RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010

© Caroline Fernandez / MSF

CENTRE D'ECOUTE ET DE SOINS - PARIS

MEDECINS SANS FRONTIERES

Mission France - Centre d'Ecoute et de Soins : 21, passage Dubail. 75010 Paris. Tél. : 01. 42. 05. 54. 44

SOMMAIRE

HISTORIQUE ET PERSPECTIVES p.3

DISPOSITIF DU CENTRE D'ECOUTE ET DE SOINS p.6
1. L'orientation ou la demande de suivi psychologique

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE p.7
1. Caractéristiques des patients suivis sur le plan médico-psychologique
   1.1 Origine géographique des patients
   1.2 Caractéristiques des patients en termes de sexe et d'âge
   1.3 La question des mineurs isolés
   1.4 Enfants et familles en détresse
   1.5 Situation sociale et familiale des patients : l'isolement et la rue
   1.6 Situation administrative des patients en soutien psychologique
   1.7 Evénements rapportés comme causes de l'exil
2. Caractéristiques des patients reçus en consultation médicale
   2.1 Caractéristiques des patients reçus en terme de nationalité et d'âge
   2.2 Statuts administratifs

ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU CES p.19
1. Activité générale
2. Activité médicale pour les patients en suivi psychologique
   2.1 Nature du suivi des patients pris en charge
   2.2 Couverture médicale
   2.3 Activité médicale
   2.4 Pathologies organiques / plaintes somatiques
   2.5 Les traitements psychotropes
3. Activités médicales auprès des exilés du Xème arrondissement
4. Activité psychologique
   4.1 Caractéristiques à l'inclusion / sévérité de l'état des patients
   4.2 Manifestations cliniques / diagnostic prédominant
5. Activité sociale

L'ASILE OFFRE-T-IL TOUJOURS UN REFUGE ? p.29

POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR LES DEMANDEURS D'ASILE ET RÉFUGIÉS p.34

DE L'ASILE À L'ALIÉNATION : CONTRE UNE GESTION HUMANITAIRE DES DEMANDEURS D'ASILE p.39

ANNEXE – TERMINOLOGIE UTILISÉE p.42

HISTORIQUE ET PERSPECTIVES

Ouvert le 1er mars 2007, le Centre d'Ecoute et de Soins (CES) de Médecins Sans Frontières (MSF) à Paris propose des soins psychologiques à des personnes en souffrance, ayant fui des persécutions ou une zone de conflit, venues chercher asile et protection en France.

© Yoanis Menge / MSF

Parmi cette population, communément appelé « réfugié », le programme cible plus particulièrement les personnes sans titre de séjour[1] et non francophones, car davantage marginalisées et exclues des soins, en particulier des soins psychologiques.

Faisant suite à la fermeture des centres médico-sociaux de Paris et Marseille en 2006, l'ouverture du CES a été décidée en réponse aux difficultés de l'équipe à trouver des références psychologiques pour certains patients demandeurs d'asile ou déboutés, non francophones et difficilement sectorisables[2] (personnes sans domicile fixe). **Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le CES propose une prise en charge adaptée à chaque patient, le suivi thérapeutique étant étayé par des références et orientations médicales, sociales et juridiques.**

Certains patients sont arrivés en France récemment, d'autres sont présents sur le territoire depuis plusieurs années. Comme pour la majorité des demandeurs d'asile, leur accès aux soins et services psychologiques existants est limitée par la conjonction de plusieurs facteurs : la nature et l'intensité des troubles (nécessitant parfois des prises en charge rapides et adaptées), la précarité sociale et administrative (l'absence de titre de séjour, de résidence fixe, de couverture médicale) ainsi que la barrière linguistique (nécessitant le recours à l'interprétariat dans la langue du patient).

Les patients pris en charge par les psychologues cumulent le plus souvent une histoire personnelle éprouvante, faite de traumatismes répétés et cumulatifs (dont l'exil), qui interagissent avec une situation sociale actuelle précaire, vécue parfois comme sans issue et pouvant constituer une « caisse de résonance » des violences précédemment vécues.

Si toutes leurs problématiques ne sont pas solubles dans le soin, nous considérons que celui-ci soulage, valorise, reconstruit, pose de nouveaux repères et perspectives, permettant la rémission ou l'atténuation des troubles les plus manifestes et invalidants.

Ce rapport dresse un bilan des activités du CES en 2010 mais présente aussi à travers l'expérience de nos patients depuis 2007 certaines conclusions auxquelles nous confrontent nos activités.

Trois constats seront développés dans ce rapport et interpellent fortement notre action :

1. La dégradation des conditions d'accueil et de vie des demandeurs d'asile en France.
2. L'absence manifeste de politique de santé mentale à l'intention des demandeurs d'asile et réfugiés.
3. Le rôle que nous sommes amenés à jouer malgré nous, en tant qu'humanitaires et soignants, dans un contexte politique de durcissement des conditions d'accueil des demandeurs d'asile et des étrangers en général.

Le CES est également inscrit dans un rôle de veille sanitaire auprès de populations précaires qui ont des obstacles particuliers dans leur accès aux soins. A ce titre nous intervenons, suite à une épidémie de gale mi-2009, auprès des exilés résidant dans le centre-est de

1 Les personnes sans titre de séjour, même Autorisation Provisoire de Séjour, notamment les personnes soumises au règlement Dublin II, ou déboutées de leur demande d'asile.
2 Dans le système public, les patients dépendent des structures rattachées au « secteur » où ils vivent pour les soins psychologiques. Voir annexe pour plus de détails.

HISTORIQUE ET PERSPECTIVES

DEUX DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES ÉTRANGERS MALADES MENACÉS

Paris, principalement d'origine afghane. Fin 2009, ces actions de veille se sont concrétisées par l'entremise de consultations de médecine générale.

L'aide médicale d'Etat (AME)[3]

Une autre source d'inquiétude aujourd'hui est le droit à la couverture médicale et aux soins pour les étrangers les plus vulnérables, qui connaît depuis fin 2010 des attaques politiques sans précédent. L'attaque déjà gagnée par l'Etat est le vote en décembre dernier dans le cadre de la loi de finances pour 2011 de substantielles restrictions à l'aide médicale d'Etat (AME) sous prétexte d'explosion de dépenses et de fraudes massives. Cette loi a été promulguée sans prendre en compte les conclusions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) qui concluaient sans ambiguïté que la hausse des dépenses de l'AME ne pouvait être liée à des fraudes de la part des bénéficiaires et ni même à l'augmentation des bénéficiaires[4].

Une des modifications principales de réforme de l'AME est l'exigence d'un ticket d'entrée de 30 euros, effectif depuis le 1er mars. **Les professionnels de santé s'accordent sur l'impasse que constitue cette réforme en termes de santé et de finances publiques.** Le rapport IGAS/IGF[5] rappelle que ce dispositif est financièrement complexe, ainsi que porteur de *« risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires[6] ». « Le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital[7] »* inquiétude partagée par nombre d'associations craignant que les malades sans ressources diffèreront leurs soins. Dans cette situation les urgences médico-chirurgicales seront de plus en plus sollicitées par des personnes n'ayant pas l'AME, avec des pathologies potentiellement aggravées par l'attente avant de se soigner.

Cette réforme aura des conséquences délétères sur l'accès aux soins des personnes pourtant parmi les plus vulnérables puisque ayant un revenu mensuel inférieur à 631 euros (souvent nettement inférieur pour des demandeurs d'asile précaires entièrement dépendant de soutien associatif). Il y a aussi des risques pour la santé publique mais également sur l'organisation du système de santé à l'hôpital comme à la ville[8].

Le droit au séjour pour les étrangers malades

Une volonté politique de réduire le droit au séjour pour étrangers gravement malades qui ne pourraient pas être soignés dans leur pays d'origine[9] s'est aussi affichée dans le cadre du projet de loi « immigration, intégration et nationalité ». Le 10 mars 2011, en seconde lecture du projet de loi, l'assemblée nationale a adopté un amendement qui remet gravement en cause le droit au séjour pour raison médicale. Malgré l'avis défavorable de la majorité des sénateurs, malgré les propos argumentés de la communauté médicale et de nombreuses associations

3 Voir détails en annexe.
4 Rapport IGAS/IGF novembre 2010 :« Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat ».
5 Voir détails dans argumentaire ODSE: http://www.odse.eu.org/Utilisez-l-argumentaire-de-l-ODSE.
6 et 7 Supra note 4.
8 Voir détails en annexe.
9 Communiqué de presse MSF : http://www.msf.fr/2011/03/14/1974/msf-deplore-le-vote-des-deputes-qui-restreint-lacces-aux-soins-des-etrangers-malades/

de santé, l'amendement a été adopté. En remplaçant la notion « d'accès effectif » aux traitements par celle de « disponibilité », cette loi aboutira au renvoi de personnes gravement malades vers leur pays d'origine sans qu'elles puissent y être soignées.

Dans la plupart des pays où MSF intervient, nos équipes témoignent que la « disponibilité » d'un traitement ne signifie pas, loin de là, qu'il est accessible à tous. Le nombre de traitements disponibles, le prix des traitements, les ruptures de stock, la répartition inégale de l'offre de soins en dehors de certaines capitales, les carences en personnel de santé, etc, sont autant d'obstacles qui entravent l'accès aux soins. Aussi cette loi poussera les étrangers malades à vivre dans la clandestinité en France, entraînant ruptures de soins et plus grande précarité pour les personnes et, *in fine*, des risques en termes de santé publique[10]. Cette loi concernant le droit au séjour pour soins sera réexaminée en seconde lecture au Sénat en avril 2011.

Il est clair que la multiplication des obstacles administratifs et financiers visant à réduire l'accès aux soins de patients décrits comme indésirables relève d'une politique discriminatoire. En mélangeant politique de santé et politique d'immigration, ces attaques répétées des dispositifs d'accès aux soins des étrangers ne visent qu'à stigmatiser une partie de la population et à créer des malades de seconde catégorie.

Dans ce contexte, nous avons renforcé depuis fin 2010 nos activités de veille sanitaire par des cliniques mobiles auprès des populations que nous considérons comme potentiellement les plus affectées par la mise en place de ces réformes. Ces activités, récentes, ne feront pas l'objet de ce rapport.

10 Voir détails dans argumentaire ODSE http://www.odse.eu.org/Projet-de-loi-de-Finances-2011

DISPOSITIF DU CENTRE D'ECOUTE ET DE SOINS

© Dragan Lekic / Libre arbitre

L'objectif du Centre d'Ecoute et de Soins est d'accueillir, orienter, et/ou prendre en charge des personnes ayant fui une zone de conflit ou des violences politiques, sur le plan médico-psychologique. L'accès de cette population aux soins psychologiques existants est en effet limité, sinon impossible, par la conjonction de plusieurs facteurs : la nature et l'intensité des troubles, la précarité sociale et administrative et la barrière linguistique.

Le patient inclus dans le CES bénéficie d'un suivi psychologique régulier dans sa langue, ainsi que de consultations médicales et d'une assistance socio-juridique si nécessaire.

L'équipe pluridisciplinaire était composée pour 2010 de psychologues, médecins, personne en charge des orientations juridiques et sociales, personne responsable de l'accueil et de l'administration, interprètes, ainsi que coordinateurs.

La réintégration des personnes au sein des dispositifs de droit commun auxquels elles sont éligibles est un objectif de notre activité au même titre que le soin.
Notre restons également en alerte face aux difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes en situation irrégulière et autres catégories exclues du système de santé en France.

1. L'ORIENTATION OU LA DEMANDE DE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Si certains patients se présentent spontanément au centre, la majorité de ceux pris en charge sur le plan psychologique nous est référée par d'autres acteurs travaillant avec des demandeurs d'asile ou d'autres populations vulnérables.
Les références se répartissent ainsi :

- **33% sont référés par des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile** (FTDA-les plateformes et FTDA mineurs, CAMIE, CAFDA, le kiosque EMMAUS-FTDA)[11]
- **27,7% se présentent spontanément** (bouche-à-oreille), en majorité des Afghans et Tchétchènes
- **8,1% sont référés par d'autres structures de prise en charge psychologique et médicale** (associatives-tels COMEDE et MDM – ainsi que des praticiens privés et les PASS)
- **9,5% par l'équipe médicale de MSF** lors des activités de médecine générale, de maraudes
- **8,1% par des associations de défense des droits humains** (Amnesty International ; ACAT, CEDRE ; CIMADE, GISTI) ou les accueils de jour et collectifs (CAMRES, EMMAUS, Comité Tchétchénie, Collectif des Exilés du 10ème)
- **2,8% par des centres d'hébergement/hôtel d'urgence ou stabilisation** (115, CHU/CHRS)
- **6,2% par des CADA** (centres d'accueil pour demandeurs d'asile)

11 Voir annexe pour définition des sigles utilisés

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Plus de 900 patients ont été reçus au CES en 2010. 210 ont bénéficié d'un suivi médical et/ou psychologique nécessitant l'ouverture d'un dossier. Parmi les autres personnes, 400 environ ont bénéficié de consultations de médecine générale, principalement des exilés du 10ème arrondissement et 335 ont été reçus pour des conseils ou une orientation vers d'autres services.

© Dragan Lekic / Libre arbitre

1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS SUIVIS SUR LE PLAN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

1.1 Origine géographique des patients

Cette année, le CES a reçu une majorité d'Afghans et de Tchétchènes. Sur les 210 patients, 91 viennent de pays d'Asie.

Origine géographique des patients en 2010					
Europe de l'Est, Caucase, Ex-URSS	**Nb**	**%**	**Afrique**	**Nb**	**%**
Tchétchénie	**44**	**20,9**	**Guinée (Conakry)**	**20**	**9,5**
Ingouchie	6	2,8	RDC (Congo-Kinshasa)	8	3,8
Arménie	1	0,4	Ethiopie	8	3,8
Daguestan	2	0,9	Nigéria	5	2,3
Ukraine	1	0,4	Erythrée	4	1,9
Georgie	4	1,9	Congo (Brazzaville)	4	1,9
Asie	**Nb**	**%**	Côte d'Ivoire	2	0,9
Afghanistan	**54**	**25,7**	Cameroun	1	0,4
Sri Lanka	12	5,7	Soudan	1	0,4
Iran	8	3,8	Somalie	1	0,4
Bangladesh	8	3,8	Libéria	1	0,4
Pakistan	6	2,8	Ouganda	1	0,4
Kurde iraquien	2	0,9	Angola	1	0,4
Népal	1	0,4	Rwanda	1	0,4
Amériques	**Nb**	**%**	Tchad	1	0.4
Haïti	1	0,4	**Non renseignés**	**1**	**0.4**

L'origine géographique des patients est réalisé à partir des 210 dossiers relatifs aux suivis médico-psychologiques.

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Au cours des années, les différentes nationalités reçues au CES ont évolué principalement pour les personnes de nationalité afghane et tchétchène. Nos actions médicales auprès des exilés afghans et l'analyse de leur situation nous ont rapprochés d'eux, ce qui a entraîné une augmentation de nos activités médico-psychologiques à leur intention.

Principales nationalités des patients pris en charge par les psychologues de 2007 à 2010
% (nombre de patients)

Nationalités	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Tchétchène	41,1% (65)	41,8% (87)	24,2% (39)	23,8%(39)	32,7%(230)
Afghane	5,1% (8)	5,3% (11)	35,9% (57)	22,6%(37)	17,2%(113)
Guinéenne	6,3% (10)	5,8 % (12)	8,7% (14)	11%(18)	7,9%(54)
Sri Lankaise	3,8% (6)	8,7 % (18)	5 % (8)	7,2%(12)	6,1%(44)
Ethiopienne & Erythréenne	3,1% (5)	4,8 % (10)	3,8 % (6)	3,6%(6)	3,8%(27)

1.2 Caractéristiques des patients en termes de sexe et d'âge

Si les deux premières années le sexe-ratio des patients du CES connaissait une certaine parité, l'inclusion de nombreux exilés afghans depuis la fin de l'année 2008, tous de sexe masculin, a modifié cet équilibre.

Sexe	%
Hommes	64,6
Femmes	34,8

Calculé sur les dossiers des patients pris en charge par les psychologues pour l'année 2010, soit 164 personnes au total.

Age	Nombre (%) 2010
Total Mineurs	**29**
< 5 ans	0
5 à 10 ans	2
10 à 15 ans	6
15 à 18 ans	21
Dont mineurs isolés	**20 (12,2%)**
Total Majeurs	**135**
18 à 25 ans	26
25 à 35 ans	56
35 à 45 ans	35
> à 45 ans	18

Le nombre de mineurs isolés reçus au CES est en constante augmentation depuis 2007.

De plus en plus, nous sont référés par les services de l'Aide sociale à l'enfance et non plus seulement par les associations.

1.3 La question des mineurs isolés

Les mineurs isolés représentent la majorité des mineurs pris en charge au centre. Ils sont orientés vers le CES par des plateformes d'accueil et de mise à l'abri, ainsi que des foyers d'accueil ou des secteurs de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Sur les 29 mineurs qui ont bénéficié d'un suivi psychologique en 2010, 20 étaient des mineurs isolés, 9 des enfants présents en famille. Depuis 2007, plus de 60 mineurs isolés ont été suivis au CES, d'origine afghane, érythréenne, éthiopienne, iranienne, congolaise, sri lankaise ou bengali. 20% étaient des filles.

G., Afghan, 14 ans, est orphelin depuis l'âge de 5 ans et n'a pas été scolarisé. Contraint à travailler dès son plus jeune âge dans l'élevage, il fuit à 10 ans l'Afghanistan pour l'Iran. Maltraité à nouveau, il part à 12 ans, entassé dans un camion, pour l'Europe à travers la Turquie, où il est témoin de violences de la part de passeurs. En Grèce, il passe une dizaine de jours seul à attendre l'occasion de s'accrocher à un camion, subissant plusieurs arrestations. Arrivé en France après un passage en Italie, il est accueilli sept mois à Enfants du Monde Droits de l'Homme où il entame des cours de Français. Il est ensuite pris en charge par l'ASE qui l'envoie en famille d'accueil en province, ce qui déclenchera un vécu d'angoisse associé à son vécu pré-migratoire. De retour à Paris, il passe six mois dans différents hôtels, puis encore six mois dans un foyer transitoire consacré aux mineurs étrangers primo-arrivants, alors qu'il est en France maintenant depuis un an et demi. Il passe un test de niveau mais après six mois n'en a toujours pas les résultats. Cette instabilité et les délais de la prise en charge rendent toute scolarité impossible pour G. L'impression d'abandon qu'il éprouve n'est pas sans faire écho chez lui aux carences vécues au pays. Eprouvant un sentiment de dévalorisation mais aussi de culpabilité face à ce qu'il vit comme un rejet, il s'enferme de plus en plus, travaillé à nouveau par des angoisses d'abandon et de persécution.

© Caroline Fernandez / MSF

Chez les mineurs isolés étrangers, les difficultés psychologiques, bien que dépendantes des événements passés et de l'absence des figures parentales, ne peuvent être isolées du cadre de prise en charge. Ce cadre contribue aux difficultés, voire en accentue les manifestations. Actuellement, l'accueil et l'accompagnement des mineurs isolés n'est pas à la hauteur de l'enjeu. Leur santé psychologique - si primordiale au regard de leur vulnérabilité et des enjeux de prise en charge - est une préoccupation quasi inexistante[12] de la part des pouvoirs publics. Pour une partie de ces enfants, l'accueil est aujourd'hui défaillant.

12 A l'ASE, au sein de la cellule d'accueil des mineurs isolés, un seul psychologue officie. Les personnes qui nous réfèrent ces jeunes nous font part de leur extrême difficulté à orienter ces jeunes dans les services de droit commun principalement en raison de l'absence de services de traduction.

1.4 Enfants et familles en détresse

La représentation des mineurs en famille parmi nos patients reste faible bien que plus du tiers des personnes prises en charge rapportent la présence d'enfants mineurs en France. Alors que les situations familiales ne cessent de nous alerter en raison de la grande précarité des familles mais également de la détresse importante des parents, **les difficultés que peuvent connaître les enfants au regard de ces situations et des événements vécus par les familles au pays demeurent fortement sous évaluées.**

Les parents seuls en France avec leurs enfants se retrouvent particulièrement isolés face à de grandes difficultés dans leur capacité à garantir une sécurité affective et dans tous les domaines de la vie quotidienne. Parallèlement les enfants montrent des difficultés à s'adapter. L'image qu'ils ont de leurs parents se dégrade ce qui entraîne un sentiment d'érosion de leur autorité.

Dans certaines situations, la prise en charge ne garantit pas une protection suffisante pour l'enfant. Les carences de prise en charge observées (absence prolongée de scolarité, mise à l'abri ou isolement hôtelier prolongé, absence d'information sur la demande d'asile, absence de proposition de projet éducatif ou professionnel, placement peu adapté où peuvent se confondre parfois enfant en danger et enfant socialement dangereux) pourront, au-delà de différer leur accès aux droits, avoir des conséquences psychologiques importantes.

© UNHCR

Mme E est arrivée du Caucase avec son mari et ses deux enfants dont la fille cadette présente des troubles épileptiques associés à un retard mental. Pendant leur procédure d'asile, le père retournera au pays pour des raisons familiales et s'y fera violemment arrêter et emprisonner. Mme E, isolée en France et attendant un nouvel enfant, se retrouve dans un état de grande confusion et de détresse, ces derniers événements réveillant chez elle le souvenir de violences qu'elle avait elle-même subies. Suivie au CES, elle connaitra après quelques mois, une amélioration significative mais qui sera de courte durée. Non seulement déboutée de sa demande d'asile, elle demeure surtout sans aucune nouvelle de son mari, et se sent rapidement coupable de la situation imposée aux enfants auxquels elle n'a toujours pas évoqué les derniers événements. Elle fait un épisode dépressif majeur, pendant lequel elle désinvestira ses enfants, eux-mêmes très affectés par les difficultés qu'ils perçoivent chez leur mère. Incapable dans son état de se rendre auprès d'associations caritatives pour recevoir un repas chaud ou un colis alimentaire, les enfants n'auront plus comme seul repas par jour que celui dispensé par l'école. Au regard de sa condition, Mme E sera hospitalisée dans une unité mère/bébé et les enfants placés.

Les conditions d'accueil pour les familles demandeuses d'asile se sont dégradées depuis fin 2009, avec un nombre croissant de familles vivant entre les hôtels et la rue. L'accès au soutien juridique en vue de leur procédure d'asile et aux aides caritatives reste extrêmement complexe.

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Dans certaines situations, la prise en charge ne garantit pas une protection suffisante pour l'enfant. Les carences de prise en charge observées (absence prolongée de scolarité, mise à l'abri ou isolement hôtelier prolongé, absence d'information sur la demande d'asile, absence de proposition de projet éducatif ou professionnel, placement peu adapté où peuvent se confondre parfois enfant en danger et enfant socialement dangereux) pourront, au delà de différer leur accès aux droits, avoir des conséquences psychologiques importantes.

1.5 Situation sociale et familiale des patients : l'isolement et la rue

Parmi nos patients, il y a une prédominance de personnes isolées, dont des mineurs, ainsi que des familles ou des personnes isolées ayant laissé des enfants au pays. Les familles avec enfants en France sont souvent monoparentales. Ceci nous rappelle que pour la majorité des personnes prises en charge au CES, la cohésion de la cellule familiale a été fortement affectée.

© Caroline Fernandez / MSF

Situation sociale et familiale actuelle	% patients pris en charge de 2007 à 2010
Personnes isolées*	54,6%
Ayant des enfants mineurs en France	37,1%
Ayant des enfants mineurs au pays	17,3%
Mineurs isolés	9%

** ne bénéficiant pas du soutien en France d'un proche majeur (membre de la famille ou compatriote)*

Mme T est érythréenne. Sa famille a été agressée en raison des activités politiques de son mari. Durant l'attaque, son mari est tué tandis qu'elle, subit des violences sexuelles. Sous la menace, elle s'enfuit en laissant son enfant en bas âge chez sa belle-mère, considérant qu'il est trop dangereux de l'emmener dans sa fuite. Dormant très peu, le plus souvent réveillée par les reviviscences des scènes de violences et par ses propres cris, elle est souvent épuisée, parfois prostrée et recroquevillée, comme pour manifester son incapacité à accepter la réalité de la séparation d'avec son enfant, qui lui, hante ses journées. Ce n'est qu'après un long suivi médico-psychologique, que Mme T réussira à se séparer non seulement des figures persécutrices qui la hantaient mais aussi à se séparer de cet imaginaire d'un fils toujours présent, qui compromettait paradoxalement tout espoir de retrouvailles possible par le huit clos imaginaire dans lequel elle s'enfermait.

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Les personnes traversant un parcours d'asile s'apparentant de plus en plus à un parcours d'obstacles ou à un processus de sélection tout aussi politique que naturel, ont l'impression qu'il n'y a jamais de répit. La carence d'accompagnement pour les aider à traverser ces épreuves renforce le vécu d'absence et de perte des êtres chers (parents, communauté…). Leur manque est ravivé et les circonstances de perte (parfois violentes) remémorées. Ainsi, les angoisses et les aspects émotionnels associés à ces événements peuvent ressurgir avec un sentiment de les revivre parfois avec la même intensité.

Pour nos patients, le plus souvent préalablement éprouvés par la vie, l'exclusion des dispositifs d'accueil, en particulier du dispositif national d'accueil (DNA) est souvent vécue avec le sentiment de ne plus appartenir à aucune filiation et de ne plus pouvoir compter sur aucune solidarité. Hantés dans leur imaginaire par des figures tutélaires (dont le pays d'accueil), ils se sentent non seulement abandonnés mais rejetés délibérément, comme si l'autorité par laquelle ils s'attendaient à être protégés consentirait à leur perte.

Les patients vivant dans la rue sont surtout des hommes isolés, mais les familles y dorment aussi parfois depuis fin 2009 et depuis que la prise en charge hôtelière de la CAFDA a été transférée vers le Samu Social. Concernant l'alimentation, pour les familles sans allocation (ATA), c'est-à-dire toutes les familles sous règlement Dublin II et prioritaires, le soutien caritatif n'étant pas suffisant, certaines familles rapportent faire régulièrement les poubelles.

32% des patients en suivi psychologique au CES en 2010 étaient sans domicile fixe, alternant entre hébergement précaire chez des compatriotes, le 115 ou la rue.

Le nombre de patients sans hébergement est en augmentation continue depuis l'ouverture (23% en 2008, 27% en 2009).

© Caroline Fernandez / MSF

1.6 Situation administrative des patients en soutien psychologique

58,9% des personnes prises en charge au CES en 2010 étaient sans titre de séjour au moment de leur inclusion pour une prise en charge psychologique. Ceci a un impact sur leur état psychologique, puisqu'ils risquent d'être interpellés et reconduits vers le « pays responsable » pour ceux sous Dublin II ou vers leur pays d'origine pour les déboutés. Ce pourcentage a diminué depuis un an (c'était 66% auparavant) en faveur d'une augmentation de patients en procédure d'asile normale mais dont les conditions de vie sont de plus en plus précaires.

Entre 2007 et 2010, 37 de nos patients ont été interpellés en cours de suivi, dont 25 placés en CRA (Centre de Rétention Administrative) pour des durées allant de 3 à 32 jours (certains ont été reconduits en moins de 24 heures, notamment des Tchétchènes reconduits en Pologne). 21 étaient sous Dublin II et 12 déboutés, 3 étaient des femmes. Ils étaient de nationalité afghane, tchétchènes, daghestanaise, sierra léonaise, burundaise. Au total, sur les 24 passages en CRA pour lesquels MSF est intervenu, tous ont été libérés, sauf une partie d'une famille tchétchène reconduite en Pologne la nuit-même de son interpellation. Le Burundais et le Sierra Léonais auraient été reconduits, sauf que leurs gouvernements respectifs n'ont pas émis de laisser-passer.

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Il faut noter que les mineurs isolés sont inclus dans la catégorie des personnes n'ayant effectué aucune démarche, puisqu'ils nous sont souvent orientés hors de la région parisienne avant la mise en place d'une démarche d'asile, pour les rares mineurs qui en font une (les assistants sociaux privilégient d'autres voies pour mineurs étrangers).

La forte augmentation en 2008 de personnes en attente d'une réponse de la Préfecture (c'est-à-dire l'admission à la procédure ou la mise « sous Dublin II ») est liée à l'augmentation du nombre d'Afghans pris en charge, qui ne savent pas encore dans quelle procédure ils se trouvent. La plupart sera « dublinée ».

Situation administrative des patients à l'inclusion au CES	2007 %	2008 %	2009 %	2010 %	% total
Procédure normale (avec APS)	29,2	33,6	38,5	**40**	**35**
Sous règlement Dublin II	27,2	22,6	35,4	**27,1**	**28**
Débouté	29,1	16,3	12,4	**12,3**	**17,5**
Aucune démarche effectuée (y compris les mineurs isolés)	8,9	9,1	7,5	**14,2**	**9,9**
Attente réponse Préfecture	3,8	15,9	2,5	**1,9**	**6**
Procédure prioritaire	1,2	2,4	1,8	**1,4**	**1,7**
Réfugié statutaire	NA	NA	NA	**0,9**	**0,9**
Titre de séjour pour soin	NA	NA	NA	**0,9**	**0,9**

Mme C, guinéenne de 47 ans a vu sa demande d'asile rejetée par la CNDA en 2010, entrainant une exacerbation de troubles post-traumatiques et anxieux pourtant déjà intenses, surtout après la réception de l'OQTF (obligation de quitter le territoire français). « J'ai l'impression de replonger dans le passé, comme si mes tortionnaires chaque nuit attendaient mon retour ». Hébergée de manière très précaire par une compatriote, elle ne sort que pour ses rendez-vous médicaux, par peur d'être expulsée. « En vivant cachée, j'ai l'impression de m'être enfermée avec ceux qui m'ont torturée... j'ai peur de devenir folle et de mourir seule ici ». L'assistante sociale de l'hôpital qui la suit lui a conseillé de faire une demande de titre de séjour pour soins, mais elle n'a actuellement plus le courage d'entamer des démarches juridiques « je suis malade intérieurement, je n'ai plus de courage ».

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

« LES DUBLINÉS » : LES CORRIDORS DE L'EXIL

Ces personnes sont potentiellement reconductibles vers le premier pays traversé signataire du règlement Dublin II[13]. Elles ne sont ni admises au séjour, ni considérées comme demandeuses d'asile, elles rencontrent de nombreuses difficultés pour faire valoir leurs droits, notamment l'accès aux soins et à la CMU, l'accès à un hébergement stable et à un soutien social. Elles représentent près du tiers de la population prise en charge au sein du centre et un nombre croissant de demandeurs d'asile sont soumis à ce régime. Ces demandeurs d'asile sont principalement Tchétchènes (souvent des familles) et Afghans mais parfois aussi Sri lankais ou Erythréens, Congolais ou Guinéens et n'ont pu souvent atteindre la France que via la Grèce, la Pologne ou d'autres pays européens.

Sans aucune aide spécifique, les personnes sous Dublin II se retrouvent dépendantes d'aide purement caritative et humanitaire. Ce régime de survie imposé est d'autant plus difficile à vivre qu'il ne permet le plus souvent pas _pour des personnes déjà fortement fragilisées_ de connaître un répit dans leur parcours ou de retrouver un sentiment de sécurité intérieur, nécessaire à leur reconstruction. Au contraire, cela renforce le sentiment que leur parcours d'exil est suspendu, qu'ils sont maintenus dans des corridors de l'asile sans fin entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Ne pouvant se poser et commencer à se reconstruire, la proximité avec les événements et les souffrances que l'on a fui reste intacte, ce qui empêche souvent tout soulagement ou contentement d'être arrivé dans un pays de refuge.

La famille K, un couple avec 6 enfants de 5 à 18 ans, d'origine du Caucase, placée lors de sa demande d'asile sous règlement Dublin, ne bénéficie pas du dispositif d'accueil et est logée par le Samu Social en 6ème zone de la région parisienne, dans un hôtel où il leur est interdit de cuisiner. Ne bénéficiant d'aucune aide financière, leur seule ressource pour s'alimenter est de se rendre, parfois plusieurs fois par jour, dans Paris pour obtenir des repas chauds distribués par les associations caritatives, en prenant le risque à chaque fois de se faire arrêter sans titre de transport. Faisant également l'épreuve d'un accès difficile à une couverture médicale et aux soins, ils seront pris en charge au CES, le mari se plaignant également fortement de céphalées et de troubles du sommeil importants, qu'il associe à des semaines d'internement au pays, où il aurait été torturé.
A son épouse, dans un grand état d'épuisement face à leur situation, il est proposé un bilan dont il ressortira un diagnostic de cancer pour lequel elle sera dirigée vers un service spécialisé.

Plus de la moitié des patients interpellés étaient sous règlement Dublin II, parfois c'était un père ou une mère de famille. Les risques de renvoi sont moindres pour un demandeur d'asile sous Dublin II qui a des enfants en France, mais ceci ne rassure pas nos patients qui se sentent pris dans ces « corridors de l'exil ». Ils ont l'impression d'être confinés dans des espaces imprévisibles, des espaces d'incertitude où tout semble pouvoir arriver.

LES « DÉBOUTÉS » : VOIE SANS ISSUE

Presque un tiers de nos patients à l'ouverture du programme étaient des demandeurs d'asile rejetés de leur demande, « déboutés ». Aujourd'hui, en raison de leur relégation à la rue, ils sont presque invisibles et inaccessibles aux associations, vivant dans la clandestinité, la quasi absence de perspectives de régularisation, et la peur d'être renvoyés. Quant aux familles, elles sont le plus souvent plongées dans une insécurité permanente.

13 Voir annexe pour détails de la terminologie utilisée

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

Mme K, sri lankaise d'origine tamoule, est arrivée sur le territoire français en 2008 accompagnée de son fils S., âgé de trois ans. Elle a fui son pays suite à l'enlèvement de son fils aîné ainsi que de son mari pendant le conflit. Déboutée de sa demande d'asile, Mme K doit quitter son logement en CADA. Elle est alors prise en charge par le 115, entraînant une période de grande instabilité, changeant plusieurs fois d'hôtel. Les angoisses qui surgissent mettent en défaut les capacités de la mère à contenir les peurs de l'enfant, très éprouvé par ces changements d'environnement. Incapable de comprendre les motifs de ce nouvel exil, l'enfant réagit par une agressivité dirigée contre sa mère. La mère, n'ayant plus de ressources, doit s'adresser aux banques alimentaires. Pris dans ce bouleversement des repères, privé d'une nourriture traditionnelle, codifiée culturellement et affectivement, l'enfant refuse de manger les boîtes de conserves que rapporte sa mère. La chute de sa courbe de poids nécessitera plusieurs consultations à l'hôpital Trousseau. Compte tenu des effets très déstructurant de ces changements sur la relation mère-fils et sur le développement psycho-affectif de l'enfant, ceux-ci ont pu être finalement pris en charge dans un Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP).

LES PERSONNES EN PROCÉDURE D'ASILE DITE « NORMALE »

Les personnes en procédure d'asile « normale » ont une APS (autorisation provisoire de séjour) et ont droit à la couverture médicale universelle ainsi qu'une place en **CADA**[14] . Les demandeurs d'asile nécessitant des soins psychologiques devraient donc être suivis dans des structures du droit commun.

Pourtant, la proportion des personnes en procédure normale suivies au CES augmente. Ceci est lié à plusieurs facteurs : la majorité ne parle ni Français ni Anglais et, à ce titre, il est extrêmement difficile, voire impossible, de leur trouver une orientation pour une psychothérapie adaptée car peu de structures utilise des services d'interprétariat ; la précarisation qui touche cette population, que ce soit des familles ou des personnes isolées, en raison de l'absence d'hébergement (pour une majorité des isolés) ou l'instabilité des prises en charge hôtelières pour les familles rend leur orientation vers la psychiatrie de secteur impossible ; enfin, la sévérité de leur condition (34% évoquaient des idées suicidaires et les événements rapportés par les patients justifiaient, pour certains également, de ne pas différer leur prise en charge.

M I est guinéen. Il se présente au CES suite au conseil d'un compatriote. Possédant une autorisation de séjour, il se retrouve malgré tout sans aucun suivi social ou juridique de sa demande d'asile, et sans hébergement (que ce soit à l'hôtel ou en CADA, auquel il est pourtant éligible), résidant alternativement dans une mosquée ou à la rue. En consultation avec le médecin comme pour prouver sa bonne foi ou ses bonnes intentions il se dévêtira en exhibant, avec à la fois peur et malaise, les cicatrices récentes qui lui traversent le dos. Pris en charge par le psychologue, en raison du sentiment qu'il éprouve « d'être encore possédé par ceux qui l'ont torturé », il est orienté également vers le travailleur social afin de l'aider dans l'élaboration du récit de sa demande d'asile.

© Yoanis Menge / MSF

14 Voir annexe pour détails de la terminologie utilisée

1.7 Evénements rapportés comme causes de l'exil

A l'origine de la fuite, il y a généralement un événement traumatisant ou une situation décrite comme devenue trop dangereuse, conduisant le patient à chercher protection pour lui-même ou sa famille en Europe. Tous nos patients se déclarent victimes de persécutions ou violences politiques et souhaiteraient se voir reconnaître le statut de réfugié. **La plupart des patients inclus vient de zones actuellement ou récemment en conflit**.

Evénements rapportés par le patient (un patient peut rapporter plusieurs événements)	Nbre de patients (%) 2010
Violences physiques	99 (60,4%)
Mort violente d'un proche (membre de la famille)	84 (51,2%)
Passage en prison	64 (39%)
Faits de torture	51 (31,1%)
Violences sexuelles	32 (19,5%)
Au moins 4 parmi les 5 événements précédents	**35 (21,3%)**

Chaque année, près d'un quart de nos patients rapportent au moins quatre événements traumatiques. Nous notons une augmentation des cas de violences sexuelles rapportées en 2010, néanmoins, en raison de la nature des faits, nous supposons, chaque année, que les violences sexuelles sont sous déclarées.

EXPOSITION DES MINEURS ISOLÉS TOUT AU LONG DU PARCOURS D'EXIL

Plus de 60 mineurs isolés ont été pris en charge au CES depuis 2007, dont 20% sont de filles. Au-delà des événements tragiques ayant mené à leur départ, le poids de leur histoire est marqué par les péripéties de leur parcours d'exil, dont le temps entre le départ du pays et l'arrivée en France peut s'étaler pour certains de plusieurs mois à plus d'une année, dans des circonstances où, le plus souvent, leur vulnérabilité n'est pas prise en compte.

Parmi les mineurs isolés pris en charge :

- 80% rapportaient des violences physiques,
- 75% un membre de la famille tué,
- 25% des violences sexuelles,
- 46% avoir été incarcérés,
- 37% avoir été tortures,
- 40% manifestaient des troubles d'ordre psycho-traumatique et
- 60% avaient évoqué des idées suicidaires.

© Caroline Fernandez / MSF

LES EFFETS DE LA VIOLENCE CUMULÉE

Ces chiffres nous permettent de mesurer, non seulement la réalité des événements ayant justifié pour nos patients la fuite du pays et l'investissement dans des démarches d'asile, mais rappellent également la nécessaire prise en considération des besoins en terme de soins et de soutien médico-psychologique.

© Isabelle Ferry / MSF

Plusieurs études démontrent les conséquences psychologiques sur une personne ayant subi ce genre d'évènement. Un article canadien de 2004[15] portant sur la santé mentale d'immigrants chinois et de personnes provenant de pays arabes montrait que la détresse émotionnelle était plus importante chez des personnes ayant subi des persécutions et des violences. Une autre étude sur les effets à long terme des traumatismes psychologiques sur la santé mentale des réfugiés par des chercheurs australiens[16] montrait que l'exposition à des événements traumatiques constituait le facteur prédictif le plus important concernant les conditions de santé mentale des individus. L'exposition de personnes à plus de trois événements traumatiques augmentait significativement et considérablement les risques de maladie mentale après dix ans, comparé avec les personnes n'ayant pas été exposé[17]. Ce rapport concluait sur l'importance de développer des services de santé mentale pour réduire les troubles chez les réfugiés dont l'exposition à des événements traumatiques les mettait à risque de développer des troubles psychiatriques chroniques.

15 Rousseau.C, Drapeau.A : "Pre-migration exposure to political violence and its association with emotional distress", Journal of nervous and mental disease, vol 192, December 2004.
16 Steel Z, Silove D, : "Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia", in The LANCET, vol 360, octobre 2002.
17 Dans nos rapport nous rappelons chaque année qu'environ un quart de nos patients rapporte plus de trois ou quatre événements traumatiques.

ANALYSE DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE

2.1 Caractéristiques des patients reçus en terme de nationalité et d'âge

1781 consultations ont été effectuées pour environ 400 patients différents, plus 90% de nationalité afghane. Parmi eux, 18% étaient mineurs, dont 3% avaient moins de 15 ans.

Ces consultations bénéficient particulièrement aux nouveaux arrivés, n'ayant pas encore d'AME[18] :

- 27% sont en France depuis moins de 2 mois, donc 17,5% depuis moins d'une semaine
- 21% ont entre 2 et 5 mois de présence
- 32% sont présents depuis plus de 5 mois[15]

2.2 Statuts administratifs

- 19% des consultations concernaient des demandeurs d'asile sous règlement Dublin II donc n'ont pas droit à un hébergement en CADA.
- 22% avaient des APS (autorisation provisoire de séjour) mais n'avaient toujours pas accès au Dispositif National d'Accueil.
- environ 50% n'avaient fait encore aucune démarche.

La très grande majorité des patients reçus dans les consultations médicales dort dans la rue ou des hébergements précaires, tel le 115 ou des centres d'urgence, par exemple en période hivernale. En ce début d'année 2011, il y a toujours entre 60 et 80 personnes, principalement d'origine afghane, vivant dans à la rue aux alentours du Xème arrondissement dont de nombreux mineurs.

18 Il faut trois mois de présence continue en France pour avoir droit à l'AME. La plupart des Afghans sont demandeurs d'asile et pourraient prétendre à la CMU, mais ils sont aussi presque tous « sous règlement Dublin II » et ne peuvent donc pas l'obtenir avant d'avoir une APS. Voir Annexe pour détails.

ANALYSE DE L'ACTIVITE DU CES

1. ACTIVITÉ GÉNÉRALE

	Nouveaux patients inclus				Total	Nombre de consultations				Total
	2007	2008	2009	**2010**		2007	2008	2009	**2010**	
Médical (évaluations et suivi patients psy)	211	271	210	**210**	**902**	700	913	915	1081	3609
Psychologique	167	198	162	**164**	691	1300	2354	2379	2519	8552
Social	149	158	89	**70**	317	873	1126	642	651	3292
Consultations médicales Exilés 10ème								200*	1781	1981
Demandes spontanées						70	91	79	335	575
Total						**2943**	**4484**	**4215**	**6128**	**18009**

** ces consultations ont commencé fin nov 2009.*

En 2010, plus de 900 personnes différentes ont été reçues au centre pour 6128 consultations :

- 335 ont été reçues par la coordination pour conseil ou orientation
- 210 ont bénéficié d'un suivi nécessitant l'ouverture d'un dossier
- plus de 400 personnes différentes ont transité par les consultations de médecine pour les exilés du 10ème.

L'équipe privilégie les références vers d'autres services pour des personnes en procédure normale (avec APS), en hébergement stable, parlant le Français et dans un état de santé les rendant à même de se saisir d'un autre dispositif. Malgré tout, les personnes demandeuses d'asile réunissant ces conditions ne sont pas les plus nombreuses. La plupart de nos patients ne parlent ni Français ni Anglais et ne bénéficient d'aucun hébergement stable. Cette configuration rend leur orientation vers des services de droit commun en santé mentale quasiment impossible.

2. ACTIVITÉ MÉDICALE POUR LES PATIENTS EN SUIVI PSYCHOLOGIQUE

En 2010, la majorité des consultations médicales du CES s'effectuaient dans le cadre pluridisciplinaire des évaluations et suivis des patients pris en charge par les psychologues. Pour ces patients, ou des membres de leur famille, des consultations médicales ponctuelles ont pu être dispensées pour des difficultés particulières d'accès aux soins.

Des consultations médicales ont été mises en place fin 2009 pour les exilés du 10ème arrondissement, en majorité des Afghans. Fin 2010, cette activité s'est élargie à des consultations infirmières et de réorientation vers les structures médicales publiques ou d'accès aux soins.

2.1. Nature du suivi des patients pris en charge

Toute personne orientée au CES est reçue par un binôme médecin-psychologue, qui évalue l'état de santé global du patient et l'adéquation entre sa demande et ses besoins, et les services proposés au CES. Si la demande de soin ne correspond pas à nos critères de prise en charge, une référence adaptée peut lui être proposée. Certains peuvent ainsi

être orientés vers les PASS des hôpitaux pour des consultations de médecine générale ou les centres médico-sociaux, ainsi que vers des CMP si le patient parle Français et semble être en état d'investir un autre lieu.

Dans le cadre du soutien au suivi psychologique, le médecin agit parfois comme « débrouilleur » de symptômes souvent multiples et intenses, mêlant douleurs corporelles non systématisées, symptômes en rapport avec l'angoisse et séquelles physiques de maltraitance passée. Il réalise un « tri » des plaintes, permettant de « remettre de l'ordre » dans le corps et l'esprit du patient, en priorisant les actions. La consultation médicale devient un lieu où la souffrance psychologique via son inscription somatique peut être entendue, en soutien au suivi psychologique.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques lourds, dont la nature et la chronicité nécessitent un suivi spécifique souvent au long cours sont orientées vers des services spécialisés, mais souvent avec des difficultés, en raison de la langue et de la précarité de leur condition.

Si l'inscription dans les services médicaux de droit commun reste également un objectif à long terme, cette orientation est soumise à des pré-conditions (évaluation du projet de soin avec l'équipe, traitement en ambulatoire des pathologies découvertes au CES, traitement et suivi des psychotropes).

© Yoanis Menge / MSF

Mme D, 26 ans a subi des violences sexuelles et mauvais traitements physiques en Guinée. Elle se présente effondrée au CES suite à la découverte de sa séropositivité quelques mois auparavant. Peu de temps après le début de son suivi, elle apprend son rejet de sa demande d'asile et sa future sortie du CADA. Elle disparait et recontacte le CES après une période d'errance de quelques mois. Sa situation sociale s'est dégradée : elle alterne entre un hébergement dans un logement insalubre sans électricité et des nuitées au 115, n'a plus de revenus, aucun suivi social et est très isolée, par honte de sa maladie. Son état de santé nécessiterait la mise en place d'un traitement anti rétroviral, mais Mme D n'est pas en état psychologique de le démarrer lorsqu'elle reprend le suivi. Elle ne dort plus et pleure toute la journée « je souffre de tous les côtés, je suis dans le vide, je suis perdue. Je n'arrive à rien et suis dégoutée de moi-même ». En parallèle à la psychothérapie, un traitement psychotrope est mis en place, ainsi qu'un travail de coordination avec le service des maladies infectieuses et un soutien social.

La réintégration des personnes au sein des dispositifs de droit commun auxquels ils sont éligibles est un objectif de notre activité au même titre que le soin.

2.2. Couverture médicale des patients ayant bénéficié d'un suivi médico-psychologique

A l'inclusion au CES pour un suivi médico-psychologique en 2010, **26 % (55 personnes) n'avaient pas de couverture médicale, ce chiffre restant à peu près stable chaque année.**

Parmi elles :

- 28% étaient sous règlement Dublin II (devant donc attendre 3 mois pour avoir droit à l'AME ; par ailleurs beaucoup de plateforme de demandeurs d'asile ne font cette demande que si la personne tombe malade),
- 26% n'avaient encore fait aucune démarche administrative,
- 21,5% étaient déboutés et leur couverture médicale précédente avait expiré.

Les demandeurs d'asile, quel que soit leur statut administratif, font l'épreuve d'obstacles pour obtenir un accès aux soins. Or, comme le rappelle le COMEDE, le recours aux dispositifs de soins gratuits en l'absence de couverture médicale intégrale ne peut assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins délivrés. En raison même de leurs ressources, ces dispositifs tendent souvent à développer une médecine à moindre frais concernant les examens et les traitements.
La plupart des personnes sous règlement Dublin II ne reçoivent plus de convocation à la Préfecture, seule à même de leur garantir un accès à la CMU (déjà difficile pour eux à obtenir en temps normal), ce qui entraîne un basculement vers l'AME dont la réforme empêchera toute personne sans ressources d'y accéder, notamment les familles qui devront payer au moins deux fois 30 euros de droit d'entrée (tous les adultes, même ayants droits, doivent payer).

Les familles en procédure normale, toujours en attente d'un CADA, ne bénéficient plus d'aucun suivi social (que ce soit dans le cadre de leur procédure, de l'accès aux droits, de la scolarisation des enfants, etc...). Concrètement, au motif que ces familles relèvent de la compétence de l'Etat (car supposées être en CADA, ce qui n'est pas le cas pour nombre d'entre elles), la plateforme parisienne considère qu'il ne lui appartient plus d'assurer le suivi des procédures. Certaines de ces familles suivies au CES, n'ont plus de couverture médicale n'ayant pas été reçues pour procéder au renouvellement de celle-ci.
Certains de nos patients isolés ne parlent ni le français ni l'anglais. Il leur est souvent exigé pour déposer leur demande de couverture médicale de revenir avec un traducteur qu'ils sont malheureusement rarement en mesure de solliciter.

La plupart des mineurs isolés pris en charge au centre, dont certains sont en France depuis de nombreux mois ne bénéficient pas encore de couverture médicale, bien qu'étant sous la responsabilité de l'ASE (ou par délégation, d'une association).

Pour les patients ayant droit à l'AME ou la CMU mais n'arrivant pas à l'obtenir seul et n'ayant pas d'intervenant social, le responsable de l'orientation sociale et juridique les aide dans leur démarches.

2.3. L'activité médicale pour les patients avec un suivi médico-psychologique au CES

En 2009, sur les 210 patients pour qui les médecins ont ouvert un dossier médical, 164 ont bénéficié d'un suivi psychothérapeutique. Pour les consultations liées à l'activité médico-psychologique, **1081 consultations médicales ont été dispensées** (sur 2862 pour l'ensemble des activités médicales).

Le nombre de consultations médicales varie en fonction de la nature et de la durée des troubles somatiques, ainsi que de la nature des prescriptions de psychotropes. Ainsi, les patients sous antidépresseurs nécessitent un suivi de plusieurs mois, alors que des troubles du sommeil ponctuels peuvent parfois céder en l'espace de deux à trois consultations.

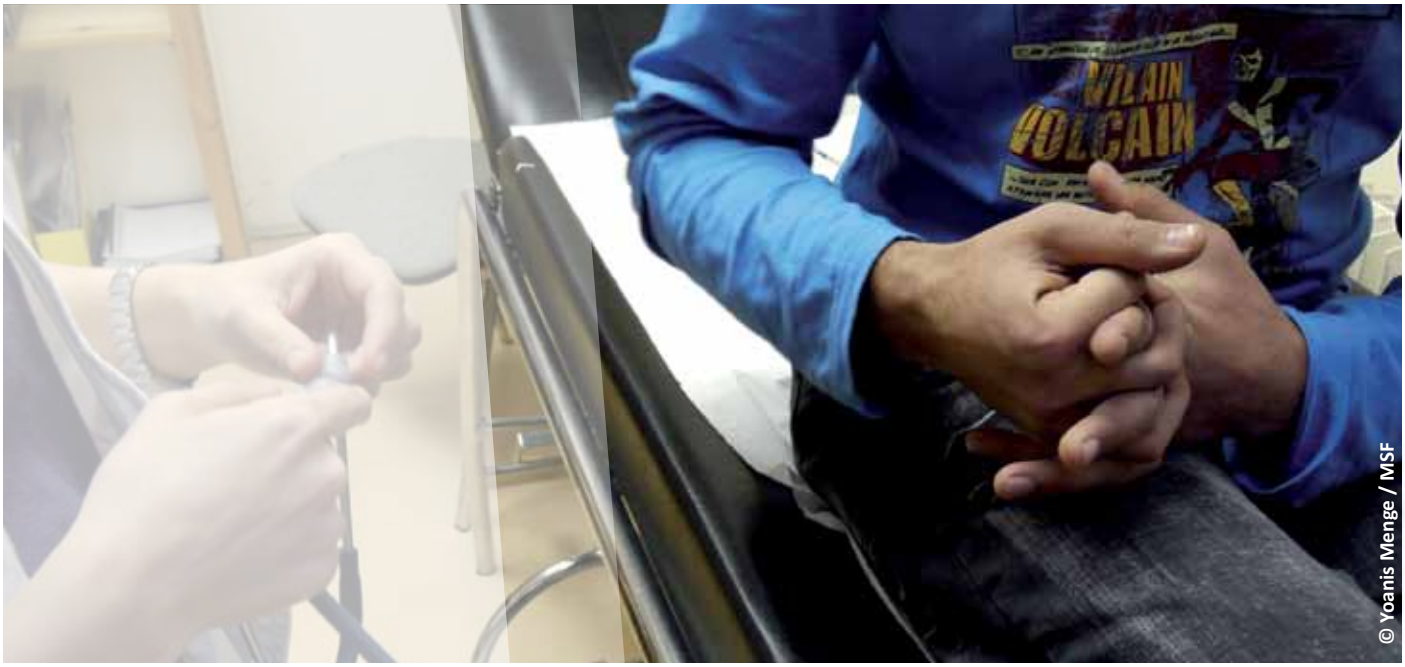
2.4. Pathologies organiques / plaintes somatiques

Plus 50% de nos patients ont moins de 35 ans et sont dans l'ensemble sans antécédents médicaux importants.

Lors du premier entretien, le médecin peut proposer un bilan orienté. Pour ceux n'en ayant jamais bénéficié, un bilan sanguin de dépistage est proposé, comprenant toujours au minimum, comme recommandé par le COMEDE, NFS, glycémie, sérologies VIH, VHB, VHC.

Pathologies	2010
Tuberculose	4
VIH	1
Hépatites chroniques B et C	6
Séquelles physiques post-traumatiques	48 (23%)

Les séquelles post-traumatiques observées vont de la simple cicatrice à la fracture mal soignée, la paralysie voire la perte d'un membre, d'un œil ainsi que la présence de corps étrangers balistiques. Ces patients nécessitent souvent de nombreuses références vers des consultations spécialisées au sein des hôpitaux.



© Yoanis Menge / MSF

Quant aux plaintes somatiques, les motifs principaux de consultation concernent **les troubles du sommeil (plus de 80% des patients en 2010**), associés souvent à d'autres symptômes somatiques tels que : céphalées (60% des patients), douleurs abdominales et thoraciques, vertiges, myalgies, asthénie, et perte d'appétit.

La réponse médicamenteuse aux symptômes psychosomatiques est finalement peu fréquente et limitée dans le temps. C'est en donnant du sens à ces symptômes que le médecin atténue l'impression de dégradation physique, souvent

exprimée lors des premières consultations. Le patient est soulagé de savoir que son corps n'est pas atteint, mais que sa condition peut refléter son état psychologique.

2.5. Les traitements psychotropes

En 2010, environ 40% des nouveaux patients ont reçu une prescription de psychotropes[19] . La mise sous psychotropes s'inscrit comme un traitement complémentaire à la psychothérapie et est adaptée à chaque patient, en prenant en compte les caractéristiques de cette population (souvent sans domicile fixe et peu habituée à la prise de médicaments). Dans les troubles du sommeil en particulier, la médication est rapidement nécessaire et bénéfique.

Pour 39% le traitement prescrit en première intention était l'hydroxyzine, antihistaminique parfois utilisé pour son action anxiolytique légèrement sédative. En abaissant le niveau de tension psychique, l'hydroxyzine est très utile également les troubles du sommeil. Il s'agit d'une molécule maniable, peu génératrice d'effets secondaires dont l'usage « à la demande » est rapidement adopté et compris par ces patients. Enfin, elle permet souvent de ne pas avoir recours d'emblée aux benzodiazépines.

Seuls 9% des patients ont reçu des benzodiazepines et/ou des hypnotiques et 10% des antidépresseurs.

3. ACTIVITÉS MÉDICALES AUPRÈS DES EXILÉS DU XÈME ARRONDISSEMENT

Depuis novembre 2009, face à la saturation des services de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital Saint-Louis et en concertation avec l'hôpital, une journée hebdomadaire de consultation de médecine générale a été mise en place essentiellement à l'attention des exilés du 10ème arrondissement, au cours de laquelle 25 à 30 consultations sont réalisées.

Pour rappel, en juillet 2009 une action de dépistage et prise en charge de 310 exilés affectés par la gale, ou en contact avec des personnes l'ayant, avait permis d'arrêter la propagation de l'épidémie à cette période là. Néanmoins, le renouvellement régulier d'une partie de cette population, le fait que beaucoup sont contaminés déjà à leur arrivée en France et l'absence de services adaptés pour cette population (pas d'hébergement ni de douches publiques à proximité) explique la récurrence de cette problématique.

En 2010, 1781 consultations ont été dispensées pendant ces vacations pour plus de 400 personnes.

Pour 67% des consultations médicales, il y avait absence de couverture médicale. Les patients reviennent parfois plusieurs fois, et ceux avec une couverture médicale sont réorientés vers les services publics ou médecin de ville. Par ailleurs, 47% des consultations concernaient des personnes présentes depuis moins de deux mois donc n'ayant pas droit à l'AME ; d'autres n'avaient entrepris aucune démarche administrative. Pour ceux remplissant les conditions pour une couverture médicale, nous les référions aux associations de suivi social. Depuis fin 2010, nous faisons un suivi rapproché des personnes sans couverture médicale, surtout depuis la réforme sur l'AME fin 2010.

19 Les psychotropes incluent le plus souvent, anxiolytiques et hypnotiques non diazépiniques, parfois anxiolytiques type benzodiazépines et antidépresseurs, exceptionnellement neuroleptiques (surtout dans le cadre de renouvellement de prescriptions).

ANALYSE DE L'ACTIVITE DU CES

Les affections ou plaintes les plus observées sont représentées dans le tableau suivant :

Pathologies principales 2010	%
Pathologies ORL et infections respiratoires aigues	30
Dermatologie	21
Orthopédie	13,5
Neuro-psy	9,5
Abdo-gastro	7
Maladies chroniques	4
Dentaire	3,5
Autre	12

Les consultations pour des pathologies ORL et infections respiratoires aigues demeurent les plus nombreuses. Elles concernent principalement des rhinopharyngites, angines et bronchites très fréquentes (hiver), ainsi que de nombreux syndromes grippaux.

Les consultations au motif de problèmes dermatologiques restent importantes en raison de la très grande précarité dans laquelle sont maintenues ces personnes. Parmi les infections cutanées, on trouve des gales surinfectées, des abcès, des panaris, de l'eczéma ainsi que de nombreuses mycoses.

Les pathologies orthopédiques sont souvent d'origine traumatologique, en raison de longues marches liées à l'exil et à l'errance ainsi que d'accidents divers lors du trajet d'exil. Des douleurs musculaires et diffuses sont souvent rapportées, sans doute liées à un certain épuisement physique à l'arrivée. Plusieurs cas de lombalgie chronique ont été également observés.

Les pathologies suivantes sont difficiles à chiffrer, étant donné leur intrication fréquente avec d'autres symptômes et venant souvent comme autres motifs de consultation :

- pathologies abdominales : épigastralgies, douleurs abdominales, quelques cas de diarrhée isolée, suspicion de calculs rénaux, bilan d'hématurie.
- troubles psychologiques : nombreuses céphalées de tension, insomnie souvent évoquée, syndrome anxieux, état d'abattement, épuisement psychologique.
- autres : asthme, abcès dentaires, problèmes ophtalmologiques…

Les pathologies sont bénignes dans l'ensemble, mais réellement difficiles à vivre (le prurit, la fièvre et les frissons, les douleurs de dos…) pour un adolescent ou un jeune majeur, vivant souvent depuis plusieurs mois à la rue, suite à l'exil du pays d'origine.

4. ACTIVITÉ PSYCHOLOGIQUE

En 2010, l'activité du service psychologique a compté 164 nouveaux patients pour un volume de 2519 consultations pour une file active de près de 300 patients.

4.1. Caractéristiques à l'inclusion / sévérité de l'état des patients

A l'inclusion, les patients du centre présentent une détresse significative, comparable voire supérieure, en termes de sévérité, à celle observée sur les autres programmes MSF de prise en charge psychologique à l'étranger. Au-delà de la violence subie sur leur territoire d'origine, les patients rapportent les difficultés éprouvantes liées au parcours d'exil, la rupture des liens familiaux, la perte de l'enveloppe protectrice communautaire, l'adaptation à un asile qu'ils n'ont pas choisi, l'isolement, une situation sociale dégradée, des représentations non sécurisantes de leur identité. Au moment de l'évaluation des psychologues, **62,8% des patients présentent une souffrance considérée comme sévère ou très sévère.**

4.2. Manifestations cliniques / diagnostic prédominant

Les plaintes psychologiques les plus fréquemment évoquées à l'inclusion

La manifestation de reviviscences (tels des cauchemars réitérant des scènes vécues) n'évoque pas obligatoirement la présence d'un syndrome psychotraumatique (tel que défini par le *Post-Traumatic Stress Disorder* et qui ne se limite pas à la seule présence de ce phénomène), mais elle rappelle que, pour nombre d'entre eux, le temps semble s'être figé à des moments douloureux que les difficultés actuelles ne permettent pas d'atténuer.

Les patients ressentent des sentiments de culpabilité divers, tels que le sentiment d'avoir survécu, d'avoir fui, d'avoir laissé de la famille au pays, de n'avoir pu empêcher certains événements de survenir…

Manifestations et plaintes psychologiques	2010
Réviviscences et cauchemars	63,4% (104)
Fonctions intellectuelles/cognitives perturbées	73,2% (120)
Sentiments de culpabilité	57,9% (95)
Autodépréciation et perte d'estime de soi	57,9% (95)
Idées suicidaires	34,1% (56)

Les patients peuvent rapporter plus d'une manifestation

ANALYSE DE L'ACTIVITE DU CES

© Caroline Fernandez / MSF

M. K, Sri Lankais de 50 ans, est arrivé en France en 2005 suite à trois incarcérations où il a subi des tortures dans son pays d'origine. La CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) a rejeté son recours en 2008 et depuis deux demandes de réexamen ont été refusées « je me sens menacé partout, par la police ici, par l'armée sri lankaise, par les LTTE là-bas. Je n'existe pour personne ». Il vit depuis deux ans dans la rue ou dans le métro et souffre d'une dépression sévère toujours accompagnée de symptômes traumatiques tels des cauchemars liés à ses incarcérations avec des idées suicidaires fréquemment exprimées pendant les consultations « c'est comme si je marche sans vie, ma vie est noire. Je me sens comme un corps mort ». Il est très isolé, n'a plus de contact depuis plusieurs mois avec sa femme et ses deux filles au pays par honte de sa situation actuelle et par culpabilité de leur avoir attiré des problèmes. Sa détresse actuelle fait qu'il a abandonné toute démarche sociale, juridique ou médicale malgré des problèmes de santé somatique importants. Il faudra plusieurs mois de suivi psychologique pour qu'il accepte de voir un médecin du CES.

Les concepts diagnostiques utilisés ici ne visent qu'à décrire les modalités générales par lesquelles le patient exprime sa souffrance, ce qui prédomine dans la présentation clinique du patient ; par exemple : un vécu traumatique, une forte dimension anxio-dépressive ou dépressive….

Diagnostics les plus souvent rapportés par les psychologues en 2010 :
(Ces diagnostics restent un indicateur du versant prédominant dans l'expression de la souffrance)

- 30 % : trouble psychotraumatique
- 12,8 % : trouble dépressif
- 23 % : trouble anxio-dépressif
- 14,6 % : anxiété généralisée

Chez nos patients, les phénomènes de co-morbidité sont importants, telle la présence associée de troubles traumatiques et de troubles dépressifs.

34,1% des patients évoquent des idées suicidaires dans la période de consultations ou dans les mois précédents.
Plusieurs rapportent avoir fait une tentative de suicide.

En 2010, six patients ont été hospitalisés en psychiatrie dont 4 en raison d'un épisode dépressif majeur.
En 2009, ils étaient neuf à avoir nécessité une hospitalisation, généralement à cause d'un grand épuisement psychologique avec risque de passage à l'acte.

ANALYSE DE L'ACTIVITE DU CES

5. ACTIVITÉ SOCIALE

Un membre de l'équipe pluridisciplinaire du CES est responsable de l'orientation sociale et juridique (OSJ). Son objectif est de privilégier l'orientation des patients et de ne pas nécessairement devenir leur référent social ou juridique, afin de les réinscrire dans le réseau existant.

La priorité actuelle reste concentrée autour des personnes isolées - sous règlement Dublin II ou déboutées - très souvent d'origine afghane, mais aussi tchétchène, sri-lankaise ou d'Afrique subsaharienne.

NOMBRE D'ACTIONS	2007	2008	2009	2010
Actions pour couv médicale (AME/CMU) faite par MSF	37	43	34	**69**
dont nombre d'individus				*12*
Aide hébergement	37	37	65	**131**
dont nombre d'individus				*36*
Référence alimentation	43	41	35	58
Référence vestimentaire/hygiène/lavage	NR	8	22	24
Référence domiciliation	21	24	5	17
Aide obtention droit sociaux (ATA, RSA, scolarisation…)				96
Soutien juridique (aide au récit, recours divers…)	31	32	77	**183**
Orientation juridique (Cèdre, CIMADE, Amnesty, ACAT, etc.)				53
Référence cours français/autre études	NR	50	124	43
Orientation activités (culture, sport, dessin, bénévolat…)				27
Autre				62
TOTAL				**763**
Nombre de nouveaux suivis	149	158	89	70
Nombre de suivis terminés				52
Nombre de suivis en cours (moyenne par mois)				30

Le travail du responsable de l'orientation et l'accompagnement social et juridique a évolué en 2010. Au lieu d'un travail spécifique sur certains besoins de bon nombre de nos patients, **la détérioration de la situation de beaucoup de demandeurs d'asile – notamment sous Dublin – ainsi que l'absence de suivi social ou juridique pour nombre de personnes isolés ou familles même avec un titre de séjour, obligent à un plus grand travail d'« accompagnement » et de « suivi »**. Les besoins « secondaires » (cours de français, etc.) passent donc en second plan en faveur d'un suivi plus soutenu sur le plan juridique et sur l'accès aux droits sociaux.

Ainsi, pour plus de la moitié des demandeurs d'asile en France (allant de ceux avec APS mais n'accédant pas au DNA à ceux sous Dublin II ou prioritaires), leur réalité quotidienne est inscrite dans une logique de survie et de relégation à la marge de l'asile. Concernant l'hébergement, les familles demandeuses d'asile bénéficient théoriquement d'un logement : pour ceux sous Dublin II, cela sera en hôtel précaire et sans garantie de stabilité, donc inadapté à l'accueil d'une famille.

L'hébergement de nos patients isolés (tous ceux sous Dublin et la majorité des primo-arrivants ayant une autorisation provisoire de séjour) oscille entre urgence, mise à l'abri, passage à la rue, squat ou alternative communautaire (ainsi qu'églises, mosquées, parcs et jardins, sous les ponts, etc.). Malheureusement cette précarité de l'hébergement ne semble pas avoir ému : fin 2010 le Conseil d'Etat, statuant sur le cas d'un jeune afghan demandeur d'asile à la rue, a considéré que l'absence d'offre d'hébergement le concernant ne constituait pas un préjudice.

Concernant ces personnes isolées sur Paris, seules certaines, trop peu nombreuses, bénéficiant déjà d'un hébergement en hôtel ou en CADA se verront octroyer un suivi social. Toutes les autres, les plus nombreuses, pourtant déjà exclues d'une mise à l'abri à laquelle elles ont droit, seront également exclues de tout suivi social.

Dans cette configuration, les mesures de mise à l'abri ou d'hébergement, l'orientation pour l'alimentaire ainsi que la sécurisation de la procédure d'asile ont monopolisé l'activité sociale pour l'année 2010.

L'histoire de Mme S, tchéchène, est marquée par un cumul de ruptures et de deuils traumatiques depuis l'enfance. Elle présente à son arrivé au CES un syndrome anxio-dépressif sévère avec risque de passage à l'acte suicidaire. Agée de 26 ans et mère de quatre enfants, elle est déboutée en 2010 de sa demande d'asile politique motivée par les persécutions qui ont visé son mari emprisonné et torturé dans son pays d'origine.
Logée alors par le 115, la famille va changer d'hôtel six fois en l'espace de quatre mois. Cette errance qui ballote la famille d'un bout à l'autre de l'Ile de France provoque la déscolarisation progressive de tous les enfants. Les hébergements étant parfois accordés tard le soir, la famille, privée de moyens de transports, passe au cours de cette période trois nuits dans la rue.
Les problèmes alimentaires liés à ces changements de résidences provoquent une intoxication alimentaire qui nécessite l'hospitalisation de toute la famille. C'est suite à cet événement que Mme S. et sa famille sont relogées à titre exceptionnel dans un CADA le temps du réexamen de leur demande d'asile et que diverses orientations assurant un filet de sécurité pour les besoins primaires soient mises en place.

L'ASILE OFFRE-T-IL TOUJOURS UN REFUGE ?

© Dragan Lekic / Libre arbitre

Le gouvernement français se félicite que la France soit une grande terre d'accueil de réfugiés, citant le fait que la France est le second pays d'accueil après les Etats Unis. Ce discours d'autosatisfaction, basé uniquement sur le nombre de demandes d'asile traitées dans les pays industrialisés[20], participe d'une vision mythique de la réalité, où ces régions seraient perçues comme des forteresses assiégées par un reste du monde, quant à lui réduit à l'état de réfugiés de tous ordres.

Pourtant, si plus de 40 millions de personnes sont en exil dans le monde[21], ce sont les pays dits pauvres qui reçoivent 80% d'entre eux. En effet, selon le HCR, en 2009, les 377 000 demandes d'asile faites dans les 44 pays industrialisés ne représentent que 0,9% des personnes en exil dans le monde. A ce titre, la France ne se place qu'en 9ème position dans l'accueil des réfugiés dans l'UE, mesuré en proportion du nombre d'habitants, derrière des pays comme Chypre et la Suède (quatre fois plus), ainsi que la Belgique (trois fois plus), l'Autriche ou le Luxembourg.

Considérant le taux de statuts de réfugiés accordés, le miroir généreux se fissure encore un peu plus : moins d'une personne sur sept se voit accorder une protection par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Non seulement le taux global de statuts accordés a baissé pour la deuxième année consécutive en 2010 pour atteindre 27,5%, mais il faut en plus rappeler que plus de la moitié de ces accords relèvent de décisions d'appel de la CNDA[22].

Lorsque l'on note l'évolution de l'accueil et la place des étrangers, notamment réfugiés en France, il semble urgent d'interroger cette autosatisfaction et le déni de la réalité dont elle témoigne. Cette posture révèle aujourd'hui l'abîme qui sépare un peu plus chaque jour les associations et l'Etat dans leur perception et constat de la réalité.

Dégradation des conditions d'accueil des demandeurs d'asile

Le constat de la dégradation significative de l'accueil et de la protection n'est pas seulement visible d'après le nombre de protections accordées mais également au regard de la nature même du parcours administratif de la demande d'asile.

La mise en place de procédures de plus en plus complexes reflète la volonté des pouvoirs publics de décourager les candidats à l'asile. La procédure prioritaire en est un des exemples les plus parlants : 24% des demandeurs d'asile étaient placés en procédure prioritaire en 2010, soit une augmentation de 15%. Ceci est inquiétant car le recours à cette procédure tient en son paradoxe : ces demandeurs d'asile ne sont pas admis au séjour et n'ont pas accès au Dispositif National d'Accueil (DNA). S'ils doivent faire un recours devant la CNDA, leur recours est « non

20 « La hausse de demandeurs d'asile dans les pays industrialisés est un mythe», HCR, 23 mars 2010.

21 « Asylum levels and trends in industrialized countries – 2009 », UNHCR, 23 mars 2010. La plupart des réfugiés sont accueillis dans leur région d'origine. Le HCR estime que seuls 1,7 million de réfugiés vivent hors de leur région d'origine, soit 16% du total. 260.000 demandes d'asile ont été déposées en 2010 et 52.000 ont pu déposer une demande en France en 2009, alors qu'ils étaient respectivement 425.000 et plus de 60.000 en 2002.

22 En 2010, l'OFPRA a accordé une protection à 5096 personnes en première instance, soit baisse de 14,3% à 13,5% (c'était 16,2% en 2008). Au total, avec les annulations de la CNDA, 10.340 personnes ont été placées sous protection soit 0,3% de moins qu'en 2009. La CNDA accorde plus de protection à ce jour que l'OFPRA (5244 CNDA 5096 pour OFPRA). Le taux global d'admission a baissé passant de 36% en 2008 à 27,5% en 2010. (OFPRA, rapport 2010).

suspensif » autrement dit, ils sont expulsables vers les pays qu'ils ont fuis bien que leur dossier soit toujours en cours d'examen. Cette procédure les prive également de tout droit attenant à la demande d'asile, notamment des places en CADA (sauf parfois des familles avec enfants), les allocations (auxquelles ils devraient avoir droit mais n'obtiennent que suite à des batailles juridiques), la CMU.

Aux côtés de ces exclus du DNA, il faut ajouter plus de 6000 personnes chaque année passées par d'autres pays européens et relevant pour cette raison de la procédure dite de Dublin II. Au regard de ce règlement, les « dublinés » aussi sont expulsables vers le premier pays européen traversé[23], et ne bénéficient également d'aucuns droits sociaux sauf l'AME. Au sein du CES, ils représentent plus du tiers de nos patients. De nationalité principalement tchétchène, afghane, sri lankaise, parfois d'Afrique subsaharienne, plus d'un tiers était des familles dont une partie monoparentale, et plus d'une personne sur deux était isolée. Le quart dormait dans la rue. Plus de 60 % de nos patients sous Dublin II évoquaient à l'origine de leur exil des violences physiques et/ou un membre de la famille tué, 43 % rapportaient avoir été incarcérés et 34% avoir subi des tortures. Souvent considérés comme présentant un état de santé mentale sévère (plus d'un tiers d'entre eux), 34% évoquaient des idées suicidaires.

Ainsi pour près de 20 000 demandeurs d'asile en France, sans accès au DNA, leur présence est inscrite sous le sceau de la survie et de la relégation à la marge de l'asile. Parmi nos patients, si certaines familles vont bénéficier d'un hébergement (en hôtel précaire et sans aucune garantie de stabilité, donc inadapté à l'accueil d'une famille), d'autres, principalement les isolés, iront rejoindre les rangs des invisibles dans la rue ou au sein de solutions alternatives telles le logement dans des squats ou chez des compatriotes ou dans le meilleur des cas via le 115, en fonction des disponibilités. Tous nos patients dans ces procédures se retrouvent sans aide autre que caritative (souvent insuffisante) ou d'urgence et l'accès à une couverture médicale est difficilement assuré[24].

Il y a une double conséquence du recours croissant à ces procédures (Dublin II et prioritaire) : tout d'abord, ils n'offrent plus des conditions d'accueil décentes ni équitables entre les différents demandeurs d'asile ; et surtout, ils mettent fortement à l'épreuve les capacités adaptatives et de reconstruction de ces personnes le plus souvent déjà profondément bouleversées par la violence pré-migratoire et par un dangereux et éprouvant parcours d'asile notamment à travers l'Europe[25].
Le règlement Dublin II est un système d'autant plus éprouvant qu'il est considéré, par de nombreuses associations, comme inefficace et extrêmement coûteux.

La garantie d'accès à une procédure effective a encore été mise à mal par la régionalisation de l'admission au séjour et le démantèlement des plateformes départementales-du dispositif d'accueil. Certaines des familles suivies au CES arrivent de plateformes de province (dont nombre-sont gérées directement par l'OFII) où les carences d'hébergement et l'absence d'accompagnement sont inquiétants (ne leur serait fournie par des agents administratifs pas tous formés à l'asile qu'une seule feuille d'inscription au DNA pour demander une place en CADA[26] et les associations caritatives sont saturées donc ne peuvent assurer tous les suivis). D'autre part, nos patients évoquent régulièrement des difficultés pour tout simplement accéder à la demande d'asile à Paris et dans toute l'Ile-de-France, passant plusieurs nuits devant les préfectures qui instaurent de leur côté des numérus clausus (un quota maximum de personnes reçues, pratique pourtant illégale) parfois dérisoires, dissuasifs pour les demandeurs d'asile[27].

23 Entre janvier 2008 et août 2009, la France a demandé aux Etats signataires du règlement Dublin II, premier pays traversé, de reprendre 9 041 personnes. 4 730 demandes ont été acceptées, mais seules 18 % effectuées (soit 1706 retours vers ces Etats). Autant de personnes ont été renvoyées vers la France. Cette politique administrative est lourde et peu appliquée mais a pour effet direct de laisser sans statut et en total errance des milliers de personnes sur le territoire français (rapport T. Mariani, décembre 2009 sur l'asile en Europe).

24 La seule possibilité pour un demandeur d'asile sous Dublin II d'obtenir la CMU est de se présenter rapidement à la CPAM avec la convocation à la Préfecture. Celle de Paris n'en délivrant plus aux personnes sous Dublin II, les personnes doivent attendre 3 mois de présence en France et demander l'AME.

25 Certains demandeurs d'asile passent d'un pays à un autre en faisant parfois plusieurs fois le même trajet sans se stabiliser en raison du règlement Dublin II. En 2007, nous avions comptabilisé parmi les familles reçues au centre, 24 dont les membres étaient séparés dans différents pays européens.

26 Selon le rapport de l'OFII au CA du 21 avril 2010, au 31 décembre 2009 le DNA comportait 271 centres pour 20.410 places, nombre qui stagne depuis 2007 malgré la création de 1000 places en 2010. 2009 a connu une baisse de 40% des places de CADA mises à disposition au niveau national, déjà largement insuffisantes pour organiser la prise en charge des demandeurs d'asile admis au séjour.

27 Dans les préfectures d'Ile-de-France, ce numérus clausus peut passer d'un jour à l'autre de 20 personnes à 8, différant l'accès aux droits. (Voir Collectif Asile en Ile de France : « les pratiques illégales des préfectures violent le droit d'asile », mars 2011).

A cette insécurité administrative (complexification des procédures administratives, dégradation du niveau de protection par la mise en place de règlements particuliers) se conjuguent, ces deux dernières années, une précarisation générale de la population des demandeurs d'asile. Si cette dernière est touchée depuis longtemps par l'absence d'autorisation de travail qui entrave non seulement la reconstruction sociale mais aussi morale des personnes, elle est fortement affectée actuellement par la diminution de la prise en charge sociale et l'inadaptation du dispositif national d'accueil tel l'hébergement, dans l'incapacité de répondre aux besoins.

Cette précarisation générale s'inscrit aussi dans une dynamique de libéralisation du secteur de l'asile. L'OFII prévoit en effet en 2012 de passer d'un régime de subvention à une procédure de rémunération d'une prestation de service, déléguée après un appel d'offre public.

L'aggravation de la précarité des familles

Cette tendance fragilise le secteur associatif par son ouverture à la concurrence, le secteur de l'asile étant considéré désormais comme un secteur économique comme un autre. Cette perspective, dans un contexte de restriction budgétaire, implique une homogénéisation des actions au niveau des standards minimums. On peut supposer que pour percevoir un soutien financier dans un domaine si sensible qu'est l'accueil des étrangers, une association devra contribuer à l'application d'une politique publique la rendant de plus en plus dépendante des options gouvernementales (multiplication des appels d'offres, critères d'évaluation et définition de population fixés par l'Etat).

En tout état de cause, cette précarisation, déjà inscrite dans la condition de demandeur d'asile, s'est fortement accentuée cette année d'après nos constats. Au niveau de la prise en charge des familles sur Paris, les plus fragilisées comme les « Dublinées » ne perçoivent plus aucun soutien de l'Etat pour le transport, l'alimentaire, le vestimentaire, etc.

Celles en procédure « normale » mais en attente d'un CADA ne bénéficient plus d'aucun suivi social (que ce soit pour la procédure d'asile, l'accès aux droits, la scolarisation des enfants etc..). Concrètement, au motif que ces familles relèvent de la compétence de l'Etat (car supposées être en CADA), la plateforme parisienne responsable des familles (CAFDA) considère qu'il ne lui appartient plus d'assurer le suivi des procédures. Certaines des familles prises en charge au CES arrivent sans couverture médicale, n'ayant pas été reçues par leur AS pour procéder au renouvellement de celle-ci, ont des difficultés avec la scolarisation de leurs enfants (lié notamment aux changements d'hôtel), ne savent pas comment prendre contact avec un avocat en vue d'être représentées devant la la CNDA, n'ont pas fait de demande d'aide juridictionnelle, et ainsi de suite.

La plupart de nos patients en famille essait de scolariser leurs enfants. A ce titre, et pour d'autres démarches, ils utilisent chaque jour les transports en commun au sein desquels ils sont souvent arrêtés, verbalisés. Certains se promènent avec angoisse, et avec leur lot de PV dont ils ne savent que faire et pour lesquels ils craignent toujours des mesures de justice. Dans ces situations, certains renoncent à se soigner pour ne pas prendre le risque d'être arrêtés et de mettre en difficulté le suivi même de leur procédure d'asile. Concernant l'alimentation, pour les familles sans Allocation temporaire d'attente (ATA), c'est-à-dire toutes les familles sous Dublin II et prioritaires, le soutien caritatif n'étant pas suffisant, une part de nos familles rapporte faire régulièrement les poubelles.

Dans ces circonstances, l'assurance que ces familles pourront bénéficier d'un accès aux soins réel et qu'elles iront au bout de leur demande d'asile une fois dans le DNA est remis en question.

La fragilisation de l'hébergement

Concernant les personnes isolées sur Paris, seules certaines, trop peu nombreuses, bénéficiant déjà d'un hébergement en hôtel ou en CADA[28] se verront octroyer un suivi social. Les autres personnes isolées, les plus nombreuses, pourtant déjà exclues d'une mise à l'abri à laquelle elles ont droit, seront également exclues de tout suivi social.

Les difficultés d'accès à l'hébergement, pourtant pilier de l'accueil, reflètent une double carence du dispositif d'accueil : il est complètement sous-dimensionné et

28 Selon le rapport FTDA de 2009, sur 3172 adultes (isolés ou couples sans enfants) en attente d'hébergement, seuls 213 ont été admis en CADA et 159 en dispositif temporaire c'est à dire en hôtel le plus souvent en chambre partagée à plusieurs. Au 31 décembre 2009 au niveau national, 6752 demandeurs d'asile étaient signalés prioritaires pour l'entrée au CADA. 79,5% des entrants sont des familles avec ou sans enfants. S'il est légitime de donner la priorité aux familles cela ne justifie pas la vacance de prise en charge pour les isolés.

délégué pour partie à des organismes de gestion de dispositif hôtelier d'urgence, comme le Samu Social pour les familles. L'expérience des familles suivies au CES nous amène à la conclusion que ces organismes sont inadaptés à ce type de prise en charge.

Concernant le dispositif d'accueil en 2009, seuls 12 000 demandeurs d'asile avaient bénéficié d'hébergement en CADA sur les 33.000 premières demandes présentées[29]. Pourtant toutes les associations s'accordent sur le fait que le logement en CADA est prépondérant dans le succès de l'octroi d'une protection, en raison de l'accompagnement proposé. Pour les familles n'accédant pas au DNA, qu'elles soient en procédure normale ou sous Dublin II, la prise en charge de leur hébergement par le Samu Social les inscrit délibérément, du fait même de ses modalités de fonctionnement, dans un nomadisme hôtelier (certaines familles suivies au CES ont changé jusqu'à 10 fois d'hôtel en quelques mois) non seulement incompatible avec la sécurisation de la structure familiale passant par la scolarité ou l'accompagnement dans le soin, mais constituant une violence institutionnelle au détriment de leur accueil et du bon déroulement de leur demande d'asile.

Cette tendance à la précarisation concernant l'hébergement ne semble pas être un épiphénomène regrettable et regretté pour les pouvoirs publics, surtout concernant les personnes isolées. Une ordonnance du Conseil d'Etat du 19 novembre 2010, statuant sur le cas d'un jeune Afghan demandeur d'asile à la rue, a considéré que l'absence d'offre d'hébergement le concernant ne constituait pas un préjudice et préconisa même l'emploi temporaire de mesures alternatives telles des tentes. Cette ordonnance, qui affecte directement les demandeurs d'asile isolés[30], n'est pourtant pas sans contradiction avec les évacuations par la Préfecture des exilés résidant sous tente sur les canaux, durant l'année 2010. Ces mesures alternatives d'hébergement avaient été prises par les associations face à l'absence de solutions, même en période de grand froid, pour grand nombre de ces demandeurs d'asile. Ces personnes, parmi lesquelles une partie de nos patients, se retrouvent alors en confrontation et compétition malsaine avec les autres exclus auprès des associations. Pour beaucoup de nos patients isolés, vulnérables, même l'hébergement d'urgence reste plus souvent une forteresse inaccessible qu'une réalité, et ils sont rejetés à la rue, espace d'incertitude, d'imprévisible et de potentielle violence.

Le fossé se creuse entre l'Etat et les étrangers rappelant l'augmentation de ces espaces désertiques, ces « mondes hybrides et incertains[31]» que sont ces corridors de l'asile dans lesquels vivent la plupart de nos patients, que ce soient des familles sous Dublin ou ces trop nombreuses personnes isolées inscrites dans une logique de survie incompatible avec leur condition.

L'autorité de l'Etat n'est plus parfois pour nos patients qu'un horizon ou au contraire une figure castratrice omniprésente.

Rajoutant des obstacles financiers et administratifs aux droits pour les exilés, l'Etat a rendu l'accès à l'AME plus complexe et couteux. Pour nos patients, déjà marqués par les épreuves, déboutés ou sous Dublin II et n'ayant pas accès à la CMU, la mise en place de ces obstacles risque d'entrainer un retard aux soins. Nombre de familles devront payer deux fois le forfait annuel (pour chaque adulte) alors qu'elles ne perçoivent aucune aide financière et n'ont pas le droit de travailler.

Dans cette configuration, le demandeur d'asile -figure de l'étranger voire de l'étrangeté au regard de l'histoire dont il est dépositaire- souffre de la gestion des « flux migratoires ». L'intégration en 2003 de l'asile dans les textes régissant la migration[32] a participé sinon entériné la dilution de la spécificité de l'asile dans le champ de la migration. Dans les discours, l'image du demandeur d'asile se dissout petit à petit dans l'imaginaire du « clandestin ». Cette représentation, qui prédomine aujourd'hui et qui est celle à laquelle sont soumis beaucoup de nos patients[33]

29 L'Ile-de-France reçoit 44% des demandes mais ne bénéficie que de 15% des logements disponibles. 2009 a connu une baisse de 40% des places de CADA mises à disposition au niveau national profondément insuffisant pour organiser la prise en charge des réfugiés admis au séjour, malgré les 1000 nouvelles places créées en 2010.
30 32% des patients en suivi psychologique dormaient dans la rue au moment de leur prise en charge. Si parmi eux certains n'avaient pas encore d'APS leur ouvrant des droits à un hébergement pour demandeur d'asile (43% étaient sous règlement Dublin II et 15% déboutés), 36% d'entre eux étaient éligibles à une place en CADA mais n'y avaient toujours pas accès.
31 Agier M. : « Le couloir des exilés, être étranger dans un monde commun », édition du Croquant, 2009, p 9.

tend à effacer la spécificité des trajectoires et des réalités humaines de cette population réduisant ses membres à des sujets sans histoire et sans parole, pris exclusivement dans des contingences administratives ou économiques. La pauvreté à laquelle ils sont assignés ne peut que venir redoubler leur altérité aux yeux de la société.

Ainsi, la générosité affichée et l'aspect démonstratif des chiffres avancés aujourd'hui sur l'accueil des demandeurs d'asile sont largement contredits par la réalité quotidienne à laquelle nos patients sont confrontés. Ces déclamations, extraites de toute dimension historique, auréolées d'un satisfecit européen pour l'asile et affublées d'un « excès de générosité » en ce qui concerne l'accès aux soins, révèlent une politique délibérée de repli des Etats concernant leurs politiques d'asile et leur gestion des étrangers.

32 CESEDA (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

33 Parmi les patients du CES, 70% évoquent des sentiments de honte et de dévalorisation, non seulement en raison des événements subis au pays mais au regard du sort qui leur est fait, des représentations non sécurisantes de leur identité, du sentiment d'érosion de l'autorité qu'elle entraîne pour leur condition de parents.

POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR LES DEMANDEURS D'ASILE ET RÉFUGIÉS

Malgré la longue présence des réfugiés en France et alors que celle-ci s'époumone à rappeler qu'elle reçoit le deuxième plus grand nombre de demandes d'asile *(voir article précédent)*, la question de la santé mentale des demandeurs d'asile est absente de tout discours sur leur accueil. Incapable de leur accorder une place au sein d'un dispositif public de santé mentale[34], leur prise en charge est quasi exclusivement déléguée _voire reléguée_ aux soins de dispositifs externes et associatifs aux capacités très limitées, le plus souvent saturés, et manquant cruellement de moyens.

© Yoanis Menge / MSF

Cette prise en charge, bien que de qualité, entérine l'absence de politique de santé mentale, de prévention et de traitement à l'endroit des demandeurs d'asile et réfugiés sollicitant des soins. Or, cette pratique aux frontières du droit commun, dans une période de restriction des budgets et des subventions aux associations[35], montre les limites d'un secteur non protégé dans une configuration où le droit commun semble impréparé à constituer une alternative.

Alors qu'au début des années 2000, la France, comme l'Europe et l'ONU, avait fait des préoccupations de santé mentale un objectif fort de santé publique, force est de constater que ces bonnes intentions sont restées lettres mortes concernant les réfugiés.
Aujourd'hui, cette absence continue de prise en compte des besoins en terme de santé mentale témoigne que la santé, et notamment les préoccupations de santé mentale des réfugiés, demeure trop souvent un enjeu politique avant d'être un enjeu de santé publique.

Une demande de soins non reconnue

Ces préoccupations de santé publique passent le plus souvent après des considérations de gestion de ces populations ou des fantasmes des désordres sociaux qu'elles pourraient occasionner. Ainsi, aux yeux du grand public également, l'image du réfugié se confond ou se réduit à la perception du « clandestin ».
Cette représentation, qui prédomine, tend à masquer et écraser les réalités humaines et les trajectoires de ces personnes et à faire de ces populations des sujets sans histoire et sans parole, pris exclusivement dans des contingences administratives et économiques.
Dans ce contexte, le rejet de l'étranger exilé ne se traduit pas seulement par un soupçon à l'égard de l'individu mais aussi à l'égard de sa parole. Le milieu du soin n'échappe pas à ce phénomène : certains de nos patients se sentent rejetés d'un système dans lequel certains soignants expriment la peur d'être instrumentalisés aux seules fins de certification ou de motivations administratives.
Les équipes semblent parfois dans l'incapacité de séparer ces demandes (parfois fantasmées) de la demande de soin elle-même.

L'appréhension de cette population sous le seul angle politique et social de sans papiers a souvent la conséquence de diluer leurs souffrances dans des seuls troubles réactionnels à la clandestinité ou à leur situation sociale. Dans cette configuration, la rencontre soignant/soigné -pourtant nécessaire à l'élaboration ou à la simple amorce d'un travail thérapeutique- souvent ne se fait pas.
Parler de santé mentale des demandeurs d'asile n'est pas prendre le contre-pied de ces représentations et les dépeindre sous le seul angle de victimes sans défense. C'est d'abord accepter de reconnaître l'existence de cette

34 Cette exclusion est due principalement au dispositif de la sectorisation à travers des unités de soins distribuées sur tout le territoire assurant des soins psychiatriques et psychologiques à toute personne, fonction de son seul lieu de résidence.

35 Depuis plusieurs années plusieurs associations et services connaissent des difficultés à finaliser leur budget. Ainsi en 2007, une association pourtant inscrite depuis longtemps en ce secteur a fermé ses portes faute de financement. Quant au service Françoise Minkowska, ancienne association aujourd'hui CMP non sectorisé, elle subit aujourd'hui des restrictions budgétaires.

demande différenciée des autres demandes ou besoins. C'est convenir ensuite que l'on ne peut mettre tous les événements de la vie au même niveau de signification. Ne pas reconnaître pour ces personnes les risques ou les conséquences psychologiques de certains événements ayant mené à leur exil, comme évoqués dans ce rapport, c'est déjà en partie dénier la réalité de ces événements.

Absence d'études et d'évaluation des besoins

Il est d'ailleurs étonnant de noter l'absence d'études françaises concernant les réfugiées, études pourtant nécessaire pour évaluer la nature et la mesure de leurs besoins[36]. L'aperçu de ces besoins nous vient le plus souvent d'études étrangères, principalement anglo-saxonnes. Ainsi, dans un article de 2004[37] portant sur la santé mentale d'immigrants chinois et de personnes provenant de pays arabes, des Canadiens montraient que la détresse émotionnelle était significativement plus importante chez ceux ayant subis des persécutions et des violences.

Une autre étude[38] sur les effets à long terme des traumatismes psychologiques sur la santé mentale des réfugiés par des chercheurs australiens montrait que ***« l'exposition à des événements traumatiques constituait le facteur prédictif le plus important concernant les conditions de santé mentale des individus »***. L'exposition de personnes à plus de « trois événements traumatiques augmentait significativement et considérablement les risques de maladie mentale après dix ans », comparé avec les personnes n'ayant pas été exposées[39]. Le rapport conclut sur l'importance de développer des services de santé mentale pour réduire les troubles chez les réfugiés dont l'exposition à des événements traumatiques les met à risque de développer des troubles psychiatriques chroniques.

Concernant les événements traumatiques, parmi les patients en suivi psychologique au Centre d'Ecoute et de Soins (CES) de MSF à Paris, 63% rapportent avoir subi de la violence physique, 56% la mort violente d'un proche, 42% la prison, 15% des violences sexuelles, 40% avoir subi des tortures, et 25% rapportent avoir subi quatre événements.

Concernant la mesure des besoins, dans un article de 1995[40], des chercheurs européens notaient que selon les estimations basées sur les observations faites dans des centres spécialisés de réhabilitation de victimes de torture; la prévalence de torture chez les réfugiés et requérants d'asile arrivant en Europe se situait entre 5 et 35 %. En interrogeant systématiquement 572 demandeurs d'asile arrivant à Genève lors d'un entretien effectué dans le cadre d'examen sanitaire de frontière, 18 % rapportaient avoir été torturés. Dans ce même rapport si on élargit l'éventail des traumatismes (incluant viol, décès, emprisonnement), plus de 61 % des demandeurs d'asile rapportaient de tels événements[41] et plus de 60 % présentaient des cauchemars, des difficultés de concentration, des insomnies, des reviviscences.

En France, pour commencer à imaginer les besoins, il suffit de rappeler qu'au 1er janvier 2010, qu'environ 150 000 réfugiés statutaires sont sous la protection de l'OFPRA, plus de 150 000 personnes ont été déboutées de leur demande d'asile depuis 2005, et environ 40 000 personnes font une demande d'asile par an, dont plusieurs milliers d'enfants.

Nous pouvons rappeler également qu'au sein du CES, la sévérité de la souffrance psychique évaluée chez les patients reçus par l'équipe MSF est considérée comme significativement aussi importante, sinon plus, que celle rencontrée sur nos terrains d'activité à l'étranger. Au-delà de la violence sur leur territoire d'origine, les patients rapportent ici les difficultés éprouvantes liées au parcours d'exil, la rupture des liens familiaux, la perte de l'enveloppe protectrice communautaire, l'adaptation à un asile qu'ils n'ont pas choisi, l'isolement, une situation sociale dégradée, des représentations non sécurisantes de leur identité.

Par rapport à l'absence d'études épidémiologiques, la mise en place par l'OFII en 2010/2011 d'une étude sur la santé mentale des demandeurs d'asile, mais restreinte

36 A cet égard, on note qu'il n'existe en France que des études épidémiologiques que concernant la santé mentale des vétérans ou soldats de retour des conflits et ayant subis des traumatismes alors qu'aucune n'existe concernant ces populations réfugiés. Il faut noter qu'un des obstacles à ce genre d'études en France est l'interdiction de collecter des statistiques à caractère ethnique.

37 Rousseau.C, Drapeau.A : "Pre-migration exposure to political violence and its association with emotional distress", Journal of nervous and mental disease, vol 192, December 2004.

38 Steel Z, Silove D,: "Long-term effect of psychological trauma on the mental health of vietnamese refugees resettled in Australia", in The Lancet, vol 360, octobre 2002.

39 Dans nos rapport nous rappelons chaque année qu'environ un quart de nos patients rapporte plus de trois ou quatre événements traumatiques.

40 Loutan, L ; Subila, L ; « Torture et violence organisée : leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés », in Pratique médicale, octobre 1995.

41 Le COMEDE, installé au sein de l'hôpital Kremlin Bicêtre, rapporte les mêmes pourcentages : plus de la moitié des consultants ont subi des violences dans leur pays d'origine (60% en 2009, définition OMS), et 22% des faits de torture (définition ONU, 1984) ; rapport COMEDE 2009.

uniquement à ceux logés en CADA, c'est-à-dire moins du tiers des demandeurs d'asile, ne peut constituer une réponse suffisante à ces questions.

Un dispositif publique inadapté

Néanmoins, le défaut d'études ne peut être tenu pour seul responsable de l'insuffisance de soins de santé mentale ou sa relégation à la marge du droit commun. Le développement de la santé mentale en France (avec le principe de la sectorisation[42]) n'a pas pris en compte la présence et l'arrivée continuelle de ces populations étrangères dans l'évolution de son dispositif. Mise à part l'initiative de certains services, le droit commun demeure sous-investi.

Au regard de l'expérience de l'équipe du CES et de nos rencontres avec différents services, la prise en charge des populations de demandeurs d'asile reste rare. Quand elle existe, elle est souvent restreinte aux seules consultations psychiatriques et non psychothérapeutiques, accueil insuffisant au regard des réels besoins en psychothérapie.

Dans nos sollicitations de la psychiatrie de secteur, nous nous heurtons régulièrement à des obstacles de la part de ces services. Ces résistances et expériences ont souvent comme effet, que ce soit de notre part ou des différents partenaires qui nous orientent des patients, de renoncer définitivement à les solliciter.

L'ensemble de ces services est le plus souvent saturé par certains publics auxquels ils se sont globalement adaptés, ce qui les rend moins ouverts et flexibles à d'autres populations. Certains évoquent également des arguments de compétence face à des patients venant de pays « exotiques » (« nous ne sommes pas ethno-psy ») ou cumulant des traumatismes (« nous ne sommes pas experts du trauma ») alors que les savoirs psychopathologiques en France sont depuis longtemps diversifiés et que le champ du trauma reste inscrit dans le champ de la psychopathologie (et donc accessible à tout praticien)[43]. Cela peut aboutir paradoxalement à être sollicités nous-mêmes pour ces motifs par des services de psychiatrie publique pour des prises en charge.

La pratique associative, quelles que soient ses compétences, en permettant au système de droit commun d'être pérennisé en l'état, sans remise en question, prend le risque de légitimer a posteriori cette répartition, et d'entériner un double standard en organisant une médecine pour les étrangers, qu'elle se réclame du trauma ou de la culture. Ce risque est bien réel puisque c'est aussi au nom de cette expertise supposée que nous sommes sollicités par des partenaires (travailleurs sociaux, juristes, éducateurs, etc) qui ont intériorisé cette division des savoirs et des dispositifs et ont pour nombre d'entre eux, renoncé à intercéder auprès des services publics.

Ceci étant dit, la rationalisation après coup au titre de la « culture » et du « trauma » du traitement des exilés à la marge du droit commun masque souvent une autre difficulté, celle de la difficile appréhension d'une population considérée sinon comme errante, du moins comme dans une situation administrative précaire ou sans issue, voire en transit, qui consomme du soin et est peu adaptée à un dispositif somme toute assez réglementé voire rigide. En quelque sorte, cette population serait, en raison de certains préjugés, perçue comme incapable de se saisir d'un dispositif de soin du droit commun, voire d'une réelle demande de soin psychothérapeutique.

Ces différents arguments, associés aux restrictions budgétaires, entravent la plupart du temps les initiatives des équipes, principalement celles de solliciter un service de traduction auquel elles ont pourtant droit et qui est plus que nécessaire si l'on veut que s'amorce un dialogue. Les pressions de l'administration hospitalière envers les unités de soins[44] ainsi que l'inhibition ou l'intériorisation de cette pression par les praticiens eux-mêmes font de l'usage de l'interprétariat une pratique rare et, le cas échéant, limitée aux entretiens d'évaluation.

Il est souvent renvoyé au patient parlant une langue étrangère de revenir avec un membre de sa famille ou un compatriote parlant le Français.
Pour des souffrances relevant, en raison des événements auxquelles elles sont associées, de l'ordre de l'intime, de la culpabilité ou de la honte, cette exigence paradoxale

42 Dans le système public, les patients dépendent des structures rattachées au « secteur » où ils vivent pour les soins psychologiques.
43 Il faut rappeler que les praticiens les plus spécialisés dans ces domaines signalent que ces savoirs ne sont pas une pré-condition ou leur absence une contre-indication au soin, et que la sollicitation de leur service ne s'effectue le plus souvent qu'en seconde intention pour des situations particulières.
44 Certaines équipes nous font part de pressions et restrictions réelles à ce sujet, d'autres évoquent des procédures administratives trop longues ou rédhibitoires.

venant de services de soin -reflétant une sous-estimation de l'indicible de ce qu'elles ont vécu et donc du rôle d'un interprète professionnel- met le plus souvent un terme à la perspective d'un suivi psychothérapeutique pour l'individu avant même qu'il ait commencé.

La spécificité de la prise en charge de cette population tient moins aux questions de trauma et de culture qu'à la nécessité de prendre en compte leur situation administrative et sociale sur le territoire et des conséquences qu'elles entraînent (comme prendre le temps de dissocier une demande de soin légitime d'une situation sociale dégradée) ainsi qu'à la présence possible d'un traducteur.

Pour autant, la prise en charge laissée quasi exclusivement aux soins des associations, l'absence d'études épidémiologiques ou de politiques plus spécifiques, les résistances des institutions hospitalières ou d'une partie des praticiens eux-mêmes n'expliquent pas à eux seuls cet état de fait. Des aspects plus structurels liés à l'accueil même des demandeurs d'asile en France y participent aussi.

La conjonction actuelle de la sectorisation et de la dégradation du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile accentue la dynamique d'exclusion du droit commun. La sectorisation, malgré la mise en place d'un CPOA (le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil, dont le rôle est d'assurer la réorientation des patients non sectorisables) au sein du seul Paris intra-muros fait renoncer à ce type de soin une partie de cette population en besoin mais dont la stabilisation de l'hébergement ne constitue pas une priorité de leur accueil[45]. Comme expliqué dans l'article précédent, l'absence de solutions d'hébergement accentue fortement l'instabilité de la résidence et le phénomène de nomadisme de cette population. En fragilisant la stabilité de la résidence leur accès au soin est mis à mal et leur reconstruction entravée.

Pour une meilleure prise en charge

Plusieurs pistes de réflexion au sujet d'une politique de santé mentale à l'endroit des demandeurs d'asile et réfugiés ressortent de ces observations. Pour les réfugiés souffrant de troubles psychologiques, la nécessité de mettre en place plus de programmes ou pratiques de prévention est claire. On sait que les troubles liés aux traumatismes peuvent connaître une période de latence avant d'émerger et que la logique de survie peut masquer ou différer la survenue de troubles ou rendre leur prise de conscience plus tardive. Une étude américaine de 1999 parmi des réfugiés bosniaques[46] révélait l'importance de la chronicité des troubles psychologiques trois ans après leur arrivée. Ainsi, 43% des personnes continuaient à présenter les critères de la dépression avec ou non co-morbidité avec un syndrome de stress post-traumatique. De plus, 16% des personnes considérées comme asymptomatiques au départ devenaient symptomatiques pour des troubles psychologiques trois ans plus tard (principalement la dépression[47]). Comme expliqué ci-dessus, environ un quart des patients en suivi psychologique au CES rapportent avoir subi au moins quatre événements différents.

Dans ce domaine du soin et de la prévention, une attention particulière mérite d'être portée, de manière prioritaire, aux mineurs accompagnants (enfants de demandeurs d'asile) et aux mineurs isolés[48].

Pour permettre aux demandeurs d'asile et réfugiés d'avoir accès aux soins psychologiques adaptés, il faudrait que le dispositif de droit commun ait une plus grande flexibilité. S'il est nécessaire de continuer à sensibiliser les soignants dans les structures du droit commun, ce que font certaines associations, la prise en charge de cette population ne peut se faire sans un assouplissement du dispositif lui-même. La flexibilité souhaitée est encore perçue dans le service public comme incompatible, moins avec l'univer-

45 Ainsi la sectorisation dont l'objectif était de favoriser un soin de proximité peut dans leur situation devenir un véritable système d'exclusion

46 Mollica R, Sarajlic N, Chernoff M. : "Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees", in Journal of American Medical Association, vol 286, août 2001.47 Certaines équipes nous font part de pressions et restrictions réelles à ce sujet, d'autres évoquent des procédures administratives trop longues ou rédhibitoires

47 Le niveau de dépression chronique dans cette population de réfugiés était 2 à 4 fois plus important que dans la population générale pour laquelle la dépression restait chronique approximativement pour 10 à 20% après 2 ans.

48 En 2009, environ 20% des demandes d'asile concernait des mineurs accompagnants, soit plus de 8000 enfants par an. Concernant les mineurs isolés, dans un article du monde du 5 février 2010, Jean Pierre Stroobants évoque plus de 5000 mineurs isolés sur le territoire Français et FTDA en a répertorié plus de 2000 en région parisienne. Bien que proportionnellement peu nombreux à demander l'asile, ils sont pourtant plus de 400 par an à le faire (OFPRA, 2009).

salisation des savoirs prônée par le service public, qu'avec l'uniformisation des modalités de prise en charge (principe strict de la sectorisation, difficile flexibilité des rendez-vous, interrogation sur la pertinence de la présence d'un tiers interprète….).

A ce titre, l'usage plus systématique d'interprètes professionnels devrait être encouragé. La possibilité de psychothérapie dans la langue du patient ou avec interprète est importante en terme de santé publique[49], eu égard au coût des traitements, des risques d'hospitalisation en raisons des conséquences psychopathologiques ou du coût social à long terme[50]. Dans une optique de santé publique, l'absence d'une réelle PASS psychiatrie ou l'absence de postes de psychiatres au sein des PASS actuellement demeure une carence. Aujourd'hui, le rôle de la PASS psychiatrie, coordonnée par un médecin généraliste, est limité paradoxalement à l'orientation des patients des secteurs de psychiatrie et précarité vers les PASS des hôpitaux et non de faciliter l'orientation vers les services de psychiatrie.

Pour finir, il nous paraît important de développer des partenariats plus systématiques entre les associations assurant ces prises en charge et les structures du droit commun[51]. Ceci implique un soutien, notamment financier, à ces associations. Leur expérience, leur flexibilité et leur prise en charge pluridisciplinaire demeure un maillon incontournable d'une politique à formuler.

Les questions de santé en général et de santé mentale en particulier pour des personnes réfugiées précarisées, fragilisées et présentant des troubles pour lesquels elles sollicitent et nécessitent des soins appropriés ne peuvent trouver, qui plus est dans des périodes de restrictions des budgets et des subventions, de résolutions dans le maintien d'une politique de double standard, participant d'une médecine de santé mentale différente pour les pauvres et les étrangers.

Soutenir les associations existantes dans leur action de soin auprès des réfugiés et développer à l'endroit de ces populations une réelle politique de santé mentale inscrite au fronton du droit commun s'avèrent dans le contexte actuel un impératif.

49 En 2005, une enquête internationale (ESEMED-EPREMED) rappelle que les pathologies psychiatriques sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité en 2006, la 2ème cause médicale d'arrêt de travail et la 4ème cause d'affection de longue durée en 2004. (Direction générale de la santé (DGS) Sous direction «promotion de la santé et prévention des maladies chroniques» Actualisation : juillet 2009).

50 Voir aussi : « Maux d'exil », COMEDE, septembre 2008 : dossier interprétariat. « Mémoires », Primo Levi, mars 2008 : la place de l'interprète au cœur du soin.

51 Cette collaboration permettrait une meilleure prise en compte des besoins par une meilleure évaluation de la représentation de ces populations dans le droit commun ainsi que par la mise en place d'études épidémiologiques.

DE L'ASILE À L'ALIENATION CONTRE UNE GESTION HUMANITAIRE DES DEMANDEURS D'ASILE

© Yoanis Menge / MSF

Mme G, originaire du Caucase, a été référée vers le Centre d'Ecoute et de Soins (CES) par une compatriote suite à des bouffées d'angoisse et des troubles du sommeil importants émaillés de terreurs nocturne qui entravaient fortement sa capacité à prendre en charge son enfant alors âgé de 8 ans. Lors des premiers entretiens, l'évocation des événements pré-migratoires ayant motivé sa fuite laissa petit à petit la place à un profond désarroi face à ce qu'elle vivait comme une lente dégradation de sa situation en France. Placée en procédure prioritaire pour ne pas avoir paraphé un document administratif au bon endroit, elle se retrouva sans aucune aide autre que caritative, rencontrant de nombreuses difficultés pour faire valoir ses droits, notamment l'accès aux soins et à la CMU.

Au troisième mois de son suivi médico-psychologique au CES, Mme G avait changé quatre fois d'hébergement (chambre d'hôtel prise en charge par le Samu Social) qui valu à son fils plusieurs semaines de rupture de scolarité. Epuisée, elle ne se rendait plus à ses consultations que par intermittence, oubliait de prendre le traitement prescrit par son médecin, à qui elle ramenait d'ailleurs, les amendes qu'elle avait contractées dans les transports en commun. Evoquant la possibilité de voler ou de se prostituer comme on le lui avait proposé, pour subvenir aux besoins de sa famille, son état alternait entre des phases de grande agitation, associée à une grande colère et des phases de dépression.

Comment évoquer sereinement les besoins en santé mentale des réfugiés ou demandeurs d'asile quand la réalité de l'accueil surdétermine si souvent leur détresse psychologique ?

Pour les patients du CES en procédure prioritaire, sous règlement Dublin II ou pour ceux plus nombreux encore en procédure « normale » mais exclus du Dispositif national d'accueil (DNA), le régime de survie imposé est d'autant plus difficile à vivre qu'il ne permet pas de connaître de répit dans leur parcours ni de retrouver un sentiment de sécurité intérieure nécessaire à leur reconstruction.

Comme chez Mme G, cet état d'un asile suspendu, sinon avorté, rend la proximité avec les événements que l'on a fui très intense et empêche souvent tout soulagement d'être arrivé dans un pays de refuge. Souvent écrasés par leurs

interrogations quant aux conduites ou décisions qu'ils ont prises au pays au moment de l'exil, la situation actuelle sera ressentie comme un châtiment où prédomine et résonne la même honte et culpabilité. L'horizon qui leur est offert ne fera que confirmer ce qu'ils se rassérènent intimement, « si je m'étais épargné toutes ces violences je n'en serai pas là », renforçant ces sentiments de culpabilité souvent sans fondement, qu'ils avaient au pays, quand ils étaient la cible de menaces ou de violences.

Une détresse aux origines multiples

Parler de santé mentale dans ces conditions prend toujours le risque de la reformulation en un langage exclusivement psychologique d'une détresse dont on ne peut sous estimer aussi les ressorts politiques et sociaux. Si l'urgence de soigner et d'accompagner demeure, les soignants sont parfois dans certaines situations saisis par l'inconfort de se trouver, patient et soignant, otages d'un huit clos où le soin concoure à la normalisation d'une colère envers leurs conditions pourtant légitime.

Chez certains de nos patients, face à ces sentiments d'angoisse, de culpabilité, d'incompréhension du rejet dont ils se sentent l'objet, apparaissent des rêves et des pensées à thématiques persécutrices. On y voit apparaître des figures terrifiantes qui représentent souvent des figures tutélaires évoquant le pays d'accueil qui aujourd'hui ferait défaut et consentirait dans leur imaginaire au rejet de celui qui s'attendait à être protégé. Ces pensées rappellent les sentiments de ne plus appartenir à aucune filiation ou communauté et de ne plus pouvoir compter sur aucune solidarité. Ces pensées persécutrices deviennent ainsi l'expression inversée de leur colère et de leur agressivité envers les autorités dont ils se sentent abandonnés.

Les personnes, ne pouvant laisser cours à ce sentiment d'agressivité qui fait écho à leur aliénation, le retournent contre elles-mêmes sous le mode d'un état de tension et de culpabilité permanent. Le corps devient alors le contenant où tout est cumulé. La peur pour l'individu de la perte du contrôle émotionnel devient un miroir déformant où il en vient à douter de son état mental voire de son identité. D'un coté, il y a la lutte contre le sentiment de passivité face à ce qui est vécu comme une ultime humiliation, et de l'autre, la résistance à son propre débordement.

Se soigner, c'est-à-dire dans le cadre psychologique élaborer un travail de réflexion sur les événements passés pour tenter de dépasser les souffrances qui y sont associées, devient impossible quand l'indécence de leur situation de vie dégradée les contraint déjà à toutes les mortifications. Et les soignants connaissent parfois le malaise d'être reclus avec ces demandeurs d'asile dans ces espaces à la marge, ces corridors de l'asile, tant l'espace thérapeutique protégé et l'espace de réclusion peuvent se confondre.

Dans un contexte où est tendu aux réfugiés le miroir généreux de l'asile français en parallèle au discours d'un temps de crise, leur tentative quotidienne de faire entendre leur détresse dues aux conditions d'accueil peut être vécue parfois par ceux censés les prendre en charge dans le dispositif d'accueil, comme une contestation voire un défaut de gratitude, et entrainer de leur part un désinvestissement sinon des ruptures de suivi. Ainsi, les raisons de ces conflits finissent par être renvoyés à des caractéristiques propres à ces personnes réfugiées, décrites comme naturellement insatisfaites, revendicatrices et procédurières.

On note aujourd'hui un recours accru à la justice - à des procédures de contentieux notamment - dans tous les domaines de l'asile (que ça soit pour l'accès à la procédure, à l'hébergement, à l'allocation, à l'application du règlement Dublin II, etc), seule option trouvée par les intervenants responsable d'aider les demandeurs d'asile à faire valoir leurs droits. Les patients du CES, qui ont l'impression de vivre dans des espaces d'incertitude où le pire semble toujours pouvoir

arriver[62], peuvent vivre de manière coupable la demande de garantie de leurs droits et dans certains cas peuvent y renoncer pour ne pas susciter des mesures de rétorsion. Ainsi, certaines personnes, au regard des sévices subis au pays, préféreront relativiser ces carences et se résigneront en se disant qu'ils s'en sont à ce stade tirés à bon compte et consentiront à leur sort actuel.

La limitation des droits se dissémine dans tous les dispositifs et paradoxalement toute demande légitime qui en découle peut être perçue comme la tentative d'exercer un privilège. Il en est ainsi de l'arrêté du conseil d'Etat en date du 19 novembre 2010 où la demande légitime d'un hébergement pour un demandeur d'asile en procédure normale à la rue, se mue en demande excessive rejetée, le conseil d'Etat considérant que la vulnérabilité médicale ou sociale de cette personne n'est pas fondée. Dans l'incapacité, comme dans cette situation, à faire reconnaître le refus d'accès à un droit comme un préjudice, ces demandeurs d'asile se retrouvent assignées délibérément à des situations de non-droit qui accentuent leur exclusion, où leur précarité redouble le caractère inassimilable de leur « étrangeté ».

En conséquence, ces personnes et ceux qui les accompagnent (médecins, juristes, psychologues, assistants sociaux…) sont amenés, pour obtenir des droits minimums, à rivaliser de descriptions parfois détaillées de leur état de santé, exhibant leur intimité et leur vulnérabilité[63]. Cette exhibition de leur souffrance peut aller jusqu'à la justification de leur non-dangerosité ou leurs supposées capacités d'intégration. Cette victimisation constitue souvent pour ces personnes une nouvelle humiliation et pour les soignants un dilemme permanent.

De la dépendance à l'humiliation

La culpabilité et la honte, liées au fait d'être dépendant des associations, des autres (60% de nos patients ont une mauvaise estime d'eux mêmes et expriment des sentiments de culpabilité), peuvent imprimer d'un certain malaise dans les relations de certains demandeurs d'asile avec les associations qui les suivent. Alors que certains s'évertueront à se soigner et à s'extraire des vicissitudes du passé, ils verront malgré tout leur situation actuelle se dégrader. Les soignants, dans ce contexte, se sentiront parfois assignés au rôle d'accompagner l'individu à supporter les conséquences d'une violence institutionnelle, par excès ou par carence.

Dans le contexte actuel du retour à la machine gestionnaire et sécuritaire de l'asile et de la migration, nous ne pouvons que nous interroger sur les risques d'être instrumentalisés aux seules fins d'une gestion seulement humanitaire - même plutôt d'urgence - d'une population non seulement volontairement fragilisée mais reléguée dans des espaces à la marge, des espaces extraterritoriaux sans lien parfois avec un espace de citoyenneté.

Alors que notre activité, en tant qu'acteur de santé, vise à la réhabilitation de personnes dont guerre et violence ont laissé des traces douloureuses, il y a un risque - au-delà des bienfaits et bénéfices individuels du soin - de devenir un nouvel instrument d'humiliation ou d'exclusion pour ces personnes.
Si la nécessité de soigner demeure malgré tout, nos préoccupations de santé en général et de santé mentale à l'égard des demandeurs d'asile en particulier, ne peuvent aujourd'hui, être dissociées des conditions de leur accueil, réduites à une logique de survie et de bannissement.

62 C'est d'autant plus vrai pour ceux en procédure prioritaire ou sous Dublin II qui sont sous la menace permanente d'un renvoi, et pour qui le pire est toujours possible tant les événements de vie ont déjà dépassé l'entendement.
63 On peut être ainsi amené de plus en plus à faire valoir des arguments médicaux dans l'objectif le plus souvent hypothétique d'obtenir une place au 115 pour des personnes sans titre de séjour à la rue.

ANNEXE TERMINOLOGIE UTILISÉE

TERMES MÉDICAUX

AME

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les personnes sans titre de séjour, sous condition de ressources (moins de 634 euros par mois au 31 décembre 2010) et de résidence prouvée en France (3 mois). Pour ses soins et médicaments, le bénéficiaire d'une AME est dispensé d'avance des frais sur présentation de son attestation.

L'AME a été instaurée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle, elle est entrée en application le 1er janvier 2000.
Le bénéficiaire d'une AME n'a pas le statut d'assuré social et n'est pour le moment pas sujet aux mêmes droits et contraintes que les assurés de droit commun (médecin traitant et parcours de soins ; génériques). Il ne bénéficie donc pas non plus de l'ensemble de ses droits (immatriculation définitive NIR ; carte vitale).

Depuis le 1er mars 2011, suite au projet de loi des finances voté en décembre 2010, les personnes ayant droits à l'AME, étant donc les plus pauvres et précaires des étrangers, doivent payer un droit d'entrée annuel de 30 euros par adulte ; les soins couverts—déjà moins que la CMU (pour français et étrangers en situation régulière avec un revenu équivalent aux conditions pour l'AME)—ont été encore réduits ; la définition des ayant droits a été restreinte aux conjoints et enfants.

Pour plus de détails : http://www.odse.eu.org/Projet-de-loi-de-Finances-2011

CMU

Couverture Maladie Universelle (datant de la réforme du 27 juillet 1999 qui a restructuré l'architecture du système de protection maladie) ;

CMU dite « de base » : une porte d'entrée au régime général pour ceux qui ne sont pas affiliés par leur travail, mais par cotisations personnelles (avec dispense de cotisation pour les plus démunis) ;

CMU-C : la complémentaire CMU, qui est une protection complémentaire (en plus de l'assurance maladie) de service public, gratuite, réservée aux assurés les plus démunis.

PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital public sont ouvertes à tous, y compris aux personnes démunies et dépourvues de protection maladie (et de titre de séjour).

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

« Circulaire Soins Urgents »

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 précise le champ d'action du fonds pour les soins urgents et vitaux (créé en 2003 en même temps que le délai de résidence de 3 mois pour accéder à l'AME). Il inclut particulièrement :

- les soins d'urgence
- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse
- les mineurs
- les grossesses

Les fonds ne constituent pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence.

CMP : Les Centres Médico Psychologiques du système public donnent un accès de proximité gratuit aux consultations de psychiatrie et de psychothérapie.

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation & d'Accueil (à Paris, il est à l'hôpital Ste Anne).

Sectorisation

Terme communément utilisé en référence au fait que les personnes doivent dépendre des CMP organisés au sein de circonscriptions géographiques, appelés secteurs.

ANNEXE TERMINOLOGIE UTILISÉE

Titre de séjour « étrangers malades »

La législation stipule que « la carte de séjour temporaire portant la mention vie privé et familiale est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. Un projet de Loi sur l'immigration en cours de débat au sénat mi-avril 2011 propose de modifier cette clause déjà stricte par la formulation « sous réserve d'indisponibilité d'un traitement dans le pays d'origine », ne prenant pas en compte ainsi l'effectivité de l'accès aux médicaments qui nécessite de prendre en compte l'accessibilité économique, géographique, les capacités de prise en charge nationales, etc.

Pour plus de détails : http://www.odse.eu.org/Utilisez-l-argumentaire-de-l-ODSE

TERMINOLOGIE LIÉE À L'ASILE

« Procédure normale » : dans ce document, nous considérerons comme étant en procédure « normale » de demande d'asile, toute personne qui a pu déposer son dossier à la préfecture et a reçu l'autorisation provisoire de séjour (APS) et est en attente de passer devant l'OFPRA ou la CNDA. Cette personne a alors droit à la CMU, à un hébergement en CADA et à l'allocation temporaire d'attente (ATA), à condition d'accepter le départ en CADA.

Procédure prioritaire : ceci est une procédure dont les délais sont raccourcis en comparaison avec la procédure dite « normale ». Cette procédure est appliquée notamment aux personnes de pays dits « d'origine sure » et /ou aux personnes dont l'administration estime que la demande d'asile est abusive, dilatoire ou ayant pour but de faire échec à une mesure d'éloignement. Cela est aussi appliqué de plus en plus souvent aux personnes dont la « période Dublin II » est finie ou à celles qui font une demande d'asile lors d'une interpellation.
Cette procédure ne permet pas la délivrance d'une APS (donc le demandeur d'asile est maintenu dans l'illégalité, et ne peut pas ouvrir de droits sociaux) et le recours devant le T.A n'est pas suspensif, donc l'éloignement est possible dès le rejet OFPRA.

Dublin II / les « dublinés » :
Le règlement Dublin II (adopté par le Conseil de l'Union Européenne en 2003) impose de demander l'asile dans le premier pays signataire traversé (les 27 pays membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein et la Suisse).
Après une période d'attente de 6 mois (à compter de l'acceptation du traitement de la demande d'asile par le 1er pays traversé) – sans titre de séjour ni ATA, et la menace permanente d'un renvoi (appelé « réadmission ») –, la France devient alors responsable de la demande d'asile.
Le demandeur d'asile se présente ensuite en préfecture pour se voir délivrer, en théorie, l'APS en vertu de l'application du règlement Dublin II. Néanmoins, la plupart des préfectures placent les personnes en procédure prioritaire.

Déboutés : les personnes rejetées de leur demande d'asile (OFPRA et CNDA et pas en procédure de réexamen)
Isolés : personnes ne bénéficiant pas du soutien en France d'un proche majeur (membre de la famille ou compatriote).

APRF : Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière.

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ATA : Allocation Temporaire d'Attente (montant 320,10 euros/ mois au 1er janvier 2010)

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAFDA : Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile (anciennement CRR, Commission de Recours des Réfugiés)

DNA : Dispositif National d'Accueil
« L'objectif de l'État est d'assurer un hébergement systématique des demandeurs d'asile qui le souhaitent au sein des CADA…

ANNEXE TERMINOLOGIE UTILISÉE

le dispositif des CADA est placé dans chaque région et département sous la responsabilité du préfet qui en assure le pilotage. … à défaut d'une prise en charge en CADA, les demandeurs d'asile peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une allocation mensuelle dénommée allocation temporaire d'attente (ATA) ».
(source : http://www.ofii.fr/la_demande_d_asile_51/demandeurs_d_asile_335.html)
Dans le cadre de ses attributions, l'OFII exerce pour le compte de l'Etat une mission de coordination du DNA.

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (anciennement ANAEM)

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

T.A. : Tribunal Administratif

SDF : Sans Domicile Fixe

CHU / CHRS : Centre d'Hébergement d'Urgence / Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

MINEURS

AMIE : Accueil pour mineurs étrangers isolés (centre géré par FTDA)

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMIE : Cellule d'Accueil pour Mineurs Isolés Etrangers (centre géré par l'ASE)

CAOMIDA : Centre d'Accueil et d'Orientations pour Mineurs Isolés Demandeurs d'Asile (centre géré par FTDA)

SIGLES ASSOCIATIFS

ACAT : Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture

CAAR : Comité d'Aide Aux Réfugiés

CEDRE : Centre d'Entraide pour les Demandeurs d'asile et les Réfugiés (antenne du Secours Catholique)

CIMADE : Service œcuménique d'entraide, consacré à l'accompagnement des étrangers migrants

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

FTDA : France Terre d'Asile

MDM : Médecins Du Monde

115 : numéro d'urgence sociale anonyme et gratuit, notamment pour de l'hébergement d'urgence (géré à Paris par le Samu Social).