



Association d'Accueil aux Médecins et Personnels de Santé Réfugiés en France (APSR)

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2003

I – ÉTAT DES ADHÉSIONS

Pour l'année 2003, 168 adhérents étaient à jour de leur cotisation. Ce chiffre représente une chute brutale par rapport aux précédentes années, où nous avons compté jusqu'à 203 adhérents (en 2001). Si elle ne compromet pas (encore ?) notre action, cette réduction ne laisse pas d'inquiéter.

Comme les années précédentes, nous avons adressé une lettre de relance aux adhérents n'ayant pas réglé de cotisation depuis trois ans. Sur les 42 destinataires, huit – soit près de 20% - ont répondu positivement par un versement (signalons parmi eux deux fidèles depuis 1976). Mais les adhésions nouvelles sont peu nombreuses : sept seulement.

Comment augmenter notre audience ?

Plus que les campagnes d'adhésion organisées, des contacts personnels ont été récemment efficaces ; merci donc à ceux qui pourront trouver de nouveaux adhérents autour d'eux, et merci à tous ceux qui soutiennent l'Association par leur cotisation régulière.

II - ACCUEIL : PERMANENCES, ANTENNES DE PROVINCE, DOSSIERS PAR CORRESPONDANCE.

2-1 Effet d'un programme d'information systématique

L'année 2002 avait vu une augmentation très importante de l'activité d'accueil, conséquence de notre effort d'information systématique, réalisée grâce à une subvention de la Direction de la population et des migrations (DPM). Cette information avait touché, dans toute la France, les rectorats, les facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie, les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), les écoles d'aides soignantes, les DDASS, les

III - ACCES AUX PRINCIPALES PROFESSIONS DE SANTE

Pour toutes les professions (aide-soignant et auxiliaire de puériculture, infirmier, sage-femme, chirurgien dentiste, médecin, kinésithérapeute...), il existe une demande générale et constante : faire un stage, même non rémunéré.

- Pour ne pas perdre la main.
- Pour se tenir au courant.
- Pour préparer un examen.
- Dans le cadre d'une formation linguistique.

Les terrains de stage sont très difficiles à trouver (rigidité des règlements, manque d'encadrement...). Nous remercions très sincèrement les adhérents qui ont bien voulu en proposer ; si nous n'avons pas fait appel à tous, c'est pour des questions d'adéquation soit géographique, soit – pour les médecins en particulier – de spécialité.

3-1 Accès à la profession d'infirmier

3-1-1 Pour les infirmiers

a. Admission dans un institut de formation en soins infirmiers

Au cours de l'année 2003, parmi les 68 infirmiers entrés en contact avec nous pour la première fois, 14 se sont déclarés intéressés par l'entrée dans un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) pour préparer le Diplôme d'Etat d'infirmier (DEI). Parmi eux, trois seulement se sont effectivement présentés à un concours d'admission ainsi que quatre anciens visiteurs, soit sept au total, originaires respectivement de la République du Congo (1), de la République Démocratique du Congo (1), de la Côte d'Ivoire (1), du Rwanda (1) et d'Algérie (3).

Malheureusement, aucun succès n'a été enregistré.

Parmi les causes mentionnées par les candidats pour expliquer ces échecs figurent de mauvaises notes aux épreuves de tests psychotechniques. Ce concours d'entrée reste bien un barrage très fort².

b. Présentation au Diplôme d'Etat d'infirmier

Un infirmier algérien a pris contact avec nous après succès au concours d'admission à l'IFSI de Valenciennes, nous demandant de l'aider à régulariser

² Notons qu'une nouvelle réglementation : arrêté du 5 janvier 2004, applicable à partir de 2004, modifie de façon importante les modalités de ce concours pour les infirmiers à diplôme non communautaire : suppression de l'épreuve psychotechnique ; introduction d'une épreuve de « mise en situation pratique » avec la réalisation d'actes de soins faisant partie des attributions des infirmiers titulaires du DEI (cf. décret du 11 février 2002).

ses papiers à temps pour pouvoir commencer sa scolarité ... puis il a cessé de nous tenir au courant de sa situation.

Nous ne connaissons aucun autre résultat concernant des infirmiers s'étant présentés au DEI (pas plus à Paris qu'à Strasbourg, à Lyon ou à Nantes).

3-1-2 Pour les médecins

a. Inscription dans un IFSI

Une première difficulté est de trouver un IFSI acceptant d'organiser la formation accélérée de deux mois et demi pour la préparation du DEI par les médecins.

Sur les 71 médecins entrés en contact avec nous pour la première fois, aucun n'a manifesté le désir d'intégrer un IFSI. Mais, quatre anciens visiteurs se sont déclarés intéressés et deux ont suivi effectivement la préparation accélérée.

b. Présentation au DEI

Un médecin algérien s'est présenté fin 2003 à l'IFSI Suzanne Pérouse à Paris. Nous avons perdu contact avec lui.

Un médecin algérien qui travaillait déjà comme infirmier, à la satisfaction de tous, au Centre hospitalier Maison Blanche s'est présenté en novembre 2003 à l'examen. Il a été reçu avec de bonnes notes aux épreuves théoriques mais a eu de mauvaises notes au stage. Devant cette anomalie, il lui a été proposé de refaire un stage, à l'issue duquel il a obtenu le DEI.

A Strasbourg, à Lyon et à Nantes, aucune présentation de médecins au DEI n'a été signalée.

3-1-3 Conclusion

Aussi bien pour les infirmiers que pour les médecins, que nous avons reçus au cours de cette année, l'accès à un IFSI est apparu une nouvelle fois comme particulièrement difficile. Nous en connaissons les raisons :

Pour les infirmiers : inadéquation des épreuves, quotas très serrés.

Pour les médecins : engorgement des IFSI avec des listes d'attente supérieures à un an.

D'une façon générale : inadéquation du système actuel d'accueil et de sélection pour ces candidats expérimentés, motivés et qui ne demandent qu'à travailler.

3-2 Accès aux professions médicales (sage-femme, chirurgien dentiste, médecin)

3-2-1 Refaire les études en France

Deux jeunes médecins ont souhaité refaire les études de médecine pour obtenir le Diplôme d'Etat français :

- un russe s'est vu refuser l'inscription en première année à Nantes au motif qu'il était encore demandeur d'asile, alors que certaines académies acceptent ces candidats.

- une ukrainienne, diplômée en 1998 à Donetsk, réfugiée statutaire, s'est inscrite à Bobigny.

3-2-2 Demander l'autorisation ministérielle d'exercer – Résultats des travaux des commissions ministérielles (session 2003)

Tous les autres, médecins, sages-femmes et chirurgiens dentistes, ont choisi la filière de demande d'autorisation ministérielle d'exercer. Ceux, qui avaient passé avec succès les épreuves de contrôle de connaissances en 2001 ou éventuellement avant, ont vu leur dossier examiné par la commission compétente en 2003 ; c'est la dernière session dans le cadre de la loi du 13 juillet 1972.

a. Sages-femmes

Sur les six candidats ayant présenté leur dossier à la commission, cinq ont obtenu l'autorisation d'exercer leur profession.

Aucun candidat n'était réfugié.

b. Chirurgiens-dentistes

Sur les 35 candidats (parmi lesquels ne figureraient aucun réfugié) 21 – soit 60% – ont obtenu l'autorisation d'exercer.

c. Médecins

Six cent cinquante six dossiers étaient présentés. Soixante-quatorze candidats ont pu être autorisés « hors quota », la plupart parce qu'ils avaient eu des fonctions hospitalières en France pendant au moins six ans ; quelques uns, parce que, Français, ils avaient été « rapatriés d'Algérie » depuis 1994.

Après examen des dossiers restants, le quota a été fixé à 350 ; ainsi, un total de 424 candidats ont obtenus l'autorisation d'exercer la médecine, soit 65% du contingent.

On peut regretter que le quota n'ait pas été plus élevé. En effet, parmi ceux qui ont été rejetés se trouvent des candidats qui, outre le CSCT pouvaient se prévaloir de la durée de fonctions hospitalières en France exigée dans le cursus normal des futurs généralistes, fonctions auxquelles s'ajoute, pour certains, l'expérience acquise dans le pays d'origine.

Parmi les 656 candidats se trouvaient dix **réfugiés conventionnels** ou anciens réfugiés, six ont été autorisés ; cinq étaient bénéficiaires ou anciens bénéficiaires de l'**asile territorial**, deux ont été autorisés.

Considérés par rapport aux critères adoptés par la commission, cinq de ces huit candidats n'auraient pas obtenu l'autorisation. L'un d'eux a bénéficié de la sympathie de la commission en raison d'un problème familial très douloureux ; ses 20 ans d'exercice en Algérie, et plus de deux ans en France dans des services où il avait été apprécié pouvant rassurer sur ses compétences médicales. Les autres, depuis leur arrivée en France, avaient fait la preuve de très grandes qualités professionnelles ; la commission a accepté de faire dans une certaine mesure abstraction de ses habitudes de travail et de donner son accord. Nous regrettons cependant amèrement le rejet d'un dossier, au motif que la candidate faisait essentiellement en France de la médecine préventive.

Qu'il s'agisse des sages-femmes, des chirurgiens dentistes, des médecins, tous ceux qui n'ont pas été retenus par la commission compétente devront poser leur candidature dans le cadre du nouveau régime, régi par la loi de 1999 (article 60) ; mais il leur faut attendre que les textes d'application de cet article soient publiés ; publication imminente depuis plus de deux ans.

Le soutien des candidats réfugiés représente une tâche importante pour l'association : les informer de la législation en vigueur, les conseiller pour la constitution de leur dossier, bien connaître ces dossiers ainsi que la situation personnelle de chacun ; mettre en évidence, devant la commission la valeur de ces candidats même si leurs dossiers ne présentent pas tous les critères choisis par elle.

Mais il s'est avéré de plus en plus difficile, au fil des ans, de faire percevoir à nos interlocuteurs, le caractère spécifique et pénalisant de la situation de réfugié... signe des temps.

3-2-3 Retour en arrière – 29 ans d'application de la loi du 13 juillet 1972 (Médecins)

Le tableau III récapitule, pendant toute la durée d'application de la loi du 13 juillet 1972, le nombre de dossiers examinés et le nombre d'autorisations accordées année par année. A partir de 1982 (première année de la présence de l'APSR dans les commissions), les réfugiés ont pu être comptabilisés.

TABLEAU III
Récapitulatif année par année de l'application de la loi du 13 juillet 1972
(Nombre de dossiers examinés et d'autorisations accordées)

Année ¹	Réfugiés et apatrides ²			Total Candidats		
	Examinés	Autorisés		Examinés	Autorisés	
1973-1974	*	*	*	248	194	78,2%
1975 (plus contingent spécial)	*	*	*	366	149	40,7%
1976	52	50	96%	(+52)	(+50)	(96%)
1977	*	*	*	472	134	28,4%
1978	*	*	*	387	125	32,2%
1979	*	*	*	348	115	33,0%
1980	*	*	*	310	90	29,0%
1981	*	*	*	282	72	25,5%
1982	*	*	*	284	109	38,4%
1983	32	29	90%	268	98	36,6%
1984	22	19	85%	250	86	34,4%
1985	30	25	83%	265	80	30,2%
1986	17	13	76%	300	75	25,0%
1987	14	12	86%	297	82	27,6%
1988	24	13	54%	375	85	22,6%
1989	30	21	70%	505	85	16,8%
1990	11	7	63%	549	63	11,7%
1991	20	7	35%	698	50	7,1%
1992	22	4	18%	836	40	4,7%
1993	43	12	28%	997	100	10,0%
1994	35	8	23%	897	80	8,9%
1995	43	8	18%	1.080	80	7,4%
1996	41	7	16%	1.150	70	6,1%
1997	32	7	22%	1.100	75	6,8%
1998	34	21	61,5%	1.200	400	33,3%
1999	19	16	84%	960	907	94,5%
2000	9	8	89%	306	232	75,8%
2001	7	6	86%	373	262	70,2%
2002	19	5	26,3%	1.186	556	46,9%
2002	15	7	46,6%	656	424	64,6%
Total 1982-2002		255			3930	
Total 1973-2002		*			4968	

¹ L'année indiquée est celle du dépôt des dossiers, après succès aux épreuves de contrôle des connaissances.

² Depuis 1999 apparaissent quelques bénéficiaires de l'asile territorial.

* Données manquantes. Les réfugiés n'ont pu être comptabilisés qu'à partir de 1983 (contingent 1982), grâce à la présence d'un représentant de l'APSR dans la commission.

Trois périodes peuvent être individualisées :

- Pendant les 14 premières années (1974-1987) le nombre de dossiers examinés reste inférieur à 500 ; le taux d'autorisations – mises à part les deux premières années – oscille entre 23% et 38 %.
- La période suivante s'étend sur 9 années (1988-1997). Le nombre de dossiers examinés dépasse 500 et augmente d'année en année, pour atteindre 1.150 ; le taux d'autorisations s'effondre jusqu'à être inférieur à 5%, rejetant de plus en plus de candidats, dont beaucoup présenteront de nouveau leur dossier l'année suivante. Pendant cette période la commission s'était donné pour règle d'ajuster le nombre d'autorisations sur la valeur moyenne, pour toute la France, du *numerus clausus* qui limite l'accès à la 2^{ème} année du 1^{er} cycle des études médicales.
- L'évolution ultérieure – à partir de 1997 – résulte directement de la volonté du ministre de la santé, Bernard Kouchner, de résoudre le problème des « médecins à diplôme étranger » et en premier lieu de régulariser la situation professionnelle de tous ceux qui avaient fait leurs preuves. C'est ainsi qu'il a d'abord convaincu la commission d'accepter un quota de 400 pour le contingent 1997 ; l'année suivante, par l'article 60 de la loi CMU, il élargissait le champ des autorisations accordées ; les candidats ayant 6 années de fonctions hospitalières et les Français « rapatriés d'Algérie », étant depuis lors autorisés « hors quota ».

Ainsi, pendant les six dernières années de l'application de la loi (1997-2002), 2.781 médecins ont obtenu l'autorisation d'exercer, plus que pendant les 23 premières années (2.187). Pourtant, la commission n'était pas devenue laxiste.

IV - COLLOQUE

Au cours de sa réunion du 7 février 2003, le Conseil d'Administration avait décidé d'organiser une demi-journée d'information, ouverte à différents publics, en particulier à des représentants d'administrations qui jouent un rôle dans l'intégration professionnelle des personnels de santé réfugiés.

D'emblée, il avait été prévu d'élargir le thème aux professionnels de santé à diplôme non communautaire réfugiés ou non, et d'inviter d'autres associations à préparer cette manifestation avec nous.

Peu à peu ce projet s'est précisé et étoffé ; de réunion d'information, il s'est transformé en colloque et sa tenue d'abord envisagée pour l'automne 2003 a été repoussée au début mars 2004.

Un groupe de pilotage, émanation du bureau élargi a pris en charge sa préparation :

- élaboration d'un pré-programme : définition des interventions principales et choix des intervenants,
- lieu,
- financement,
- choix des associations partenaires et premiers contacts avec elles,
- préparation de l'information.

Pour ce travail et pour la suite, un secrétariat – à temps partiel, mais d'une grande efficacité – a été mis en place.

V - PARTICIPATION A DES GROUPEMENTS INTER-ASSOCIATIFS

5-1 Coordination Française pour le Droit d'Asile (CFDA)

L'APSR est membre adhérent de la CFDA, avec 19 autres associations, depuis sa création en 2000.

5-1-1 Activités

Dans ce cadre nous avons participé en 2003, aux réunions plénières mensuelles, et aux deux rencontres nationales ; à des colloques organisés par d'autres associations : par le GISTI et Emmaüs sur le droit d'asile dans la Communauté Européenne, par le SSAE sur les questions concernant l'intégration des étrangers en France et sur l'accueil et la prise en charge des demandeurs d'asile (DA) en Europe, par Montgolfière sur le droit au travail pour les demandeurs d'asile. L'APSR a en outre pris part à différentes rencontres officielles : avec le ministre de l'Intérieur, avec le directeur de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), avec les rapporteurs de la commission des lois des affaires étrangères de l'Assemblée nationale, avec le coordinateur de la politique d'asile au ministère de l'Intérieur.

5-1-2 La loi sur l'asile

La CFDA a régulièrement suivi les travaux qui ont abouti à la loi sur l'asile, du 10 décembre 2003, et a réagi contre plusieurs aspects du projet.

Cette loi marque une nette régression du droit d'asile en France et une remise en cause de l'engagement de notre pays vis-à-vis de la convention de Genève de 1951.

Rappelons en les principaux points contestés :

- Les notions d'asile interne, de pays d'origine sûr, de pays tiers sûr, qui visent à réduire le nombre des demandeurs d'asile (DA) en rejetant des demandes par une procédure expéditive, sans possibilité de recours suspensif.

- La notion de protection subsidiaire remplaçant l'asile territorial, qui pouvait apparaître comme une avancée (du fait, en particulier de l'unification de la procédure de demande d'asile à l'OFPRA) est en réalité une mesure aux motifs mal définis et contestables, pour une durée de un an, révocable à tout moment pour « atteinte à l'ordre public ».

- Une procédure prioritaire ou accélérée a été mise en place avec des délais d'examen très courts, s'appuyant sur des notions telles que celles de demandes manifestement infondées, sans entretien à l'OFPRA, demandes vouées, en fait, au rejet.

- Il faut encore relever que l'OFPRA qui était jusqu'alors sous la responsabilité unique du ministère des affaires étrangères voit maintenant son directeur général nommé sur proposition conjointe du ministère des affaires étrangères et du ministère de l'Intérieur, et que le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) perd son rôle de « surveillance » de l'OFPRA. De même le choix du représentant du HCR au sein de la Commission des Recours des Réfugiés (CRR) exige l'avis conforme du vice-président du Conseil d'Etat.

- Enfin, la confidentialité des documents détenus par l'OFPRA est sérieusement remise en cause, en cas de rejet d'une demande, les motifs de ce rejet ainsi que des documents d'état civil du demandeur, pouvant être transmis au ministère de l'Intérieur.

5-1-3 Nouvelles menaces sur l'asile à l'horizon 2004 : Externalisation de l'asile et enfermement des demandeurs d'asile.

La politique de l'Europe en matière d'asile est de réduire au minimum le nombre des DA en affranchissant les états de la responsabilité qui leur incombe de garantir un accès à la procédure. Pour ce faire, la création de centres de regroupement sinon d'enfermement des DA hors des frontières de l'Union Européenne est envisagée. Le HCR, lui-même, avait proposé en juin 2003 l'installation de centres fermés et l'établissement d'un système collectif européen de renvoi rapide, suscitant aussi une vive opposition de la part de la CFDA.

Ce dispositif, associé à une politique de rapatriement et de retour, de la mise en place du système eurodac (fichage des empreintes digitales des deux mains à l'entrée dans l'Union Européenne) et de charters européens³, vise davantage à contrôler et à réguler les flux migratoires sans trop se soucier de garantir le droit d'asile.

³ L'APSR a signé l'appel « contre les charters de l'humiliation » lancé par la CFDA en Novembre 2003 auprès du Parlement Européen.

La CFDA, à travers diverses manifestations, communiqués de presse, lettres ouvertes au Président de la République, à différents ministres, rencontres avec des parlementaires, essaie, sans beaucoup de résultats, hélas ! de s'opposer sans relâche à cette politique qui vise à faire de l'Europe une forteresse où – faut-il le rappeler – seulement 10 % des réfugiés du monde réussissaient jusqu'à maintenant à se glisser.

5-1-4 Autres actions de la CFDA.

Nous ne ferons que citer :

- la lutte pour l'augmentation des places d'hébergement en CADA et contre la réduction de tous les crédits alloués dans ce domaine aux diverses associations,
- l'exigence de possibilités de domiciliation sans fichage et sans réglementation excessive,
- la défense du Service Social d'Aide aux Emigrants (SSAE) menacé dans un projet de réforme qui, dans le cadre de la fusion du SSAE et de l'Office des Migrations Internationales (OMI), réduira considérablement le rôle du SSAE dans l'accueil des DA,
- la défense des déboutés du droit d'asile dont le nombre ne fait qu'augmenter, venant gonfler ainsi la foule des sans-papiers⁴.

5-2 Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Etrangers (ANAFE)

L'APSR, qui est membre du conseil d'administration de l'ANAFE depuis 2001, a participé régulièrement à toutes les réunions de ce Conseil, conférences de presse, colloques de l'année 2003.

5-2-1 Activités

L'activité de l'ANAFE a été centrée essentiellement sur la discussion d'un projet de convention avec le ministère de l'Intérieur concernant la présence permanente de l'ANAFE dans les zones d'attente des aéroports, notamment à Roissy. Ces pourparlers n'avaient pas encore abouti au 31 décembre 2003.

La situation des personnes en zones d'attente a fait l'objet de trois rapports, de l'ANAFE, dénonçant les difficultés d'accès des visiteurs habilités,

⁴ Signature par l'APSR du « manifeste des délinquants de la Solidarité » du 27 mai 2003.

les violences policières répétés et le caractère aléatoires de l'accès à une écoute des DA⁵.

5-2-2 Autres objectifs de lutte de l'ANAFE :

- la défense des mineurs isolés, dont l'admission immédiate sur le territoire en raison de leur incapacité juridique est souvent remise en cause, par manque d'administrateurs nommés disponibles. L'ANAFE a posé sa candidature comme administrateur ad hoc,

- la lutte contre la délocalisation des audiences du tribunal de grande instances (TGI) de Bobigny, à l'intérieur de l'aéroport de Roissy, qui compromet gravement l'indépendance des juges et la publicité des débats,

- la défense de passagers à Roissy qui ont été inculpés « d'entrave à la circulation d'un aéronef » et débarqués pour avoir protesté contre les expulsions violentes d'étrangers reconduits,

- protestation auprès du Premier Ministre et plainte déposée auprès du TGI de Bobigny concernant la mort suspecte d'un passager argentin expulsé dans des conditions sanitaires contestables.

VI - ANTENNES

Outre l'activité d'accueil citée dans le chapitre correspondant de ce rapport, plusieurs antennes ont un véritable rôle de représentation du fait des contacts qu'elles sont amenées à prendre.

Elles ont ainsi pour une bonne part leur recrutement propre (intégré, secondairement, dans le fichier général), complété par quelques « visiteurs » ayant pris d'abord contact à l'adresse parisienne.

Elles ont leurs réseaux propres : IFSI, Associations locales ou nationales implantées localement (CIMADE, Secours Catholique, Forum Réfugié, Médecins du Monde, Croix Rouge Française, associations d'étudiants...), administrations (DDASS, Préfectures, administrations hospitalières)...

Notons particulièrement l'implantation et le développement, en une année à peine, d'une nouvelle antenne à Nantes qui assure quatre permanences par mois dans un local associatif et a déjà constitué tout un carnet d'adresses d'une grande utilité.

⁵ Mars 2003 – « 10 ans après, les difficultés persistent », mars 2003 – « Violences policières en zone d'attente », novembre 2003 – « La roulette russe de l'asile à la frontière – zone d'attente : qui détourne la procédure ? ».

VII - DEMARCHES

7-1 Rencontre avec le Professeur Philippe Thibault, conseiller du ministre de la Santé, le 10 juillet 2003⁶.

Comme lors de la rencontre d'août 2002, l'accueil a été très cordial.

En préalable, Monsieur Thibault indique deux idées maîtresses du ministère :

- sa réticence à ouvrir trop vite les vannes du recrutement – donc de la formation – dans la crainte de créer un déséquilibre dans d'autres disciplines,
- son option politique de ne pas ouvrir le système de santé français aux étrangers, même s'il doit s'ensuivre une souffrance momentanée ; la situation pourrait être réglée dans deux ans environ pour les infirmier(e)s.

Sur ce deuxième point au moins, il est évident que l'APSR ne peut pas être d'accord.

7-1-1 Les infirmiers et les aides-soignants

Pour les infirmier(e)s et aides soignant(e)s les quotas d'admission dans les écoles et les IFSI resteront restreints, leur augmentation trop rapide pouvant provoquer un « appel d'air ». Mais l'élargissement de l'Union Européenne pourrait dans une certaine mesure augmenter la possibilité de recrutement, certains pays – la Pologne, par exemple – ayant trop d'infirmier(e)s.

Une réflexion est actuellement en cours sur la validation des acquis d'expérience et pourrait connaître des applications en 2004 ; mais ce mode d'évaluation ne fait pas partie de la culture française ; en outre, pour les pays tiers, elle sera liée aux règles européennes.

7-1-2 Autres professions de santé

Pour les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, les textes d'application des articles 60 et 61 de la loi CMU devraient être prêts fin 2003.

(Fin décembre 2003, le projet de décret est toujours au conseil d'Etat pour avis.)

Nous attirons l'attention du Pr. Thibault sur les questions suivantes :

⁶ Ont participé à cette rencontre : Alain Baumelou, Mireille Desrez, Claire Hatzfeld.

- Les Commissions de recours mises en place pour les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, ont fait apparaître d'excellents candidats qui n'avaient pas pu obtenir l'autorisation d'exercer dans le cadre de la loi de 1972 : il faudrait élargir les prérogatives de ces commissions pour que le plus grand nombre possible de dossiers soient examinés. Il faudrait aussi créer une Commission de Recours pour les pharmaciens.
- Pour les pharmaciens, la clause de l'autorisation d'exercer « hors quota » concernant les réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territoriale a été omise ; il faudrait l'introduire.
- L'APSR dont un représentant siège dans les Commissions de la loi de 1972 demande avec insistance à faire partie des commissions de la loi CMU car les réfugiés constituent une population dont les particularités sont en général mal connues.
- Nous demandons à avoir connaissance des textes qui sont en cours d'élaboration de façon à pouvoir nous exprimer à leur sujet avant leur formulation définitive. Monsieur Thibault répond favorablement à cette demande.
- Enfin dernière question soulevée, le dossier de candidature pour l'internat à titre étranger comporte une pièce établie dans le pays d'origine du candidat : il faut en dispenser les réfugiés, qui ne peuvent évidemment pas se procurer ce document.

Ces différents points sont notés par Monsieur Thibault.

7-2 Demande de subvention

Une deuxième demande de subvention faite en septembre 2002 à la Direction de la population et des migrations (DPM) a finalement abouti en novembre 2003 (15.245€). Elle nous permettra de reprendre notre effort d'information sur l'APSR (voir chapitre « Accueil » de ce rapport).

VIII – FONDS NATHALIE MASSE

Nous avons, cette année, répondu à deux demandes, présentées par :

- l'association Primo Lévi pour la prise en charge globale de mineurs – isolés ou accompagnés – réfugiés, ayant été victimes de persécutions dans leur pays (4.500€),
- Médecins du Monde (délégation régionale de Lyon) pour la campagne d'été d'aide aux nourrissons, en particulier enfants de réfugiés (4.575€).

Depuis, différents contacts ont été pris mais en cette fin d'année 2003, aucune demande n'a été formalisée.

Il reste 11.300 Euros (voir rapport financier).

IX - RAPPORT FINANCIER

9-1 Fonds de l'Association

9-1-1 Produits

a. Les cotisations

Les cotisations s'élèvent à 9.754€, chiffre à comparer à celui de 2002 : 10.884€ (et non 12.484,73€ noté par erreur, qui incluait un don de 1.600€). Cette baisse de 10%, correspondant à une baisse analogue du nombre d'adhérents, nous inquiète : si elle perdure, elle compromettra inévitablement les dépenses courantes de l'association (hors programme DPM), en particulier les « fonds attribués » (aide aux réfugiés).

b. Les produits financiers

Le produit financier a diminué : le compte épargne était essentiellement alimenté par la subvention de la DPM qui, versée fin 2001, a été presque entièrement dépensée au cours de l'année 2002.

c. Les dons

Outre un don anonyme qui se renouvelle depuis plusieurs années, nous avons reçus en 2003 des dons d'amis de Marcel Legrain, qui, à l'occasion des obsèques, ont choisi de faire un geste amical et généreux à l'égard de l'APSR.

Enfin un infirmier Algérien qui a maintenant de modestes ressources nous verse, périodiquement de petites sommes... en remboursement des aides que nous lui avons accordées.

Nous remercions chaleureusement tous ceux qui nous ont ainsi témoigné leur confiance.

9-1-2 Charges

a. Les fonds attribués

Les fonds attribués ont un peu augmenté surtout du fait de l'augmentation de la somme attribuée au cours de français et aux honoraires d'avocats.

b. Gestion administrative

Les dépenses ont été diminuées du fait de la diminution des dépenses liées au programme DPM (4.649,97€ au lieu de 7.848,36€ en 2002), en particulier la fin du contrat de la secrétaire le 1^{er} avril remplacée partiellement seulement à partir de novembre.

Pour deux postes, les différences observées entre 2003 et 2002 sont artificielles :

- Assurance : Ayant été amenés à changer d'assureur au début 2002, nous avons dû verser, cette même année, et la cotisation nous couvrant pour les 10 derniers mois, et la cotisation, appelée en décembre pour 2003. En 2003 nous n'avons versé que la cotisation correspondant à 2004.
- Loyer : C'est seulement depuis 2002 que l'administration des Domaines nous demande le versement d'un loyer (120€ par trimestre). En 2002, nous avons payé pour quatre mois seulement, en 2003, pour l'année entière.

9-1-3 Bilan

Il fait apparaître un fond de réserve de 20.867 € dont 15.245€ par la nouvelle subvention versée fin novembre 2004.

9-2 Fonds Nathalie Masse

Les dépenses ont été plus élevées que les années précédentes :

- Dons à Médecins du Monde – 4.575€,
- Et à l'Association Primo Lévi – 4.500€

TABLEAU IV : Fonds de l'APSR

1) COMPTE DE GESTION ANNÉE 2003

Rappel 2002

PRODUITS

Cotisations	9.754,00	12.484,73
Produits financiers	173,65	487,65
Subventions	15.245,00	0,00
Dons	2005,00	0,00
	-----	-----
	27.177,65	12.972,38

CHARGES

a) Fonds attribués

Droits d'inscription	3.015,12	3.491,27
Frais annexes	0,00	72,00
Cours de français	1.234,00	500,00
Traductions	415,96	343,70
Frais de transport (R.A.T.P.)	1.734,50	1.892,67
Voyages	444,20	230,80
Aide à la vie	329,29	133,29
Honoraires avocats	1.178,00	415,00
	-----	-----
	8.351,07	7.078,73

b) Gestion administrative

Cotisations, documentation	726,00	463,24
Poste, Telecom	1.251,70	1.539,01
Assurances	640,93	1.118,54
Loyer	480,00	160,00
Voyages administrateurs	258,90	127,40
Entretien matériel	0,00	282,20
Secrétariat	538,20	852,75
Photocopies	835,35	327,50
Repas de travail	33,91	59,19
Appointments	3.203,06	5.229,18
Charges sociales	1588,29	1.455,52
Charges sociales (Solde 2002)	704,00	
	-----	-----
	10.260,34	11.614,53

c) Faire-part du décès du Pr Legrain

	550,78	0,00
--	---------------	-------------

d) Amortissement Matériel et Mobilier

	0,00	1.638,57
--	-------------	-----------------

ENSEMBLE DES CHARGES

	19.162,19	20.331,83
--	------------------	------------------

EXCÉDENT DE DÉPENSES

		7.359,45
--	--	-----------------

EXCÉDENT DE RECETTES

	8.015,46	
--	-----------------	--

Tableau IV (suite)

2) BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2003

Rappel 2002

<u>ACTIF</u>			
1/ IMMOBILISÉ			
Matériel de bureau	2.899,74		2.899,74
Mobilier	1.309,67		1.309,67
Ordinateur	1.599,75		1.599,75
	5.809,16		5.809,16
Amortissements	(5.809,16)		(5.809,16)
		0,00	0,00
2/ ENGAGÉ			
Valeurs mobilières	2.006,24		2.006,24
Compte épargne	14.797,04		10.145,94
		16.803,28	12.152,18
3/ DISPONIBLE			
B.N.P. (compte dépôt)	3.654,30		2.048,37
Caisse	104,43		45,00
		3.758,73	2.093,37
4/ <u>PRET au FONDS Nathalie Masse</u>		305,00	305,00
		20.867,01	14.550,55
<u>PASSIF</u>			
1/ FONDS DE RÉSERVE			
Reports antérieurs	12.851,55		20.211,00
Excédent de dépenses			(7.359,45)
Excédent de recettes	8.015,46		
		20.867,01	12.851,55
2/ <u>COTISATIONS 2003 encaissées d'avance</u>		0,00	1.699,00
		20.867,01	14.550,55

TABLEAU V

Dépenses liées au programme DPM en 2003

GESTION ADMINISTRATIVE

Photocopies, papeterie, poste, telecom	254,91
Matériel de bureau	86,89
Appointments	2.416,88
Charges sociales	1.891,29

4.649,97

Exigible URSSAF 678,00

TABLEAU VI
Fonds Nathalie Masse

1) COMPTE DE GESTION ANNÉE 2003

Rappel année 2002

PRODUITS

Produits financiers	383,26	564,40
---------------------	---------------	---------------

CHARGES

Agios	36,50	1,80
-------	-------	------

Dons Médecin Iranien	0,00	2.135,00
----------------------	------	----------

Médecins du Monde	4.575,00	0,00
-------------------	----------	------

Association Primo Levi	4.500,00	0,00
------------------------	----------	------

	-----	-----
	9.111,50	2.136,80

<u>EXCÉDENT DE DÉPENSES</u>	(8.728,24)	(1.572,40),
------------------------------------	-------------------	--------------------

2) BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2003

Rappel situation au
31/12/2002

ACTIF

1/ ENGAGÉ

Compte Épargne Postal	10.086,10	17.502,84
-----------------------	-----------	-----------

2/ DISPONIBLE

C/C Postal	1.219,33	2.530,83
------------	----------	----------

	-----	-----
	11.305,43	20.033,67,

PASSIF

1/ FONS DE RESERVE

Antérieur	19.728,67	
-----------	-----------	--

Emploi 2003	(8.728,24)	
-------------	------------	--

	11.000,43	19.728,67

2/ EXIGIBLE

Emprunt à APSR	305,00	305,00
----------------	--------	--------

	-----	-----
	11.305,43	20.033,67

X - PERSPECTIVES

10-1 Adhésions

Trouver de nouveaux adhérents est une préoccupation récurrente. Cette année, compte tenu des nombreux départs, c'est un impératif.

Récurrente aussi est la question « Comment faire ? ». Les suggestions seront les bienvenues.

10-2 Développement du réseaux d'information sur l'APSR – Programme DPM

Ce programme peut maintenant être repris grâce à la subvention récemment renouvelée. Dès le mois de janvier, des courriers (« programme DPM » et annonce du colloque du 6 mars) seront adressés à différents organismes : DDASS, facultés, IFSI...

Par la suite il faudra envisager de nouvelles cibles : centres d'hébergement, associations, OFPRA...

La création d'un site Internet apparaît de plus en plus comme un nécessité.

10-3 Colloque

Les suites à donner au colloque ne peuvent être définies aujourd'hui. Au mieux nous aurons sensibilisé des responsables administratifs à l'idée que des professionnels à diplômes non communautaire pourraient être employés dans les établissements hospitaliers qui souffrent d'un déficit de personnel. Il nous faudra alors probablement faire des propositions concrètes, comme nous l'avons fait pour les infirmières il y a deux ans.

10-4 Autorisation d'exercer des professions de médecin, sage-femme, chirurgien dentiste et pharmacien

10-4-1 Les exclus de l'ancien régime

Malgré les dispositifs de secours mis en place par l'article 60 de la loi CMU, de nombreux candidats ont été exclus du bénéfice de la loi de 1972. Nous n'avons pas leur nombre ; les médecins sont certainement plusieurs centaines (232 en 2003). Nous pensons que l'inventaire de ces dossiers devrait être fait et que certains d'entre eux devraient être soigneusement réexaminés. A nous, en collaboration avec les organisations représentatives, d'obtenir cette révision.

10-4-2 Le nouveau régime

Le projet de décret tant attendu qui nous a été communiqué à la fin de l'année est loin de nous satisfaire ; en particulier il ne prévoit pas que l'APSR soit représentée dans les commissions. Nous tenons beaucoup à cette représentation ; dans les précédentes commissions en effet elle nous a permis de soutenir avec efficacité un grand nombre de réfugiés qui ont ainsi obtenu l'autorisation d'exercer. Pour qu'un siège dans les nouvelles commissions nous soit attribué, il nous faut faire une démarche auprès du conseil d'Etat puisque le projet de décret doit être soumis à cette instance.

10-5 Antennes

L'augmentation des contacts avec la province appelle la création de nouvelles antennes. Un espoir existe à Vitré où une gynécologue, ancienne réfugiée, nommée récemment praticien hospitalier nous a proposé de travailler localement avec nous : elle pourrait collaborer avec l'antenne de Rennes. Mais la plupart des régions restent sans représentation locale.

10-6 Terrains de stage

Nous devons développer le repérage de terrain de stage, pour de nombreuses professions (voir chapitre III de ce rapport).

Si naturellement nous nous tournons d'abord vers les membres de l'APSR, il nous faut aussi frapper à des portes extérieures.

10-7 Activités inter-associatives

Elles sont indispensables autant pour nous tenir au courant que dans un esprit de solidarité. Quant aux projets, l'actualité se charge d'imposer des domaines d'intervention les plus pertinents et les plus urgents.

* *

 *

DRASS, les préfectures départementales, ces organismes étant sollicités comme relais auprès des personnes qui relèvent de notre activité.

Début 2003 cette diffusion a été complétée en direction des autres centres de formation en soins paramédicaux, des écoles de sages-femmes, des écoles vétérinaires, des CROUS et des CLOUS ; mais cette deuxième vague n'a eu que très peu d'effets.

Quelle aura été l'efficacité de ce programme en 2002 et 2003 ?

Jusqu'à la fin de cette deuxième année, des visiteurs nous ont dit avoir eu connaissance de l'APSR par l'un de ces relais ; mais nous ne pouvons pas identifier tous ceux qui sont dans ce cas : l'information passe souvent par le bouche à oreille et sa source reste inconnue.

TABLEAU I
Nombre de visites au cours des 12 dernières années
(y compris les contacts par correspondances)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1^{ère} visite	76	100	135	141	84	105	114	103	110	169	276	194
<i>dont Algériens</i>	0	<5	61	88	37	71	61	54	49	88	138	76
Visites successives	187	214	228	304	299	300	346	338	389	353	389	360
TOTAL	263	314	363	445	383	405	460	441	499	522	665	554

L'évolution du nombre de premiers contacts reflète dans une certaine mesure le rôle du programme DPM dans notre recrutement. La figure 1 montre un pic très franc qui se constitue dans la foulée de nos premiers courriers (fin juin et surtout juillet-septembre) et occupe la période de septembre 2002 à janvier 2003. Il est encadré par deux périodes relativement stables, avec un léger décalage vers le haut de la deuxième période, abstraction faite du mois d'Août 2003, la canicule ayant certainement limité les déplacements¹.

Cette évolution se traduit aussi, bien entendu, sur la fréquentation en année pleine : en 2003, celle-ci est inférieure à celle de 2002 mais supérieure à celles des 10 précédentes années, qu'il s'agisse des primo-visiteurs (Tableaux I et II) ou de la totalité des visites (Tableau I).

Ces faits confirment la nécessité de relancer notre programme d'information comme nous l'avions prévu et pour lequel une deuxième subvention a été demandée (accordée, et versée seulement fin novembre).

¹ Mais les permanences ont été courageusement assurées.

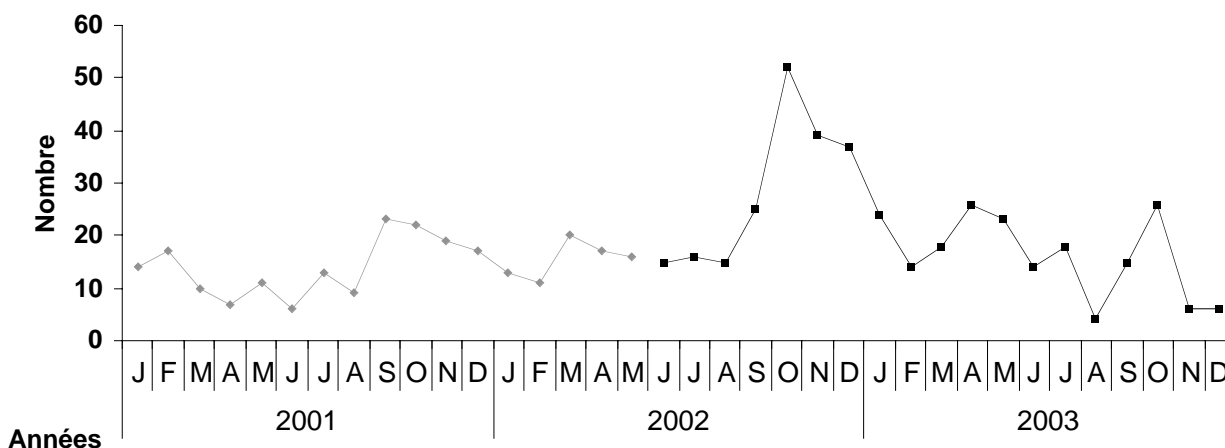


FIGURE 1
Evolution mensuelle du nombre de nouvelles personnes accueillies par l'APSR en 2001, en 2002 et 2003

La partie claire de la courbe représente la période précédant la mise en route du programme DPM ; la partie sombre, la période suivant cette mise en route. Les courriers ont été envoyés en juin 2002 (interruption de la courbe) mais surtout en juillet et septembre 2002.

2-2 Accueil à Paris – Accueil par les antennes – Dossiers traités par correspondance

La majorité des personnes qui se sont adressées à nous ont été reçues à la permanence parisienne ; cependant 20 ont été prises en charge par les antennes de province : 14 à Lyon (antenne polyvalente), 1 à Lyon (antenne vétérinaire), 2 à Strasbourg et 3 à Nantes ; mais 38 dossiers ont dû être traités par correspondance et par téléphone faute d'antenne dans la région de résidence.

2-3 Répartition selon la profession et selon le pays d'origine

Le tableau II indique la répartition des primo visiteurs selon leur profession et selon leur pays d'origine.

Les médecins constituent toujours le groupe dominant mais ne représentent plus que 37% de l'ensemble, talonnés par les infirmiers (35%), en légère augmentation.

Concernant les pays d'origine, les algériens restent de beaucoup les plus nombreux (39%) bien qu'ils soient en diminution par rapport aux dix dernières années ; viennent ensuite les ressortissants de la République Démocratique du Congo, puis les ressortissants russes (15, dont 8 tchétchènes), dont on peut rapprocher 22 ressortissants d'états ayant fait partie de l'ancienne URSS.

Cette répartition géographique est extraordinairement différente de celle des demandes d'asile enregistrées par l'OFPRA pour 2003 : le pays très largement en tête est la Turquie avec 7.776 demandeurs ; viennent ensuite, dépassant 2000 demandeurs : la Chine (5.343), la RDC (5.311), la Russie (3.419), l'Algérie (2.811), la Serbie-Monténégro (2.749), la Mauritanie (2.512), le Sri Lanka (2.420) et le Congo (2.008).

Dans notre relevé, quatre de ces neuf pays sont soit non représentés (Serbie-Monténégro, Sri Lanka), soit le sont très faiblement (Turquie, Chine).

Il semble que l'APSR ne soit pas la seule association axée sur l'asile, dont l'origine des visiteurs est en désaccord avec les statistiques de l'OFPRA.

Une explication possible est qu'il existe en France des communautés chinoises, Kurdes de nationalité Turque, mauritaniennes (et certainement d'autres) prenant en charge leurs compatriotes... aussi bien, voire mieux, que certaines associations françaises.

Le fait que le travail de l'APSR soit consacré aux professionnels de santé peut aussi favoriser cette distorsion.

2-4 Situation administrative et sociale

Les réfugiés statutaires représentent une minorité des personnes accueillies : 34 réfugiés conventionnels et un seul bénéficiaire de l'asile territorial ; 29 autres personnes avaient des statuts variés leur donnant droit au travail (résidents algériens, Français ou conjoints de Français, admis au séjour pour raison de santé...).

Mais la majorité des primo-visiteurs (130) sont exclus du marché du travail et ne savent s'ils y accéderont : 71 demandeurs d'asile conventionnels ; 37 demandeurs d'asile territorial, 7 « sans-papiers » dont 3 déboutés ; les autres sont dans des situations atypiques, ou arrivés depuis peu en France, ou ont à peine amorcé leur démarche.

Ainsi plus des 2/3 des personnes qui s'adressent à nous pour la première fois se trouvent en situation économiquement précaire et buttent sur une double incertitude fondamentale : leur séjour en France et l'exercice de leur profession. Les remarques faites à ce sujet l'année dernière peuvent être reprises (elles concernent d'ailleurs tout aussi bien des personnes qui reviennent nous voir à plusieurs reprises) : l'obligation pour nous de prendre en compte – même à la marge – les conditions actuelles de vie (ou de survie) ; la difficulté de l'exercice consistant à aider ces personnes dans la construction d'un projet professionnel souvent lourd, alors que leur présent est si fragile et que leur avenir en France est loin d'être assuré.

TABLEAU II : Nouvelles personnes accueillies en 2003

	ASIE MOYEN ORIENT						AFRIQUE								AMERI-QUE	EUROPE						TOTAUX									
	Iran - Irak	Syrie - Turquie	Afghanistan - Pakistan	Bangladesh	Ouzbékistan	Chine	Vietnam	Algérie	Congo (R. D. C.)	Congo Brazzaville	Burundi - Angola	Côte d'Ivoire - Guinée - Togo	Tchad	Madagascar	Sénégal	Tunisie	Rwanda	Mauritanie	Brésil - Cuba - Haïti	Russie (dont Tchétchénie)	Lettonie	Ukraine - Biélorussie	Georgie - Arménie - Azerbaïdjan - Moldavie	Kosovo	Roumanie	France non réfugié	2003	2002	2001		
Médecins	2	3	4			1	1	24	5	2		1	1						3	11	6	4	7				71	110	80		
Dentistes		1	1					10															2				14	15	5		
Sages-femmes							4				2	1	1	1					1							10	10	8			
Infirmiers					1	1	32	7	7	2	1	1				4	4		3	1		4			1	68	89	56			
Aides-soignants																										0	4	1			
Psychologues																										0	4	0			
Kinésithérapeutes								2			1															3	6	3			
Pharmaciens							1			1												1				3	4	1			
Vétérinaires	1						1				1					1	1							1		6	6	3			
Techniciens	1				1		1			1														1		5	8	10			
Etudiants				1				2													1					4	4	2			
Biologistes							1												1	1						2	3	0			
Secouristes																										0	2	0			
Prothésistes																							1			1	2	0			
Secrétaires médicales										1																1	2	0			
Auxiliaire de vie							1									1	1		1							4					
Puéricultrice			1																							1	7	0			
Manipulateur radio							1																			1					
TOTAUX	2003	4	4	6	1	2	2	1	76	16	9	5	6	3	1	1	1	7	6	4	16	8	1	5	14	1	1	1	194		
	2002									12									4			38				0		276			
	2001									13									2			17				0		169			