



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

RAPPORT D'ACTIVITE 2006

L'année 2006 nous a permis de constater l'efficacité et la pertinence des actions menées par l'APSR, tant en ce qui concerne les mesures législatives et réglementaires que s'agissant des procédures contentieuses.

C'est par ailleurs grâce à notre obstination que nous avons retrouvé le siège consultatif dans la nouvelle commission d'autorisation d'exercer - et même au sein du Conseil supérieur de la pharmacie.

Arrivée tard dans l'année, mais conditionnant déjà nos activités pour le dernier trimestre, la convention triennale signée avec la direction de la population et des migrations (ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement) nous a d'emblée conduit à étoffer notre équipe, par le recrutement d'un coordonnateur et d'une secrétaire, et ainsi de mettre en place divers projets, tel en particulier le programme d'information destiné à nous faire connaître des professionnels de santé réfugiés ou demandeurs d'asile dispersés sur tout le territoire français.

Elle a également permis l'installation du site internet de l'association¹, envisagé de longue date.

Enfin, d'année en année se confirme l'importance de faire partie de groupements inter associatifs tournés vers la défense du droit d'asile et l'aide aux réfugiés, qui nous assurent un environnement à la fois indispensable et irremplaçable.

¹ <http://www.apsr.asso.fr>

I - ACTIVITES D'ACCUEIL

1.1 Nombre de visiteurs

1.1.1 Premières visites

En 2005, les statistiques de l'OFPPA indiquaient une diminution des demandes d'asile de 15,8 % par rapport à l'année précédente. En 2006, cette diminution atteint 38,3 % par rapport à 2005. La Commission des recours des Réfugiés (CRR) a quant à elle enregistré en 2006 une baisse de 24,59% des recours par rapport à 2005, légèrement inférieure à celle constatée entre 2004 et 2005 (- 25,42 %).

Le taux d'admission au statut de réfugié par l'OFPPA suit lui aussi une courbe descendante : 9,3 % des dossiers examinés en 2004, 8,2 % en 2005 et 7,8 % seulement en 2006. Devant la CRR, le pourcentage d'annulation des décisions de l'OFPPA (15,43 % en 2006) est similaire à celui de 2005 (15,51 %) qui était en augmentation par rapport à celui de 2004 (12,67 %).

Comment s'étonner alors que la fréquentation des associations s'adressant aux réfugiés et aux demandeurs d'asile, diminue dans le même temps ?

En ce qui concerne l'APSR, la diminution des primo visiteurs par rapport à l'année précédente est de 11 % en 2006 (après 39 % de baisse en 2005), pour s'établir à 112 premières visites (voir tableau n° I).

Tableau n° I

Nombre de visites depuis 1992 (y compris dossiers par correspondance).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1^{ère} visite	76	100	135	141	84	105	114	103	110	169	276	194	208	126	112
<i>dont</i>	0	< 5	61	88	37	71	61	54	49	88	138	76	58	20	7
<i>Algériens</i>															
Visites successives	187	214	228	304	299	300	346	338	389	353	389	340	315	200	183
TOTAL	263	314	363	445	383	405	460	441	499	522	665	534	523	326	295

Les causes de la diminution du nombre de primo visiteurs sont probablement les mêmes que celles invoquées dans le précédent rapport d'activités (année 2005) : outre la diminution des demandes d'asile en France enregistrées par l'OFPPA, rappelons la diminution du nombre de ressortissants algériens qui s'est poursuivie : ils étaient encore 20 en 2005 et seulement 7 en 2006 ; la mise en veilleuse du programme d'information systématique dit « programme DPM »

(voir 1.5) ; une diminution des aides financières consenties à nos visiteurs du fait de la baisse de nos ressources (voir rapport financier, X).

1.1.2 Nombre total d'entretiens

A ces premières visites, s'ajoutent les visites itératives (le suivi) : 183 en 2006, ce qui amène le nombre total d'entretiens à 295, chiffre qui nous renvoie à 1992, avant l'arrivée en nombre des Algériens. A cela s'ajoutent les nombreux appels téléphoniques.

1.2 Répartition des primo visiteurs par pays d'origine et par profession

Elle fait l'objet du tableau n° II. Notons, mais sans attacher trop d'importance à cette variation, l'augmentation des personnes originaires de la République démocratique du Congo ainsi que des pays de l'ex URSS, qui représentent ensemble 43 % des primo visiteurs.

1.3 Les déboutés

11 primo visiteurs avaient été déboutés du droit d'asile (7 en 2005) : 8 femmes et 3 hommes. Tous espèrent que nous pourrions les aider à régulariser leur situation vis-à-vis du séjour, puisque la France manque d'infirmiers, de médecins, de sages femmes et autres professionnels de santé. Mais nous n'avons trouvé aucune solution à ce douloureux problème.

Nous apprenons parfois que grâce aux réseaux que peuvent avoir les services sociaux, un infirmier par exemple a pu être régularisé à la suite d'une embauche dans un établissement de soins. Mais jusqu'à présent, nous n'avons pas su ou pas pu établir les contacts utiles dans ce sens. Une prospection sérieuse est de plus en plus nécessaire.

1.4 Les visiteurs « hors champ »

En 2006, vingt-six visiteurs (27 en 2005), tous professionnels de santé mais n'ayant pas demandé l'asile en France, n'entrent pas dans les objectifs que s'est fixé l'APSR. Ils arrivent à nous par des voies variées : par des amis, le bouche à oreille, mais aussi par des membres du Conseil d'administration (5 fois), les

associations amies (4 fois dont 3 par la Cimade) ou les syndicats (SM+), voire sur conseil du ministère de la Santé.

Leur demande est banale : comment exercer leur profession en France ? A ces personnes nous répondons volontiers, mais nous leur expliquons – ce qu'ils comprennent – que nous ne pourrions pas suivre l'évolution de leur dossier.

Quelques uns nous exposent des litiges administratifs, parfois sans gravité, que nous pouvons résoudre.

Plus compliquées sont les situations créées par des diplômes obtenus dans des pays ayant adhéré en 2004 ou en 2007 à l'Union Européenne et dont la reconnaissance fait appel à des critères particuliers. Le ministère n'est dans ce cas pas généreux en explications. Il se trouve que ces situations sont venues à nous à travers des personnes n'ayant pas demandé l'asile, mais elles peuvent se voir aussi chez les réfugiés : leur étude fait donc partie de notre domaine de travail.

1.5 Répartition des primo visiteurs entre Paris et la province – Dossiers traités par correspondance.

Parmi les 112 personnes qui se sont adressées à l'APSR pour la première fois en 2006 :

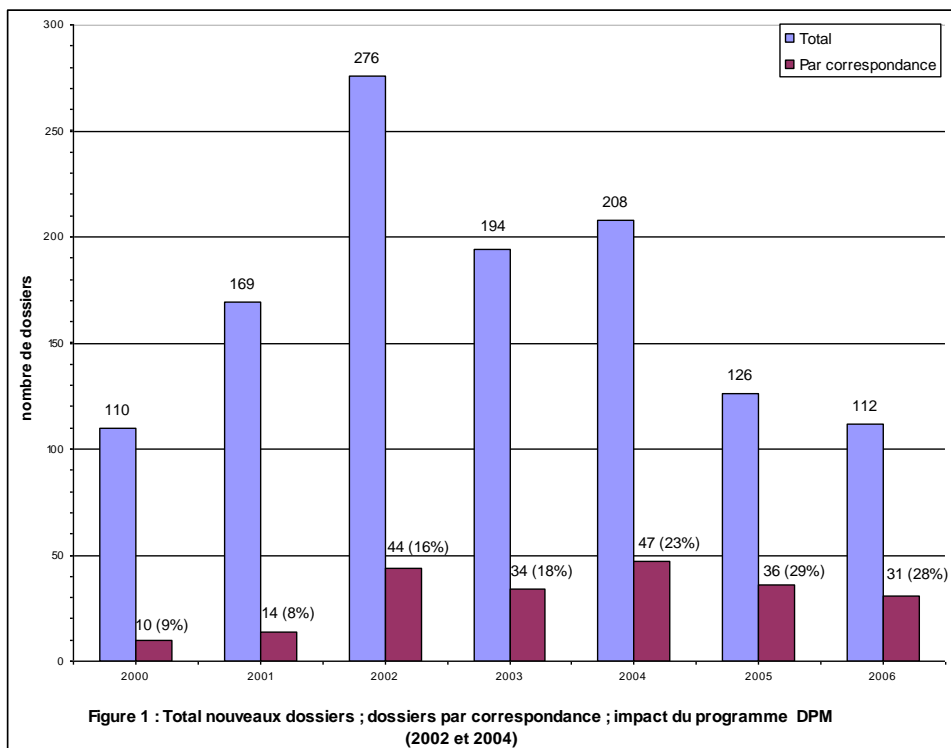
- 72 se sont adressées directement aux permanences parisiennes ; elles résident presque toutes en Ile-de-France ;
- 40 autres résident en province : 9 ont pris contact directement avec une antenne (cf II), cependant que 31 se sont adressées au siège parisien de l'APSR ; leurs dossiers ont été traités par correspondance.

Dossiers traités par correspondance.

Ces 31 personnes ont connu l'APSR par des canaux variés : 17 par le centre d'hébergement pour réfugiés ou demandeurs d'asile où elles résidaient ; 2 par l'Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM) ; 1 par le ministère de la Santé ; 1 par le syndicat SM+. Une avait trouvé nos coordonnées par Internet, cinq les avaient eues par des « amis ». Enfin, pour cinq autres, nous ignorons la source d'information.

Dans l'ensemble, ces personnes nous posent les questions habituelles : comment faire valider mes diplômes, comment exercer ma profession... ? Mais, plus souvent qu'en Ile-de-France, elles habitent dans des localités où l'accès aux ressources de formation ou de stage est très difficile, rendant problématique la réalisation de leurs projets professionnels. Or, changer de centre d'hébergement est une entreprise quasi irréalisable.

Ce recrutement résulte essentiellement des campagnes d'information multidirectionnelles faites à travers toute la France grâce aux subventions reçues en 2002 et 2004 de la Direction de la population et des migrations (DPM)² et accessoirement de fonds privés, reliquat des aides reçues pour le colloque de 2004³.



² Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement

³ Industrie pharmaceutique

Depuis le début de ce programme, en 2002, le nombre de « visiteurs » qui lui est imputable a connu des variations selon que la subvention du ministère nous était ou non accordée (voir figure 1) : 44 dossiers en 2002 ; 47 en 2004 ; mais seulement 34, 36 et 31 respectivement en 2003, 2005 et 2006.

La relance partielle du programme faite en 2005 grâce au reliquat du colloque a eu un effet particulier : touchant essentiellement – et pour la première fois directement – les centres d’hébergement pour réfugiés et demandeurs d’asile, elle a confirmé un réel besoin d’information, de dialogue et de soutien, aussi bien chez les personnes hébergées que chez les travailleurs sociaux. Les contacts qui s’établissent avec ces derniers sont en général très efficaces : ils permettent dans une certaine mesure de rendre plus personnelles les relations avec les intéressés que nous ne connaissons qu’à travers un questionnaire et des documents administratifs... tout en sachant cependant que rien ne remplace une véritable rencontre et un vrai dialogue.

II – ANTENNES REGIONALES

L’activité des antennes régionales est restée bien limitée en 2006. Il est certain qu’au chapitre des causes probables de ce phénomène, doit être considérée la baisse du nombre de demandeurs d’asile recensés sur le territoire ; mais il semble également que cela soit lié à la visibilité locale de l’APSR.

L’efficacité des « programmes DPM » de 2002 et 2004 en est une preuve, puisque ces actions d’information systématique avaient eu un effet certain sur les sollicitations des antennes. Gageons, donc, que le nouveau programme, lancé en 2007, de même que les diverses actions de communication engagées en parallèle (publications, demandes de soutiens inter-associatifs...) nous offrent prochainement à constater le même accroissement des sollicitations.

En ce sens, chacun est invité à participer aux efforts entrepris pour faire connaître l’APSR, qui dispose aujourd’hui de divers outils pour ce faire : site Internet et nouvelle plaquette de présentation notamment. Des encarts publicitaires peuvent également être diffusés dans des publications locales ou régionales, qu’elles soient associatives ou non.

Il nous semble en effet indispensable de faire connaître l’APSR, et de tenter de resserrer son maillage sur l’ensemble du territoire. Nous nous tenons à cette fin à

la disposition et à l'écoute de tous ceux qui souhaiteraient assurer une telle activité, ou qui auraient des suggestions en ce sens.

A Nantes

Outre le suivi de certains dossiers, Chantal Carron a accueilli quatre nouveaux visiteurs : une infirmière rwandaise, une sage-femme nigérienne, une vétérinaire guinéenne et un chirurgien-dentiste algérien.

Deux des visiteurs pris en charge ont été accompagnés par C. Carron pour entretien à l'IFSI de Nantes.

C. Carron fait par ailleurs état de divers contacts téléphoniques, et assure la représentation de l'APSR auprès de nombreuses structures locales : Association Agir !, Centre socio-culturel de quartier, Centre interculturel documentaire et Centre régional inter-documentaire, Association Guinée 44, Association nationale d'accueil des étrangers...

A Lyon

Marc Mégard a rencontré quatre nouveaux arrivants : un médecin généraliste syrien, un infirmier ukrainien, un gynécologue tchétchène, et un stomatologue d'origine afghane, récemment naturalisé.

M. Mégard a par ailleurs assuré le suivi de quatre situations précédemment connues, dont deux personnes à la recherche d'un poste de FFI.

Fereshteh Firouzi, quant à elle, a rencontré une nouvelle visiteuse, vétérinaire d'origine russe ; ce contact unique n'a pas eu de lendemain.

A Strasbourg

Ivan Kempf a été sollicité par deux fois ; après avoir orienté un premier contact vers le siège de l'association (la personne étant domiciliée en région parisienne), il a proposé un rendez-vous à un second visiteur... qui ne s'y est toutefois pas présenté.

III – LA CONVENTION DPM

L'APSR avait bénéficié à deux reprises, par le passé, du soutien financier, ponctuel et limité, du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement (Direction de la population et des migrations - DPM) dans le cadre de subventions dites « de programme », assignées à un objet spécifique (en l'occurrence, le « programme DPM », programme d'information systématique).

Elle a sollicité, dès 2004, le bénéfice d'une subvention « de fonctionnement », c'est-à-dire une contribution financière annuelle, d'un montant assez important pour pouvoir couvrir une partie au moins des dépenses générales de l'association et, surtout, développer ses activités.

C'est ainsi qu'au terme d'une longue procédure, une convention triennale a été proposée à l'APSR par la DPM. Définitivement signée le 11 août 2006 pour une période de trois ans (soit les années 2006, 2007 et 2008), cette « convention d'objectifs » a un objet relativement général, puisqu'elle engage l'association à « accueillir et informer les personnels de santé réfugiés sur les conditions d'accès aux professions de santé, à aider ces personnes dans leur réinsertion professionnelle en France et à développer l'information en ce domaine par la création d'un site Internet et la constitution de documents, destinés en particulier aux intéressés eux-mêmes et aux associations assurant l'accueil des réfugiés ».

La subvention accordée au titre de l'année 2006 s'est élevée à la somme de 35.000 euros, dont le versement est intervenu au mois de septembre. Le versement des sommes prévues par la convention triennale pour les années 2007 et 2008 est conditionné par la signature d'un avenant annuel.

Fort de cette nouvelle assise financière malgré son caractère temporaire, l'APSR a immédiatement décidé de procéder à des recrutements de personnels salariés susceptibles de l'aider à développer ses activités, à améliorer son fonctionnement et à soulager le travail de ses bénévoles.

Un « coordonnateur » a tout d'abord été embauché au mois d'octobre. Bénéficiant d'un poste à temps partiel (20 heures par semaine), Mathieu Boidé a pour tâche, en lien avec le conseil d'administration et le bureau, de préparer les réunions internes et, éventuellement, externes ; de représenter l'association ; de développer les liens avec les autres organisations ; de suivre les travaux des antennes

régionales et de développer les actions en régions ; d'assurer une veille sur la réglementation, tant en matière de professions de santé que s'agissant du droit d'asile ; d'organiser les campagnes d'information et de recrutement d'adhérents ou de bénévoles ; de veiller aux projets de soutien financier et aux demandes de subventions.

Fin 2006, avec Claire Hatzfeld, il a suivi les débats parlementaires relatifs aux modifications de la procédure d'autorisation d'exercer (voir **V**) et assuré la mise en œuvre du programme de mise à jour des connaissances proposé aux sages-femmes, en partenariat avec Evelyne Mothé, directrice de l'École de sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine (voir **VI**) et membre du conseil d'administration de l'APSR.

Par ailleurs, il a participé, avec la secrétaire générale, au recrutement de Fadila Chebili en qualité de secrétaire à compter du mois de novembre 2006 ; outre les tâches de secrétariat traditionnel, celle-ci assiste la secrétaire générale et le coordonnateur dans leurs activités quotidiennes.

Ces évolutions – tant attendues – ont également permis la relance d'un nouveau « programme DPM », dont l'ampleur a été augmentée (et dont la mise en œuvre s'est vue reportée sur 2007), ainsi que l'aboutissement et la mise en service du site Internet de l'association, qui reste susceptible d'amélioration mais constitue déjà un vecteur d'information très important. Pour ce faire, un chargé de mission a été mandaté pour la création du site (sa maintenance ultérieure étant assurée par le coordonnateur).

IV. ACCES AUX PRINCIPALES PROFESSIONS DE SANTE

4.1 Accès à la profession d'infirmier

4.1.1 Pour les infirmiers

Pour pouvoir exercer leur profession en France, les infirmiers à diplôme non communautaire doivent passer le diplôme d'Etat d'infirmier (DEI) et, pour préparer ce diplôme, entrer obligatoirement dans un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ; ils bénéficient le plus souvent de dispenses de scolarité d'un, voire deux ans.

Si un concours d'entrée spécial a été aménagé pour ces personnes déjà formées et diplômées, leur admission en IFSI est cependant limitée par un quota : pour chaque établissement, 2 % du nombre de candidats admis après succès au concours de droit commun.

Une perspective plus modeste – et, on l'espère, toujours provisoire – est d'exercer les fonctions d'aide-soignant (AS) ; il faut en obtenir l'autorisation auprès de la DDASS et franchir des étapes souvent longues – véritable dérive de la procédure primitive décrite dans la circulaire du 27 décembre 1984 du Directeur général de la Santé, encore en vigueur. De simple entretien avec le médecin inspecteur suivi d'une « *mise en situation de travail selon des modalités très souples (...) sans que cette épreuve revête le caractère formel d'un examen (...)* », cette procédure comporte maintenant (dans la plupart des DDASS) un examen écrit, suivi souvent d'un stage (de deux à trois semaines) dans un établissement de soins – stage qu'il incombe à l'intéressé de trouver.

Beaucoup de DDASS n'organisent l'examen écrit qu'une fois par an, et le grand nombre de candidats force parfois à repousser des inscriptions non à la prochaine session, mais à une session ultérieure⁴.

Ainsi cette simple autorisation, obtenue à l'origine en quelques jours, peut exiger maintenant un à deux ans pour être délivrée, si tant est qu'en chemin l'impossibilité de trouver un stage ne bloque les démarches⁵.

Pourtant, exercer les fonctions d'AS – même si cela représente un sérieux déclassement – constitue une étape très utile dans l'itinéraire conduisant au DEI : être dans un milieu de soins, observer le travail des infirmiers, leur poser des questions... peut beaucoup aider à réussir le concours d'entrée en IFSI.

Trente-neuf infirmiers ont pris contact avec nous pour la première fois en 2006.

Dix-huit d'entre eux ont pu être joints récemment par téléphone ; parmi eux, six seulement – qui étaient en règle au regard de leur droit au séjour en France lors de

⁴ Signalons cependant que certaines DDASS s'efforcent d'abrégier cette attente pour les réfugiés ; qu'elles en soient remerciées.

⁵ Le diplôme d'aide-soignant est accessible par la validation des acquis de l'expérience (VAE) ; nous avons encouragé quelques infirmiers à suivre cette voie, mais n'avons encore pas de résultat.

leur première visite à l'APSR – ont vu avancer (très légèrement) leur projet professionnel : rendez-vous pris avec une directrice d'IFSI, succès aux épreuves écrites de la DDASS, perspective d'un stage ou d'une formation... d'auxiliaire de vie, succès à l'ensemble des épreuves de la DDASS.

Parmi les douze personnes dont le projet professionnel n'a pas progressé, on trouve cinq réfugiés déjà reconnus comme tels lors de leur première visite, cinq autres en attente d'audition par la CRR, une déboutée « régularisée » par la préfecture, et une dernière personne en attente de convocation préfectorale.

Aussi restreint que soit cet échantillon, il illustre une des difficultés rencontrées par les exilés (demandeurs d'asile, réfugiés...) : les délais pour l'aboutissement de la moindre démarche, le temps perdu en attente du fait d'un calendrier administratif qui s'étale de plus en plus.

Ainsi, cette infirmière russe, arrivée en France en juin 2002, déboutée du droit d'asile, obtient seulement en mai 2006 un récépissé préfectoral annonçant une « régularisation » et lui donnant droit au travail. Entrée en contact avec l'APSR en mars 2006, elle demande – sur notre conseil – l'autorisation d'exercer les fonctions d'AS à la DDASS et passe avec succès l'examen écrit. Elle doit maintenant faire un stage, à charge pour elle de trouver un établissement d'accueil. Elle ne trouve pas : il y aurait chômage chez les AS dans le Finistère ; et le refus de certains établissements s'accompagne d'une précision : « nous ne prenons pas les étrangers ».

D'après la directrice de l'IFSI qu'elle a rencontrée, elle ne devrait se présenter au concours d'entrée qu'en 2008 ; elle s'y présentera sans avoir fréquenté un service de soins français, alors qu'une des épreuves du concours est une « mise en situation ». En admettant qu'elle soit cependant reçue dès ce premier concours et qu'elle bénéficie d'une dispense de scolarité d'un an ; qu'en outre elle soit reçue au DEI à sa première présentation, elle ne retrouvera sa profession d'origine qu'en 2010 ou 2011, soit plus de 8 ans après son arrivée en France !

Parmi les infirmiers connus de l'APSR avant 2006

Madame M., née en 1973 et de nationalité rwandaise, est arrivée en France en janvier 2001 ; elle a été reconnue réfugiée en janvier 2002. En 2003, elle échoue au concours d'entrée en IFSI, mais est reçue en 2005 à l'IFSI de la Croix St

Simon à Paris. Elle obtient le DEI en 2006, après une scolarité brillante comportant en particulier un mémoire de fin d'études très apprécié. Pendant ce concours, elle est soutenue financièrement par le CAEIR.

Madame Z., née en mars 1983, est congolaise de République démocratique du Congo. Arrivée en France en août 2005, elle est reconnue réfugiée en janvier 2006. Elle réussit le concours d'entrée de l'IFSI de la Queue en Brie (Val de Marne) en juin 2006, mais elle n'y est pas admise pour cause de quota. Après avoir cherché tout l'été, elle est finalement admise à l'IFSI de Marne la Vallée, qui dispose d'une place libre dans le quota ; elle doit donc déménager. Elle est dispensée de la première année, mais au bout de trois mois d'études, ses résultats sont insuffisants et elle se voit rétrogradée en première année. Elle aussi est soutenue financièrement par le CAEIR.

4.1.2. Pour les médecins

Nous avons fait état, l'an dernier, des difficultés d'accès à la préparation accélérée du DEI pour les médecins. Il semble que la situation s'est encore aggravée, particulièrement en région parisienne : faute de moyens, des IFSI arrêtent – peut être provisoirement – d'organiser cette formation, d'autres se regroupent pour l'organiser à tour de rôle... Résultats : insuffisance notoire des possibilités d'accueil, files d'attente interminables, sélection à l'entrée dont la sévérité n'est pas liée à la difficulté des épreuves mais à la disproportion entre le nombre de places disponibles et le nombre de candidats...

Ainsi, la préparation du DEI ne se fait plus en dix semaines, comme l'indiquent les textes ; l'ensemble du parcours peut durer plus de deux ans, et exige plus d'obstination que de qualités professionnelles. Certains IFSI de province sont peut être moins saturés, mais bien souvent ils n'acceptent que les personnes résidant dans leur département.

Nous n'avons connaissance que d'un seul médecin ayant intégré un IFSI (la Verrière) ; il devrait se présenter au DEI au printemps 2007.

Une Malienne (déjà citée dans notre rapport d'activités pour 2005), qui avait été très bien notée durant ses stages et avait fait un mémoire très apprécié, a été très mal notée à l'épreuve pratique du diplôme. Notre antenne de Limoges – elle-même enseignante au sein de l'IFSI local et qui l'appréciait – l'a encouragée à se

présenter une seconde fois : même réussite du stage et du mémoire ; même échec à l'épreuve pratique du DEI.

A la même session, un autre candidat, d'origine rwandaise, et que nous connaissons depuis longtemps, a lui aussi échoué à l'oral.

On ne peut que s'interroger sur la cause de ces trois échecs : insuffisance réelle des candidats, ou racisme ? Aucune action sur ce dernier terrain n'est envisagée, la candidate malienne ne le souhaitant pas.

4.2. Accès aux professions médicales et de pharmacien

Nous connaissons un seul réfugié – médecin guinéen - qui ait choisi de refaire les études et de préparer le concours de première année de médecine. Nous avons longuement parlé avec lui, lui avons dépeint la dure réalité de cette première année et du concours ; il s'est montré inébranlable. Il est vrai qu'il a quelques atouts : il est jeune, sans charge de famille, très convaincu et semble capable de bien s'organiser. Nous avons donc soutenu sa demande de bourse auprès de l'Entraide universitaire française, bourse qu'il obtiendra finalement pour trois mois, avec reconduction possible selon les résultats de l'examen partiel ; dans l'attente, nous l'avons aidé financièrement – il avait d'ailleurs quelques économies (!), ayant eu un emploi rémunéré après avoir été reconnu réfugié (fin mars 2006).

La demande d'autorisation ministérielle d'exercer reste donc la voie essentielle d'accès à la profession.

La nouvelle procédure d'autorisation d'exercer (NPA), mise en place par les articles 60 et 61 de la loi dite CMU du 27 juillet 1999 avait enfin commencé à fonctionner en 2004-2005.

4.2.1. Le « contingent 2004 » - travaux des commissions.

Il s'agit des personnes s'étant inscrites aux épreuves de vérification des connaissances en 2004, et qui ont passé ces épreuves en 2005, alors organisées pour les quatre professions (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et pharmaciens) ; nous en avons donné les résultats dans notre précédent rapport d'activités.

La commission et le Conseil supérieur de la pharmacie - qui doivent examiner les dossiers des candidats reçus aux épreuves ainsi que les dossiers des titulaires de diplôme communautaire (non soumis aux dites épreuves) et donner un avis au ministre de la Santé - se sont réunis au cours de l'année 2006.

La commission, divisée en trois sections – médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, est composée de la façon suivante :

- *pour les 3 sections* : trois représentants de l'administration (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, direction générale de la santé et direction de l'enseignement supérieur) ; deux représentants du Conseil national de l'Ordre de la profession concernée ; un représentant d'une organisation syndicale représentative des praticiens à diplôme non communautaire ; et, à titre consultatif, un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés (APSR) ;
- en outre, *pour les médecins*, s'ajoutent, pour chaque spécialité, les cinq médecins siégeant à la commission de qualification ordinale de première instance.

Certains d'entre nous se sont inquiétés de la position dominante de l'Ordre des médecins – qui détient 7 voix sur 11 votants...position confirmée symboliquement par le fait que les séances ont lieu au siège du conseil national de l'Ordre. Pour certaines spécialités, cette influence prépondérante s'est clairement fait sentir.

Il en va tout autrement dans les sections sages-femmes et chirurgiens-dentistes, où le Conseil national de l'Ordre n'a que deux représentants et où siègent en outre soit un professeur des universités (pour les chirurgiens dentistes) soit un directeur ou une directrice d'école (pour les sages-femmes).

Le Conseil supérieur de la pharmacie (CSPH), auquel il revient d'examiner les dossiers des candidats pharmaciens, a tout d'abord siégé dans sa composition habituelle. Cependant, le décret du 30 octobre 2006 a changé cette composition lorsque le CSPH examine les dossiers des candidats à diplôme non communautaire de la NPA. Lui sont alors adjoints :

- un représentant d'un syndicat de praticiens à diplôme non communautaire,
- un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés, avec voix consultative (APSR).

Il convient de relever à titre liminaire que :

- les candidats reçus aux épreuves n'ont pas tous déposé leur dossier ;
- les « droit commun » (liste A) ne sont pas autorisés à le faire tant qu'ils n'ont pas exercé des fonctions hospitalières pendant trois années ;
- les réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et rapatriés (liste B), qui ne sont pas astreints à ces fonctions, peuvent cependant déposer leur dossier « l'année de leur choix » ;
- à ces deux catégories, s'ajoutent les personnes titulaires d'un diplôme communautaire (mais non citoyens de l'Union européenne), qui ne sont pas soumis aux épreuves de vérification des connaissances et qui ne sont pas non plus astreints aux fonctions hospitalières.

Résultats chez les médecins.

Pour l'ensemble de ces trois catégories de candidats, 107 dossiers avaient été déposés ; 67 (soit 62 %) ont obtenu un avis favorable, dont :

- 32 pour les « droit commun », sur les 33 dossiers : la commission a en effet considéré que ces candidats ont déjà subi une sélection sévère lors des épreuves de vérification des connaissances et ont en outre accompli les trois années de fonctions hospitalières ; elle les a donc reconnus comme spécialistes ; certains avaient au surplus des diplômes complémentaires (DU, DIS, voire DES) ;
- 9 seulement pour les réfugiés, sur les 28 dossiers déposés : la principale cause de rejet était une pratique insuffisante de la spécialité en France – résultat de la non astreinte aux fonctions hospitalières ;
- 26 pour les titulaires de diplômes communautaires, sur les 46 dossiers déposés : il leur est également reproché une insuffisante pratique de la spécialité en France.

Résultats chez les chirurgiens dentistes.

Chez les chirurgiens-dentistes, les résultats des épreuves de vérification des connaissances avaient été particulièrement désastreux : quatre reçus seulement. Ils ont tous déposé leur dossier et ont tous les quatre été autorisés, de même que onze des dix-neuf candidats à diplôme communautaire.

Résultats chez les sages-femmes.

Sur les 21 reçus aux épreuves de vérification des connaissances, 20 ont obtenu un avis favorable – dont une réfugiée (bénéficiaire de l’asile territorial). Trois titulaires de diplôme communautaire ont également été autorisés à exercer.

Résultats chez les pharmaciens.

Nous avons participé à la dernière séance du CSPh tenue en 2006 : les neuf dossiers examinés – tous issus de la liste A – ont obtenu un avis favorable.

Cependant, nous ne connaissons pas le bilan des premières séances, intervenues avant l’élargissement du CSPh.

En outre, lorsque le CSPh examine les dossiers de candidats à diplôme communautaire, il siège dans sa formation restreinte : nous n’avons pas non plus connaissance du bilan de ces séances.

Le ministre ayant suivi les recommandations de la commission et du CSPh, les candidats qui ont obtenu un avis favorable ont pu très rapidement demander leur inscription au tableau de l’Ordre, au fur et à mesure de la publication des listes au Journal officiel.

Les autres candidats devront présenter leur dossier à la commission ou au CSPh à partir de la session suivante – c’est-à-dire dans un délai d’un an environ – après avoir tenu compte des recommandations émises à leur sujet. Il faut alors distinguer deux cas :

- soit l’avis émis avait été défavorable, et alors cette seconde présentation sera la dernière, quelque soit le verdict ;

- soit l’avis émis avait été « sursis à statuer », et alors ce deuxième avis est considéré comme un complément du premier ; s’il est défavorable, le dossier pourra encore être présenté une fois.

4.2.2. Le « contingent 2005 » - résultats des épreuves de vérification des connaissances.

Il s'agit des personnes qui se sont inscrites aux épreuves de vérification des connaissances en 2005, épreuves qui se sont déroulées en 2006 pour les quatre professions, et chez les médecins pour les 41 spécialités.

Chez les médecins : pour un quota total (toutes spécialités confondues) de 599, 3.223 candidats se sont présentés. 532 candidats de la liste A ont été reçus - le quota n'a donc pas été atteint – et 21 de la liste B⁶.

Chez les chirurgiens-dentistes, pour un quota de 30, on comptait 184 candidats. 23 personnes de la liste A ont été reçues, et aucun de la liste B.

Chez les sages-femmes, pour un quota de 50, 146 candidats se sont présentés ; on trouve 50 reçus de la liste A et 1 de la liste B.

Enfin, **chez les pharmaciens**, le quota était de 25 : 121 candidats se sont présentés ; 25 candidats de la liste A ont été reçus, et aucun de la liste B.

Le quota n'a donc été atteint ni chez les chirurgiens dentistes (déficit de 7) ni chez les médecins (déficit de 67 imputable à cinq spécialités : génétique médicale, chirurgie générale, chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et médecine générale).

Enfin, il faut noter le nombre très restreint de reçus de la liste B (réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et rapatriés) : 22 seulement, contre les 630 de la liste A pour l'ensemble des quatre professions (dont 41 spécialités médicales), alors qu'à la session précédente, ils étaient 32 de la liste B et 218 de la liste A, bien que seulement 19 spécialités médicales aient été ouvertes aux épreuves.

Nous ne connaissons malheureusement ni la répartition des candidats entre ces deux groupes, ni les causes de la diminution des reçus de la liste B.

⁶ Rappelons que les candidats de la liste B, quelle que soit leur profession, ne sont pas soumis à quota.

V - DE LA NPA A LA PAE : EVOLUTIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

5-1 Gestation de la PAE

Dès 2003, l'APSR avait attiré l'attention du ministre de la Santé sur la situation particulière d'un nombre important de médecins qui auraient pu bénéficier de la loi de 1972 mais qui, pour des raisons variées, n'avaient pas obtenu l'autorisation d'exercer (voir rapport d'activités 2005, p. 19).

A nos yeux, ces médecins devaient faire l'objet de mesures spéciales facilitant leur accès au plein exercice.

Des cas semblables existaient aussi chez les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, mais bien entendu en moins grand nombre.

Plusieurs associations et syndicats de médecins à diplôme non communautaire ont tenu le même langage.

Est-ce sous l'effet de ces actions répétées ? Ou pour d'autres raisons, éventuellement démographiques ? Le ministère a, en tout état de cause, évolué ; il a organisé une large consultation auprès des organismes et groupements concernés : universités, Conseil de l'Ordre, syndicats de médecins hospitaliers, syndicats de médecins à diplôme non communautaire... Pour des raisons obscures, l'APSR a été tenue à l'écart de ces échanges.

Nous avons cependant été conviés à une dernière réunion, au mois de mai 2006, qui ne regroupait que les associations et les syndicats de médecins à diplôme non communautaire, à laquelle Claire Hatzfeld et Pierre Trotot ont représenté l'APSR.

Un projet de texte devant remplacer les articles 60 et 61 de la loi dite CMU (alors en vigueur) a été soumis pour avis aux participants. Nos remarques – faites après consultation du Bureau – ont toutefois été sans effet (comme apparemment celles des autres participants à la réunion) ; ce projet a servi ultérieurement de base au texte définitif, devenu l'article 83 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, voté par le parlement à la fin de l'année 2006.

Par la voix de sa secrétaire générale et de son coordonnateur, l'APSR a donc engagé une action auprès des parlementaires afin de leur faire connaître sa

position et demander certaines modifications au texte soumis aux débats. Plus de 30 députés, puis plus de 30 sénateurs, dont les présidents de Groupe et les membres des Commissions concernés, ont ainsi été saisis⁷.

Parmi les amendements suggérés par l'APSR, seul celui concernant spécifiquement les réfugiés a été accepté et voté à l'unanimité par les deux chambres, grâce à l'intervention du Groupe communiste dont nous avons pu joindre personnellement une représentante. Il s'agissait de rendre le texte cohérent avec les récentes évolutions de la législation relative à l'asile en élargissant aux bénéficiaires de la protection subsidiaire la possibilité d'être déclarés admis aux épreuves de vérification des connaissances en étant placés « hors quotas » (comme c'était déjà le cas pour les réfugiés conventionnels, les bénéficiaires de l'asile territorial et les apatrides)

5-2 Modifications apportées par la PAE

Ainsi, **l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 finalement votée le 21 décembre 2006** (et publiée au Journal Officiel du 22) met en place une procédure qui diffère de la précédente (loi CMU du 27 juillet 1999) sur quelques points essentiels.

5-2-1- On relève deux points favorables :

Ils concernent les candidats qui auraient pu bénéficier de la loi de 1972 mais qui n'ont pas obtenu l'autorisation d'exercer. Ces candidats représentent maintenant deux catégories nouvelles parmi les candidats à diplôme non communautaire.

a) ceux d'entre eux qui avaient passé avec succès les épreuves de vérification des connaissances (CSCT pour les médecins) n'ont pas à passer les épreuves de vérification des connaissances dans la nouvelle procédure.

b) ceux qui avaient assuré des fonctions hospitalières avant le 10 juin 2004 (date de publication du décret d'application des articles 60 et 61 de la loi CMU) peuvent maintenant être admis aux épreuves de vérification des connaissances hors quota (comme le sont les réfugiés).

⁷ Les textes de ces interventions sont accessibles sur le site de l'APSR, www.apsr.asso.fr – rubrique Documentation, puis Professions de santé.

Notons cependant que ces premières mesures favorables sont assorties l'une et l'autre d'une nouvelle exigence : celle d'avoir exercé des fonctions hospitalières pendant deux mois continus entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006 (c'est-à-dire dans les deux années précédant la publication de l'article 83). On peut se demander combien de candidats seront éliminés du fait de cette exigence supplémentaire...

5-2-2 Au chapitre des déceptions on relève que malgré les demandes répétées de l'APSR notamment, le nombre maximum de candidatures aux épreuves de vérification des connaissances, a été maintenu à deux. Pourtant, diverses déclarations ministérielles avaient pu laisser espérer son élargissement à quatre...

5-2-3 Enfin il faut signaler trois points qui suscitent une certaine inquiétude - dont deux concernent les réfugiés :

a) Le diplôme exigé pour entrer dans la procédure n'est plus un diplôme « *de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités* » (rédaction de la loi dite CMU de 1999) mais un diplôme « *permettant l'exercice de la profession (...) dans le pays d'obtention* » (loi du 21 décembre 2006). Ainsi, des diplômes obtenus après des études courtes seront acceptés pour l'inscription aux épreuves de vérification des connaissances, mais il est à craindre que la commission ne s'en contente pas et émette des avis défavorables pour cette raison : les candidats, trompés, auront ainsi perdu plusieurs années.

b) L'obligation de fonctions hospitalières qui jusqu'à présent ne concernait que les candidats de la liste A (droit commun) serait étendue aux réfugiés ; c'était une demande pressante de notre part. En effet dans le cadre précédent de la NPA, les réfugiés n'étant pas astreints aux fonctions hospitalières et n'ayant donc pas accès aux services agréés par le ministère, plusieurs d'entre eux se sont vus reprocher par la commission d'avoir travaillé dans des services où ils étaient insuffisamment encadrés et pour ce motif n'ont pas obtenu l'autorisation d'exercer à leur première présentation.

A présent, l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006 stipule que les « lauréats, candidats à la profession de médecin doivent (...) justifier de 3 ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes... ». Mais qui sont ces « lauréats » ? Ceux qui ont réussi un concours comme le veut l'étymologie ainsi que la définition trouvée dans plusieurs

dictionnaires, ou ceux qui ont réussi des épreuves ne comportant pas nécessairement un classement ? Si cette interrogation sémantique peut trouver une réponse favorable aux réfugiés dans les assurances qui nous ont été données verbalement et par le sens attribué à ce terme dans les comptes-rendus de séances établis par le ministère, on ne peut pas ignorer que le décret d'application de l'article 83 renvoie à l'article R.6152-542 du code de la santé publique qui précise que « les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice, classés en rang utile aux épreuves de vérification des connaissances ...) sont recrutés à temps plein pour remplir des fonctions hospitalières (...) ». Considérant cet article, les réfugiés (n'étant pas classés) sont exclus des fonctions hospitalières.

Nous avons essayé de convaincre l'administration de modifier l'article R.6152-542 ; réponse : une modification serait envisagée, mais elle nécessite un décret en Conseil d'Etat, procédure particulièrement lourde.

Dans l'état actuel nous devons être particulièrement vigilants au moment où les fonctions hospitalières seront attribuées aux...lauréats. Pour l'avenir, il importe d'obtenir la modification de cet article du code de la santé publique.

c) S'il maintient la note éliminatoire à 6/20 pour chaque épreuve, le décret d'application (de même que l'arrêté du 5 mars 2007) reste silencieux sur la note moyenne exigible pour les candidats de la liste B (réfugiés...), laissant persister une difficulté déjà dénoncée par l'APSR. Ceci est d'autant plus inquiétant que pour les candidats de la liste C (voir V et figure 2), eux aussi non soumis au quota, l'arrêté du 5 mars fixe une note moyenne minimale de 10/20. L'administration, interrogée sur ce point a répondu qu'elle ne voyait pas où était le problème ; or un problème existe bel et bien puisque devant le silence des textes, les jurys ont toute liberté ; ils peuvent en particulier fixer comme note moyenne minimale celle du dernier classé dans le quota de la liste A, excluant ainsi des candidats ayant obtenu la moyenne - ou davantage, comme cela avait été fait pour au moins deux réfugiés à la 1^{ère} session (voir notre rapport d'activité pour 2005).

5-3 Résumé : schéma de la PAE

Reste que ces diverses évolutions ont pour conséquence la mise en place d'une nouvelle « procédure d'autorisation d'exercer », la PAE⁸, selon laquelle :

➤ Les candidats à diplôme communautaire restent bien entendu dispensés de l'épreuve de vérification des connaissances et entrent toujours dans la procédure au niveau de la commission ;

➤ Les candidats à diplôme non communautaire (dont le diplôme permet l'exercice dans le pays d'obtention ainsi qu'il a été précisé ci-dessus) doivent d'abord s'acquitter des « *épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances* ». Un quota - fixé par le ministre - limite le nombre d'admis, sauf pour les candidats de la liste B (réfugiés...) et pour ceux de la liste C (ayant exercé des fonctions hospitalières avant le 10 juin 2004)

➤ Pour les médecins et les pharmaciens, les fonctions hospitalières sont exigibles de tous les « lauréats », dont sont censés faire partie les réfugiés ayant satisfait aux épreuves de vérification des connaissances ;

➤ Deux nouvelles catégories de postulants sont créées :
- celle des personnes qui ont exercé des fonctions hospitalières avant le 10 juin 2004 (date du premier décret d'application des articles 60 et 61 de la loi CMU) « *et* »⁹ entre le 22/12/2004 et le 22/12/2006 (deux années précédant la publication de l'article 83), ces personnes étant soumises aux épreuves de vérification des connaissances mais pouvant être reçues hors quota (liste C) ;

- celle des personnes ayant réussi les épreuves de contrôle des connaissances de la loi de 1972 (CSCT pour les médecins) et ayant exercé des fonctions hospitalières entre le 22/12/2004 et 22/12/2006, ces personnes sont dispensées des épreuves écrites mais astreintes aux fonctions hospitalières.

S'agissant de ces fonctions hospitalières, les professions d'infirmier et de faisant fonction d'interne ont été ajoutées à celles d'attaché associé et d'assistant associé pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens ; pour les sages-femmes, ont été introduites celles d'auxiliaire de puériculture ou d'aide-soignante dans une maternité, ou encore d'infirmière.

⁸ le schéma de cette PAE, adapté par profession, est accessible sur le site Internet de l'APSR, rubrique « Qui aidons-nous » : pour chaque profession, voir la notice explicative, le schéma et sa légende.

⁹ Cette conjonction apparaissait dans le texte issu des débats de l'Assemblée nationale, mais a été supprimée lors des amendements sénatoriaux. Le texte publié de l'article 83 paraît ainsi entaché d'une erreur de rédaction, ou du moins d'une imprécision, puisque l'on peut y lire « et », mais aussi « ou » - bien que cette dernière hypothèse paraisse peu probable.

VI – PROGRAMME DE MISE A JOUR DES CONNAISSANCES AU BENEFICE DES SAGES-FEMMES

Pour la troisième année consécutive, Evelyne Mothé, directrice de l'école de sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP, Paris 12^{ème}) et l'APSR ont co-organisé un programme de mise à jour des connaissances professionnelles scientifiques et, pour la deuxième année, de la pratique écrite de la langue française au bénéfice des sages-femmes à diplôme non communautaire, afin de les aider à préparer l'épreuve de vérification des connaissances prévue par la procédure d'autorisation d'exercer pour l'année 2007.

La formation a eu lieu du 27 novembre 2006 au 12 février 2007. Le premier et l'avant-dernier cours de français ont été consacrés à un test d'évaluation ; l'avant-dernier cours d'obstétrique à un devoir sur table.

Onze intervenantes professionnelles en exercice ont assuré une ou plusieurs interventions, sous forme de cours ou de travaux dirigés. Les cours de français ont été assurés par Monique Lesgoirres, recrutée temporairement pour ce faire par l'APSR. Elle avait déjà participé au programme organisé l'année précédente.

Soixante personnes se sont inscrites à la formation professionnelle, dont 43 aux cours de français. Agées de 24 à 57 ans et titulaires d'un diplôme de sage-femme obtenu hors de l'Union européenne, elles justifiaient d'une expérience professionnelle dans leur pays d'origine allant de 1 à 22 ans.

En France, 47 ont déclaré travailler en maternité comme assistante de puériculture ou aide-soignante ; trois d'entre-elles faisaient fonction d'infirmière, voire de cadre infirmière. Leur expérience en France allait de 10 jours à 17 ans.

Si l'assiduité des inscrites a été variable, la moitié environ a participé à chacun des cours dispensés.

Les intervenantes professionnelles sont unanimes pour souligner l'intérêt accordé aux cours par les candidates. S'agissant des cours d'obstétrique, le système des cas cliniques a permis de multiplier les échanges. Les intervenantes soulignent que plus les sages-femmes ont de connaissances, plus elles sont demandeuses de cas cliniques à discuter sur place ou pour s'exercer après le cours. S'agissant des travaux pratiques/dirigés, les groupes ont été plus homogènes et ont fait preuve

d'un niveau de connaissances plus élevé que l'année précédente. Il reste toutefois notable qu'une partie des sages-femmes a un savoir de départ qui permet de travailler et d'avancer, alors qu'une autre partie ne possède pas les connaissances fondamentales et doit d'abord les acquérir.

L'enseignement du français s'est effectué en deux groupes de niveaux, constitués à l'aide de tests comportant le même type d'épreuve qu'à l'examen national. Les objectifs de cet enseignement étaient triples : améliorer les performances à l'écrit (orthographe et syntaxe) ; intégrer les codes culturels de la langue écrite ; réaliser un test en un temps limité (une séance d'entraînement pendant la formation a été organisée en plus des tests en début et en fin de formation).

Le test de français organisé en fin de formation a été réalisé dans les conditions de l'examen ; seules 27 personnes s'y sont présentées. La correction a été très stricte, et les notes vont de 1 (hors sujet) à 11 sur 20. L'enseignante considère que les 12 personnes qui ont entre 8 et 11 ont toutes les chances d'obtenir une note correcte à l'épreuve de français de l'examen si elles prennent le temps de relire attentivement leur copie. Les 5 personnes qui ont 7 sont celles qui n'ont pas fourni les travaux d'entraînement proposés pendant la formation. Chaque semaine, était en effet proposé un travail à domicile de 2 à 3 heures.

Cette formation en langue française reste cependant de trop courte durée (15 heures pour chaque stagiaire), et ne permet ainsi pas de changer de niveau mais seulement d'apporter un éclairage sur le type d'épreuves demandées lors de l'examen de vérification des connaissances et de travailler en conséquence la méthodologie. Aussi, il paraît nécessaire d'envisager l'élargissement de ce volume horaire lors d'un prochain programme.

Par ailleurs, la date de l'épreuve de vérification des connaissances pour 2007 étant pressentie pour l'automne, il conviendra d'envisager l'organisation de quelques séances de révisions.

Enfin, certaines personnes ne résidant pas en région parisienne ayant manifesté leur intérêt pour ce programme, il convient de prévoir, pour la prochaine session, l'organisation parallèle d'un « programme court », condensé sur deux journées et portant sur les éléments professionnels prioritaires (avec la possibilité d'une courte présentation des attentes relatives à la langue française et une offre de travaux de français par correspondance).

VII – ACTIVITES CONTENTIEUSES

L'APSR avait engagé, en 2004 et 2005, diverses requêtes devant le Conseil d'Etat afin de contester la légalité de dispositions non conformes aux intérêts des réfugiés.

Trois de ces requêtes ont abouti en 2006¹⁰ : trois succès pour l'APSR !

7.1. Ainsi, l'APSR a obtenu du Conseil d'État, dans une décision du 8 février 2006, une modification de l'arrêté des ministres de la Santé et de l'Education nationale du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaires du diplôme d'Etat pour l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien.

La Haute juridiction a considéré que les caractéristiques particulières des réfugiés les exposent à d'éventuelles difficultés pour l'obtention de ce document auprès des autorités de leur pays d'origine. Dès lors, le principe d'égalité entre les ressortissants étrangers oblige à adapter cette exigence à la réalité particulière des réfugiés. A cette fin, conformément à l'esprit de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, ces derniers doivent :

- soit être dispensés de produire "une attestation des autorités universitaires compétentes faisant apparaître, année par année, le détail des enseignements théoriques et pratiques" ;
- soit bénéficier sur ce point de modalités particulières adaptées à leur situation.

En exécution de cette décision, les ministres de la Santé et de l'Education nationale ont publié un arrêté du 25 octobre 2006 (publié au Journal Officiel du 14 novembre) modifiant l'arrêté du 21 juillet 2004 et dispensant les réfugiés de la production de cette attestation.

7.2. L'APSR a également obtenu, au terme du même raisonnement et par deux arrêts distincts du 15 novembre 2006, que les réfugiés ne soient pas astreints à la production d'une "attestation en original délivrée par les autorités compétentes reconnaissant que le diplôme qui sera délivré permet l'exercice de la spécialité

¹⁰ Ces décisions sont accessibles sur www.apsr.asso.fr, rubrique Documentation, puis Professions de santé.

dans le pays d'origine" prévue par les arrêtés du 14 mars 2005 et du 29 mars 2006 portant ouverture (pour chacune de ces années) du concours d'internat en médecine à titre étranger.

Au terme de chacune de ces trois affaires, le Conseil d'Etat a également enjoint au ministre de la Santé de verser à l'APSR la somme de 1.500 euros au titre des frais de procédure.

7.3. Enfin, et par ailleurs, l'APSR a engagé un recours contre l'arrêté du Ministre de la Santé du 19 mai 2006 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées, en vue de la préparation du diplôme d'État français de technicien en analyses biomédicales, aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de technicien en analyses biomédicales et sollicitant l'exercice de la profession en France. De fait, cet arrêté exige des réfugiés et demandeurs d'asile, par l'une de ses dispositions, qu'ils produisent "le relevé détaillé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, la durée et le contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation ainsi que le dossier d'évaluation continue" - le tout devant être délivré et attesté par une autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme.

Or, une fois encore, cette exigence n'est pas conforme à la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, au terme de laquelle les réfugiés ne sont, d'une part, pas censés s'adresser aux autorités de leur pays d'origine, et doivent, d'autre part, bénéficier d'un traitement égal à celui réservé aux autres ressortissants étrangers.

VIII – PARTICIPATION A DES GROUPEMENTS INTER ASSOCIATIFS

8.1. Coordination Française pour le droit d'Asile (CFDA)¹¹

« *Demander l'asile est un droit, pas un crime* » c'est ce que rappelle Thomas Hammarberg, commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil d'Europe¹². Cette affirmation est hélas de plus en plus mise à mal en Europe, et particulièrement en

¹¹ Les Notes de la CFDA publiées en 2006 sont disponibles sur le site : <http://cfda.rezo.net> ; il s'agit : Des demandeurs d'asile sans papiers : note sur les procédures Dublin II et prioritaires (avril 2006) ; Union Européenne – Préoccupations concernant le rapprochement des politiques d'asile et la gestion des flux migratoires (septembre 2006).

¹² « Point de vue », 30 octobre 2006 ; cf. www.commissionner.coe.int

France depuis, notamment, la publication des lois sur l'immigration et l'asile de 2003.

En 2006, sous le prétexte de lutter contre l'immigration clandestine et au gré de nombreux amalgames, la chasse aux « faux demandeurs » s'est accélérée, et la procédure d'asile est devenue de plus en plus contraignante et dissuasive. Divers moyens ont été utilisés pour ce faire :

a) le développement des procédures prioritaires (30% des demandes en 2006). Elles ont pour effet de réduire les délais d'instruction des demandes par l'OFPPA à 15 jours (96 heures pour les personnes placées en rétention), et ôtent au recours devant la CRR son caractère suspensif (de sorte que la personne peut alors faire l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire avant que la CRR n'ait statué). En outre, elles privent les demandeurs d'asile de tout droit au séjour et de certains droits sociaux – étant souligné que la réglementation laisse aux préfetures un large pouvoir de décision quant à la mise en œuvre de ces procédures, qui sont notamment appliquées à presque toute demande de réouverture de dossier ;

b) l'extension de la qualification de pays d'origine « sûrs », dont la liste¹³ française, à maints égards critiquable, est passée de 12 à 17 alors que l'Union européenne n'a pu se mettre d'accord sur une liste commune. La nationalité d'un tel pays entraîne automatiquement la mise en œuvre de la procédure prioritaire ;

c) la mise en place de la procédure Dublin II, qui impose l'examen d'une demande d'asile par un seul pays de l'Union européenne, sans se préoccuper de la vie privée et familiale du demandeur (la présence, même régulière, d'un membre de famille en France, par exemple, reste insignifiante si le demandeur d'asile a transité par un autre pays de l'espace Schengen). Même s'il existe des dérogations possibles à l'application de ce règlement, celles-ci sont rarement appliquées ;

d) le raccourcissement du délai de dépôt des demandes d'asile à 21 jours suivant l'obtention de l'autorisation provisoire de séjour, la demande devant, sous peine d'irrecevabilité, être rédigée en français et les pièces jointes dûment traduites. Ce délai laisse très peu de temps au demandeur pour la constitution correcte d'un dossier qui doit être d'emblée complet sous peine de rejet pour irrecevabilité ;

¹³ Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap Vert, Croatie, Géorgie, Ghana, Inde, Mali, Ile Maurice, Mongolie, Sénégal, Ukraine, Albanie, Macédoine, Madagascar, Niger, Tanzanie

e) l'extension des possibilités de règlement des affaires par ordonnance, c'est-à-dire sans audition ni décision collégiale, devant la CRR, au regard de l'absence d' « élément sérieux » - 14% des recours ont ainsi été rejetés en 2006 (contre 7,2% en 2005).

De plus, le dispositif national d'accueil (DNA) a été complété de diverses mesures qui rendent la vie des demandeurs d'asile de plus en plus contrôlée et précaire. Ainsi, notamment, de la pression exercée pour accepter une résidence en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) contrôlés par l'Etat, lequel a de plus en plus droit de regard et moyens de rétorsion sur ces centres puisqu'il peut retirer l'habilitation de tout établissement qui hébergerait « illégalement » des réfugiés statutaires (censés être réorientés vers des centres provisoires d'hébergement qui, en fait, manquent de place) ou des déboutés. Cette pression exercée sur les demandeurs d'asile restreint leur liberté d'être hébergés dans leur famille ou chez des amis, puisque le bénéfice de l'allocation temporaire d'attente (ATA, qui remplace l'allocation d'insertion) en dépend : l'ATA n'est en effet accordée qu'à la condition de l'acceptation de séjour en CADA. Par ailleurs, l'accès au DNA est refusé aux demandeurs d'asile en procédure prioritaire, en provenance de pays d'origine « sûrs » ou sous le coup du règlement Dublin II.

L'accès aux soins (assurance maladie et complémentaire CMU), en principe accordé à tout demandeur d'asile en situation régulière, est aussi sujet à de multiples limitations, de même que le droit au travail, qui n'est accordé que dans des conditions très restrictives (non réponse de l'OFPPA dans un délai d'un an suivant l'enregistrement de la demande) et uniquement selon la situation du marché de l'emploi dans la profession et la région considérées.

L'apprentissage du français est laissé aux soins des associations ; le rapprochement familial est souvent difficile à mettre en œuvre ; les droits aux prestations familiales (dont les réfugiés doivent bénéficier de façon rétroactive depuis leur entrée en France) sont rarement reconnus par les caisses d'allocations familiales, de même que l'ouverture des droits au RMI donne lieu à de grandes difficultés.

Outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Mayotte), la situation des demandeurs d'asile est encore plus précaire, en dépit de l'ouverture d'un bureau de l'OFPPA en Guadeloupe et de déplacements ponctuels de la CRR dans cette île. La chute des

premières demandes d'asile dans les DOM est de 74 % en 2006 par rapport à 2005 et les mesures d'éloignement ont doublé depuis 2002.

Ces nouvelles dispositions gouvernementales ont été régulièrement critiquées, aussi bien par la commission des droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, le HCR, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme que par la CFDA, qui n'a cessé de protester contre les restrictions de plus en plus grandes imposées au droit d'asile en France¹⁴, et contre sa dilution dans la question plus générale des problèmes de l'immigration.

Comme par le passé, l'APSR a soutenu plusieurs actions de la CFDA. Elle a notamment signé un appel demandant le retrait du projet de loi sur l'immigration et l'intégration (10 février 2006) ; une protestation de Médecins du Monde concernant le « droit de se faire soigner sans se faire arrêter : un droit remis en cause » (31 mars 2006) ; une lettre au ministère de l'Intérieur à propos de l'opération Ulysse (interception en mer de boat people qui n'ont aucune possibilité de demander l'asile) concernant le renforcement des contrôles de l'immigration clandestine par voie maritime avant la frontière (septembre 2006) ; le texte du Groupe asile et femme (GRAF) – droit d'asile pour les « femmes persécutées en tant que femmes » ; le communiqué sur la baisse du nombre des demandeurs d'asile en France en 2006 (décembre 2006)...

8.2. Association Nationale d'Assistance aux Frontières pour les Etrangers (ANAFÉ)¹⁵

Comme de coutume, l'APSR a régulièrement participé aux réunions du Conseil d'administration de l'ANAFÉ, dont la lutte en 2006 a été en particulier centrée sur la défense des mineurs isolés en zone d'attente – qui ne devraient jamais se voir refuser l'entrée sur le territoire, ni être refoulés à la frontière. Confiés à un administrateur ad-hoc (AAH), ils doivent pouvoir demander l'asile dans le cadre de la procédure normale et leur demande d'admission sur le territoire au titre de l'asile ne devrait jamais être considérée comme manifestement infondée.

Toutefois, dans les faits, l'AAH est la plupart du temps absent, et ne conteste jamais les modalités des décisions de placement en zone d'attente ou l'éloignement immédiat de l'enfant par la police aux frontières (PAF). Le juge des

¹⁴ La réforme du droit d'asile : un bilan critique après trois années (8 mars 2007)

¹⁵ 21 ter rue Voltaire - 75011 Paris - Tél : 01.43.67.27.52 - <http://www.anafe.org>

enfants est ainsi rarement saisi et le mineur n'est, le plus souvent, pas informé de ses droits.

C'est pourquoi la présence de l'ANAFÉ en zone d'attente est très importante pour veiller à ce que toutes les garanties légales soient assurées aux mineurs isolés. Malheureusement le travail de ses représentants, comme celui des visiteurs en zone d'attente, est souvent rendu très difficile par la réticence de la PAF, voire de la Croix Rouge Française (non information concernant la présence de mineurs – impossibilité de visiter ceux placés dans les hôtels...).

Sur cette question, l'APSR a signé l'appel européen, soutenu par l'ANAFÉ et la CIMADE, contre l'enfermement et l'éloignement des mineurs en Europe (« no minors in detention », octobre 2006).

Rappelons ici, par ailleurs, que l'APSR avait, comme d'autres associations, demandé au ministère de l'Intérieur, pour la dernière fois en 2002, son habilitation à pénétrer en zone d'attente. En l'absence de suite donnée à cette demande, un recours aux fins d'annulation de ce refus implicite avait été engagé auprès du Conseil d'Etat, lequel a tranché en faveur de l'APSR par décision du 28 décembre 2005¹⁶. En conséquence, l'habilitation nous a finalement été accordée par un arrêté ministériel du 30 mai 2006. Six membres de l'APSR ont maintenant leur carte d'accès aux zones d'attente (sur les 10 mises à disposition de l'association), et pourront ainsi non seulement apporter plus activement leur concours aux activités de l'ANAFÉ, mais aussi faire bénéficier l'APSR de cette nouvelle connaissance de terrain.

L'observation des audiences 35 quater et des audiences correctionnelles du TGI de Bobigny par des bénévoles, formés par l'ANAFÉ, a permis de constater les dysfonctionnements dans l'application de la loi concernant les demandes d'admission sur le territoire au titre de l'asile. A ce sujet, notons que la délocalisation des audiences judiciaires sur la zone aéroportuaire de Roissy est toujours en cours de mise en œuvre - et toujours fortement contestée par les milieux judiciaires et associatifs.

¹⁶ En ligne sur www.apsr.asso.fr, rubrique « Documentation – L'asile en France ».

En outre, un réseau européen « Migreupe »¹⁷ dont l'ANAFÉ est un membre très actif, a été mis en place en 2006 à la suite du forum européen de Florence ; il s'est donné pour but de faire connaître la généralisation de l'enfermement des étrangers dépourvus de titre de séjour et la multiplication des camps hors des frontières de l'Union européenne (Maroc, Libye, Algérie, Liban).

Enfin, l'ANAFÉ a diffusé plusieurs publications en 2006¹⁸, et a participé à plusieurs rencontres institutionnelles avec le ministère de l'Intérieur (dans le cadre de la Convention organisant sa présence quotidienne en zone d'attente, reconduite en septembre 2006), diverses administrations (PAF, OFPRA, douanes, OMI...), diverses organisations politiques et parlementaires, la commission nationale de déontologie de la sécurité, et la commission nationale consultative des Droits de l'Homme.

En conclusion, il ressort de cette année 2006 une poursuite, voire une accélération des atteintes de toute sorte portées au droit d'asile, en France comme en Europe. Si ce mouvement restrictif, le plus souvent non conforme aux conventions internationales – Convention de Genève en tête, a été amorcé il y a plusieurs années, il ne fait que se confirmer et s'étendre, profitant d'amalgames et de désinformation. Dans ce contexte, il reste absolument nécessaire d'œuvrer à la défense du droit d'asile, comme à celle des droits des réfugiés et des demandeurs d'asile.

IX – FONDS NATHALIE MASSE

En 2006, le Fonds Nathalie Masse a financé deux actions :

- d'une part, les cours de mise à jour des connaissances proposés aux sages-femmes à diplôme non communautaire (session 2005/2006, voir VI de ce rapport). Le Fonds a fait l'avance de la totalité des frais relatifs à ce programme, soit 4.906 euros. En raison du caractère relativement marginal de cette activité par rapport aux objectifs initiaux du Fonds, une participation aux frais et/ou un remboursement ultérieur, total ou partiel (en fonction des possibilités) avaient été demandés aux stagiaires. A la fin de l'année 2006, la somme de 950 euros, correspondant à un remboursement partiel, a été reversée sur le compte du Fonds.

¹⁷ <http://www.migeurop.org>

¹⁸ voir <http://www.anafe.org>

- d'autre part, une subvention de 4.000 euros pour la prise en charge d'enfants et de mineurs réfugiés victimes de violence politique, versée à l'Association Primo Levi. Le Fonds Nathalie Masse avait déjà alloué une subvention de 4.500 euros à cette organisation en 2003.

Par ailleurs, le Fonds Nathalie Masse a reçu la somme de 6.000 euros au cours de l'année 2006, se décomposant en trois points : les dons des amis de Colette Dreyfus ; un don anonyme ; un don de l'APSR, correspondant à des indemnités de procédure qui lui ont été accordées dans le cadre de certains de ses recours contentieux.

Ainsi, au 31/12/2006, le Fonds disposait de 8.045 euros (voir bilan sous **X**).

X – RAPPORT FINANCIER

Recettes

Aux recettes propres de l'association – c'est-à-dire les cotisations, en hausse par rapport à 2005 – s'est ajoutée, en septembre 2006, une subvention de 35.000 euros de la direction de la population et des migrations (DPM), ce qui a permis à l'association de revoir son fonctionnement.

En outre, le Conseil d'Etat a statué et donné suite aux demandes de l'APSR dans le cadre de trois recours de l'association, à laquelle il a été accordé, pour chacune de ces affaires, des indemnités de procédure, soit une recette exceptionnelle globale (intérêts compris) de 4.506,76 euros.

Dépenses

Les dépenses ont fortement augmenté en fin d'année 2006 car la subvention a permis l'embauche d'un coordonnateur (octobre) et d'une secrétaire (novembre), ainsi que la mise en œuvre de nouvelles actions. Le versement de la subvention nous a également permis d'accorder davantage d'aides aux réfugiés.

COMPTE DE GESTION 2006 - APSR

1 - PRODUITS

	Année 2006	Rappel année 2005	Rappel année 2004
Cotisations	11 092,00	10 656,00	9 191,00
Dons	2 245,00	1 500,00	1 550,00
Produits financiers	453,09	542,58	22,55
Recettes diverses	0,00	0,00	177,33
Subvention colloque	0,00	0,00	12 000,00
Subvention DPM	35 000,00	0,00	0,00
Inscriptions colloque	0,00	0,00	700,00
Total des produits	48 790,09	12 698,58	23 640,88

2 - CHARGES

a) FONDS ATTRIBUES	Année 2006	Rappel année 2005	Rappel année 2004
Droits d'inscription	0,00	510,00	1 702,57
Frais annexes	102,50	100,00	275,89
Cours de français	6 000,00	1 010,00	38,00
Traductions	0,00	0,00	167,44
Frais de transport	103,00	0,00	915,10
Voyages	73,40	148,60	940,50
Aide à la vie	1 630,15	316,00	0,00
Honoraires avocats	500,00	1 000,00	1 078,67
Total a) Fonds attribués	8 409,05	3 084,60	5 118,27
b) GESTION ADMINISTRATIVE	Année 2006	Rappel année 2005	Rappel année 2004
Cotisations, documentation	1 064,40	979,00	882,41
Poste, Telecom	4 298,39	1 441,00	1 754,82
Assurances	679,27	0,00	659,84
Loyer	480,00	720,00	360,00
Voyages administrateurs	218,60	291,00	117,55
Secrétariat fournitures	1 620,11	250,98	902,19
Photocopies	675,30	468,58	843,49
Informatique	588,48	74,49	120,00
Repas de travail	44,63	44,64	130,00
Actes du colloque	0,00	79,80	2 242,00
Divers	659,28	0,00	0,00
Appointements et charges	18 438,00	5 503,96	14 845,60
Total b) Gestion administrative	28 766,43	9 853,45	22 857,90
c) Dépenses colloque	0,00	0,00	5 792,20
d) divers dépenses	0,00	28,59	567,83
e) achat photocopieuse	0,00	0,00	1 334,74
f) amortissements	2 054,38	0,00	0,00
TOTAL CHARGES a) à f)	39 229,86	12 966,64	35 670,94
Sous total	9 560,23	- 268,06	- 12 030,06
Recettes exceptionnelles	4 506,76	0,00	0,00
EXCEDENT DE DEPENSES		268,06	12 030,06
EXCEDENT DE RECETTES	14 066,99		

Le résultat très positif de l'exercice résulte de ce que la subvention reçue de la DPM n'a pas permis de réaliser sur l'exercice, compte tenu de sa date de versement (septembre) toutes les activités qu'elle devait couvrir, celles-ci se trouvant pour partie reportées sur le début de l'exercice 2007. En outre, l'exercice 2006 comprend un fond de dépôt pour le programme 2006/2007 de mise à jour des connaissances proposé aux sages-femmes à diplôme non communautaire, qui sera utilisé pour financer cette formation (terminée en février 2007).

Ainsi qu'il ressort de ce bilan financier, l'activité de l'association est largement dépendante du renouvellement de la subvention – mais également de la fidélité des cotisants et de l'arrivée de nouveaux adhérents.

BILAN AU 31 DECEMBRE 2006 - APSR

1 – ACTIF

	2006	Rappel 2005	Rappel 2004
1) IMMOBILISÉ			
Valeur nette	4 108,76	0,00	0,00
2) ENGAGÉ			
Valeurs mobilières	1 915,00	1 772,00	2 006,24
Compte épargne	25 796,00	5 509,37	8 997,04
<i>Total</i>	<i>31 819,76</i>	<i>7 281,37</i>	<i>11 003,28</i>
3) DISPONIBLE			
BNP (compte dépôt)	1 936,86	2 188,43	4 282,24
Caisse	69,70	69,70	122,43
4) Prêt Fonds N. Masse	305,00	305,00	305,00
5) Payé d'avance	699,32	679,24	0,00
6) A recevoir (indemnités)	1 500,00	0,00	0,00
7) A recevoir (cotisations)	50,00	0,00	0,00
TOTAL ACTIF	36 380,64	10 523,74	15 712,95

2 – PASSIF

1) FONDS DE RESERVE			
Reports antérieurs	8 567,99	8 836,05	20 867,01
2) EXIGIBLE			
Résultat de l'exercice	14 066,99	- 268,06	- 12 030,06
Fonds de dépôt	5 320,75	1 070,75	3 540,00
Cotisations d'avance	0,00	765,00	3 336,00
Charges à payer	8 424,91	120,00	0,00
TOTAL PASSIF	36 380,64	10 523,74	15 712,95

FONDS NATHALIE MASSE

COMPTE DE GESTION FONDS N. MASSE – 2006

	Année 2006	Rappel 2005
PRODUITS		
Produits financiers	129,53	440,98
Versement sages-femmes	950,00	0,00
Remboursement APSR	6 000,00	0,00
<i>Total</i>	<i>7 079,53</i>	<i>440,98</i>
CHARGES		
Frais bancaires	4,00	0,00
Cimade	4 906,00	0,00
Primo Levi	4 000,00	0,00
Dons infirmières	0,00	1 800,00
<i>Total</i>	<i>8 910,00</i>	<i>1 800,00</i>
EXCEDENT DE RECETTES	0,00	0,00
EXCEDENT DE DEPENSES	1 830,47	1 359,02

BILAN FONDS N. MASSE – 2006

	Année 2006	Année 2005
ACTIF		
1 – ENGAGE		
Compte épargne postal	2 058,61	9 829,08
2 – DISPONIBLE		
Compte courant postal	6 115,03	175,03
<i>Total</i>	<i>8 173,64</i>	<i>10 004,11</i>
PASSIF		
1 – FONDS DE RESERVE		
Antérieur	9 699,11	11 058,13
Excédent	- 1 830,47	- 1 359,02
2 – EXIGIBLE		
Emprunt à l'APSR	305,00	305,00
<i>Total</i>	<i>8 173,64</i>	<i>10 004,11</i>

XI – PERSPECTIVES A COURT ET MOYEN TERME

Outre la poursuite (et le développement) de nos activités habituelles, certains axes de travail sont notamment envisagés :

- l'amélioration du suivi des visiteurs, ainsi que la création, dans le respect de la législation en vigueur, d'un fichier informatique ;
- la poursuite et l'élargissement du programme DPM et des autres actions de communication ;
- la recherche de nouveaux adhérents par une campagne spécifique extensive ;
- le développement des antennes régionales et de leurs activités ;
- l'élargissement des actions de formation à d'autres professions que celle des sages-femmes.

En outre, l'intervention de l'APSR en zones d'attente doit être assurée, et les actions inter associatives poursuivies.

Avril 2007 ; correctifs octobre 2007 – adaptation pour mise en ligne, juin 2008.

APSR – Hôpital Ste Anne
Pavillon Piera Aulagnier
1, rue Cabanis – 75014 Paris
01 45 65 87 50 / 01 53 80 28 19
www.apsr.asso.fr / apsrparis@yahoo.fr