

Bilan de santé : l'accès aux soins et l'accompagnement médical des réfugiés



Santé : des migrants en manque

Pour les uns, la santé n'a pas de prix, pour d'autres elle a un coût. Mais pour les plus fragiles, les plus précaires et parmi eux les demandeurs d'asile, la santé reste un parcours qui en appelle davantage aux qualités du combattant que du patient en quête de soins.

La complexité des démarches administratives, l'accès laborieux aux différents professionnels de santé, les délais de consultations dissuasifs et bien d'autres obstacles – dont la perte récurrente des dossiers CMU quand les demandeurs d'asile changent de département – les éloignent de la prise en charge de fond dont ils ont grand besoin.

Les réfugiés ont en effet souvent gardé – mais comment imaginer qu'il en soit autrement – les séquelles physiques et mentales qui ont motivé leurs parcours migratoires ou qui en découlent. À cela viennent parfois s'ajouter des pathologies spécifiques, parfois infectieuses, sur lesquelles il convient aussi d'agir au plus vite.

Mais le plus vite finit encore trop souvent aux urgences. Il est alors bien tard pour un rétablissement rapide et certain du patient. Bien tard pour les comptes de l'État qui, au lieu d'avoir su prévenir à faible coût, devra guérir plus chèrement et qui devra supporter, socialement, les conséquences d'une prise en charge médicale défaillante.

Une politique de santé publique digne de ce nom – « *publique* » – doit impérativement se soucier de faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Encore faudrait-il pour cela que des enquêtes épidémiologiques soient menées.

Car sans recueil de données objectives, l'ignorance et le déni continueront de fournir un bel alibi pour persévérer dans la politique de l'autruche. C'est-à-dire, celle qui refuse aux migrants le droit effectif à la santé. ■

Pierre HENRY
Directeur général de France terre d'asile

Sommaire

Asile, réinstallation, intégration

Demandeurs d'asile et réfugiés :
les limites pratiques
de l'accès universel aux soins 2

La parole à...

La délivrance de titres de séjour
pour raisons médicales 5

Zoom sur...

Prévention et accompagnement médical
au sein des programmes
de France terre d'asile 6

Mineurs isolés étrangers

Les maux psychologiques des mineurs
isolés étrangers : entre traumatismes
de vie et mal-être d'ados 7

Actualités juridiques et sociales 8

Demandeurs d'asile et réfugiés : les limites pratiques de l'accès universel aux soins

En France, l'accès aux services sociaux et à la sécurité sociale est garanti en théorie pour les demandeurs d'asile, les bénéficiaires de la protection internationale et les réfugiés réinstallés. Pour ces populations souvent en situation de précarité et de vulnérabilité, l'accès à des soins adaptés et de qualité est nécessaire au bon déroulement des longues procédures qui les attendent et à leur intégration dans la société qui les accueille. Or, dans la pratique, ces publics se heurtent à de nombreuses difficultés de prise en charge et d'accès aux soins.

La question de l'accès aux soins est un point central du processus de demande d'asile, en France, comme dans le reste de l'Union européenne (UE). En effet, une part importante des demandeurs d'asile, des réfugiés et des étrangers en situation irrégulière se retrouve, du fait de multiples facteurs, dans des situations de grande vulnérabilité et d'extrême précarité ce qui cause des difficultés, que ce soit au niveau de la détection des pathologies, de l'accès aux droits ou de la prise en charge médicale. Comme l'explique Marc Wluczka, ancien médecin chef de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), cette vulnérabilité particulière est due au cumul de plusieurs vulnérabilités pouvant être modélisées par des cercles (voir schéma). Les raisons du départ ainsi que le parcours migratoire sont souvent générateurs de lourds traumatismes auxquels s'ajoutent les pathologies provenant des pays d'origine (VIH / SIDA, tuberculose, pathologies périnatales, douleurs et souffrances dues à l'excision, etc.). Enfin, la précarité qui touche une part importante de ce public l'expose à des problèmes spécifiques tels que le retard et la rupture des soins, les pathologies infectieuses ou les affections cutanées et dentaires.

LES CERCLES DE VULNÉRABILITÉ DES DEMANDEURS D'ASILE ET RÉFUGIÉS



Cette spécificité nécessite une prise en charge globale impliquant les différentes administrations concernées ainsi que des professionnels de santé aux profils très divers (médecins hospitaliers et libéraux, généralistes et spécialistes, infirmières, aides soignantes, etc.). La qualité de la prise en charge des personnes particulièrement vulnérables dépend également des possibilités d'accès aux professionnels de santé

dans les différentes régions de France où sont hébergés les demandeurs ou les réfugiés. Or les disparités régionales dans le domaine médical sont un problème récurrent depuis de nombreuses années.

Entre complexité administrative et accueil défaillant : le parcours semé d'embûches pour l'accès aux droits sociaux

L'accès aux droits pour les primo-arrivants est à l'image du processus de demande d'asile : une véritable course d'obstacles. Les demandeurs d'asile, les réfugiés et les étrangers en situation irrégulière ont, au regard du droit français, un accès garanti soit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) soit à l'aide médicale d'État (AME) grâce auxquelles leurs frais médicaux et hospitaliers sont pris en charge à 100 % (sur la base des tarifs de la sécurité sociale) sans avoir à avancer les frais. Toutefois, les démarches administratives et leur complexité représentent un obstacle substantiel à l'accès effectif aux soins. Pour l'année 2012, environ 77 % des problèmes rencontrés par les patients du Comité médical pour les exilés (Comede) concernaient les démarches administratives auprès des caisses de sécurité sociale alors que seulement 22 % concernaient des problèmes d'accès aux dispositifs de soins¹. Un des obstacles majeurs à l'ouverture des droits des demandeurs d'asile en situation précaire est l'accueil inadapté voire hostile qu'ils peuvent rencontrer lors du dépôt de la demande d'ouverture. L'accueil du public est une étape primordiale et d'autant plus dans un parcours d'exil traumatisant où chaque expérience humaine a son importance.

La méconnaissance de ces publics par le personnel d'accueil peut avoir de lourdes conséquences sur les démarches entreprises par les demandeurs d'asile et notamment les décourager de poursuivre la procédure d'ouverture des droits. Certains demandeurs d'asile bénéficient d'un accompagnement par des associations spécialisées ou au sein de leurs structures d'hébergement, mais ce n'est pas le cas de tous, compte tenu du manque de places d'hébergement et de la capacité limitée des associations.

¹ Comede [La santé des exilés](#), juillet 2014, p 61.

LA DIFFICILE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES RÉFUGIÉS RÉINSTALLÉS À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE

Les personnes qui arrivent en France dans le cadre d'un programme de réinstallation sont confrontées aux mêmes problématiques de santé que les réfugiés et les demandeurs d'asile. Les personnes sont sélectionnées pour la réinstallation sur la base de critères de vulnérabilité fixés par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR). Parmi ces critères, plusieurs touchent à la vulnérabilité physique et psychologique. Ainsi, les réfugiés réinstallés ont souvent des besoins spécifiques en matière de suivi médical et psychologique mais tout comme pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, la lenteur de l'ouverture des droits sociaux contrarie dans certains cas l'accès aux soins. Les professionnels qui travaillent avec les réfugiés réinstallés notent que beaucoup d'entre eux ont besoin d'un suivi psychologique dès leur arrivée en France, ayant pour la plupart vécu de lourds traumatismes ou ayant des pathologies psychiatriques.

Quand une prise en charge médicale d'urgence est nécessaire, les équipes peuvent avoir recours à certaines structures sanitaires comme par exemple les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) ou encore les associations comme Médecins du monde.

Un autre problème est la transmission du dossier médical du réfugié entre le premier pays d'asile et le pays de réinstallation. Ainsi certains professionnels se plaignent du manque d'informations en amont et même d'informations erronées qui empêchent de préparer l'accueil des réfugiés dans les meilleures conditions. Par exemple, une réfugiée réinstallée a récemment été accueillie en France par un dispositif qui ignorait son diabète, pourtant fort, qui a nécessité des soins dès son arrivée et une hospitalisation d'urgence.

Les disparités territoriales dans la prise en charge des publics vulnérables

La plupart des pathologies qui touchent les réfugiés et les demandeurs d'asile, à l'exception notable des troubles psychiques et mentaux, sont à même d'être diagnostiquées et traitées dans les différents centres hospitaliers de France. La disparité territoriale s'exprime donc ici plus en termes d'opportunités d'aide à l'accès aux soins qu'à la disponibilité des soins.

À Paris, des associations comme le [Comede](#), le [centre Primo Levi](#) ou [Parcours d'exil](#) peuvent apporter le soutien médical et l'aide adaptée qu'exigent les besoins particuliers de certains demandeurs d'asile particulièrement vulnérables (victimes de tortures ou souffrant de stress post-traumatique par exemple).

Toutefois ces associations font face à une demande largement supérieure à leurs capacités d'action et ne peuvent assurer seules la prise en charge spécifique de ces publics. L'accès aux médecins spécialisés pose également problème dans la capitale : ils peuvent pratiquer des tarifs libres et donc être réticents à accueillir des publics bénéficiaires du tiers-payant.

Dans les zones rurales où l'accès aux services spécialisés est souvent difficile, la prise en charge des réfugiés et demandeurs d'asile aux vulnérabilités spécifiques se fait principalement sur la base de la

bonne volonté de certains professionnels de santé et agents administratifs et de la motivation des personnes impliquées. Pour les réfugiés vivant en zones rurales ainsi que pour les demandeurs logés dans des CADA isolés, l'accès à un hôpital et à des services médicaux et sociaux spécialisés nécessite souvent de se déplacer jusqu'à une ville voisine. De tels déplacements

impliquent d'avoir une voiture ou des ressources financières suffisantes, ce qui est rarement le cas.

La prise en compte des différences culturelles a également une grande importance, notamment en ce qui concerne le rapport au corps, au médecin et aux soins. La prise en charge personnalisée et de longue durée

LES DROITS SOCIAUX DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES RÉFUGIÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ :

- **La couverture maladie universelle (CMU) :** elle permet l'accès au régime général d'assurance maladie. Les demandeurs d'asile sont dispensés de la condition de résidence en France depuis plus de 3 mois pour en bénéficier. Ils doivent néanmoins être en mesure de prouver la régularité de leur séjour (convocation en Préfecture, APS ou récépissé). La CMU relève d'une affiliation sans délai, la date du dépôt du dossier est la date d'ouverture du droit à la CMU. Un demandeur d'asile qui se voit reconnaître un statut de protection internationale conserve cette affiliation. Les réfugiés réinstallés ont également accès à la CMU. La CMU doit être renouvelée chaque année.
- **La couverture complémentaire (CMU-C) :** il s'agit d'une protection complémentaire santé couvrant le reste à charge des dépenses remboursées par le régime général d'assurance maladie. Le bénéfice de la CMU et de la CMU-C permet au demandeur d'asile la prise en charge de ses frais médicaux et hospitaliers sans paiement préalable. Les droits à la CMU-C sont ouverts un mois après le dépôt du dossier et pour une période d'un an avec possibilité de renouveler.
- **L'aide médicale d'État (AME) :** les demandeurs d'asile en procédure prioritaire ou en procédure « Dublin » ne peuvent pas accéder à la CMU, en raison de l'absence d'admission au séjour, mais ils peuvent bénéficier de l'AME qui permet la prise en charge des frais médicaux et hospitaliers sans paiement préalable dans la limite des tarifs prévus par la sécurité sociale. L'AME doit être renouvelée tous les ans. Le panier de soins couvert par l'AME est réduit par rapport à la CMU.

Asile, réinstallation, intégration

qu'implique cette prise en compte est particulièrement difficile dans des contextes de fort renouvellement du personnel et de travail à flux tendu. L'interprétariat lors des démarches administratives et des consultations est primordial, car c'est le seul moyen d'instaurer une compréhension entre le demandeur d'asile et le médecin dans le but de formuler un diagnostic précis et d'assurer une prise en charge efficace. Or l'accès aux services de traduction adéquats est particulièrement difficile en dehors des zones urbaines de taille conséquente, notamment lorsqu'il s'agit de langues peu pratiquées et enseignées en France.

La prise en charge des troubles psychiques et mentaux, un système fragile pour une question très sensible

Du fait des raisons du départ de leur pays d'origine ainsi que du parcours migratoire lui-même, les demandeurs d'asile sont particulièrement sujets aux troubles psychiques ou mentaux, notamment aux symptômes de stress post-traumatique. La détection et la prise en charge de ces problèmes chez les demandeurs d'asile et réfugiés sont particulièrement compliquées du fait du temps long nécessaire à un bon diagnostic. En effet, le rythme des soins

psychiques est propre à chaque patient, à chaque situation. Le [rapport](#)² sur la prise en charge de la santé mentale des migrants du [réseau Samdarra](#) (Santé mentale, précarité, demandeurs d'Asile et réfugiés en Rhône-Alpes) insiste sur l'importance de la dimension culturelle des soins psychiques qui peut dresser de nombreux obstacles à la prise en charge et à la compréhension mutuelle entre soignants et soignés, d'autant plus que les traumatismes dus à des humiliations ou à certains mauvais traitements peuvent être intimement liés aux spécificités de la culture de la personne. La question de la langue et de l'absence d'interprètes est également particulièrement problématique dans ce cadre.

Le rapport Samdarra souligne l'inadaptation du système français de soins psychiques et psychologiques, qu'il impute aux logiques managériales qui s'imposent de plus en plus aux centres hospitaliers publics et qui entreraient en conflit avec la réalité clinique de la prise en charge des populations « *en marge* ». Selon un médecin psychiatre cité dans le rapport: « *De plus en plus en psychiatrie publique, avec la politique de soins actuels, tout est calculé, telle pathologie, tel temps d'hospitalisation, il faut du turn-over...*

² [Rapport de synthèse du réseau Samdarra](#), avril 2012.

il faut que ça tourne...alors que cette population demande de doubler le temps d'investissement de psychiatre [...] un certain nombre de chefs de service pourrait dire "mais attendez vous n'avez vu qu'un patient alors que vous pourriez en voir deux ?" »³.

Les demandeurs d'asile, réfugiés et les étrangers en situation irrégulière peuvent donc se retrouver dans des situations particulièrement délicates. Soumis aux faiblesses d'un réseau médical français géographiquement inégal et aux problèmes d'une administration surchargée, ils portent également le poids personnel de lourds traumatismes ou de pathologies handicapantes.

Cette superposition de problématiques rend la question difficile à appréhender pour les observateurs comme pour les décideurs. Faire face à ces défis pré suppose de fournir un hébergement et un accompagnement administratif adapté pour les demandeurs et réfugiés dont l'état de santé est préoccupant et de développer un système d'interprétariat efficace et accessible. Sans ces conditions, la qualité très inégale de la prise en charge médico-sociale de ces populations risque de perdurer. ■

³ *Idem*, p. 32 – 33.

LE RÉSEAU DE SANTÉ ILHUP À MARSEILLE:

Le [réseau de santé « Intervenants libéraux et hospitaliers unis pour le patient »](#) (ILHUP), basé à Marseille, est un réseau de professionnels de santé créé en 2000. Il a pour mission l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment à la sortie de l'hôpital, afin d'éviter les ruptures de soins qui peuvent avoir de lourdes conséquences. Il intervient dans cinq départements du Sud-est (le Var, les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse, les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence) dans le but d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé libéraux, l'hôpital et les patients les plus vulnérables, dont les demandeurs d'asile.

Le directeur de l'ILHUP, Stéphane Fabries, fait le constat d'une grande difficulté d'accès aux soins des personnes vulnérables et notamment des demandeurs d'asile, des réfugiés et des étrangers en situation irrégulière. L'ILHUP essaie de trouver des solutions pour toucher ces publics souvent difficiles d'accès et particulièrement concernés par la rupture de la continuité de la prise en charge et de la sécurité des patients. Du fait de leurs conditions de vie, passées et présentes, qui peuvent être particulièrement instables et difficiles, nombre d'entre eux ne se présentent pas aux rendez-vous fixés.

Mais, comme le souligne M. Fabries, la vulnérabilité touche également le personnel médical libéral qui se retrouve bien souvent démuni face à des situations nouvelles et de grandes difficultés de communication. C'est pour répondre à cette double vulnérabilité que l'ILHUP propose ses services aux organismes et individus qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement et d'une formation dans le but d'améliorer leurs prestations envers les publics les plus vulnérables et d'apporter un appui aux professionnels de proximité. Les réseaux de santé se heurtent toutefois à de nombreux obstacles et notamment aux problèmes de disponibilité des professionnels de santé. Le temps de la prise en charge, notamment des pathologies mentales et des psychotraumatismes, étant très long et les médecins libéraux étant rémunérés à la consultation, ces longues durées peuvent être un frein à leur implication dans ce type de dossiers.

Les réseaux de santé, du fait de leur investissement de longue durée et bien que visant un public qui ne se limite pas aux demandeurs d'asile et réfugiés, ont un rôle particulièrement important à jouer dans l'amélioration de la prise en charge sanitaire de cette population souvent touchée par la grande précarité.

La délivrance de titres de séjour pour raisons médicales

Les étrangers malades peuvent solliciter un titre de séjour portant la mention « *vie privée et familiale* » pour des raisons médicales auprès de la préfecture. Actuellement, le préfet délivre ou non un titre de séjour après avis des médecins des Agences régionales de santé (ARS) qui sont sous l'autorité du ministère de la Santé. Le projet de loi relatif à la réforme du droit des étrangers en France, déposé à l'Assemblée nationale le 23 juillet 2014, prévoit de confier l'avis médical à des médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), sous l'autorité du ministère de l'Intérieur. Pascal Revault, directeur opérationnel du Comité médical pour les exilés (Comede), nous donne son avis sur le dispositif actuel et la réforme qui prévoit de le modifier.

Quels sont, à votre avis, les avantages et les inconvénients du rôle actuel des ARS dans la délivrance de titres de séjour ?

La délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale relève pour l'instant de la responsabilité du ministère de la Santé. Puisqu'il s'agit d'une question de santé, il est normal et souhaitable que ce soit le ministère de la Santé qui fournisse les instructions de référence sur l'interprétation à avoir de [l'article 313-11 11°](#) du Ceseda et qui supervise et régule directement le dispositif. Aujourd'hui, l'organisation collégiale de médecins des ARS est expérimentée, par exemple en Île-de-France, pour faciliter l'harmonisation des réponses. Dans ce cadre, les médecins des différents départements rendent un avis partagé, qui n'est plus limité aux dossiers émanant des départements dont ils ont la responsabilité. Cependant, les difficultés suivantes sont à rapporter. D'après les observations du Comede il persiste une grande hétérogénéité entre départements et régions quant aux avis médicaux rendus pour la délivrance des titres de séjour. Le défaut de publication des données pour ce qui concerne les pratiques et les statistiques officielles par départements ou régions ne nous permet pas d'apprécier pleinement et de suivre le dispositif dans sa globalité en vue de discussions et de recommandations. Néanmoins, la pression de certaines préfectures remettant en cause les avis fournis par les médecins de l'ARS pose un véritable problème. Nous observons depuis 2012 le développement dans certaines préfectures du hiatus entre certains avis rendus par les médecins des ARS et la décision préfectorale. Cela suppose la rupture du secret médical et constitue un contournement du dispositif législatif au détriment de l'étranger malade.

Quelles seront les conséquences de la mesure du projet de loi qui prévoit de confier l'avis médical aux médecins de l'Ofii ?

Cette mesure pourrait théoriquement déboucher sur une harmonisation des avis médicaux rendus. Cependant, dans la pratique, des conséquences négatives sont à attendre. Le ministère de l'Intérieur aurait la tutelle d'une question de santé publique et donnerait ensuite sa décision sur l'avis rendu sans expertise indépendante du ministère de la Santé. Théoriquement les médecins conservent leur indépendance, respectent le code de déontologie médicale et suivent les instructions du ministère de la Santé. Il est salutaire de douter de l'indépendance qu'auront les médecins directement sous la tutelle du ministère de l'Intérieur dans leur pratique. De la même

manière, le contournement de leur avis pourrait être institué par les autorités de tutelle, sans recours possible cette fois auprès du ministère de la Santé. Sur le plan éthique et sociétal, *a fortiori* dans le contexte d'évolution de la loi sur le renseignement et de celle sur l'asile, il est dangereux que le ministère ayant la tutelle des questions de sécurité soit celui qui évalue et décide d'une régularisation pour raison médicale, décrète une obligation à quitter le territoire, exerce les missions de police, alors même que l'évaluation est aujourd'hui de façon cohérente sous la responsabilité d'un ministère poursuivant des buts de prévention et de soin.

Enfin, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) [rappelait](#), en janvier 2015, qu'il revient bien au ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives, mais qu'il n'est pas de la compétence de celui-ci d'apprécier la nécessité d'une protection sur le plan de la santé, tout en conservant le secret médical¹.

Quelle serait selon vous la manière idéale de traiter cette question ?

Avec l'ODSE, nous recommandons un dispositif sous la tutelle exclusive du ministère de la Santé sans interférence du ministère de l'Intérieur, à travers une décision collégiale entre médecins, une harmonisation des pratiques et le respect des instructions fournies et donc une supervision active par les autorités sanitaires. Tout médecin traitant devrait pouvoir fournir au médecin de l'ARS un rapport médical circonstancié dans le cadre d'une demande de régularisation pour raison médicale. Il est également nécessaire de rendre public les résultats en matière de droit au séjour pour raison médicale par région, type de pathologies, nationalités des personnes tout en préservant la confidentialité.

Quelle est la fiabilité des renseignements des fiches pays quant à l'accès aux soins dans les pays d'origine ?

Jusqu'à présent ces fiches pays produites en interministériel ne sont pas officiellement accessibles, ce qui questionne la méthodologie de recueil et leur fiabilité. Cela pose la question des sources d'information et de leur actualisation pluriannuelle par des acteurs de la santé publique compétents sous la tutelle du ministère de la Santé. À ce titre, le travail d'information fourni par la société civile dans les pays d'origine et en France doit être considéré, au même titre que celui des institutions publiques nationales et internationales. ■

¹ ODSE, *Les personnes étrangères malades et leurs proches ont le droit de vivre dignement en France*, janvier 2015

Prévention et accompagnement médical au sein des programmes de France terre d'asile

COLLABORATION AVEC LE CIAPA POUR LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE DES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

Depuis 2012, le foyer de l'Accueil des mineurs isolés étrangers ([AMIE](#)) et la Maison du jeune réfugié ([MJR](#)) à Paris travaillent en lien avec le Centre inter-hospitalier d'accueil permanent pour adolescents ([CIAPA](#)) afin d'assurer le suivi psychologique de certains mineurs isolés étrangers ayant des besoins médicaux spécifiques.

Les jeunes qui sont accueillis et pris en charge par France terre d'asile ont déjà la possibilité de consulter un psychologue, que ce soit à la Permanence d'accueil et d'orientation des mineurs isolés étrangers (PAOMIE) ou par le biais du [SEMNA](#), le service de l'Aide sociale à l'enfance dédié à la prise en charge des mineurs non accompagnés. Ces psychologues évaluent la situation et l'état psychologique du jeune et peuvent décider de l'orienter vers le CIAPA qui propose un suivi non seulement psychologique mais également psychiatrique, tout cela dans une approche interculturelle.

Au CIAPA, les jeunes sont reçus par des psychiatres pouvant prescrire des traitements, des psychologues et des assistantes sociales. Le CIAPA assure un suivi thérapeutique individuel et une animation au sein du centre qui permet aux jeunes de se rencontrer. L'équipe regroupe les jeunes qu'elle suit autour d'ateliers collectifs et pédagogiques, comme par exemple des ateliers de théâtre et de peinture. Les jeunes ont également la possibilité de participer à la conception et la rédaction d'un journal interne.

En pratique, la prise de rendez-vous pour les mineurs isolés étrangers est rapide, et le CIAPA met à disposition des interprètes. Les équipes de France terre d'asile et du CIAPA mettent en place un co-suivi notamment par l'organisation de synthèses avec le jeune pour assurer un suivi global.

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES RÉFUGIÉS RÉINSTALLÉS AU CENTRE DU PSYCHOTRAUMA

Confrontée à la difficulté de trouver un accompagnement psychologique adapté aux personnes accueillies dans leurs dispositifs, l'équipe du Réseau réinstallés de France terre d'asile s'est rapprochée en 2012 du [Centre du psychotrauma](#) de l'[Institut de victimologie de Paris](#).

La collaboration entre les deux structures permet d'orienter de manière rapide (un mois de délai pour un rendez-vous) les personnes fragilisées et nécessitant une prise en charge psychologique adaptée. Celle-ci est effectuée par des professionnels psychiatres ou psychothérapeutes, en langue française, anglaise, arabe, espagnole ou russe. Un premier rendez-vous est établi avec un psychiatre, qui permet de déterminer si les difficultés et souffrances subies résultent d'un stress post-traumatique ou d'une pathologie d'ordre psychologique, afin de proposer un protocole de soins cohérent (hypnose, désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux, thérapie comportementale et cognitive, groupes de parole...).

Cet accompagnement spécialisé, réalisé par des thérapeutes compétents est une condition sine qua non pour la réalisation d'un parcours d'intégration et d'autonomisation en France pour les bénéficiaires d'une protection internationale victimes de traumatismes lourds suite à leur exil et aux événements subis dans leur pays d'origine. L'accompagnement a d'ailleurs été étendu à d'autres réfugiés suivis par France terre d'asile, pour permettre aux personnes concernées par les mêmes problématiques d'être orientées et reçues par l'équipe du centre.

LES « RENDEZ-VOUS SANTÉ » AU CADA DE MASSY : PROMOTION ET SENSIBILISATION AUPRÈS DES DEMANDEURS D'ASILE

Le [Centre d'accueil de demandeurs d'asile \(Cada\) de Massy](#) (91), géré par France terre d'asile, est impliqué, depuis le début de sa mise en œuvre en 2014, dans le projet des « rendez-vous santé » avec le centre de lutte antituberculeux de l'Essonne (CLAT 91). Le projet a été reconduit en 2015 et prévoit de l'être à nouveau en 2016. Les « rendez-vous santé » s'inscrivent dans un programme plus vaste du CLAT de l'Essonne qui porte sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les demandeurs d'asile et les enfants primo-arrivants dans le département. Ce projet est financé par le Conseil départemental de l'Essonne ainsi que par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Le CLAT et plusieurs opérateurs de Cada de l'Essonne se sont réunis en comité de pilotage afin d'établir une liste de cinq thèmes pour les actions de sensibilisation et de promotion auprès des résidents des Cada. Les Cada ont élaboré, avec l'appui du CLAT 91, un programme d'intervention mobilisant des intervenants extérieurs et se déroulant soit dans chaque Cada soit dans les locaux des intervenants. Les thèmes suivants, qui correspondent chacun à un rendez-vous santé, ont été identifiés: la tuberculose, la vaccination, l'équilibre alimentaire chez les tout-petits, les infections sexuellement transmissibles ainsi que le rapport au corps et à la sexualité (notamment sur la problématique de l'excision). En 2014 et en 2015, les intervenants au Cada de Massy sont le CLAT 91, le Centre départemental de prévention et de santé de Massy, la Protection maternelle et infantile de Massy et l'association Aides, qui lutte contre le sida. En amont, la quasi-totalité de l'équipe du Cada a reçu une formation sur la tuberculose. Les résidents sont mobilisés avant les rendez-vous santé dans le cadre de petits groupes de préparation avec les intervenants sociaux référents et l'intervenant du rendez-vous santé concerné.

D'une manière générale, les « rendez-vous santé » permettent d'engager de façon active et régulière un travail sur les représentations en matière de santé et de sexualité des résidents des Cada impliqués. C'est aussi l'occasion pour les Cada de l'Essonne d'échanger et de collaborer.

Les maux psychologiques des mineurs isolés étrangers : entre traumatismes de vie et mal-être d'ados

Les mineurs isolés étrangers sont particulièrement exposés et vulnérables aux troubles psychologiques : séparation avec la famille, violences subies dans le pays d'origine ou lors du parcours migratoire, exploitation de leur statut d'enfant, choc culturel dans le pays d'arrivée... Ces situations d'infortune sont d'autant plus difficiles à gérer à un âge où l'on a justement besoin de repères et d'une présence adulte.

Souvent, lorsque les mineurs isolés étrangers sont pris en charge, le fait de ne plus avoir à se préoccuper de besoins urgents et premiers (où dormir ? où aller ? comment se nourrir ?) peut faire ressortir des angoisses majeures jusqu'alors réprimées.

Les psychopathologies sont difficiles à gérer pour les jeunes qui en sont l'objet, mais également pour les professionnels qui tentent de les aider. Nombre d'entre eux se retrouvent démunis devant les récits difficiles des mineurs et, à défaut de formation, se retrouvent « contaminés »¹ par le traumatisme.

Les psychologues travaillant avec les mineurs isolés étrangers avancent plusieurs solutions pour permettre une meilleure prise en charge psychologique de ce public doublement spécifique : à la fois jeune et d'origine étrangère.

L'approche interculturelle est ainsi primordiale. En effet, les représentations et les comportements envers la maladie varient selon les cultures, *a fortiori* pour les traumatismes psychologiques, ce qui rend leur traitement toujours plus difficile. Il convient donc de permettre à ces jeunes d'avoir accès à un personnel compétent afin de les aider à exprimer leurs souffrances et les accompagner.

[Marie-Rose Moro](#) travaille² à l'hôpital Avicenne, qui a ouvert une consultation transculturelle pour mineurs isolés étrangers. Selon elle, la question du « sens » que l'on peut tirer du parcours du jeune (et donc des troubles dont il a souffert), en prenant en compte ses interprétations personnelles, est substantielle³. D'une part, elle est peut-être ressentie par les jeunes, qui attribuent leur projet à une cause « globale » et collective (un départ pour aider la famille par exemple). D'autre part, l'idée de trajectoire leur permet d'avancer. Le rôle du professionnel sera d'aider le jeune à « transformer les actions vécues en quelque chose qui a du sens pour lui ». Il est donc essentiel d'engager un dialogue avec le jeune, en prenant en compte ses perceptions culturelles par rapport au genre, à la place de l'oral dans sa culture, aux représentations adulte/enfant, aux professionnels étrangers etc.

1 Intervention de Rahmeth Radjak lors du Petit déjeuner de l'Observatoire de l'asile et des réfugiés de France terre d'asile « [Mineurs isolés étrangers en exil : une approche transculturelle](#) », mardi 1^{er} mars 2011.

2 Marie Rose Moro est psychiatre d'enfants et d'adolescents, psychanalyste, Docteur en médecine et en sciences humaines. C'est la chef de file actuelle de l'ethnopsychanalyse et de la psychiatrie transculturelle en France. Actuellement chef de service de la Maison des adolescents de Cochin, Maison de Solenn (AP-HP) à Paris. Elle est aussi chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Avicenne (Bobigny) depuis 2001. Elle y a créé en 2004, une Maison pour les adolescents, Casita.

3 Intervention lors du Petit déjeuner de l'Observatoire de l'asile et des réfugiés de France terre d'asile « [Mineurs isolés étrangers en exil : une approche transculturelle](#) », mardi 1^{er} mars 2011.

Pour Sydney Gaultier⁴, psychologue clinicien, il est important de comprendre les logiques de narration de soi et d'altérité culturelle. Il note qu'il peut être difficile pour les professionnels travaillant avec les mineurs isolés étrangers de déceler leurs troubles, ceux-ci pouvant réprimer l'expression de leurs souffrances qui, selon eux, va à l'encontre de leurs efforts d'adaptation dans le pays d'accueil⁵.

Par conséquent, ils concentrent souvent leurs angoisses sur les démarches de régularisation. Les symptômes de traumatismes sont pluriels : l'intrusion, quand le mineur revit les événements traumatisants (flashbacks, cauchemars) ; l'évitement, quand le jeune se replie sur lui-même, a des difficultés de communication ; et l'hyperstimulation (insomnies, difficultés de concentration, anxiété, impression constante de danger). Selon lui, au moins 20 % des mineurs isolés étrangers souffriraient de troubles post-traumatiques. Il est donc essentiel qu'ils soient suivis par des professionnels qui comprennent ces différentes logiques de traumatisme. Par exemple, l'une de ses méthodes lors d'un entretien avec un mineur isolé est de lui demander ce qu'il est habituel de faire dans sa culture, lorsqu'une personne se sent mal, pour qu'elle aille mieux. La réponse du jeune permettra de s'ajuster à sa représentation d'un « aidant » et d'illustrer sur cette base la place que peut occuper le psychologue.

Cette démarche proactive du professionnel est également appuyée par Juliette Leconte, psychologue dans un dispositif mineur de France terre d'asile. Les jeunes qu'elle rencontre sont en majorité demandeurs d'un suivi psychologique. Si la question du traumatisme est centrale pour soigner les mineurs isolés étrangers, elle préfère éviter les questions directes sur leur vécu (questions auxquelles ils ont déjà eu à répondre à de multiples reprises) mais plutôt parler, dans un premier temps, du quotidien (des nuits, des angoisses, des colères, etc.). La mise en lien avec le vécu traumatique se fait alors bien plus aisément.

Ainsi, le soutien psychologique des mineurs isolés étrangers passe par une attention particulière et il est indispensable d'être attentif aux souffrances à une période de leur vie où tout jeune passe par des phases de doute et d'incertitude. ■

4 Sydney Gaultier est psychologue clinicien, maître de conférences associé à l'université de Savoie Mont-Blanc. Il travaille principalement sur la psychologie clinique interculturelle et s'intéresse plus particulièrement aux mineurs isolés étrangers.

5 Intervention de Sydney Gaultier lors de la 4^{ème} Journée des professionnels de France terre d'asile, « [Mineurs isolés étrangers : le travail dans le doute](#) », 12 et 13 janvier 2015.

Rapport du Conseil de l'Europe sur la situation des droits humains en France

Dans un [rapport](#) alarmant sur la situation des droits humains en France publié en février, le Conseil de l'Europe [constate](#) l'insuffisance du nombre de places en Centres d'accueil pour demandeurs d'asile et encourage les autorités à déployer les moyens nécessaires afin de renforcer le dispositif national d'accueil et d'assurer l'accompagnement social et juridique de tous les demandeurs d'asile. Le rapport s'inquiète de la situation des mineurs isolés étrangers, en métropole et à Mayotte, certains se retrouvant sans abri, et dénonce l'utilisation des tests d'âge osseux, les insuffisances de la prise en charge et la privation de liberté des mineurs isolés en zones d'attente. En ce qui concerne la situation des milliers de migrants présents à Calais, le rapport appelle les autorités à trouver des solutions d'accueil durables tout en protégeant les migrants contre les actes haineux dont ils sont régulièrement victimes. Enfin, le rapport dénonce le manque de générosité du gouvernement français dans l'accueil des réfugiés syriens.

Décret relatif aux titres de séjour requis pour l'ouverture des droits aux prestations familiales

Par un [décret](#) du 17 février, le gouvernement a modifié la liste des documents justifiant du séjour régulier en France pour bénéficier des prestations familiales. Sont ajoutés à la liste des documents suivants : la carte de séjour « *compétences et talents* » ; les visas de long séjour valant titre de séjour portant la mention « *vie privée et familiale* », « *visiteur* », « *étudiant* », « *salarié* », « *travailleur temporaire* », « *scientifique-chercheur* » et « *stagiaire* » ; et le titre de séjour délivré en

application de la convention signée en 2000 entre la France, l'Espagne et l'Andorre relative à l'entrée, à la circulation, au séjour et à l'établissement de leurs ressortissants. L'actualisation de cette liste était prévue depuis 2009.

Sénat : publication d'un rapport d'information sur les centres provisoires d'hébergement des réfugiés

Le Sénat a rendu public le 9 mars un [rapport](#) d'information sur les centres provisoires d'hébergement (CPH) des réfugiés, qui dénonce la faiblesse de l'accueil et l'abandon par l'État de l'accompagnement des réfugiés dans leur processus d'intégration. Le rapport, présenté par le sénateur Roger Karoutchi (UMP, Hauts-de-Seine), préconise une centralisation par l'État du suivi et de l'orientation en CPH des réfugiés afin de mettre en place une répartition nationale des places en CPH dans le cadre du dispositif national d'accueil. Le rapport propose une remise à plat du statut des CPH pour qu'ils soient centrés autour de deux prestations : l'hébergement (en priorité en centres collectifs) pour le public le plus vulnérable et l'accompagnement pour l'ensemble des réfugiés pour lesquels le centre sera un point d'accueil et de suivi. Selon le rapport, l'intégration des réfugiés, qu'ils soient en CPH ou non, doit se concentrer sur deux aspects : la formation linguistique et l'accompagnement vers le logement et l'emploi.

Modalités de prise en charge des MIE suite à la décision du Conseil d'État du 30 janvier 2015

Suite à la [décision](#) du Conseil d'État portant sur la légalité de la [circulaire](#) du 31 mai 2013, la Chancellerie a adressé aux

parquets une [note](#), le 17 février, sur les modalités de prise en charge des mineurs isolés étrangers (MIE). Le Conseil d'État avait considéré que la répartition des MIE sur le territoire français ne pouvait être fixée par une circulaire ministérielle mais nécessitait une base légale. En attendant qu'une loi fixe la répartition, le ministère de la Justice a rappelé dans sa note que le choix du département de placement du MIE doit se faire au regard du critère de l'intérêt supérieur de l'enfant. La note précise que « *son environnement, l'adéquation du lieu d'accueil avec ses besoins, le maintien des liens avec ses frères et sœurs sont autant de critères permettant au parquet d'orienter le jeune* ». Ainsi, le parquet du lieu où a été identifié le jeune, peut choisir de le confier aux services d'Aide sociale à l'enfance de ce département ou d'un autre. Attaché au dispositif de répartition des MIE sur le territoire national, le gouvernement a affiché son intention de légiférer sur la question.

Cahier du social n°36 : L'effet de la rétention administrative sur les parcours migratoires : une illusion ?

En partenariat avec la [Clinique de l'École de droit de Sciences Po](#), France terre d'asile a publié une [étude](#) intitulée « *L'effet de la rétention administrative sur les parcours migratoires : une illusion ?* ».

Cette étude s'inscrit dans la réflexion et le travail que mène France terre d'asile sur le recours à la rétention en France et sur l'efficacité de l'enfermement des étrangers comme un outil de gestion des flux migratoires, au détriment du respect des droits fondamentaux des personnes retenues. L'objectif de cette étude est d'apporter une analyse approfondie sur l'expérience et l'effet dissuasif de la rétention administrative en France.



L'OBSERVATOIRE DE FRANCE TERRE D'ASILE

EST UNE PUBLICATION
DE FRANCE TERRE D'ASILE

Directeur de la publication : Jacques Ribs
Directeur général : Pierre Henry

Comité de rédaction :

Oriane Le Boudic-Jamin, Tiphaine Lefebvre,
Hélène Soupios-David, Max Verlhac,
Alix Pierard, Chloé Ledoux, Mélissa Paintoux.

www.france-terre-asile.org



Cette lettre est réalisée dans le cadre
des projets européens soutenus par le fonds
Asile, migration, intégration

Conception graphique : Studio Marnat
Impression : Studio Marnat
3, impasse du Bel Air - 94110 Arcueil
Tarif : 1,5 € - ISSN : 1769-521 X



Avec le soutien du
Fonds Asile Migration
Intégration de l'Union
européenne.