EIS).

Parallèlement, comme nous l'avons vu dans la Partie 3.2, l'aide matérielle ou l'aide d'urgence allouée aux RA sert essentiellement à leurs dépenses alimentaires, car les frais de logements sont pris en charge par le SASoc et/ou ORS. Bien que cela soit difficile à évaluer, il serait intéressant de voir si cette aide suffit à avoir une alimentation équilibrée, particulièrement lorsqu'elle atteint le minimum vital de CHF 8 par jour pour les RA en 1^{ère} phase et débouté ou CHF 265 pour les RA en 2^{ème} phase.

En parallèle, selon le rapport GMM II¹, il ressort que la population migrante interrogée a tendance à manger moins de fruits et légumes et qu'elle est plus fortement inactive physiquement que la population suisse (Cordey et al, 2012). En partant du principe que les RA en aient la capacité financière, il est envisageable que cela ne soit pas suffisant pour acheter une alimentation équilibrée. En effet, ils arrivent généralement dans un pays dans lequel ils ne connaissent pas la nourriture et ne savent pas comment apprêter les aliments. Conjugué à manque d'activité physique, ceci peut entraîner des problèmes sur leur santé physique.

¹ Monitoring réalisé sur l'état de santé de la population migrante en Suisse

A ce titre, les programmes d'alimentation et d'activité physique prévus dans le canton (Cordey et al, 2012) semblent être de bons moyens de familiariser les RA à l'importance d'une alimentation équilibrée, dans la manière de cuisiner.

4.8 Santé du personnel

Il est reconnu que l'emploi a des effets généralement bénéfiques sur la santé physique, mentale et sociale (Site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada – Pourquoi les Canadiens sont-ils en bonne santé ou pas). Les niveaux élevés de chômage dans une société sont souvent à l'origine de problèmes de santé mentale importants (dépression, anxiété, etc.).

Si de manière générale, travailler est préférable pour la santé, l'organisation sociale du travail, le mode de gestion et les relations sociales sur le lieu de travail ont un impact certain sur la santé. En effet, l'environnement psychosocial au travail constitue un déterminant important de la santé (OMS, 2004). Plusieurs études se sont penchées sur l'effet des contraintes psychosociales au travail, sur l'apparition de problèmes de santé mentale (Bourbonnais et al, 2005 ; Niedhammer et al, 2002 ; Vézina, 2002). Des chercheurs de l'Université de Laval et du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale (Québec) (Bourbonnais et al, 2006) ont identifié des contraintes psychosociales de l'environnement du travail qui peuvent entraîner des atteintes à la santé mentale voire physique des travailleurs : la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible, un faible soutien social au travail et les déséquilibres entre les efforts investis et la reconnaissance reçue.

Les conditions de travail (physiques et psychosociales) peuvent donc avoir un effet marqué sur la santé et le bien-être affectif des personnes (Bosma et all, 1997). Selon une enquête¹ sur les conditions de travail en Europe, à laquelle a pris part la Suisse², globalement, les personnes interrogées invoquent plus souvent une atteinte à la santé qu'une mise en danger. Cette dernière – c'est valable aussi pour la sécurité – est perçue comme un danger direct et immédiat. Quant à l' « atteinte à la santé », elle est considérée comme exerçant une influence plutôt indirecte et pouvant s'aggraver à long terme. Les résultats de cette étude révèlent qu'en Suisse, 31% des personnes interviewées déclarent que le travail porte atteinte à leur santé. Les problèmes les plus souvent cités sont les maux de dos (18%), le stress (17%) et les douleurs musculaires dans les épaules ou la nuque (13%). Les problèmes d'angoisse sont également plus fréquents dans les secteurs de l'administration, l'éducation, la santé et le social³, qu'au niveau des branches, telles que l'agriculture et la sylviculture, l'industrie et la construction ou encore le secteur tertiaire privé (SECO, 2007).

Dans le domaine de l'asile, les conditions de travail ne sont pas toujours faciles, notamment pour les employé-e-s des foyers d'hébergement. Ils peuvent être confrontés à de nombreux problèmes pour lesquels parfois, ils n'ont pas reçu de

¹ Réalisée par la Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Ce type d'enquête est effectué tous les cinq ans depuis 1990.

² Pour la première fois en 2005. Les données recueillies au cours de 1040 entretiens en tête à tête.

³ Activités (branches) économiques basées sur la nomenclature Nace (nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne).

formation spécifique : cohabitation difficile entre groupe de RA appartenant à différents ethnies, risque potentiel de violences en raison de l'accueil difficile, de la désillusion du mythe européen par rapport à la réalité ou suite à une décision négative de l'ODM, etc. Le personnel peut être aussi amené à gérer des relations conflictuelles entre les RA et la population ou les commerçants.^a

Il est également important de souligner l'impact potentiel des décisions de l'ODM au niveau des travailleur-e-s. Même s'il est souvent préconisé de maintenir une distance entre employés et RA, des liens peuvent se créer et ainsi rendre difficile, au niveau émotionnel et relationnel, une décision négative et une situation de départ, d'autant plus lorsque ce sont des RA qui mériteraient vraiment que leur demande soit acceptée, d'après certaines personnes ressources interrogées. Ces sentiments sont également partagés par les personnes travaillant dans les associations d'aide aux RA, telles que le CCSI.^a

Les difficultés auxquelles peuvent faire face les employé-e-s des centres d'accueil, semblent avoir des répercussions sur leur vie privée (en particulier leur vie familiale). En effet, la plupart du temps, il n'est pas aisément de se détacher des différents problèmes du foyer lorsqu'on retourne chez soi, le soir. De plus, suite à l'augmentation depuis quelques mois de la violence dans les foyers, certains collaborateurs se sont sentis menacés par des RA.^a La police aurait de plus en plus besoin d'intervenir, sans pour autant oser intervenir de manière concrète : « Tout le monde a peur d'être pris à parti et traité de raciste. La situation n'est pas normale et personne n'ose se mouiller. »^a Pour toutes ces raisons, certaines personnes ont peur de travailler dans ces centres.^a Le contexte et les conditions de travail peuvent donc affecter particulièrement la santé mentale de certains collaborateurs-trices des foyers.

5 Conclusion et recommandations

Les recommandations du présent chapitre découlent des informations issues des entretiens, de l'examen de la littérature et de l'évaluation qu'a pu en faire le mandataire. Elles sont de trois natures : valoriser l'existant et le continuer ; améliorer l'existant ; innover. Finalement, les recommandations émises s'adressent à des compétences différentes : Confédération, Cantons, Communes, association, individus, etc. Agir de façon cohérente à tous les niveaux de compétences est assurément la manière de faire la plus efficiente.

Un tableau synthétique des recommandations est présenté à travers l'Annexe 3.

5.1 Prise en charge des requérants : rapide, « honnête » et de qualité

1. Diminuer la durée du processus d'asile sans toucher au temps de recours de cinq jours (en cas de refus d'entrée en matière) et de 30 jours (en cas de décision négative de la part de l'ODM).
2. Ajouter de la cohérence dans le discours et l'action vis-à-vis de l'asile : établir « un moment couperet » clair dans le processus d'asile pour éviter que le RA sente un contexte favorable alors que la décision est négative.
3. Eviter la détention administrative (sauf pour les cas dangereux) pour les RA devant être renvoyés.
4. Prendre conscience que le système de permis de séjour fragilise les RA tant il les fait se trouver dans une situation d'insécurité quant à leur futur.

5.2 Gouvernance : participative et transparente

1. Pour éviter que les communes sentent comme une épée de Damoclès sur leurs têtes, travailler de manière participative et anticipée avec elles, en passant notamment par des institutions comme l'Association des communes fribourgeoises. Si la localisation du foyer d'hébergement est dans une ville, alors travailler avec des associations de quartier par exemple.
2. Organiser des visites de centres déjà existants destinées aux élus communaux pour leur expliquer les mesures prises pour encadrer les RA durant leur séjour dans ces établissements et pour faciliter la cohabitation avec la population.
3. Promouvoir la création de groupe de contact afin d'établir un lien entre les populations locales et les RA, de favoriser le dialogue et de faciliter l'intégration. Veiller à ce qu'un tel groupe assure un lien permanent avec le reste de la population (par exemple en organisant des journées d'intégration culturelle, des activités de liaisons, etc.).
4. Organiser des contacts réguliers entre les autorités communales et les dirigeants des foyers ce qui permet de rassurer la population.
5. Organiser, dans les communes devant prochainement ouvrir un centre de RA, une rencontre entre le/la syndic et les parents d'élève avant la séance d'information afin de les rassurer.

5.3 Communication institutionnelle : narrative/factuelle, « statistique » et sécurisante.

1. Soigner particulièrement la première rencontre avec la population afin de ne pas attiser les peurs et contribuer à augmenter le sentiment d'insécurité en donnant d'emblée l'impression que cela va mal se passer :
 - a. Eviter de dire d'emblée que le nombre de Policiers va augmenter, de donner un numéro de téléphone d'urgence, etc. car ce n'est pas de nature à calmer les esprits. L'idée n'est pas non plus de dire que tout sera parfait et de minimiser les problèmes qui pourraient surgir.
 - b. Inviter des représentants des autres communes qui ont vécu cette situation d'ouverture de Centre et leur donner rapidement la parole pour qu'ils livrent leurs témoignages.
 - c. Apporter des analyses basées sur des statistiques pour étayer les propos.
 - d. Travailler la mise en scène de cette rencontre ne serait pas anecdotique : se mettre au même niveau que la population et pas sur une scène, éviter le positionnement frontal et rigide des autorités face à la population, etc.
 - e. Prévoir une partie récréative et informative en même temps.
2. Développer une exposition pouvant être transportée facilement et utilisée notamment lors de la première rencontre avec la population.
3. Construire des modules de formation (intervention de 45 min) pour les écoles afin d'informer les enfants et les jeunes adultes de la problématique de l'asile.
4. Renforcer l'organisation de journées portes ouvertes pour permettre à la population de découvrir les infrastructures des centres et la vie des RA au sein de ceux-ci.
5. Prêter une attention particulière à la communication institutionnelle écrite avec les communes, la population et les RA.

5.4 Communication intra-institutionnelle : collaboration

1. Etablir une collaboration entre les cantons et à l'intérieur de ceux-ci entre les divers acteurs concernés par le parcours de vie d'un RA. Spécifiquement entre les Polices et les Services de la population afin qu'ils puissent informer les foyers d'hébergement de l'éventuelle détention de RA. La transmission de ce genre d'information, dans le respect de la protection des données, éviterait que les foyers déclarent la disparition de RA et que le processus d'asile soit rompu... et doive recommencer une fois le RA rentré au foyer après avoir purgé sa peine.
2. Offrir à ORS des informations plus précises sur les RA afin qu'ils puissent au mieux les répartir dans les foyers. (Compétence ODM et CEP)

3. Poursuivre l'idée de la hotline (ligne téléphonique mise à la disposition des habitants) en mettant en place un dispositif permettant de traiter et analyser les informations.

5.5 Médiatisation : personnaliser et mettre en lumière

1. Systématiser et approfondir la collaboration avec les médias et travailler sur une approche qui évite la confusion entre le fait divers et la statistique afin d'éviter la stigmatisation de l'ensemble des RA à cause de cas isolés.
2. Mettre l'accent sur « une approche personnaliste » des RA et non « une approche groupe » afin d'éviter qu'une partie des RA (celle qui se comporte conformément aux lois) soit prise pour un tout de RA (qui ne pose pas de problèmes majeurs de nature à mettre en danger notre société).
3. Montrer que les foyers d'hébergement apportent tout de même une valeur ajoutée économique dans les communes (les petits commerces « tournent » mieux) et ceci malgré quelques vols qui peuvent avoir lieu.

5.6 Localisation des foyers d'hébergement et des appartements : en milieu urbain

1. Placer si possible les foyers de RA dans des milieux urbains assurerait une adaptation et une intégration meilleures.
2. Disperser les appartements sur le territoire afin de favoriser l'insertion sociale de RA, tout en reconnaissant que cela nécessite plus de déplacements pour le personnel qui doit s'occuper du suivi des RA.

5.7 Type d'hébergement : pas de stigmatisation des abris

1. Choisir des bâtiments offrant les conditions décentes d'habitation et ne pas écarter pour autant les abris.
2. Prendre soin, dans les aménagements du lieu, des populations sensibles à l'intérieur de cette population de RA comme les femmes, les enfants et les personnes présentant un handicap particulier (application du principe de minorité) : notamment séparation des dortoirs, des salles de bains et WC.
3. Faire en sorte que les foyers et les alentours soient propres et entretenus, car cela joue un rôle important sur la perception des RA par la population.

5.8 Composition des foyers : mixité

1. Viser la mixité dans les foyers d'hébergement. La mixité des types de ménage et des nationalités favoriserait l'entre-aide et la solidarité de même qu'elle serait un des facteurs contribuant à maintenir un certain climat de calme.
2. Continuer à prioriser le transfert en appartement pour les personnes susceptibles de se voir attribuer l'asile et les familles.
3. Ne pas stigmatiser certaines nationalités de RA, mais prendre conscience qu'elles sont parfois liées à des comportements à risques (recours à l'arme blanche pour régler les différends ; vols spécifiques dans les magasins ;

trafic de drogue ; cambriolages). Développer rapidement des mesures (complexe à trouver et à mettre en œuvre) qui en tiennent compte, mais qui ne portent pas un préjudice irrémédiable à l'ensemble des RA des nationalités concernées.

5.9 Requérants d'asile : activités et renforcement des capacités

1. Prévoir ou maintenir dans le cadre des cours de langue dispensés aux RA ou intégrer dans les activités gérées par ORS, l'organisation des cours sur le respect de la tranquillité du voisinage, sur la gestion des déchets et sur le comportement à l'intérieur et à l'extérieur des centres.
2. Introduire plus d'activités obligatoires pour les RA au sein des foyers afin de structurer leurs journées.
3. Encourager les activités lucratives des RA au sein des foyers ou des structures d'ORS et de ses partenaires (Vélopass) ou encore les travaux d'utilité publique en lien avec les services d'administration (canton et/ou communes) afin de renforcer leur sentiment d'utilité.
4. Encourager les activités d'utilités publiques et avec les groupes de contact au sein des communes.
5. Anticiper les discussions avec les associations patronales et de branches afin préparer le terrain d'une saine collaboration pour trouver des activités aux RA qui ne soient pas assimilées à de la concurrence déloyale.
6. Continuer les mesures visant à rendre indépendant les RA en vue de leur intégration.
7. Eviter de mettre les RA dans des situations embarrassantes et de nature à ternir leur image face à la population alors qu'il n'y a pas lieu d'être (ex : avec les TPF).

5.10 Prise en charge sanitaire des requérants d'asile : réorganisation

1. Anticiper le traitement de certaines questions touchant notamment aux maladies contagieuses (p. ex. tuberculose, varicelle) au niveau des CEP et harmoniser les interventions dans ces centres.
2. Réactiver le groupe « Asile et santé » dont la première mission serait de faire un état des lieux des besoins spécifiques en termes sanitaires des RA en partant déjà des éléments suivants : le RA sont une population vulnérable en termes de santé ; il conviendrait de mieux systématiser et standardiser les mesures de prévention (surtout en termes de santé mentale) ; il faudrait réfléchir à la création d'une « médecine culturelle » comme il y a déjà une « médecine pénitentiaire ».
3. Organiser des séances plus formalisées et de contacts entre les acteurs impliqués dans le domaine de l'asile (Service du médecin cantonal, SPoMi et SASoc et Police).

4. Améliorer la collecte de toutes informations sur les RA lors de leur arrivée dans le canton. Celles-ci seront transmises à l'infirmier-ère qui pourra ainsi avoir du temps pour les consultations.

5.11 Promotion de la santé et prévention : intégration des requérants d'asile aux programmes

1. Développer des actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention pour les RA, particulièrement en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Si possible, prendre en compte les RA en 1^{ère} et 2^{ème} phase dans les programmes AAP (Alimentation et activité physique) adressés aux migrants.
2. Développer des actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention en lien avec la santé mentale.
3. Mettre en contact, via les programmes de promotion et de prévention, la population locale et les RA.
4. Evaluer que l'aide matérielle et l'aide d'urgence soit suffisante pour que les RA puissent s'acheter des aliments équilibrés.
5. Veiller aux capacités des RA à cuisiner des aliments qui soient de saisons, équilibrés, etc.

5.12 Santé du personnel : reconnaissance et soutien

1. Reconnaître les souffrances du personnel, en lien avec les RA, exposé à des cas humainement très lourds à gérer, à de nouvelles violences et à des impacts sur leurs propres vies privées (exportation des soucis professionnels à la maison, accaparement du temps libre par la problématique de l'asile, impacts sur le couple et sur la famille et dans le pire des cas, divorce). C'est-à-dire reconnaître les atteintes à leur santé psychique et physique de même qu'à leur sécurité.
2. Accompagner le personnel pour éviter une empathie envers les RA et une proximité trop forte, ce qui peut s'avérer très déstructurant quand le RA s'en va, d'une manière ou d'une autre.
3. Mettre en place au sein d'ORS un dispositif de soutien et d'accompagnement psychosocial pour les employés qui le souhaitent afin de réduire les risques professionnels.

6 Bibliographie

Bischoff A, Denhaerynck K [2010]. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research, 10:248.

Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E [2009]. Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. European Journal of Public Health, 19(1): 59-64.

Bischoff A, Bovier P. A, Isah, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. Social science & Medicine, 57, 503-512

Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA (1997). *Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study*. BMJ, 314(7080): 558-565

Bourbonnais R, Brisson C, Malenfant R, Vézina M [2005]. *Health care restructuring, work environment, and health of nurses*. American Journal of Industrial Medicine, 47(1), 54-64.

Bourbonnais R, Gauthier N [2006]. *Changer l'environnement psychosocial du travail pour améliorer la santé mentale*. Études et recherches / Rapport R-462, Montréal, IRSST, 48 pages. Publications IRSST.

Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) [2011]. *Concepts et normes de calcul de l'aide sociale*. 4e édition avril 2005 Compléments 12/05, 12/07, 12/08, 12/10, 183 pages

Convention entre le Conseil d'Etat du canton de Fribourg et Caritas Suisse, à Fribourg, concernant l'aide accordée aux réfugiés statutaires et aux personnes à protéger au bénéfice d'une autorisation de séjour, décembre 2005

Convention entre le Conseil d'Etat du canton de Fribourg et la société ORS Service AG, à Zurich, pour l'accueil, l'encadrement et l'hébergement des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire, des requérants d'asile déboutés et des personnes sous le coup d'une décision de non-entrée en matière attribués au canton de Fribourg, et pour l'organisation et la mise en œuvre du Bureau de conseils en vue du retour (Convention ORS), décembre 2010

Cordey M, Gil M, Efionayi-Mäder D, Kaya B, Pecoraro M (2012). *Analyse des besoins en matière de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration - Etat des lieux pour les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura*. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, 185 pages, Neuchâtel

Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS). *Normes d'aides sociales pour les personnes relevant du domaine de l'asile*. Entrée en vigueur le 01^{er} octobre 2011, 17 pages, Etat de Fribourg

Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) (2012). *Rapport d'activité 2011*. EVAM, Lausanne

Etat de Fribourg, Direction de l'aménagement, de l'environnement et des constructions (DAEC) (2011). *Développement durable – Stratégie du canton de Fribourg*. Fribourg.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365: 1309 – 14

Grove N, Zwi A (2006). *Our health and theirs : Forced migration, othering, and public health*. Social Science and Medicine 62, 1931-1942

Gsir S, Scandella F, Martiniello M, Rea A (2004). *Les Belges francophones face aux demandeurs d'asile*. Série Problèmes actuels concernant la cohésion sociale. Politique scientifique fédérale. Academia Press, 348 pp.

Gurtner M (2012). *Loi sur l'asile : l'UDC a tiré les partis du centre de leur léthargie*. Union démocratique du centre. (Lien : http://www.svp.ch/g3.cms/s_page/83230/s_name/newschlagzeile1mobile/newsContractor_id/0/newsID/2988/newsContractor_year/2012)

Loi cantonale sur la santé (LSan) du 16 novembre 1999. Numéro RSF 821.0.1. (Lien : <http://bdif.fr.ch/frontend/vendors/1172?locale=fr>)

Loi fédérale sur l'asile (LAsi) du 26 juin 1998 (Etat le 1^{er} avril 2011). Numéro RS 142.31. (Lien : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c142_31.html)

Loi fédérale sur les étrangers (LEtr) du 16 décembre 2005 (Etat le 29 septembre 2012). Numéro RS 142.20. (Lien : http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_20/index.html#fn1)

McColl H, Johnson S (2006). Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams: a descriptive investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41:789 – 95.

McLaughlin P, M. Warin M. (2008). *Corrosive places, inhuman spaces : Mental health in Australian immigration detention*. *Health & Place* 14, 254-264

Meylan D. *Un eldorado suisse faut de murs en béton et de lits métalliques*. Journal « La Gruyère », jeudi 23 février 2012

Niedhammer I, Bugel I, Goldberg M, Leclerc A, Guéguen A (2002). *Facteurs psychosociaux du stress au travail et absentéisme pour raison de santé*. In Stress au travail et santé psychique, Ed. Octares, 153-162, France.

Office des migrations (ODM) (2012). *Etrangers et requérants d'asile en Suisse*. Département fédéral de justice et police (DFPJ), avril (4^{ème} édition)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1946). *La définition de la santé*. Constitution de l'OMS, 1946.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Deuxième édition / sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot. Service des publications - Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Ordonnance relative à l'usage de la contrainte et de mesures policières dans les domaines relevant de la compétence de la Confédération (OLUsC) du 12 novembre 2008 (Etat le 1^{er} janvier 2009), 364.3

Plateforme EIS (2010). *Guide d'introduction à l'Evaluation d'impact sur la Santé en Suisse*. Plateforme Suisse sur l'Evaluation d'impact sur la santé

Réa A. *Demandeurs d'asile : pas dans mon village*. Migrations magazine (Lien : <http://www.migrations-magazine.be/spip.php?article64>)

Roulin N. *Foyer de Sugiez 2009/2010 – Bilan final*. ORS Service AG

Service de la santé publique du Canton de Fribourg (2006). *Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011 – Priorités pour le Canton de Fribourg*. Direction de la santé et des affaires sociales. Fribourg

Service de l'action sociale (2012). *Domaine de l'asile – Cadre (extraits pour equiterre)*. Etat de Fribourg

Service de l'action sociale et Service de la population et des migrants (SASoc et SPoMi) (2012). *Tour d'horizon du domaine de l'asile et des réfugiés*. Conférence organisée par The European Law Student's Association (ELSA), Université de Fribourg, 4 avril 2012. Document mis à jour par M. Guisolan pour equiterre.

Ruegg J, Flückiger A, November V, et Klauser F (2006). Vidéosurveillance et risques dans l'espace à usage public. Représentations des risques, régulation sociale et liberté de mouvement. Travaux CETEL n° 55, Université de Genève et Université de Fribourg.

Sagric C., Radulovic O., Bogdanovic M, Markovic R. (2007). *Social marginalization and health*. Acta Medica Medianae, vol. 46, 49-52

Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) (2007). *La vie économique – thème du mois : conditions de travail – la Suisse par rapport à l'Europe*. Pub. Département fédéral de l'économie (DFE) – ECO – Direction du travail et conditions de travail – 4 – 2007.

Steel Z., Silove D., Coello M., Aroche J., Wei Tay K. (2011). *Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies*. Social Science & Medicine 72, 1149-1156

Toscani L., DeRoo L., Eytan A., Gex-Fabry M., Avramovski V., Loutan L., Bovier P. (2007). *Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference?*. Public Health 121, 34-44

Vézina M (2002). *Stress au travail et santé psychique : rappel des différentes approches*. In Stress au travail et santé psychique, Ed. Octares, 47-58, France.

WHO Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy (ECHP) (1999). *Gothenburg Consensus Paper. Health impact assessment: main concepts and suggested approach*. ECHP, Brussels.

Wichmann N, Hermann M, D'Amato G, Efionayi-Mäder D, Rosita Fibbi, Menet J, Ruedin D (2011). *Les marges de manœuvre au sein du fédéralisme: La politique de migration dans les cantons*. Office fédéral des constructions et de la logistique, Art.-Nr. 420.927 F, 126 pages, CH-3003 Berne

Sites Internet :

Site Internet de l'Agence de la santé publique au Canada:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>

- Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>

Site Internet de l'Office fédéral des migrations :

<http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home.html>

- Aide sociale :

<http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe.html>

- Aide sociale accordée aux requérants d'asile, aux personnes admises à titre provisoire et aux personnes à protéger :

http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/asyls_uchende_vorlaeufig.html

- Statistiques en matière d'asile 2011 :

http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation/zahlen_und_fakten/asylstatistik/monatstatistiken/2011.html

- Statistiques en matière d'asile 2012 :

http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/dokumentation/zahlen_und_fakten/asylstatistik/monatstatistiken/2012.html

Site Internet du Service de l'action sociale du Canton de Fribourg (SASoc) :

<http://www.fr.ch/sasoc/fr/pub/index.cfm>

- Asile :

<http://www.fr.ch/sasoc/fr/pub/asile.htm>

- Charmey :

http://www.fr.ch/ww/fr/pub/functions/toutes_les_actualites.cfm?fuseaction_=pre=Detail&NewsID=42088

7 Annexes

Annexe 1 : Types de permis pour les requérants d'asile

- Permis N : donne le droit de résidence aux personnes ayant déposé une demande d'asile durant la procédure. Elles peuvent également travailler après trois mois de séjour et si les conditions sont remplies (Site Internet ODM).
- Permis F : donne un droit de séjour pour une durée de 12 mois renouvelables aux personnes ayant déposé une demande d'asile et qui doivent être renvoyées, mais dont l'exécution du renvoi serait illicite en raison du droit international notamment. Ce permis peut être levé si la situation ne le justifie plus ou peut aboutir à un Permis B après cinq ans (Site Internet ODM).
- Permis B : donne le droit de rester durablement en Suisse et d'y exercer ou non un activité lucrative. Normalement, ce permis est renouvelé d'année en année pour autant qu'aucun motif de type infractions, dépendance de l'aide sociale, etc. ne s'y oppose (Site Internet ODM).

Annexe 2 : Liste des personnes-ressources interrogées

Bureau de l'intégration des migrant-e-s et de la prévention du racisme (IMR)

Bernard Tétard, Délégué à l'intégration des migrants

Centre de contact suisse.sse.s - immigré.e.s (CCSI)/SOS Racisme

Mirjam Brunner, Sociologue

Commune d'Estavayer-le-Lac

- Albert Bachmann, Syndic

Etablissement d'accueil des migrants (EVAM)

- Pierre Imhof, Ancien directeur

ORS AG :

- Claude Gamy, Directeur opérationnel du Canton de Fribourg
- Sylvie Martinet, Responsable du Foyer des Passereaux à Broc
- Michel Colonello, Assistant responsable au Foyer des Passereaux à Broc

- Mohammed Moussa, Responsable du Foyer des Remparts à Fribourg
- Michel Jungo, Responsable du foyer de Wünnewil
- Nicolas Roulin, Ancien responsable du foyer de Sugiez
- Olivier Müller, Ancien Responsable du Foyer du Lac à Estavayer-le-Lac.
- Suzanne Jovanovic, Infirmière

Plate forme « Contact » de Sugiez

- Christine Noyer, Co-responsable de la plate forme

Service de l'action sociale (SASoc)

- Marie Guisolan, Cheffe de service adjointe Coordinatrice cantonale pour les questions d'asile et de réfugiés

Service du médecin cantonal (SMC)

- Chung-Yol Lee, Médecin cantonal

Service de la population et de la migration (SPoMi)

- Mélanie Chappuis, Adjointe du responsable de Section asile et exécution des renvois

Annexe 3 : Présentation synthétique des recommandations

1. Prise en charge des requérants : rapide, « honnête » et de qualité											
Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
1.1 Diminuer la durée du processus d'asile sans toucher au temps de recours de cinq jours (en cas de refus d'entrée en matière) et de 30 jours (en cas de décision négative de la part de l'ODM).	Diminution les risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique pour les RA dus au rallongement de la procédure.	X	X			X	X	X			
1.2 Ajouter de la cohérence dans le discours et l'action vis-à-vis de l'asile : établir « un moment couperet » clair dans le processus d'asile pour éviter que le RA sente un contexte favorable alors que la décision est négative.	Diminution les risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique pour les RA dus à l'incertitude de leur situation.		X			X		X			

1.3 Eviter la détention administrative (sauf pour les cas dangereux) pour les RA devant être renvoyés.	Diminution les risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique pour les RA dus aux conditions carcérales.		X				X			X		
1.4 Prendre conscience que le système de permis de séjour fragilise les RA tant il les fait se trouver dans une situation d'insécurité quant à leur futur.	Diminution les risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique pour les RA dus à l'incertitude de leur situation.	X					X			X		

2. Gouvernance : participative et transparente											
Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
2.1 Pour éviter que les communes sentent comme une épée de Damoclès sur leurs têtes, travailler de manière participative et anticipée avec elles, en passant notamment par des institutions comme l'Association des communes fribourgeoises. Si la localisation du foyer d'hébergement est dans une ville, alors travailler avec des associations de quartier par exemple.				X	X	X		X	X		

2.2 Organiser des visites de centres déjà existants destinées aux élus communaux pour leur expliquer les mesures prises pour encadrer les RA durant leur séjour dans ces établissements et pour faciliter la cohabitation avec la population.			X		X	X		X	X		
2.3 Promouvoir la création de groupe de contact afin d'établir un lien entre les populations locales et les RA, de favoriser le dialogue et de faciliter l'intégration. Veiller à ce qu'un tel groupe assure un lien permanent avec le reste de la population (par exemple en organisant des journées d'intégration culturelle, des activités de liaisons, etc.).			X		X	X			X	X	X
2.4 Organiser des contacts réguliers entre les autorités communales et les dirigeants des foyers ce qui permet de rassurer la population.		X			X	X		X	X	X	X

2.5 Organiser, dans les communes devant prochainement ouvrir un centre de RA, une rencontre entre le/la syndic et les parents d'élève avant la séance d'information afin de les rassurer.			X		X					X	
---	--	--	---	--	---	--	--	--	--	---	--

3. Communication institutionnelle : narrative/factuelle, « statistique » et sécurisante

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
3.1 a. Eviter de dire d'emblée que le nombre de Policiers va augmenter, de donner un numéro de téléphone d'urgence, etc. car ce n'est pas de nature à calmer les esprits. L'idée n'est pas non plus de dire que tout sera parfait et de minimiser les problèmes qui pourraient surgir.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc			X		X			X		
3.1 b. Inviter des représentants des autres communes qui ont vécu cette situation d'ouverture de Centre et leur donner rapidement la parole pour qu'ils livrent leurs témoignages.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.			X	X	X			X		

3.1 c. Apporter des analyses basées sur des statistiques pour étayer les propos.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.			X	X	X			X		
3.1 d. Travailler la mise en scène de cette rencontre ne serait pas anecdotique : se mettre au même niveau que la population et pas sur une scène, éviter le positionnement frontal et rigide des autorités face à la population, etc.				X		X	X			X	
3.1 e. Prévoir une partie récréative et informative en même temps.				X	X						
3.2 Développer une exposition pouvant être transportée facilement et utilisée notamment lors de la première rencontre avec la population.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.		X	X	X		X			X	
3.3 Construire des modules de formation (intervention de 45 min) pour les écoles afin d'informer les enfants et les jeunes adultes de la problématique de l'asile.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.			X	X					X	

3.4 Organiser des journées portes ouvertes pour permettre à la population de découvrir les infrastructures des centres et la vie des RA au sein de ceux-ci.				X	X	X			X		
3.5 Prêter une attention particulière à la communication institutionnelle écrite avec les communes, la population et les RA.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.			X	X	X			X		

4. Communication intra-institutionnelle : collaboration

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
4.1 Etablir une collaboration entre les cantons et à l'intérieur de ceux-ci entre les divers acteurs concernés par le parcours de vie d'un RA. Spécifiquement entre les Polices et les Services de la population afin qu'ils puissent informer les foyers d'hébergement de l'éventuelle détention de RA. La transmission de ce genre d'information, dans le respects de la protection des données, éviterait que les foyers déclarent la disparition de RA et que le processus d'asile soit rompu... et doive recommencer une fois le RA rentré au foyer après avoir purgé sa peine.	Risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique pour les RA dus au rallongement de la procédure.			X			X		X	X	X

4.2 Offrir à ORS des informations plus précises sur les RA afin qu'ils puissent au mieux répartir les RA dans les foyers. (Compétence ODM et CEP).	Amélioration de la santé mentale des RA à travers de meilleures conditions de vie.			X		X			X			
4.3 Poursuivre l'idée de la hotline (ligne téléphonique mise à la disposition des habitants) en mettant en place un dispositif permettant de traiter et analyser les informations.				X	X	X				X		

5. Médiatisation : personnaliser et mettre en lumière

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
5.1 Systématiser et approfondir la collaboration avec les médias et travailler sur une approche qui évite la confusion entre le fait divers et la statistique afin d'éviter la stigmatisation de l'ensemble des RA à cause de cas isolés.	Diminution du sentiment de stigmatisation pour les RA.	X		X	X	X		X	X	X	X
5.2 Mettre l'accent sur « une approche personnalisante » des RA et non « une approche groupe » afin d'éviter qu'une partie des RA (celle qui se comporte conformément aux lois) soit prise pour un tout de RA (qui ne pose pas de problèmes majeurs de nature à mettre en danger notre société).			X	X		X		X	X	X	X

5.3 Montrer que les foyers d'hébergement apportent tout de même une valeur ajoutée économique dans les communes (les petits commerces « tournent » mieux) et ceci malgré quelques vols qui peuvent avoir lieu.			X	X	X				X		
--	--	--	---	---	---	--	--	--	---	--	--

6. Localisation des foyers d'hébergement et des appartements : en milieu urbain

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
6.1 Placer si possible les foyers de RA dans des milieux urbains assurerait une adaptation et une intégration meilleures.	Diminution des risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique des RA en raison d'une meilleure intégration.	X			X	X			X	X	
6.2 Disperser les appartements sur le territoire afin de favoriser l'insertion sociale de RA, tout en reconnaissant que cela nécessite plus de déplacements pour le personnel qui doit s'occuper du suivi des RA.	Diminution des risques d'augmentation des désordres de stress post-traumatique des RA en raison d'une meilleure intégration.			X	X	X			X		

7. Type d'hébergement : pas de stigmatisation des abris

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
7.1 Choisir des bâtiments offrant les conditions décentes d'habitation et ne pas écarter pour autant les abris.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers de meilleures conditions de vie.			X	X				X		
7.2 Prendre soin, dans les aménagements du lieu, des populations sensibles à l'intérieur de cette population de RA comme les femmes, les enfants et les personnes présentant un handicap particulier (application du principe de minorité) : notamment séparation des dortoirs, des salles de bains et WC.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers de meilleures conditions de vie.			X	X	X					X
7.3 Faire en sorte que les foyers et les alentours soient propres et entretenus, car cela joue un rôle important sur la perception des RA par la population.	Diminution de la perception négative de la population par rapport aux RA et par conséquent du sentiment d'insécurité, etc.		X		X	X					X

8. Composition des foyers : mixité

		Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
Recommandations	Effets	Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
8.1 Viser la mixité dans les foyers d'hébergement. La mixité des types de ménage et des nationalités favoriserait l'entre-aide et la solidarité de même qu'elle serait un des facteurs contribuant à maintenir un certain climat de calme.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers de meilleures conditions de vie.		X		X	X					X
8.2 Continuer à prioriser le transfert en appartement pour les personnes susceptibles de se voir attribuer l'asile et les familles.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers de meilleures conditions de vie.			X	X						X

<p>8.3 Ne pas stigmatiser certaines nationalités de RA, mais prendre conscience qu'elles sont parfois liées à des comportements à risques (recours à l'arme blanche pour régler les différends ; vols spécifiques dans les magasins ; trafic de drogue ; cambriolages). Développer rapidement des mesures (complexe à trouver et à mettre en œuvre) qui en tiennent compte, mais qui ne portent pas un préjudice irrémédiable à l'ensemble des RA des nationalités concernées.</p>			X	X		X			X	X	X	X
--	--	--	---	---	--	---	--	--	---	---	---	---

9. Requérants d'asile : activités et renforcement des capacités

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
9.1 Prévoir ou maintenir dans le cadre des cours de langue dispensés aux RA ou intégrer dans les activités gérées par ORS, l'organisation des cours sur le respect de la tranquillité du voisinage, sur la gestion des déchets et sur le comportement à l'intérieur et à l'extérieur des centres.			X		X				X		X
9.2 Introduire plus d'activités obligatoires pour les RA au sein des foyers afin de structurer leurs journées.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers un sentiment d'utilité.			X	X	X					X

9.3 Encourager les activités lucratives des RA au sein des foyers ou des structures d'ORS et de ses partenaires (Vélopass) ou encore les travaux d'utilité publique en lien avec les services d'administration (canton et/ou communes) afin de renforcer leur sentiment d'utilité.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers un sentiment d'utilité et diminution du sentiment d'insécurité pour la population.			X	X	X						X
9.4 Encourager les activités d'utilités publiques et avec les groupes de contact au sein des communes.	Amélioration de la santé mentale des RA à travers un sentiment d'utilité et diminution du sentiment d'insécurité pour la population.			X	X	X				X	X	
9.5 Anticiper les discussions avec les associations patronales et de branches afin préparer le terrain d'une saine collaboration pour trouver des activités aux RA qui ne soient pas assimilées à de la concurrence déloyale.				X	X	X				X		X
9.6 Continuer les mesures visant à rendre indépendant les RA en vue de leur intégration.				X	X							X

9.7 Eviter de mettre les RA dans des situations embarrassantes et de nature à ternir leur image face à la population alors qu'il n'y a pas lieu d'être (ex : avec les TPF).	Amélioration de la santé mentale des RA à travers un sentiment d'utilité et diminution du sentiment d'insécurité pour la population.		X				X	X		X		X
---	--	--	---	--	--	--	---	---	--	---	--	---

10. Prise en charge sanitaire des requérants d'asile : réorganisation

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
10.1 Anticiper le traitement de certaines questions touchant notamment aux maladies contagieuses (p. ex. tuberculose, varicelle) au niveau des CEP et harmoniser les interventions dans ces centres.	Amélioration de la santé physique des RA, mais aussi mentale.		X			X	X	X			

<p>10.2 Réactiver le groupe « Asile et santé » dont la première mission serait de faire un état des lieux des besoins spécifiques en termes sanitaires des RA en partant déjà des éléments suivants : le RA sont une population vulnérable en termes de santé ; il conviendrait de mieux systématiser et standardiser les mesures de prévention (surtout en termes de santé mentale) ; il faudrait réfléchir à la création d'une « médecine culturelle » comme il y a déjà une « médecine pénitentiaire ».</p>			X			X	X		X	X
<p>10.3 Organiser des séances plus formalisées et de contacts entre les acteurs impliqués dans le domaine de l'asile (Service du médecin cantonal, SPoMi et SASoc et Police).</p>			X		X	X		X		

10.4 Améliorer la collecte de toutes informations sur les RA lors de leur arrivée dans le canton. Celles-ci seront transmises à l'infirmier-ère qui pourra ainsi avoir du temps pour les consultations.			X			X			X		X
---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	---

11. Promotion de la santé et prévention : intégration des requérants d'asile aux programmes

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
11.1 Développer des actions spécifiques de promotion et de prévention de la santé pour les RA, particulièrement en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Si possible, prendre en compte les RA en 1 ^{ère} et 2 ^{ème} phase dans les programmes AAP (Alimentation et activité physique) adressés aux migrants.	Amélioration de la santé physique des RA.	X	X				X		X		
11.2 Développer des actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention en lien avec la santé mentale.	Amélioration de la santé mentale des RA.	X	X				X		X		
11.3 Mettre en contact, via les programmes de promotion et de prévention, la population	Amélioration de la santé physique des RA.	X					X		X		

locale et les RA.									
11.4 Evaluer que l'aide matérielle et l'aide d'urgence soit suffisante pour que les RA puissent s'acheter des aliments équilibrés.	Amélioration de la santé physique des RA.	X					X		X
11.5 Veiller aux capacités des RA à cuisiner des aliments qui soient de saisons, équilibrés, etc.	Amélioration de la santé physique des RA.		X				X		X

12. Santé du personnel : reconnaissance et soutien

Recommandations	Effets	Sources			Type de mesure			Acteur(s) concerné(s)			
		Littérature	Entretiens	Evaluation	Continuer	Améliorer	Innover	Confédération	Canton	Communes	Autres
12.1 Reconnaître les souffrances du personnel, en lien avec les RA, exposé à des cas humainement très lourds à gérer, à de nouvelles violences et à des impacts sur leurs propres vies privées (exportation des soucis professionnels à la maison, accaparement du temps libre par la problématique de l'asile, impacts sur le couple et sur la famille et dans le pire des cas, divorce). C'est-à-dire reconnaître les atteintes à leur santé psychique et physique de même qu'à leur sécurité.	Amélioration de la santé mentale du personnel travaillant dans les centres, mais aussi des autres acteurs travaillant avec des RA.		X			X	X		X		X

12.2 Accompagner le personnel pour éviter une empathie envers les RA et une proximité trop forte, ce qui peut s'avérer très déstructurant quand le RA s'en va, d'une manière ou d'une autre.	Amélioration de la santé mentale du personnel travaillant dans les centres.		X				X	X				X
12.3 Mettre en place au sein d'ORS un dispositif de soutien et d'accompagnement psychosocial pour les employés qui le souhaitent afin de réduire les risques professionnels.	Amélioration de la santé mentale du personnel travaillant dans les centres.			X		X	X					X