



*Association d'Accueil aux Médecins
et Personnels de Santé Réfugiés en France*

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013

Nous souhaitons débiter ce rapport d'activité par un hommage à Claire Hatzfeld. Elle a participé à la création de cette association en 1973. Elle s'y est engagée dès le début et a occupé les fonctions de secrétaire générale adjointe de 1987 à 1994, puis de secrétaire générale de 1994 à septembre 2013. Son engagement a été constant et son travail bien au-delà de ce que l'on demande habituellement à la secrétaire générale d'une association.

Elle a permis de formaliser l'aide aux professionnels de santé réfugiés et a su créer des relations interassociatives. Elle a contribué ainsi à la renommée de l'association et à sa reconnaissance par des instances publiques, comme le Centre National de Gestion Santé.

Ses compétences, ses connaissances scientifiques et juridiques, sa ténacité ont permis d'accompagner nombre de professionnels de santé dont les difficultés sont importantes lors de leur arrivée en France. Elle a favorisé le développement de l'association et l'a fait vivre dans le dynamisme.

Par ailleurs, nous saluons l'arrivée de Françoise Henry en septembre 2013. Elle prend le relais de Claire Hatzfeld au poste de secrétaire générale.

Avec une équipe de bénévoles renforcée, les activités d'accueil ont été consolidées en 2013. Le nombre de primo-visiteurs est en augmentation sensible.

La subvention d'une fondation privée a permis de voir s'éloigner les soucis financiers pour l'année en cours et pour 2014.

La nouvelle version du site internet est achevée.

Une réflexion est en cours pour mettre en place l'informatisation des dossiers des visiteurs.



I - ACTIVITES D'ACCUEIL

1.1. Présentation générale de l'accueil

Au cours de l'année 2013, 111 primo-visiteurs se sont adressés à l'APSR. Ce nombre est en augmentation de plus de 23 % par rapport à 2012.

L'APSR a réalisé 242 entretiens personnels anciens et primo-visiteurs confondus. Un certain nombre de ces entretiens s'est réalisé par téléphone ou courriel.

Tableau I : nombre de visites au cours des 21 dernières années
(y compris dossiers par correspondance)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1^{re} visite	76	100	135	141	84	105	114	103
<i>dont</i>								
<i>Algériens</i>	0	< 5	61	88	37	71	61	54
Visites Successives	187	214	228	304	299	300	346	338
TOTAL	263	314	363	445	383	405	460	441

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1^{re} visite	110	169	276	194	208	126	112	162
<i>dont</i>								
<i>Algériens</i>	49	88	138	76	58	20	7	21
Visites Successives	389	353	389	340	315	200	183	180
TOTAL	499	522	665	534	523	326	295	342

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1^{re} visite	107	157	108	87	90	111
<i>dont</i>						
<i>Algériens</i>	5	11	4	5	5	6
<i>Dont Syriens</i>					6	12
VISITES Successives	212	206	177	155	133	132
TOTAL	319	363	285	242	223	243

Pour les personnes vivant en province (près de la moitié des cas), le premier contact et éventuellement le suivi, sont assurés le plus souvent par courriel ou téléphone et par courrier postal.

L'accueil est au centre de l'activité de l'APSR qui s'est donné pour objectif d'accompagner ses visiteurs jusqu'à leur insertion professionnelle réussie. C'est dire l'attention qui doit être portée aux situations individuelles (en particulier sociales, familiales, passé professionnel).

1.2. Les primo-visiteurs

1.2.1. Répartition selon le pays d'origine et la profession (tableau II)

Le nombre de visiteurs originaires de la République Démocratique du Congo (RDC) est en hausse par rapport à 2012. La RDC reste ainsi le pays le plus représenté avec 29 % du total. Vient ensuite la Syrie (11 %), suivie par la Guinée (8 %), l'Algérie (6 %), la Russie (6 %) et l'Arménie (5 %).

Quant à la répartition des professions, les médecins et les infirmier.e.s restent les plus nombreux avec 73 % de notre recrutement (50 médecins et 32 infirmier.e.s).

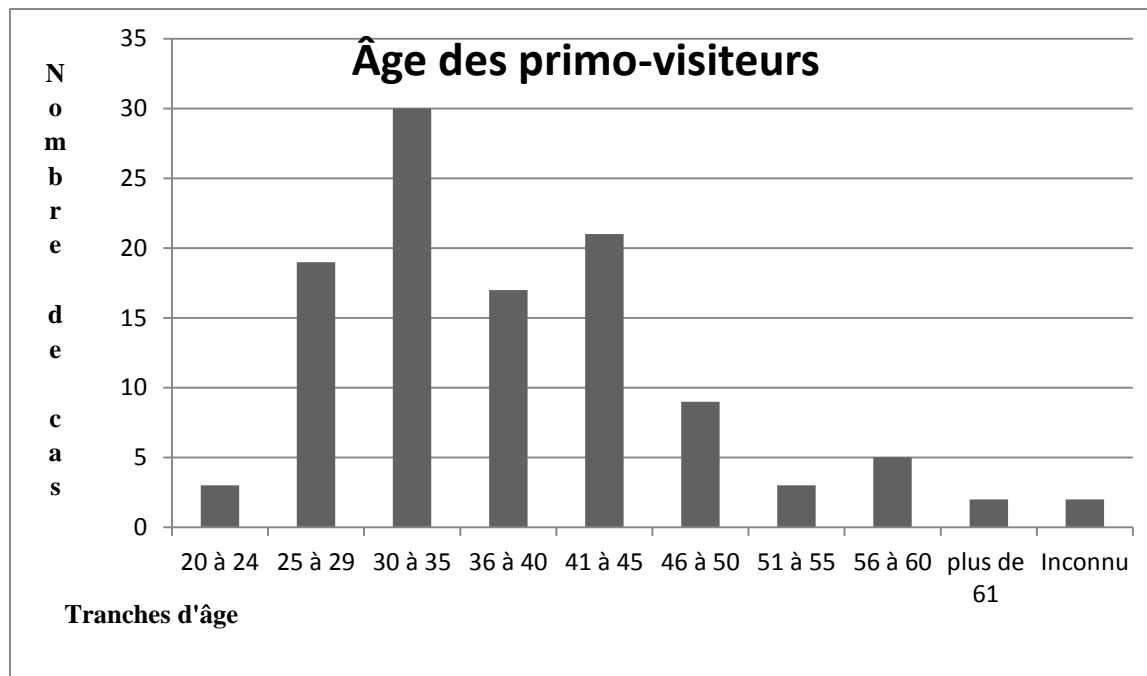
Tableau II : Nouvelles personnes accueillies en 2013

	ASIE - MOYEN-ORIENT					AFRIQUE								AMERIQUE CARAIBES			EUROPE				TOTALUX							
	Bangladesh	Pakistan	Arménie - Georgie	Liban	Syrie	Irak-Iran	Algérie	République du Congo	Madagascar	Guinée - Libéria	Cameroun - Nigéria	République Démocratique du Congo	Sénégal	Rwanda	Mali- Côte d'Ivoire	Cuba	Haïti	Colombie	Russie (dont Tchétchénie)	Biélorussie	Kosovo- Albanie-Bosnie	Roumanie	France	Apatrides				
Médecins		2	3		10	2	2												3	1						50	35	30
Dentistes			1		2												1						1			5	2	7
Sages-femmes																										3	6	5
Infirmiers/Aide-soignant*		1	3				1	2		4	2	10	2	1		1	1		1	1	1					32	32	29
Kinésithérapeutes											3								2	1						6	5	5
Pharmacien/Préparateur*																										3	5	5
Vétérinaires							1																			1		
Etudiants							1		1		2															4	2	6
Techniciens de labo.	1										1															2	5	1
Manipulateur radio											2															2	2	2
Prothésiste dent/Assistants*			1																							1	1	1
Orthophoniste							1																			1		1
Psychologues																												1
Podologue																										1		1
TOTALUX	1	3	8	1	12	2	6	2	1	10	3	32	2	2	6	3	1	1	6	3	1	2	4		111	90	87	
2013	27																											
2012	23																											
2011	18																											
	45																											
	64																											
	46																											
	3																											
	32																											
	2																											
	2																											
	6																											
	3																											
	1																											
	6																											
	3																											
	14																											
	17																											
	21																											
	0																											
	2																											
	111																											
	90																											
	87																											

* Aides-soignants : 2 en 2011 dont 1 accompagnateur médico-social, 1 en 2012, 2 en 2013. Prothésiste dentaire : 1 en 2013 et 1 en 2012.

1.2.2 L'âge des primo-visiteurs

Le graphique 1 illustre la répartition par âge des primo-visiteurs. L'observation que nous pouvons faire est identique à celle de 2012 : en grande majorité, les personnes reçues à l'APSR sont assez jeunes. 81 % des primo-visiteurs en 2013 ont moins de 45 ans.



Graphique 1

1.2.3. Répartition selon le genre :

Si entre 2008 et 2012 les femmes étaient majoritaires chez les primo-visiteurs, (58,6%), en 2013 la situation s'est inversée, et elles ne représentent plus que 48 % du total des 111 premières visites. Ce changement peut s'expliquer en partie par l'augmentation du nombre médecins – profession à prédominance masculine – reçus à l'APSR (sur les 50 médecins reçus, 35 sont des hommes).

Les femmes restent toujours fortement majoritaires parmi les infirmière.e.s, 28 sur 32.

1.2.4. Situation administrative en matière de séjour

Tableau III : Situation des primo-visiteurs en 2012 et 2013

Situation administrative en %	2013	2012
Demandeurs d'asile	60,4	37,8
Réfugiés statutaires	19,8	32,2
Bénéficiaires de la protection subsidiaire	6,3	4,4
Réfugiés italiens	0,9	
Anciens réfugiés	0,9	
Déboutés du droit d'asile	3,6	6,7
Français	2,7	
Hors champ	4,5	
Inconnu	0,9	

Le nombre de demandeurs d'asile est en nette augmentation. Ils prennent contact rapidement avec l'APSR. On peut se demander si les coordonnées de l'APSR sont plus faciles d'accès.

Parmi ces demandeurs d'asile, les Syriens bénéficieront du statut de réfugié assez rapidement par rapport aux autres demandeurs d'asile.

Le nombre de personnes déboutées a diminué de moitié mais les difficultés restent constantes.

1.2.5. Délai entre l'arrivée en France et la première visite à l'APSR

La grande majorité (85 %) des primo-visiteurs est venue à l'APSR au cours des 3 années suivant leur arrivée en France. Un tiers de ces primo-visiteurs est venu dans l'année de son arrivée.

Tableau IV: ancienneté de la présence en France

	Primo-visiteurs 2013	%
Arrivée en France avant 2000	1	0,9
Arrivée en France 2001-2005	3	2,7
Arrivée en France 2006-2009	9	8,1
Arrivée en France en 2010-2011	22	19,8
Arrivée en France en 2012	39	35,2
Arrivée en France en 2013	33	29,7
Non renseigné	4	3,6
Total	111	100

1.2.6. Lieu de résidence

Tableau V : Lieux de résidence des primo-visiteurs 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013

Lieu	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Paris	15,3	19,4	14	13,3	20
Ile-de- France	37,6	32,4	38	30	30
Province	46,5	46,3	48	55,5	49
SDF		0	0	1,1	
Étranger					1
Non renseigné	0	1,9			
TOTAL	99,4		100	99,9	100

La répartition est égale entre l'Île de France et la province, infléchissant la tendance des années précédentes d'un recrutement se déplaçant vers la province.

1.3 Dossiers par correspondance

C'est pour répondre aux demandes venant de province que nous avons développé ce secteur d'activité.

Aux personnes résidant en province qui s'adressent à nous (soit directement, soit par l'intermédiaire d'un travailleur social, d'un ami...) nous envoyons un questionnaire mis au point à cet effet ; nous demandons que ce questionnaire soit rempli aussi complètement et précisément que possible ; nous demandons aussi qu'avec le retour du questionnaire nous soient adressées les photocopies des documents majeurs : titre de séjour, réponse éventuelle de l'OFPRA et/ou de la CNDA, diplômes, certificats de travail...

Notre réponse, aussi concrète que possible, nécessite souvent une petite étude des ressources offertes à proximité du lieu de résidence : faculté de médecine, IFSI, IUT...

Les personnes qui accompagnent sur place ces visiteurs — le plus souvent des travailleurs sociaux — sont en outre de précieux interlocuteurs. Un dossier est bien entendu ouvert pour chacun des visiteurs.

Cette activité occupe une à deux matinées par semaine pour deux personnes (dont une bénévole).

En 2013, 44 dossiers par correspondance, soit 39,6 % des primo-visiteurs ont été ouverts de cette façon, contre 42 en 2012, soit 46,6 % des 90 primo-visiteurs.

Dans une certaine mesure, cette activité pallie la réduction de la représentation physique de l'APSR par des antennes, mais ne la remplace pas car rien ne vaut un dialogue direct.

II. PROGRAMME D'INFORMATION SYSTÉMATIQUE

C'est pour nous faire connaître que nous avons lancé en 2002 un programme d'information systématique. L'objectif est de toucher les professionnels de santé réfugiés par l'intermédiaire des organismes auxquels ils sont amenés à s'adresser (administrations, centres d'hébergement, organismes de formation...).

En 2013, nous avons ciblé les facultés de médecine ainsi que les rectorats. Nous leur avons envoyé une documentation sur l'APSR (plaquette d'information, feuilles de contact en français, anglais et russe).

III ACCÈS AUX PRINCIPALES PROFESSIONS DE SANTÉ

3.1 Accès à la profession d'infirmier.e et d'aide-soignant.

Depuis l'arrêté du 31 juillet 2009, applicable à partir de septembre de la même année, le diplôme d'État d'infirmier.e a le niveau d'une licence de l'enseignement supérieur. Il permet d'entrer dans le système "LMD" (Licence, Master, Doctorat) déjà adopté par l'ensemble des pays de l'Union européenne. L'enseignement dans les IFSI a été largement modifié dans ce sens, tout en respectant la durée des stages et leur encadrement. La scolarité dure trois ans.

Pour les titulaires d'un diplôme extracommunautaire — le cas le plus fréquent chez les infirmier.e.s qui s'adressent à nous — les modalités d'admission dans un IFSI semblent s'être durcies : elles consistent actuellement en une épreuve écrite comportant l'étude d'un cas clinique suivie de questions orales. En outre, la réussite à ces épreuves ne garantit pas aux candidat.e.s l'intégration à l'IFSI, car le pourcentage maximum de personnes ayant un diplôme extracommunautaire pouvant être admises est fixé à 2 % du quota d'étudiants de première année attribué à l'IFSI considéré ! Pour adoucir cette limitation, ces "reçus-collés" peuvent faire du porte à porte auprès des IFSI n'ayant pas encore admis le nombre autorisé de ces candidats pour l'année considérée.

Cependant, compte tenu des difficultés réelles, des limitations, des aléas signalés ci-dessus, on peut se demander si, au lieu de s'attaquer de front à l'entrée dans un IFSI, les infirmier.e.s réfugié.e.s titulaires d'un diplôme extracommunautaire ne devraient pas adopter un parcours plus réaliste : commencer par l'obtention du diplôme d'aide-soignant.e (devenu récemment un diplôme d'État, DEAS), soit par la validation des acquis de l'expérience (VAE), soit en entrant dans un institut de formation d'aides-soignant.e.s : un an d'études à plein temps ou deux ans à mi-temps. Après trois ans, en équivalent plein temps, d'exercice de cette profession ces aides-soignant.e.s peuvent intégrer un IFSI en passant des épreuves qui consistent simplement en l'analyse écrite de trois situations professionnelles. Le nombre total de reçus à cet examen peut aller jusqu'à 20 % du quota de l'IFSI pour l'année considérée.

Ces personnes peuvent bénéficier ensuite de dispenses importantes de scolarité : par exemple un stage de cinq semaines et trois "unités d'enseignement".

Nous n'avons pas assez proposé ce parcours aux infirmières en 2013 ni dans le passé, ce qui a probablement contribué au sentiment d'échec noté parmi les infirmières revenues en 2013.

3.2. Autorisation d'exercer les fonctions d'aide-soignant.e.

Depuis 1984, des circulaires successives autorisaient les infirmières titulaires d'un diplôme "étranger" puis "extracommunautaire" à exercer les fonctions d'aide-soignante. Ces autorisations, délivrées par les DDASS puis par les ARS, ont été d'un grand secours pour les intéressés.e.s et en particulier pour les réfugié.e.s, malgré le déclassement que cela représentait. Cependant, à l'occasion d'un contentieux portant sur la dernière en date de ces circulaires, le Conseil d'État, constatant que celle-ci « *édicte des dispositions qui relèvent du champ législatif et réglementaire* », a prononcé l'abrogation de cette circulaire. Logiquement, cette abrogation — qui fait l'objet de la circulaire du 15 mars 2012 — devrait être suivie d'un décret ou d'un arrêté reprenant les dispositions de la circulaire incriminée.

Nous avons soulevé cette question au ministère de la Santé lors d'une entrevue en mars 2013. Les conseillers de la ministre ont dit travailler sur ce problème et vouloir proposer une solution au début de l'été 2013. L'APSR est restée vigilante quant à la réalisation de cette promesse ; aucune annonce n'ayant été faite fin 2013, nous avons demandé un nouvel entretien au ministère.

3.2 Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmacien.ne.s

3.2.1 La nouvelle liste C

En 2012, une nouvelle liste C a été créée (dite liste C2012). L'objectif de cette liste est de permettre aux praticiens de l'ancienne liste C de poursuivre l'exercice de leurs fonctions au-delà du 31 décembre 2011 et de se présenter — sous certaines conditions — à une nouvelle épreuve de vérification des connaissances en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer. La date d'extinction prévue pour la liste C2012 est le 31 décembre 2016.

Pour accéder à cette liste, il faut avant les épreuves de vérification des connaissances :

— avoir exercé pendant deux mois continus des fonctions hospitalières rémunérées entre le 30 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;

— avoir déjà accompli les trois années de fonctions hospitalières rémunérées alors que pour les listes A et B, ces fonctions peuvent avoir été exercées avant ou après les épreuves.

En outre, les candidats de la liste C2012 doivent accomplir une année probatoire de fonctions hospitalières, une exigence qui ne s'applique pas au parcours des autres candidats. Des dispenses de cette année probatoire sont prévues.

Enfin, les épreuves de vérification des connaissances pour la liste C2012 sont spéciales :

— une épreuve sur dossier relatif au parcours professionnel depuis l'obtention du diplôme ;

— une épreuve écrite de vérification des connaissances pratiques.

La dernière étape du parcours est l'examen du dossier professionnel par la commission d'autorisation d'exercer, qui donne son avis au ministre de la Santé sur la totalité des candidatures des listes A, B, C.

3.2.2. Épreuves de vérification des connaissances

En 2013, les épreuves de vérification des connaissances ont été organisées pour la liste C2012 comme décrites ci-dessus, en même temps que celles destinées aux listes A, B, C.

Pour l'ensemble des trois listes et des quatre professions, 1 079 personnes, dont 40 % de femmes, ont été reçues à ces épreuves (696 en 2012) dont :

Liste A (droit commun) : 289

Liste B (réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire, apatrides ainsi que les "Français rapatriés") : 25

Liste C (liste C et liste C2012) : 768

Les tableaux VI, VII, VIII et IX indiquent ces résultats pour chaque profession, depuis 2010.

Tableau VI. Épreuves de validation des connaissances, médecins :
résultats 2013, 2012, 2011 et 2010

	Médecins			
Liste A	2013	2012	2011	2010
Nombre de spécialités offertes	39	39	19	16
Somme des quotas		252	165	165
Nombre de reçus	270	241	165	165
Taux de réussite				
Liste B				
Nombre de spécialités offertes	39	39	19	16
Nombre de reçus	23	17	17	10
Taux de réussite				
Liste C				
Nombre de spécialités offertes	39	39	41	40
Nombre de reçus	710	359	520	750
Taux de réussite				
Totaux reçus	1 003	617	702	930

Nous notons une augmentation sensible du nombre de reçus en 2013. Cette augmentation est de 60 % sur la liste C, expliquée par le nombre de lauréats sur la liste C2012.

Tableau VII Épreuves de validation des connaissances chirurgiens-dentistes :
résultats 2013, 2012, 2011 et 2010

	Chirurgiens-dentistes			
	2013	2012	2011	2010
Liste A				
Nombre de spécialités offertes	2	2	2	2
Somme des quotas	15	15	15	15
Nombre de e reçus	7	14	8	9
Taux de réussite				
Liste B				
Nombre de spécialités offertes	2	2	2	2
Nombre de reçus	1	1	0	0
Taux de réussite				
Liste C				
Nombre de spécialités offertes	2	2	2	2
Nombre de de reçus	3	11	3	5
Taux de réussite				
Totaux reçus	11	26	11	14

Le nombre de reçus est en nette diminution en 2013 sans explication connue.

Tableau VIII : Épreuves de vérification des connaissances, sages-femmes :
résultats 2013, 2012, 2011, 2010 et 2009

	Sages-femmes				
	2013	2012	2011	2010	2009
Liste A					
Nombre de spécialités offertes				Pas de spécialités	
Somme des quotas		15	20	20	20
Nombre de e reçus	5	7	5	0	18
Taux de réussite					32 %
Liste B					
Nombre de spécialités offertes				Pas de spécialités	
Nombre de reçus	0	0	0	0	1
Taux de réussite					100 %
Liste C					
Nombre de spécialités offertes				Pas de spécialités	
Nombre de de reçus	2	1	8	0	15
Taux de réussite					58 %
Totaux reçus	5	8	13	0	34

Ce tableau est analysé dans le chapitre consacré aux sages-femmes

Tableau IX : Épreuves de vérification des connaissances, pharmaciens :
Résultats 2013, 2012, 2011 et 2010

	Pharmaciens			
	2013	2012	2011	2010
Liste A				
Nombre de spécialités offertes	2	2	1	2
Somme des quotas		15	10	10
Nombre de de reçus	5	5	1	5
Taux de réussite				
Liste B				
Nombre de spécialités offertes	2	2		2
Nombre de de reçus	0	0	0	0
Taux de réussite				
Liste C				
Nombre de spécialités offertes				2
Nombre de de reçus	40	40	5	22
Taux de réussite				
Totaux reçus	58	45	6	27

3.2.3 Fonctions hospitalières

Après avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances, les candidats des listes A, B et C doivent exercer pendant trois ans des fonctions hospitalières rémunérées dans un service formateur ; les médecins et les pharmaciens pendant trois ans, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes pendant un an. Comme il a été signalé, les candidats de la liste C2012 doivent exercer ces fonctions avant de se présenter aux épreuves.

Ces postes restent difficiles à trouver en raison, entre autres, de l'absence de liste de postes vacants. Cette difficulté est encore plus grande pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Cette très grande difficulté a retardé d'autant l'accomplissement de leur parcours.

Ce sujet a été abordé lors de notre rencontre au ministère de la Santé en mars 2013. Les conseillers de la ministre ont confirmé que le manque de moyens financiers dans les hôpitaux était responsable de ce problème, mais que malheureusement l'état actuel des finances n'allait pas permettre une modification de la situation. Mais, selon eux, les dispositions de la loi concernant la nouvelle liste C devraient permettre d'augmenter le nombre de postes disponibles annuellement.

Étant donné le caractère obligatoire de ces fonctions, il nous semble que ce serait le rôle de l'administration de repérer les postes vacants et, éventuellement, d'en faire créer. Et, bien entendu de rendre publique la liste de ces postes.

3.3 Formation des sages-femmes titulaires d'un diplôme délivré par un État non membre de l'Union Européenne

Pour l'année 2013, une formation par l'École de sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine avait été initialement prévue en 3 séminaires totalisant 8 jours de formation. Une augmentation de prix portant à 210 € la journée de formation au lieu de 80 € pour 2012 a été annoncée la semaine précédant le début de la formation. Seules 4 sages-femmes sur 12 ont maintenu leur participation. Devant ce nombre très faible de participantes, l'École de sages-femmes de Saint-



Antoine a dû annuler les séminaires de juillet et de septembre. La formation en 2013 a donc été de 3 jours. Seules 3 sages-femmes — dont une avait déjà été reconnue réfugiée — avaient suivi le séminaire de mars. Aucune n'a été lauréate aux épreuves

Résultats nationaux de 2013 : sur les 68 sages-femmes inscrites aux épreuves,

Liste A : 5 lauréates pour 5 places proposées par l'arrêté.

Liste B : pas de lauréate

Liste C : 2 lauréates

Pour 2014, les épreuves sont prévues pour le mardi 14 octobre 2014 et le nombre maximum de personnes susceptibles d'être reçues en liste A est de 5.

En ce qui concerne la formation à l'hôpital Saint-Antoine, le directeur du Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC) de l'APHP) accepte de réfléchir sur le tarif de la formation pour les sages-femmes à diplôme extracommunautaire. Madame Rivière, directrice de l'École et Chantal Lévêque, sage-femme enseignante et membre du conseil d'administration de l'APSR, poursuivent cette piste.

IV LE SITE INTERNET

En raison de divers problèmes informatiques, un nouveau site internet a dû être mis en place. Fonctionnel depuis septembre 2013, il est plus ergonomique, plus lisible et d'une utilisation plus facile. La documentation figurant sur le site a aussi été mise à jour.

Le site se révèle être un excellent relais entre les visiteurs et l'APSR. Beaucoup de visiteurs ont eu connaissance de l'APSR par ce moyen.

Les personnes naviguant sur le site peuvent trouver diverses informations :

- la présentation des actions de l'APSR ;
- le moyen de nous contacter ainsi que nos jours de permanences ;
- des dossiers sur la pratique de plusieurs professions médicales et paramédicales en France ;
- de la documentation sur le droit d'asile.

La rubrique "propositions de postes" a été ajoutée : elle permet de présenter des offres de postes dans le domaine médical et paramédical.

V. ACTIVITES EXTÉRIEURES

5.1 La Coordination française pour le droit d'asile (CFDA)

L'APSR a poursuivi sa participation aux travaux de la coordination sur différents sujets.

L'année 2013 a notamment été marquée par la préparation de la réforme de l'asile par le gouvernement français.

5.1.1 Publication du rapport CFDA *Droit d'asile en France : conditions d'accueil, état des lieux en 2012*

Le rapport *Droit d'asile en France : conditions d'accueil, état des lieux en 2012* a été publié en février 2013. 2 500 exemplaires ont été imprimés et diffusés à la presse, aux parlementaires, aux ministères de l'Intérieur et de la Justice. La CFDA s'est rendu auprès du défenseur des droits, de la direction de l'OFPRA, de l'OFII, de Jean-Yves Leconte, sénateur ainsi que du cabinet du ministère de l'Intérieur afin de présenter le rapport et de plaider en faveur de meilleures conditions d'accueil des demandeurs d'asile.

5.1.2 Nomination d'un nouveau directeur général de l'OFPRA

Pascal Brice a été nommé directeur général de l'OFPRA et a souhaité développer les échanges entre les associations et l'OFPRA. En 2013, il a notamment reçu la CFDA sur la thématique de l'obligation du certificat médical concernant les petites filles protégées en raison d'un danger d'excision. Il s'est dit prêt à abandonner cette pratique si un autre dispositif pouvait être mis en place afin de prévenir ce danger.

5.1.3 Projet de refonte de la CFDA

Il a été question d'une restructuration de la CFDA. Un premier travail a été engagé suite au renouvellement du secrétariat de la CFDA. La volonté de ses membres est de porter une attention particulière au réseau régional et aux relations entre les associations membres et les associations associées. Cette refonte devrait aboutir en 2014.

5.1.4 Concertation sur l'asile

Le ministère de l'Intérieur a démarré en juillet 2013 une grande concertation sur l'asile avec des représentants des services de l'État (ministère de l'Intérieur, OFII, préfectures...), les institutions spécialisées en matière d'asile (OFPRA, HCR) et les représentants des associations travaillant dans ce domaine. L'objectif affiché étant d'aboutir à une réforme d'envergure du droit d'asile en France. Quatre ateliers de travail ont été mis en place sur les thèmes suivants :

- évolution des procédures d'asile ;
- accueil, orientation et accompagnement des demandeurs d'asile pour le dépôt de la demande d'asile et l'accès aux droits ;
- hébergement des demandeurs d'asile ;
- insertion des bénéficiaires d'une protection internationale (accueil, accompagnement emploi, logement, formation).

L'APSR a participé à ce dernier atelier afin de défendre les intérêts des professionnels de santé réfugiés en France.

Suite à cette concertation, les parlementaires Valérie Létard (sénatrice UDI) et Jean-Louis Touraine (député socialiste) ont publié le 28 novembre 2013 un rapport donnant les principales orientations de la réforme à venir. Les recommandations du monde associatif n'étant pas reprises, la CFDA a vivement regretté les conclusions de ce rapport. Les propositions favorables aux demandeurs d'asile sont toutes dues à la nécessité d'appliquer la législation européenne. Beaucoup d'autres propositions — comme la création de « *centres semi-fermés* » pour les personnes déboutées de leur demande d'asile, de manière à faciliter leur renvoi du territoire ou remplacement de la Cour nationale du droit d'asile par les tribunaux administratifs — sont inquiétantes. Par ailleurs, le rapport contient très peu de mesures ambitieuses concernant l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale. Le projet de loi doit être présenté au conseil des ministres le 25 juin 2014 et la version du texte qui circule (du 6 mai 2014) confirme les inquiétudes exprimées par les associations, malgré quelques mesures positives dues essentiellement à la transposition en droit interne des règlements européens, mais souvent vidées de leur sens par des dispositions restrictives. C'est le cas, par exemple, des recours contre les décisions négatives de l'OFPRA, qui s'appliqueront désormais également aux « procédures prioritaires » (qui deviennent « procédures accélérées », qui seraient toutefois appréciés non plus par une formation collégiale de trois juges, mais par un juge unique statuant par ordonnance.

5.2 Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (ANAFÉ)

Une concertation sur les alternatives à la rétention s'est déroulée au début de l'année 2013 au ministère de l'Intérieur. L'APSR s'est rendue à cette concertation. La question des moyens à mettre en œuvre pour expulser les déboutés du droit d'asile du territoire s'est avérée centrale lors des diverses réunions. La seule évolution sur laquelle est revenu le ministère de l'Intérieur est le retour au jour franc en zone d'attente. Cette dernière mesure implique que les personnes faisant l'objet d'un refus d'entrée peuvent seulement être refoulées après l'expiration du délai d'un jour franc (un délai de 24 heures).

Par ailleurs, l'ANAFÉ étant en pleine restructuration, aucune visite n'a été faite en zone d'attente par les représentants de l'APSR.

PERSPECTIVES

- Le programme d'information systématique, qui a déjà fait ses preuves, doit être poursuivi. Nous allons cibler les autres organismes de formation.
- Nous devons démarrer l'informatisation des fichiers des visiteurs. Celle-ci devrait nous permettre d'obtenir plus facilement des données concernant les personnes revenant à l'APSR.
- Il est primordial de continuer nos recherches de nouvelles sources de financement afin de pérenniser les activités de l'APSR

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes membres de l'association, salariée et bénévoles qui ont contribué à la rédaction de ce rapport.

Nous souhaitons remercier en outre Josiane LOUISE-ADÈLE et Laurence LEFÈVRE-MOULENQ, dont la participation a été déterminante.



Association d'Accueil aux médecins et
Personnels de Santé Réfugiés en France

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

