

# MIGRANTS EN TRANSIT :

## QUEL ACCES AUX SOINS, QUEL ACCES AUX DROITS ?

**Séminaire**

Organisé à Dunkerque les 26 et 27 juin 2010

---



Loon-Plage / photo de Benoit GUENOT

MÉDECINS DU MONDE 世界醫師會 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD  
MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界醫師會 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO 世界醫師會 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ  
KΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界醫師會 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ



# SOMMAIRE

---

Présentation et objectif du séminaire des 26 et 27 juin 2010

<b>■ PRESENTATIONS (26 JUIN)</b> .....	P. 5
Animateur : Jean-François CORTY – Responsable des missions France	
<b>▶ PRESENTATION DE LA MISSION MIGRANTS LITTORAL 59/62 DE MEDECINS DU MONDE /</b> Historique, contexte d'intervention, activités de la missions et limites opérationnelles, recueil de données.....	P. 5
Martine DEVRIES - Co-Responsable mission Migrants Littoral 59/62 Benoît SAVATIER - Co-Responsable mission Migrants Littoral 59/62 Mathieu QUINETTE - Coordinateur mission Migrants Littoral 59/62 Jean François CORTY - Responsable des Missions France	
<b>▶ PRESENTATION DU CONTEXTE UK</b> .....	P. 20
Christine LARPIN - Co-Responsable du Groupe France	
<b>▶ PRESENTATION DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCES AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE DE MDM /</b> Focus sur les Migrants .....	P. 21
Nadège DROUOT - Chargée de projet de l'observatoire de l'accès aux soins en France	
<b>▶ PRESENTATION DES MISSIONS DANS UN REGARD « ICI ET LA-BAS »</b> et approche des liens entre les missions.....	P. 27
Animatrice Christine LARPIN – Co-Responsable du Groupe France	
<b>▶ Afghanistan / Mission Kaboul</b> .....	P. 27
Guy CAUSSE - Co-Responsable Mission Afghanistan	
<b>▶ Mali / Mission Mali migrants</b> .....	P. 30
Brigitte MAITRE - Responsable Mission Mali, Responsable Groupe Afrique Hadda DIARRA - Co-Responsable Mission Mali	
<b>▶ Turquie / Istanbul</b> .....	P. 33
Présentation de la nouvelle mission menée par la délégation PACA de MDM Bernard GRANJON - ancien Président de MDM, Responsable MIR Istanbul	

■ **TABLE RONDE** ..... P. 40  
**LA VIOLENCE ET LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE**

**Présentation d'OSIRIS**

Modérateur : Bernard GRANJON - ancien Président de MdM, Responsable MIR Istanbul

■ **TABLE RONDE (27 JUIN)** ..... P. 48  
**L'APPROCHE LEGISLATIVE, JURIDIQUE ET POLITIQUE (27 JUIN)**

- ▶ **Le Calaisis : impasse ou zone de transit ?**
- ▶ **Les conséquences de la politique européenne d'asile pour les migrants**
- ▶ **La situation particulière des mineurs isolés étrangers**

Animatrice : Martine DEVRIES - Co-RM mission Migrants Littoral 59/62

Intervenants : Lily BOILLET - Présidente association Terre d'Errance, Marie MARTIN - Volontaire pour Migreurop, Paul RENOUE - Stagiaire juriste Mission Migrants Littoral 59/62

■ **PRESENTATION DU PROJET HUMA  
DE MEDECINS DU MONDE** ..... P. 60

Juliette POIRSON - Responsable MdM du projet HUMA

Michèle TEULE - Référente HUMA pour le Groupe France

■ **LES PRINCIPAUX POINTS A RETENIR** ..... P. 65

- ▶ **ASPECTS OPERATIONNELS**
- ▶ **COMMUNICATION / PLAIDOYER**

■ **LISTE DES PARTICIPANTS** ..... P. 67

- ▶ **EXTERIEURS**
- ▶ **LOCAUX**

## Présentation et objectif du séminaire des 26 et 27 juin 2010

---

### ► PRESENTATION

Ce séminaire organisé à l'initiative du Groupe France à Dunkerque est un séminaire national de travail, d'échanges de pratiques et d'expériences des missions de terrain en France et à l'international. La tenue du séminaire à Dunkerque privilégie la rencontre avec les Responsables de Mission et bénévoles des missions Nord Littoral confrontées depuis Sangatte à la violence du contrôle des personnes migrantes dans la région pour rejoindre l'Angleterre et à l'obstruction systématiquement opposée au respect du droit de ces personnes à l'asile, la santé et l'hébergement. Cette violence porte une atteinte grave à la dignité des migrants sur notre sol ainsi que partout ailleurs dans leurs parcours. Elle interroge MdM dans ses missions France et CASO ainsi que dans ses missions internationales.

### ► OBJECTIF

L'objectif principal des séminaires est de proposer des stratégies communes d'intervention et de soins, de formation de recueil de témoignages et de données, en réfléchissant aux modalités opérationnelles des missions au quotidien et dans l'urgence, et aux stratégies de plaidoyer sur le plan législatif juridique au niveau européen pour MdM avec ou sans réseau associatif. Un groupe de travail migrant international a commencé une réflexion dans ce sens. Les propositions issues du séminaire permettront de nourrir et d'enrichir cette dynamique.

Dr Martine DEVRIES et Dr Christine LARPIN

## A - PRESENTATIONS (26 JUIN)

---

Animateur : Jean-François CORTY - Responsable des Missions France

### ► PRESENTATION DE LA MISSION MIGRANTS LITTORAL 59/62 DE MEDECINS DU MONDE

#### Christine LARPIN

Co Responsable du Groupe France / RM mission Gourbi de Berre / Marseille

Venue à Calais en 2009, j'ai rencontré les bénévoles et acteurs des missions nord littoral. J'ai vu une violence faite à des hommes, des femmes et des enfants, chassés comme des parias. Des exilés et des réfugiés sans protection dans le pays où ils habitent et dans les pays d'où ils viennent sans droit d'asile ni protection internationale. Des hommes en errance. J'ai vu le désarroi et la mobilisation des équipes confrontées à cette violence. La matinée leur est consacrée.

L'Observatoire de l'accès aux soins sera présenté par Nadège DROUOT avec un focus sur Mayotte.

Nous avons voulu élargir notre débat aux terrains où MdM est présent à l'international. Les hommes migrants ont un parcours singulier et sont confrontés à un système de contrôle législatif de plus en plus restrictif qui fait d'eux des "hors la loi". Les intervenants d'aujourd'hui vous donneront plusieurs éclairages dans une perspective « ici -là bas » suivi d'une approche sur les conséquences de cette violence sur leur santé psychique.

Afin d'aborder les questions juridiques et législatives auxquelles se heurtent les personnes migrantes et les équipes sur le terrain, Martine DEVRIES a réuni les partenaires de « Terre d'errance », de "Migreurop" (<http://www.migreurop.org/>), et des juristes pour la table ronde de dimanche matin où le projet « HUMA » (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) vous sera également présenté.

Il y a deux siècles Kant écrivait: " *Il serait crucial pour la race humaine de concevoir, d'élaborer et de mettre en pratique des règles d'hospitalité mutuelles, car nous vivons à la surface d'une planète sphérique.*"

#### Martine DEVRIES

RM Mission Migrants Nord Littoral / Calais

En 2002 le camp de Sangatte a été fermé de manière brutale et tous les migrants se sont retrouvés à la rue. On a fait appel à MdM et des bénévoles sont arrivés. Un de Valenciennes, un de Paris et les choses ont commencé à se structurer. Les soins ont donc été assurés. La présence d'une infirmière très dynamique a émergé et une vieille camionnette a été mise à disposition. Des soins ont pu être mis en place localement avec l'aide du « Secours Catholique ». Mais c'est resté très difficile.

Ensuite, il y a eu un intermède « MSF ». Ils ont débarqué avec une camionnette super bien équipée, un médecin, une secrétaire trilingue, une coordinatrice et un logisticien et ils se sont mis à faire du travail efficace et bien organisé avec du recueil de données. Nous avons démarré une négociation pour l'ouverture d'une PASS. Depuis déc. 2006, on a une Permanence d'Accès aux Soins de Santé à Calais mise en œuvre par l'hôpital avec du personnel salarié. La PASS est ouverte du lundi au vendredi, que l'après-midi. Il y a un

médecin qui consulte, une infirmière, une assistance sociale une fois par semaine, un interprète. MdM a donc arrêté, après débat, de faire des consultations, estimant que c'était du ressort de l'Etat d'assurer les soins.

Les soins sont assurés par la PASS, par l'hôpital quand il s'agit de soins d'urgence, par l'Aide Médicale d'Etat lorsque ce sont des gens qui relèvent de AME et par la CMU lorsque ce sont des demandeurs d'asile qui ont vu leur demande acceptée.

La PASS : c'est une petite maison avec une salle d'attente et deux douches. Aucuns soins dentaires proposés et une ambiance du style "dispensaire africain", donc pas très propice à l'entretien personnel et serein. La personne qui fait pivot dans cette PASS est l'infirmière. En revanche, les médecins se succèdent.

Les conditions de vie à Calais sont des conditions d'extrême précarité : pas de toit, pas d'endroit pour manger assis, très peu de douche (en ce moment 50 douches pour 300 personnes). Un vestiaire qui est tenu par des bénévoles tous les 15 jours et surtout un harcèlement policier de tous les instants, même nocturnes. C'est-à-dire que même dans les pires squats, ils sont réveillés 5 fois par nuit par les contrôles policiers.

Les associations de bénévoles assurent les repas, les vestiaires, l'accompagnement aux demandes d'asile et aux différentes démarches administratives. La PASS est en ville mais un peu éloignée et donc l'accompagnement se fait sur le lieu de soin et ensuite à l'hôpital s'il y a un transfert. La municipalité n'a pas envie d'aider, à la différence de Dunkerque. Elle est tenue à l'hébergement « Grand froid ». Elle met donc à disposition, dans cette éventualité, une ancienne salle de sport qui est gérée par les associations. Cette salle est chauffée, elle n'a pas d'eau et il n'y a pas de toilettes. Elle héberge 100 -150 personnes.

Ceux qui sont à Calais n'ont qu'un objectif : passer en Angleterre. Au fil du temps les contrôles sont de plus en plus durs et les migrants passent de moins en moins. Il y a un objectif secondaire : la demande du droit d'asile. Depuis l'automne dernier un bureau a été ouvert pour l'accompagnement, depuis le démantèlement de la Jungle. Avant, il fallait aller à Arras à une heure et demi de Calais. Puis, il y a les gens blessés ou qui se sont découvert des maladies à Calais et qui ont recours à une demande de séjour pour soins. Pour quelles pathologies ? Tuberculose, tumeur, pathologies graves, pour lesquelles les passages en camion sont problématiques. Il faut dans ce cas là, le certificat d'un médecin agréé. On va donc contacter le médecin concerné, on lui explique la démarche à faire, et là tout dépend de la bonne volonté de la personne. C'est ça l'accès aux soins.

L'action de MdM à Calais ne concerne pas les consultations. C'est une présence active au comité de pilotage de la PASS. C'est dans la distribution, lors du démantèlement des squats, de matériel de survie, c'est le soutien aux actions des différentes associations. C'est du soutien au réseau de bénévoles des grandes et petites associations. Car ils ne sont pas toujours formés.

## **Mathieu QUINETTE**

### **Coordinateur Mission Migrants Nord Littoral**

Moi, ça fait un an que je suis là. Je suis coordinateur de la mission « Migrants Littoral ». Calais c'est une situation d'urgence permanente. Une situation différente des autres de par la concentration des migrants, par le fait qu'ils sont visibles et en ville, et à cause du harcèlement policier qui est très intensif. Depuis un an les événements plus marquants ont été la mise en place d'une action de traitement de la gale en partenariat avec une douzaine d'associations. On a mis en place cette action pour 1000 personnes en une semaine et puis,

face à cette initiative de MdM, la préfecture a décidé de lancer elle-même en moins de 48 heures une action contre la gale, et nous avons donc annulé notre intervention. Notre objectif étant de ne pas se substituer à l'Etat mais d'aider l'Etat à prendre ses responsabilités.

Un événement important : c'est la destruction de la Jungle de Calais l'année dernière. Les gens vivent dans des abris de fortune et le maigre abri qu'ils avaient, leur permettait de se reposer, d'avoir un brin de toilette, de se préparer à manger. Depuis la destruction de la Jungle les migrants n'ont plus rien. Les autorités détruisent tout : les couvertures, les tentes, les effets personnels. Et ça se passe tous les jours.

A propos de la position de la mairie, elle fait le minimum pour les migrants. Elle se présente comme auxiliaire des forces de l'ordre parfois et la position des élus est de dire que c'est un problème qui les dépasse. Que c'est la responsabilité de l'Etat. Ils ne veulent pas investir du temps et de l'argent. En ce qui concerne le harcèlement policier ; malgré la présence du HCR, malgré les communiqués, malgré les prises de position, rien n'y fait. La seule solution est peut-être, d'assembler des témoignages au niveau inter-associatif pour aller porter plainte à la Communauté Européenne des Droits de l'Homme.

Les associations calaisiennes assurent l'urgence depuis dix ans et elles recueillent du témoignage. Les droits des personnes sont bafoués tous les jours, les droits de l'Homme ne sont pas respectés mais malheureusement nous sommes tellement débordés que nous n'arrivons pas à prendre de la distance et c'est un peu l'objectif du séminaire aujourd'hui.

## **Benoit SAVATIER**

### **Rm Mission Migrants Nord Littoral /Dunkerque**

A Dunkerque on est un peu moins désespérés qu'à Calais.

On existe depuis 2006. C'est à la fin de l'action de MdM sur Calais que Martine et d'autres, nous ont demandé de nous mobiliser, mais on avait été sollicités par d'autres associations de Calais, surtout « SALAM » qui apportait de la nourriture sur le camp de Loon-Plage. Ils trouvaient que ça aurait été bien d'apporter des soins coordonnés avec la nourriture. Il y a du monde. On a trois Jungles peuplées, relativement visibles et tolérées par la population. On travaille pour faire en sorte de lever des résistances, on lutte contre les préjugés et on demande aux mairies d'aider et de nous laisser aider. On a demandé une présence médicale et notre débat était : est-ce qu'on fait venir les migrants en camionnette pour les soigner à Emmaüs ou on les soigne sur zone ? On a opté pour cette deuxième possibilité. Pendant deux ans on a soigné les gens au coffre des voitures avec d'autres migrants qui regardaient derrière. Pour les médicaments, on arrivait à se débrouiller. MdM payait une facture aux pharmaciens, mais avec le dispositif PHI, on s'est beaucoup améliorés.

On a constitué un groupe d'infirmiers bénévoles. Bénévoles ne veut pas toujours dire « militant » et on s'en aperçoit aujourd'hui, parce que sur le groupe des 22 personnes, on est 8 ou 9 dans la salle. Des quantités de médecins ou d'infirmiers qui auraient eu envie d'aller en Afrique ou en Asie, ont retrouvé tout d'un coup, les Africains à leurs portes, et on s'est aperçu qu'on pouvait faire de la médecine humanitaire sans aller passer un an de sa vie à l'étranger.

On a fini par avoir une ambulance offerte à MdM. Malheureusement, il y a eu un feu là où elle était garée à Emmaüs et on est restés sans ambulance pendant 6 mois. Parmi nous on avait un médecin qui travaillait aux sapeurs pompiers. On a fini par avoir une ambulance déclassée des pompiers. On l'a repeinte en blanc et la camionnette est devenue un cabinet de consultation mobile. Puis il a fallu compléter l'équipe. Et les gens qu'on appelait nous remerciaient. Maintenant on est un groupe de 11, entre médecins et infirmières. Il n'y a

jamais eu de problèmes de recrutement. On était étonnés du dynamisme. On se retrouve en salle paroissiale, on est logés. « SALAM » a son vestiaire et prépare à manger, nous, on a notre infirmerie. On se regroupe et on part ensemble avec deux camionnettes, dont une qui délivre la nourriture. On essaie d'éviter de délivrer les vêtements le même jour que les soins, car les vêtements ça chahute un peu.

« SALAM » est l'association historique qui emmène la nourriture et les vêtements. Emmaüs a actuellement l'aval de l'hôpital pour les convalescences. Il nous sert de façon informelle de lien pour les soins de santé et il loge une dizaine de migrants qui suivent des soins post hospitaliers. On a découvert le « Secours Catholique » qui travaille essentiellement sur le camp de Loon-Plage. On a travaillé avec les mairies, la communauté urbaine et on essaie d'entrer en lien avec le port autonome de Dunkerque.

En ce qui concerne les mairies, on a des relations très étroites avec la mairie de Grande-Synthe qui nous donne un bureau par l'intermédiaire des centres de santé. MdM est logé par la mairie, la camionnette est garée dans les ateliers municipaux et la mairie emmène aussi bien des douches pour les migrants que des tentes chauffées pour l'hiver. Les services techniques nous procurent du terril pour les chemins. Il y a un gros travail de partenariat et un débat sur les rapports entre les migrants et les populations locales, parce qu'on a eu quelques épisodes fâcheux de violence récemment entre les migrants qui étaient sortis de la Jungle et des bandes de jeunes.

On a travaillé avec la mairie de Loon-Plage et il y a eu un gros changement. La mairie était inquiète des échos de la presse. Les associations l'accusaient d'être anti-humanitaire et maintenant on a réussi à renverser la situation en faisant de la mairie un partenaire. Ils ont ouvert des douches, des tentes chauffées qui n'ont pas été malheureusement exploitées. On ne sait pas si c'est parce que les tentes n'ont pas été montées sur leur lieux de vie, mais à distance ou pour d'autres raisons encore. La mairie de Loon-Plage se déresponsabilise en disant que c'est le port autonome qui est propriétaire des lieux.

Sur Tétéghem il y a eu des rapports tendus avec la mairie. On les a à l'œil. Une ou deux fois par an on assiste à des destructions de Jungles et ces destructions sont vécues de façon dramatique par les migrants. Le procédé est toujours le même : la PAF, (la police aux frontières) emmène tout le monde en autocar pour un contrôle d'identité, garde les gens 24 heures et pendant ce temps les pelleteuses viennent casser tout ce qui ressemble à un abri. La mairie de Tétéghem a dit qu'elle ne le referait plus, mais après elle a envoyé le personnel communal pour démolir à nouveau sous des prétextes d'hygiène.

On a beaucoup de travail pour casser les préjugés et créer des liens.

Au niveau de l'hôpital, on a eu beaucoup de difficultés pour lancer la PASS et actuellement on a réussi à créer un esprit PASS, même si ce n'est pas encore l'idéal. On a un tout petit peu harcelé les hospitaliers, et réussi à faire comprendre que ce n'était pas sur leur paye qu'on allait soigner les patients, que ce n'était pas non plus la sécu, ni la ville, qu'il y avait des budgets pour ça, que c'était la PASS. On a vu que pour l'hôpital, c'était plus facile de se faire payer pour « soins urgents ». On a eu beaucoup de mal pour que les gens soient bien soignés. Les patients sortaient avec des ordonnances pour aller à la pharmacie de la Jungle, alors qu'il n'y a pas de pharmacies dans les Jungles ! On a donc dû mener des luttes très importantes pour que les gens aient leurs médicaments à la sortie de l'hôpital. On a aussi lutté pour que les patients n'arrivent pas, seuls aux urgences. C'est sûr que quand un migrant arrive accompagné par un humanitaire, il attend 5 fois moins que quand il arrive



seul. On a réussi à avoir une présence à la CMU et à la réunion des cadres infirmières pour leur expliquer tout ceci. Maintenant ils ont une liste de personnes pour les sorties. En ce qui concerne la police, on n'a pas les mêmes problèmes sur le Dunkerquois qu'à Calais. Notre PAF est plutôt respectueuse. On peut presque dire que ce sont des partenaires. Les passeurs ont peur de la PAF, et ça c'est pas mal. Ceux qu'on n'aime pas du tout, ce sont les Brigades de Lille. Ils sont beaucoup plus violents.

Les pathologies : on a beaucoup de traumatologie et pas mal de gens arrivent en France avec des pathologies anciennes : blessures de guerre, séquelles d'accidents de voitures. Il y a de nouvelles pathologies liées à leur nouvelle vie ici, ils sautent des camions en marche, il y a de la défenestration pour se sauver...il y a des rixes avec les passeurs, entre communautés, entre migrants et chauffeurs...Il y a un problème de gale considérable. Pour les douches on a des gros soucis sur le Calaisis. Un certain nombre de gens viennent voir le médecin pour avoir un ticket prioritaire de douche, parce qu'on ne peut pas doucher tout le monde. Parfois, il y a eu dans le Dunkerquois de l'instruction par les passeurs pour empêcher les gens d'accéder aux douches. D'où tous les problèmes d'hygiène : les mycoses, les gales, les infections ORL, car ils vivent dans des conditions terribles. Nous avons aussi des problèmes de gastro et d'ulcère. Le stress crée beaucoup de problèmes de gastrites.

Il y a des problèmes gynéco-obstétriques assez importants : IVG, contraception... Les Erythréens voyagent souvent avec des femmes, les Kurdes aussi et on a eu des problèmes de grossesses à régler : le cas notamment d'une femme qui arrivait à terme de sa grossesse, elle avait quitté le Calaisis, était arrivée à Loon-Plage et il y a dû y avoir une décision de césarienne en urgence. Elle a été récupérée finalement par le « Secours Catholique ». Il y a trois ans, on a eu une situation terrible d'une jeune femme kurde qui était enceinte de 5 mois et à force de monter et sauter des camions elle a fait une rupture de la poche des eaux. On l'a mise sous antibiotique. En sautant des camions elle perdait ses médicaments et à l'hôpital ils ne voulaient plus lui en donner. Finalement, on a décidé de faire une interruption de grossesse thérapeutique. Ce cas qui devait être présenté à la réunion qui se tenait deux fois par semaine, était comme par hasard oublié et finalement ça s'est fini par un accouchement catastrophique.

Il y a des problèmes dentaires. Les hospitaliers ont compris qu'ils ne devaient pas donner des rendez-vous six mois après, puisqu'ils prenaient rendez-vous pour Durand et finalement on emmenait Dupont, parce que Durand on l'avait perdu entre-temps.

On a des problèmes de pédiatrie, notamment chez les Afghans avec des garçons de 13-14 ans. On a des problèmes de faux âges.

En gros, il y a un esprit de PASS qui fonctionne. C'est pratiquement impossible de créer une AME, d'obtenir un droit d'asile. Les droits au séjour pour soins, ce n'est pas facile. Ce qui est sympa à Dunkerque, c'est l'esprit inter-associatif. On a des bénévoles qui font du lien et les droits sont beaucoup plus respectés quand il y a des témoins.

## **Mathieu QUINETTE**

Coordinateur mission « Migrants Nord Littoral »

Je vais vous présenter la situation sur le terrain.

Loon-Plage est à une douzaine de km de l'hôpital qui est situé au centre ville de Dunkerque. Grande-Synthe à 8 kms, Tétéghem à 5 kms. Cette distance joue sur l'accès aux soins. Les migrants sont invisibles mais pour accéder aux services de la PASS, ils doivent faire des kilomètres. Sur les droits AME : le problème est que les migrants sont dans une logique de mobilité, de transit. Pour eux, s'engager dans des démarches d'AME est impossible.

On a trois lieux sur lesquels on intervient à Dunkerque. On fait trois sorties par semaine et en moyenne on a entre 150 et 200 personnes. A Loon-Plage on a entre 70 et 80 personnes. Sur Grande-Synthe entre 40 et 70 et à Tétéghem, je dirais entre 35 et 70.

Il s'agit de populations très variables et très mobiles. Le positionnement des clans n'est jamais anodin : à Loon-Plage les migrants vivent dans un campement à côté du parking des ferries. Ils montent dans les camions qui embarquent sur les ferries. Mais malheureusement la police fait des contrôles. Grande-Synthe et Tétéghem sont situés près d'aires d'autoroutes. Les campements sont toujours placés près des ferries et des aires d'autoroutes. Les migrants vivent dans des abris de fortune, faits de plastique et de couvertures. L'accès à l'eau est difficile. Il n'y a pas de gestion des ordures, ni des excréments. Si 40% de nos patients ont des problèmes de dermatoses ce n'est pas par hasard. En 2009, on a fait 126 interventions et on a rencontré 1900 patients, une moyenne de 15 patients par intervention.

Les pays d'origine : 70% des gens rencontrés sont des Afghans, des Irakiens. 20%, des Iraniens ; 6%, des Vietnamiens, et puis des Pakistanais, des Soudanais, des Albanais, alors qu'à Calais on a trouvé toutes les nationalités et toute la corne d'Afrique : Soudanais, Erythréens, Somaliens et Ethiopiens. Les patients : on n'a presque pas de femmes sur les Jungles. Elles ne sont jamais seules. La population est jeune : entre 15 et 25 ans. Et parmi cette population il y en a 30% qui se déclarent mineurs.

Au niveau des activités policières : ici on a la PAF et les migrants ne fuient pas quand ils arrivent. On est en lien avec eux, ils nous passent des infos, ils nous mettent en garde sur des événements de sécurité qui peuvent arriver. Les policiers des PAF répertorient les gens qui sont sur les squats. Une fois par semaine, ils passent et ils donnent parfois des APRF (Arrêtés Préfectoraux de Reconduite à la Frontière). Un papier qui établit que la personne doit être renvoyée dans son pays. La personne a 24 heures pour contester le papier qu'elle a signé. Malheureusement, elle ne sait pas ce qu'elle a signé et le fait de ne pas contester ce papier fait qu'elle n'a pas de couverture, ni de logement, ni d'allocation. Ce papier est utilisé comme papier d'identité par les policiers, comme ça ils arrivent à faire un suivi de la population. Parfois, ils font des arrestations ciblées pour arrêter des passeurs.

En ce qui concerne la destruction des campements : le camp de Loon-Plage a été démantelé deux fois, le 17 juin et le 17 novembre à coup de bulldozer et pelleteuse par la PAF et le port autonome de Dunkerque. Le lendemain, les associations ont distribué du plastique, des palettes de chez Emmaüs, des couvertures de « SALAM » et les migrants au bout de quelques heures, ont reconstruit à l'identique des abris. Autre destruction à Tétéghem, en avril dernier par la PAF par les agents municipaux. Ça fiche un coup aux migrants, mais aussi aux associations, car quand on parle de destructions, on ne parle pas que des abris, mais aussi des médicaments qu'on a distribués. Ce qui fait qu'on leur a demandé plutôt de confisquer ces médicaments et de ne pas les détruire, car ils coûtent chers.

Pour ce qui est des mairies : il y a des efforts qui sont faits. Il y a des douches qui sont mises à disposition. Des tonnes d'eaux approvisionnées régulièrement. Il y a donc des petites choses que font les mairies. C'est différent de Calais.

Les activités à Dunkerque : on est inscrit dans le réseau inter-associatif. Il y a une multitude de sites. On en a trois. Sur chaque site un grand nombre d'associations qui interviennent. Il y a une organisation communautaire particulière, mais il y a une synergie qui nous permet d'être complémentaires.

Les Jungles sont réparties de la Bretagne jusqu'à la Belgique. Dans tous les villages dès qu'il y a des migrants, on trouve tout de suite un élan de solidarité. On a une activité de cliniques mobiles. Une fois par semaine on intervient sur un des sites. On a une équipe de 11 infirmières-médecins bénévoles et on distribue des médicaments gratuitement. On dirige vers la PASS et on fait partie du comité de pilotage de la PASS. A terme, on aimerait qu'il y ait une PASS mobile, parce qu'on n'est pas là pour faire le travail de l'Etat.

Moi, ça fait un an que je suis arrivé. Il y avait un coordinateur à mi-temps et moi-même, je travaille à plein-temps. Il y a un stagiaire juriste qui vient de me rejoindre pour trois mois, qui travaille sur la situation des mineurs isolés étrangers. On a un logisticien pour trois mois qui travaille pour améliorer la situation sanitaire des migrants sur les camps, dont l'accès à l'eau, la gestion des déchets, des excréments...

Il y a d'autres associations avec lesquelles nous sommes en lien, qui sont basées à Steenvoorde entre Lille et Dunkerque et à Norrent-Fontes. Dans ces villages il y a des camps d'Erythréens avec des bénévoles qui gravitent autour, dont un référent médical avec lequel MdM est en lien. Les référents médicaux mobilisent des médecins qui font des soins, à titre gratuit. MdM demande à ces référents des informations sur les droits des migrants, va rencontrer les gens des hôpitaux et paye les frais de médicaments de cette association.

Les blocages : les migrants qu'on rencontre présentent des problèmes de langage. Si la personne ne parle pas anglais, on invite un de ses amis pour la traduction. On n'est pas donc jusqu'à 100% sur le secret médical.

La culture des médicaments : les Afghans disent que si on ne sort pas avec un sac entier de médicaments on n'est pas de bons médecins. Sur les sites on va avoir le coin des Vietnamiens, le coin des Afghans, le coin des Erythréens. Une reproduction des pratiques qui se fait dans leurs pays : difficile par exemple de mélanger les « Hazaras » et les « Pachtouns ».

On a une forte mobilité des populations. Quand on va donner un rendez-vous à une personne, il faut se déplacer de Dunkerque jusqu'au camp, et parcourir entre 5 et 10 km. Il faut aller chercher la personne sur le camp et la personne entre-temps, peut avoir été arrêtée par la police, peut avoir passé la frontière ou être partie en Belgique. Pour cette raison c'est très difficile pour nous. Ce sont des gens qui veulent passer la frontière, donc ça change au niveau de l'implication sur le camp, sur la gestion des déchets. Cette logique de transit fait qu'il y a un fort « turn over » de la population. Si à cela, vous rajoutez que ces gens sont en situation irrégulière et donc constamment méfiants, il y a un travail de confiance avec ces personnes à faire.

On a mis des panneaux pour leur expliquer ce que c'est qu'une association, qu'on est indépendant, qu'on n'est pas de la police. Mais il faut savoir qu'en même temps, les passeurs leur disent que nous, on est de la police. Ils ont tout intérêt à éloigner les humanitaires des migrants. Ce sont des individus qui n'ont aucun lien de parenté. Il peut y avoir des Imams dans les communautés, mais généralement celui qui fait régner l'ordre c'est le passeur ou le gestionnaire du camp.

Qu'est-ce qui fait qu'un passeur est un trafiquant d'êtres humains, qu'est-ce qui fait qu'un passeur est un prestataire de service ?

C'est le lien de dépendance que les passeurs vont entretenir entre les migrants et eux-mêmes. Plus les migrants vont être isolés, sans accès aux bénévoles, plus ils vont être dépendants du passeur pour avoir de l'eau, pour pouvoir s'habiller, pour avoir accès aux soins. En tant qu'humanitaires, on est une sortie de secours. Ils sont complètement coupés de la société française, ils sont invisibles. Les passeurs depuis la destruction de la Jungle de Calais essaient de plus en plus de mettre de la distance entre les migrants et les humanitaires. Parfois les passeurs empêchent les gens d'aller à la douche, à l'hôpital, de

bénéficier des tentes de « Grand froid » et font de l'intimidation aussi. Il y a eu des événements d'insécurité sur le camp de Grande-Synthe : au mois de janvier un policier s'est fait agresser ; au mois de février un gars qui s'est fait tirer dessus ; au mois d'avril un gars qui s'est fait poignarder ; moi, qui me suis fait courir après, avec un couteau. Quand on va sur le camp et qu'on nous dit : « *You're the police, you're the police !* », c'est qu'ils essaient un peu de nous intimider. Tout ça pour dire que ce n'est pas un lieu d'intervention facile.

Du point de vue politique, notre intervention n'est pas non plus appréciée. On connaît tous, le délit de solidarité. Comme on est MdM, on n'a pas beaucoup de problèmes, mais on a toujours l'épée de Damoclès sur la tête et à chaque moment, on risque de se faire contrôler.

L'accès aux soins : il y a des choses qui existent mais c'est difficile, il faut quitter Dunkerque, faire 15 km. La consigne est de ne jamais aller sur le terrain seuls et jamais la nuit. Il ne faut jamais arriver sur le camp le matin car la personne qu'on va chercher d'habitude dort, si elle est encore là : elle a essayé de passer la frontière toute la nuit. Une fois arrivés à l'hôpital, il faut prévoir plusieurs heures d'attente. Puis on a le retour à faire. Chapeau aux bénévoles qui font ça.

Très difficile d'avoir des infos sur les patients.

Une fois j'ai essayé de rajouter deux colonnes à notre questionnaire : « *Depuis quand tu es arrivé en France ?* », « *Depuis quand tu as quitté ton pays ?* ». Les gars ont eu peur que je sois de la police. C'est très difficile de faire un suivi parce que les gens bougent tout le temps. L'impasse pour les migrants, c'est que sur le Dunquerkois il n'y a aucune association qui fait de l'information sur l'asile. Il y a juste « France Terre d'Asile » qui le fait plus ou moins, toutes les 3 semaines.

L'hébergement est problématique, que ce soit pour les malades que pour les demandeurs d'asile. Aujourd'hui, s'il y avait un hébergement de prévu pour les demandeurs d'asile, il y aurait entre 10 et 20% de personnes en moins dans les Jungles.

Que fait M. Besson ? Il met la pression sur les migrants et bloque la frontière. Forcément les migrants sont désespérés et réfléchissent à rester ici, mais on n'a rien prévu pour ceux qui restent. On ne voit jamais de représentants de l'Etat sur le terrain. Pour donner des coups de bâton oui, mais pour donner de l'information sur l'asile et aux mineurs (25 à 30%) il n'y a personne.

### **Jean François CORTY** Coordinateur des Missions France

Je suis médecin et je suis coordinateur des Missions France, j'ai la responsabilité d'animer cette matinée.

Les missions France c'est une centaine d'activités qui s'articulent autour de la prise en charge des usagers de drogue, des travailleurs du sexe, des migrants, des SDF avec un travail transversal sur le diagnostic et la prévention de la tuberculose, du VIH et des hépatites. Dans ce contexte-là, plusieurs missions qui développent des modalités sur des activités fixes qu'on appelle les Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation où des infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux facilitent l'accès aux soins. Ils produisent dans un premier temps des soins et accompagnent l'ouverture des droits vers le droit commun. Les activités mobiles (70 activités mobiles) permettent d'aller vers des squats ou dans des lieux reculés.

Martine, Benoit et Mathieu ont expliqué très bien la notion d'urgence permanente dans un contexte de quasi non droit avec des attitudes nouvelles : je pense à la capacité des acteurs

étatiques à produire de la violence et de la crise sanitaire en participant au harcèlement des migrants, en rendant difficile le travail des associations et en manifestant des formes d'entraves à l'action qui se précisent surtout sur Calais et Dunkerque mais que l'on voit émerger aussi à l'échelle de la métropole et sur les territoires en voie de départementalisation comme Mayotte. Ce qui est intéressant pour nous c'est de jeter un regard sur ce contexte changeant, sur le besoin d'innover le dispositif opérationnel et les moyens ; d'apporter des réponses adaptées à des besoins nouveaux qui s'affichent. Là on voit bien que ces populations que MdM à l'habitude de suivre en Afghanistan, sur la corne de l'Afrique ou dans d'autres pays, sont ici et elles nous posent des questions opérationnelles.

Comment peut-on leur apporter des soins pertinents dans un contexte où d'autres acteurs peuvent les prendre en charge, comment participer à améliorer les conditions d'hygiène et comment proposer un accès à de l'eau, à des latrines, à des produits de première nécessité ? Bref, les questions qui se posent lorsqu'on intervient au Darfour ou dans des camps au Kosovo, s'imposent à nous ici sur le territoire français.

Je vous laisserai la parole pour pouvoir débattre autour de ce besoin d'innovation opérationnelle et sur comment produire une assistance qui soit adaptée aux besoins, dans un contexte sécuritaire très marqué et qui nous renvoie encore une fois à des expériences internationales autour de la question des passeurs, de la violence, du fait que nous alimentons, d'une certaine manière, l'économie de ces passeurs ou de ces trafics lorsque ces passeurs peuvent conditionner l'accès aux travailleurs humanitaires au travers des différentes transactions financières. Ce sont des choses qui ne sont pas nouvelles et que l'on constate aussi sur d'autres terrains ou lorsque l'on fait de la distribution d'autres matériels. On se retrouve face à des logiques de captation des matériaux humanitaires distribués en amont aux bénéficiaires.

Je vous passe la parole et on peut élargir autour de comment apporter une aide pertinente et de qualité et comment faire du plaidoyer autour de cette problématique singulière de Dunkerque et de Calais. On voit qu'il s'agit d'une vitrine de la concrétisation de la politique migratoire du gouvernement actuel comme ça peut l'être notamment sur Mayotte. On voit bien que cette tendance de radicalisation s'affiche, je vais vous laisser la parole pour que vous puissiez vous exprimer.

### **Fabrice VELSAQUE**

Je fais partie du groupe de médecins qui intervient sur la région dunkerquoise. La PASS non mobile c'est le « leitmotiv » des centres hospitaliers. Je suis aussi médecin hospitalier et ça fait six mois qu'on me dit: « Fabrice, dis à Benoit que ce n'est pas la peine de demander la PASS mobile, il ne l'aura jamais ! » La logique face à l'obstination dont vous parliez tout à l'heure des collectivités et de l'Etat, je ne sais pas comment on peut la contourner.

Benoit a parlé des « Lits Halte Soins Santé ». Ce sont des lits qui existent maintenant depuis deux ans, pour lesquels il y a une promotion au niveau national et leur objectif est de permettre à des gens qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers de se soigner chez eux. Le problème est que ces gens n'ont pas de chez eux. En 2011 dix places de lits vont s'ouvrir et je ferai partie des médecins qui vont participer aux soins pratiqués dans ces lits sur Dunkerque pour des fractures, des plaies importantes.

Avec Benoit et d'autres, nous serons maîtres de stage, c'est-à-dire que nous participons à un enseignement de la médecine générale à la faculté et dans nos cabinets pour les futurs

généralistes et c'est là qu'on commence à faire reconnaître, dans la formation des médecins, l'expérience humanitaire sur le territoire français comme une expérience qualifiante.

### **Pierre RYCKMANS**

Médecin salarié / CASO de Bruxelles /Expérience de 10 ans sur des projets migrants en Belgique.

Est-ce qu'on peut aller plus loin dans la collaboration avec la police ?

Mathieu affirme que plus les migrants sont isolés, plus ils sont à la merci des passeurs et l'objectif de la police ce n'est pas que les migrants soient à la merci des passeurs. Il y a donc là quelque chose de l'ordre de l'action commune. De même que l'absence de soins de santé, l'absence de visibilité des populations peut, à terme, poser des problèmes de sécurité à l'ordre public. Même le Ministère de l'Intérieur a intérêt à ce que ces populations soient prises en compte. Nous, sur les projets près d'Ostende, on avait une excellente collaboration. Il n'y a pas très longtemps, on avait un projet de collaboration entre MdM et MSF sur la même problématique et la police venait nous emmener les gens. Ils étaient contents de le faire, sinon c'étaient eux qui devaient le faire.

Est-ce qu'il y aurait moyen de savoir combien de temps les gens passent ici et de connaître le taux de gens qui vont en asile ? Où est-ce qu'on doit mettre nos priorités, dans la survie, dans la formation juridique ou ailleurs ?

Quand je dis que Mathieu a peut-être répondu à la question, c'est parce que c'est difficile d'avoir ces informations. Les gens sont très méfiants parce qu'ils ne savent pas à quoi vont servir ces informations et ils ont peur de brûler leurs propres réseaux pour aller en Angleterre. Une solution pourrait être de leur donner des cartes postales pour qu'ils nous les renvoient une fois qu'ils sont arrivés. En Belgique on avait eu des gens qui nous avaient écrit après. Faciliter ce type d'information ça pourrait nous donner une idée de ce qui se passe.

### **Lily BOILLET**

Présidente de l'association « Terre d'Errance »

Sur la 26 en direction de Calais, il y a des gens qui passent et il y a un collectif de bénévoles depuis 4 ans et une association depuis deux ans. On a connu il y a quelques années, une problématique de violence, de trafic humain. On est dans la formule, prestataire de service. Je suis un peu gênée par l'éventualité d'une collaboration avec la police. C'est clair qu'on est en France et quand il s'agit de problèmes de sécurité, on fait appel à la police. Mais la ligne est claire entre ce que les bénévoles peuvent apporter et le travail de la police. Il ne peut pas y avoir de confusion de genres, parce que sinon on couperait les migrants de cette source d'informations neutre.

Quand on décortique l'intégralité de la situation humanitaire, mais aussi administrative et politique on se dit : la police et la mafia, c'est le même combat ! Car la mafia veut faire passer les migrants puisqu'ils représentent une source d'argent : entre 400 et 1500 euros, et la police a pour but qu'ils ne restent pas. On aurait autrement des salariés de l'Etat qui viendraient apporter des infos sur leurs droits aux populations migrantes et on aurait des places d'hébergement. Mais il ne faut surtout pas dans leur logique, rendre la région attractive.

On continue à dire aux migrants qu'ils ont le droit d'être protégés contre les menaces physiques et qu'ils peuvent se retourner, s'ils reçoivent des menaces, vers quelqu'un. On n'a pas les CRS, en revanche on a beaucoup la PAF. Ce qui me fait croire que chaque

corps de police adapte son comportement en fonction de la situation sur le terrain. Dans notre cas c'est la gendarmerie qui, si elle détecte un malade, nous appelle ou l'emmène à l'hôpital. Le sale boulot est fait par la PAF, c'est eux qui débarquent et sont beaucoup plus violents que la gendarmerie car ils détruisent le matériel. La collaboration avec les forces de l'ordre apparaît donc très limitée.

Benoit et Martine, essayez de répondre sur la question de la collaboration avec la police et sur la connaissance des profils des migrants et leurs devenir...

### **Mathieu QUINETTE**

Coordinateur mission « Migrants Nord Littoral »

Sur la police et les associations : on est en lien avec la police, en prévention, au cas où un jour on aurait un gros problème. Les migrants sont victimes du racket, de la violence. Du côté des bénévoles, il y a eu beaucoup de violence dernièrement, il y a eu des flingues qui sont sortis devant des bénévoles et des gifles qui sont parties. C'est un contexte compliqué. Il faut savoir garder une distance. Il y a des gens qui vont apporter une aide avec un grand cœur, mais dans un contexte comme ça, avoir un grand cœur, ça peut nous mettre en danger.

Quelle intervention humanitaire donc ? Quel juste milieu trouver ? Cette sécurité, justifierait-elle l'ouverture de centres d'accueils et de petites structures ?

### **Martine DEVRIES**

Rm Mission Migrants Nord Littoral /Calais

La question de la confiance entre les migrants et les bénévoles est difficile à établir. Sur le Calais, le droit n'est pas respecté par les pouvoirs publics eux-mêmes, mais quand il y a une violence c'est à la police qu'on doit faire appel. Nous on fait appel à des bénévoles très généreux, mais très peu formés, qui ont peu d'expérience et de réflexion sur ce à quoi ils s'exposent.

### **Benoit SAVATIER**

Rm Mission Migrants Nord Littoral / Dunkerque

En général, on ne signale jamais personne à la police. Quand on voit un policier sur le terrain, on lui demande ce qui s'est passé. Par rapport à la sécurité, il y a des bénévoles qui sont intervenus plus, à titre personnel et ça peut être très dangereux pour eux. C'est dangereux d'emmener les gens dans sa voiture pour les emmener à l'hôpital ; aller chercher de l'argent pour eux à la banque ; les emmener dans le coffre des voitures en Angleterre. On a vu des bénévoles qui hébergeaient des migrants chez eux et qui se laissaient manipuler par des passeurs. Et du coup il y a eu des épisodes de violence. La police a donc fait des descentes chez des gens qui avaient des relations amicales, voire amoureuses, avec des passeurs, ce qui complique les choses.

Moi qui travaille dans le Calais avec la PASS, je sais que les gens peuvent stagner quelques fois entre six mois et un an ici, ils se désespèrent... On a l'impression que les gens stagnent moins sur le Dunkerquois, mais est-ce que c'est parce qu'ils vont sur un autre camp ? C'est très difficile de savoir.

### **Josette VAUCHE /**

Militante à SALAM

Sur Loon-Plage, il y a des gens qui sont là depuis 8 mois. Il y en a qui sont partis en Angleterre et qui sont revenus, parce qu'ils ont été expulsés vers la Grèce. On ne peut pas

faire de pourcentage, mais en étant là, on peut les repérer. On sait que certains qui sont repartis sur la Grèce et travaillent avec les passeurs. Il y en a un très gentil d'ailleurs, un Afghan, mais je sais qu'il fait partie d'une famille de passeurs. Il a été incarcéré, puis il est ressorti, je sais qu'on va le revoir. Il y a 18 migrants qui sont passés dans un camion frigorifique et qui ont été arrêtés en Angleterre. Quand on en connaît certains, on arrive à savoir ce qui se passe.

Quant à la violence des passeurs on a parfois l'impression d'être manipulés. Par rapport à d'autres associations, par exemple à Grande-Synthe : ils n'ont pas conscience qu'avoir des relations amicales avec les passeurs, c'est dangereux, même pour les migrants. A Grande-Synthe les passeurs sont les premiers qui vont aux douches et ils empêchent les autres d'y aller.

Sur Loon-Plage cette nuit, il y a eu la tente d'un Afghan qui a été brûlée par un passeur... Les migrants de Loon-Plage circulent beaucoup à Grande-Synthe, ils peuvent prendre le bus sans se faire contrôler. Ils ne parlent pas français, donc les contrôleurs les laissent passer. Ce migrant afghan dont je parlais, a rencontré un bénévole d'Emmaüs et a raconté que sa tente a été brûlée, que les passeurs le menaçaient et qu'il n'a plus d'hébergement. Il paraît qu'il pleurait. On a réussi à avoir un contact hier soir, on est allés le chercher, mais on ne savait pas où le mettre. Il y en a deux à Loon-Plage qui sont dans le même cas, à la merci des passeurs qui leur disent « Vous n'avez pas d'argent, vous ne pouvez pas passer ce n'est pas la peine que vous restiez ici ! » Ça, ce sont des choses qu'on rencontre très souvent.

### **Brigitte MAITRE**

Rm / Mission Mali migrants

Je voulais juste remercier tout le monde à MdM. Il y a du militantisme qui est fait dans des conditions très difficiles de répression, de violence, d'encadrement policier, PAF... Félicitations ! Est-ce qu'il serait possible dans cet environnement de grande ville de vous faire aider par des gens sur le plan juridique ? On est un peu étonné de voir sur vos diapositives du quasi 0% de problèmes psychiatriques. Est-ce que vous avez des idées là dessus ?

### **Martine DEVRIES**

Rm Mission Migrants Nord Littoral / Calais

Dans le recueil de données, on n'a pas marqué « souffrance psy » parce qu'on a des difficultés qui tiennent des conditions de consultation pas très sereines, parfois dans les camionnettes avec en plus, des difficultés d'interprétariat. On revient à la situation de transit : ces gens sont dans la survie et ils sont très tendus par l'objectif du passage. Ils décompensent seulement après sur le mode dépressif. On ne va pas leur demander leurs problèmes sinon ils pleurent et leur objectif c'est de sauter dans un camion et de traverser.

A la PASS de Calais, il y a une proposition qui a été faite au dernier comité de pilotage par un des médecins, qui est de prendre une matinée pour recevoir des gens qui ont besoin d'entretiens d'ordre psy, mais c'est nouveau et pas encore fait.

### **Mathieu QUINETTE**

Coordinateur mission « Migrants Nord Littoral »

Concernant la violence, sur le cas de cet homme qui se fait brûler la tente : ça, c'est une violence à laquelle aussi les bénévoles sont confrontés.



On est face à des gens qui vivent dans des Jungles, qui n'ont rien, qui se font racketter et on n'a rien à leur offrir, à part du thé, un petit pansement. On n'a aucune prise en charge à proposer et cela est très difficile à accepter.

Quant à la souffrance psychologique : c'est difficile de proposer quoi que ce soit. L'autre jour on était avec Vincent dans une camionnette et on discutait avec Hassad. On a parlé 5 minutes et au bout de 5 minutes les larmes ont commencé à monter. Il nous a juste expliqué que chez lui il n'avait plus de famille, plus de sœurs, plus de frères, plus de parents, il avait tout laissé et sur la côte il n'y avait plus personne qui voulait de lui. Il ne voulait pas demander d'asile en France car il avait peur d'être renvoyé en Grèce et il ne pouvait plus payer les passeurs... C'est une détresse à laquelle nous, on ne sait pas quoi faire.

Par rapport à la CIMADE, il n'y a pas de CIMADE présente à Dunkerque, la Ligue des Droits de l'Homme est présente mais débordée par les titres de séjours. Amnesty : on ne sait pas trop ce qu'ils font. On prévoit le 18 septembre de faire une réunion à Dunkerque sur ce dispositif d'accès à l'information et à l'accompagnement.

### **Benoit SAVATIER**

#### **Rm Mission Migrants Nord Littoral / Dunkerque**

C'est évident qu'il y a une souffrance psy intense, mais comme disait Martine, les migrants sont là, à serrer les dents pour tenter de monter sur les camions. Quand on a le temps, on communique un peu plus. Mais quand on a des files de 30 personnes et puis des problèmes d'interprétariat, la file pousse et nous, on n'a plus les 20 minutes qu'il faudrait pour chaque personne.

Il y a un autre biais pour calmer cette souffrance, la consommation de psychotropes ou d'alcool. On voit des choses qu'on ne voyait pas avant, notamment sur le camp de Grande-Synthe. C'est sûr que là où il y a eu de la violence, il y a eu de l'alcool. La question qui se posait alors c'était : dans la camionnette, est-ce qu'on prévoit de l'Atarax ou pas, pour le grattage ? On s'est dit d'accord, mais pas de somnifères. Il y a une grosse demande sur les antalgiques et on sentait qu'il y avait des gens dépendants au Tramadol. La souffrance parfois, s'exprime par la demande de ces produits.

Moi j'ai une autre casquette, parce que je suis un médecin correspondant pour le Foyer CADA. Avant leur arrivée en France, pendant qu'ils instruisent leur dossier de demandeurs d'asile, les migrants sont déjà en souffrance. Quand leur demande est refusée, il y en a une deuxième et entre-temps, ils continuent à venir au cabinet. Ils sont plus apaisés, et pourtant il y a eu des viols, des fractures. Ils passent un peu l'éponge sur ce qui s'est passé et ils attaquent sur l'avenir et le présent. En tout cas, quand ils montent dans la camionnette, ils nous montrent leurs blessures de guerre, les pieds explosés, les fractures. Ils nous demandent ce qu'on peut réparer et on leur répond qu'à l'hôpital, ils ne vont réparer que l'urgent.

### **Intervenant**

Je voulais revenir sur ce que disait Josette sur la collecte d'informations. Comme j'ai déjà dit, les besoins sont tellement énormes et les associations tellement débordées par les besoins primaires, qu'on a beaucoup de mal à collecter les informations.

### **Intervenant**

Sur le témoignage : un épisode de chasse chez un des premiers patients, il y a 5 ans. Un gars qui était tombé, à qui on avait mis du plâtre, à qui on avait fait une prescription de radio

de contrôle et donné des anticoagulants. Quand on lui avait demandé les circonstances de l'accident, il avait répondu : « Je me suis pris les pieds dans une racine ! » alors que les voisins me disaient, que l'origine de la fracture c'était l'argent. Cela pour dire que c'est toujours difficile d'avoir quelque chose de solide sur lequel témoigner.

### **Claude FREMAUX**

Infirmière

Le gros problème pour nous c'est la communication. On ne se comprend pas souvent.

### **Pierre RYCKMANS**

Médecin salarié / CASO de Bruxelles /Expérience de 10 ans sur des projets migrants en Belgique.

Je suis très impatient d'entendre les témoignages de l'autre côté de la Manche, car quand les gens arrivent, je me demande si on n'alimente pas tout un réseau de passeurs, et surtout des illusions. La question devrait être posée à partir des retours de Grande Bretagne.

### **Lily BOILLET**

Présidente / Association « Terre d'Errance »

Moi, je suis allée il y a 5 mois en Angleterre pour voir ce qui se passait de l'autre côté de la Manche. En deux ans, on a vu passer entre 1000 et 1400 personnes. Tout le monde passe. Même s'il y a 2 ans, il fallait 2 à 3 semaines pour passer, et maintenant 1 mois ½, mais tout le monde passe.

Quant à savoir ce qu'on alimente vraiment, il ne faut pas se tromper de cible. Il faut se dire que les migrants et les humanitaires sont les andouilles de l'affaire, mais les migrants ne se font pas beaucoup d'illusions sur ce qu'ils vont trouver en Angleterre. Ils sont obligés d'y croire, parce que dans les conditions dans lesquelles ils sont, s'ils n'y croient pas, je ne vois pas comment ils avanceraient. Ils savent, car les bénévoles leur expliquent. Parfois ils se connectent aussi à internet pour avoir leur ex-copain de classe. Ils n'ont pas d'autres choix.

Qui alimente le système ?

On pourrait chercher plus dans les politiques européennes que chez les passeurs. On voit quelqu'un, il est en pleine forme, il ne sait pas si l'Italie ou la Grèce a mis ses empreintes dans le système, il passe une première fois. Il essaie. Il s'aperçoit que ses empreintes ont été mises. Il revit une deuxième fois clandestinement en Angleterre, puis il se fait renvoyer. La troisième fois il n'a pas un rond, il ne sait pas quoi faire, mais il connaît super bien les lieux. Il sait comment ça se passe. Et ça se passe d'une manière très violente, je le sais. Ça peut se passer avec des prestataires de service. Chez nous, il n'y a plus de violence depuis longtemps. Ce sont les prestataires de service qui finissent en tôle. Il y a un nombre incalculable de gens d'origine afghane, kurde, érythréenne qui finissent en prison au bout du troisième passage et qui se demandent ce qu'ils vont pouvoir faire d'autre. Il y a leur famille au pays qui attend, les hommes ou les filles qui s'en vont. Ça fait toute une force de vie qui s'en va. S'ils n'envoient pas d'argent, la famille au pays meurt.

### **Intervenant**

Ça s'intègre dans une stratégie de survie. Lily tu l'as bien précisé, le facteur pression qu'ils ont par rapport aux personnes, à la famille qui attend beaucoup d'eux est déterminant.

**Marie MARTIN**

Volontaire / Migreurop

Juste pour revenir sur ce que disaient Lily et Pierre en terme, d'objectifs pour MdM. Quand on voit la complexité au niveau juridique et le lien avec les politiques européennes, il est important de ne pas perdre de vue notre objectif principal qui est l'accès aux soins. Favoriser l'accès aux soins et l'accessibilité de la PASS, c'est notre priorité. Se concentrer sur quelque chose de concret. Quand il s'agit d'aborder des questions plus politiques, là, ça se passe à un autre niveau.

## ► PRESENTATION DU CONTEXTE UK

### **Intervenante : Christine LARPIN**

Co Responsable du Groupe France / Rm mission Gourbi de Berre / Marseille

Le projet London UK s'est ouvert en 2006 à Londres et je vais m'appuyer pour cette présentation sur les notes qui m'avaient été envoyées sur l'accessibilité aux soins des migrants en Angleterre et sur le système de soins anglais qui conditionne cet accès aux soins.

Après un parcours migratoire avec beaucoup de violence, d'arrestations, de passages dans les camps, ces gens vont au bout d'un chemin. En Angleterre le système de soins est fait de deux niveaux. Le premier niveau est celui de l'accès aux généralistes sectorisés où les patients peuvent s'inscrire avec la possibilité d'un pouvoir discrétionnaire. C'est-à-dire que normalement les patients doivent montrer un papier de résidence pour être reçus et les médecins peuvent s'arroger le droit de se passer de ce type de papier. Ensuite, il y a le niveau hospitalier où les patients peuvent être adressés par l'intermédiaire du premier accès aux généralistes. Dans ce système, les gens doivent montrer un papier d'identité. Toutes les personnes en demande d'asile laissent leur passeport au Ministère de l'Intérieur. Quelque chose d'absurde.

Le projet dirigé par Susan WRIGHT (MdM UK) prévoit l'implication d'un certain nombre de travailleurs sociaux. Ces travailleurs sociaux reçoivent les migrants et leur donnent des explications sur leurs droits, les orientent vers des lieux d'accueil pour pouvoir s'héberger, se nourrir, et avoir des conseils juridiques. Les soins donnés sont des soins primaires, mais il n'y a aucun travail médical important comme on le fait dans nos CASO. Le gros travail est d'arriver à trouver tout un réseau de médecins qui peuvent accueillir les patients dans leur unité de soin et puis de faciliter le suivi médical.

En ce qui concerne le soin : les urgences sont assurées gratuitement. Les gens ont accès au bilan para clinique et aux traitements gratuits, sauf pour le traitement VIH.

Pour les grossesses : les femmes peuvent être admises aux urgences gratuitement s'il y a un problème, mais elles doivent payer pour le suivi ultérieur une fois qu'elles sont rentrées dans le système de soins. Actuellement, les femmes enceintes ont beaucoup de réticences à consulter car elles ont peur de recevoir les factures après leur suivi médical. L'équipe de Londres reçoit beaucoup de personnes qui sont passées et reçoivent de nouveaux arrivants. Ils n'ont pas de données suffisantes exploitables.

### **Martine DEVRIES**

Rm mission Migrants Nord Littoral / Calais

On avait rencontré Susan WRIGHT il y a 4 ans. D'après ce que j'ai compris le rapport d'activité est mince parce que les activités sont minces et en particulier l'activité médicale. Ça tient certainement au système de santé anglais. Ils font surtout un travail de réseau.

### **Nadège DROUOT**

Chargée de mission / Observatoire France / Coordination des Missions France

Les médecins anglais sont tous salariés du système national de santé et donc l'accès aux soins est gratuit. En revanche, l'accès aux soins secondaire est payant. Tout le travail à faire est à trouver les médecins généralistes.

## ► PRESENTATION DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCES AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE DE MDM – FOCUS MIGRANTS

**Nadège DROUOT**

Chargée de mission / Observatoire France / Coordination des Missions France

A quoi ça sert de faire un recueil de données ?

L'Observatoire : je voulais vous rappeler comment il a été construit et comment il fonctionne aujourd'hui, pour après vous décrire les principaux résultats, notamment autour des migrants.

En 2000, on s'était dit que puisqu'en France, on allait avoir une réelle amélioration de l'accès aux soins avec l'AME et la CMU, on était tenus de témoigner des manques éventuels sur les populations qui allaient rester en marge de ces dispositifs. Quelques années après, on se rend compte qu'il y a effectivement des « gaps ». La CMU a été une avancée mais le durcissement des pratiques aujourd'hui et la complexité des démarches rendent l'accès aux soins très difficile.

### **L'Observatoire aujourd'hui poursuit trois objectifs :**

D'abord la connaissance des populations rencontrées pour observer les discriminations, les dysfonctionnements des dispositifs mais aussi les expériences positives. L'Observatoire est aussi un outil de plaidoyer, parce que c'est à partir de cette connaissance qu'on va pouvoir élaborer des propositions. Au regard des expertises de terrain de MdM la plus-value c'est cette expérience de terrain et de pouvoir utiliser ces données pour interpeller les acteurs politiques, institutionnels, mais aussi les professionnels de santé. Troisième objectif : petit pilotage des programmes qui permet aux équipes d'avoir des indicateurs et un regard sur leurs pratiques.

### **Comment toutes ces données sont recueillies ?**

A partir des CASO. Il y en a 21 en France métropole et à Cayenne avec un recueil de données au sein des actions mobiles. Mathieu l'a décrit tout à l'heure, le recueil de données sur les actions mobiles qui sont diverses est un tout petit peu compliqué. L'idée c'est de savoir combien ? Qui ? Les besoins exprimés et d'y répondre, de proposer des actions d'accompagnement, de la prévention, du soin. On va vers une tendance à l'amélioration. On a la possibilité de faire des enquêtes spécifiques dans des thématiques spécifiques : la dernière au niveau national dans 3 départements en matière de domiciliation pour les bénéficiaires de l'AME. Un autre exemple peut être le temps de parcours migratoire, le temps de résidence. Du recueil aussi à partir de l'observation de ce qui se passe sur le terrain. En principe, la CMU et l'AME existent sur le papier mais dans la pratique des dysfonctionnements sont constatés. Et le travail est de faire remonter les consultations de prévention, pour réfléchir à des actions locales régionales au sein des CPAM, CCAS, mais aussi des directions des Sécurités Sociales.

3 exemples d'avancées récentes obtenues avec toute l'expertise de terrain et les données de l'Observatoire : la consultation de prévention par exemple pour les bénéficiaires de l'AME. C'est un dispositif qui a été réfléchi avec la DGS (Direction Générale de la Santé) avec d'autres associations partenaires et nous-mêmes, pour travailler au contenu d'une consultation de prévention pour les titulaires de l'AME. Aujourd'hui ce dispositif est en train d'être testé dans les Centres d'examens de Santé gérés par la Sécurité Sociale à Bobigny et à Paris. Mais c'est un dispositif qui pourrait être étendu à l'ensemble du territoire dans les prochaines années.

L'obligation de domiciliation a été pendant des années l'un des principaux obstacles pour l'AME et la CMU, alors que ça existait sur le papier, mais il y avait une mauvaise application. On a obtenu une circulaire comme quoi aujourd'hui une simple déclaration d'adresse suffit

pour avoir la CMU ou l'AME. On n'est plus obligés de fournir des justificatifs comme on le demandait. Maintenant le problème est pour les personnes qui n'ont pas d'adresse.

Quelques données sur les personnes qu'on reçoit dans les centres : près de 22 000 personnes sur tout le territoire. Une population jeune de différentes nationalités : 150 nationalités, ce qui pose des questions sur la barrière linguistique. Un autre indicateur sur le temps de séjour en France. Les deux tiers sont en France depuis un moment, donc il faut s'interroger sur l'accès à l'information. Un autre indicateur sur la raison de l'émigration dans le cadre de l'enquête européenne sur l'accès aux soins, menée aussi en France à Paris, Saint-Denis et Lyon : la majorité des raisons étaient d'ordre politique, économique.

### Nadège DROUOT

Chargée de mission / Observatoire France / Coordination des Missions France

Le problème du soin à Londres n'est pas lié à l'émigration.

Et justement, c'est important parce que dans tout le débat actuel autour du maintien du droit au séjour pour soins, on va voir que les gens ne viennent pas pour se soigner et qu'ils ne connaissent pas leurs problèmes de santé avant de se lancer dans le parcours migratoire.

Les conditions de vie : 12% vivent à la rue, quelque soit leur situation administrative. Les personnes qui sont en procédure de demande d'asile : 20% sont à la rue. Quand il y a des logements, ils sont insalubres et surpeuplés. La mission banlieue est en train de faire une grande enquête sur les répercussions du mal logement sur la santé.

L'activité : une personne sur trois déclare exercer une activité pour gagner sa vie, mais dans quelles conditions ? En termes de situation administrative, dans les CASO, la moitié des personnes rencontrées est sans papiers. Un tiers des personnes est en demande d'asile. Parmi cette population, un quart est déjà débouté et parmi ces personnes 17% qui dorment à la rue sont souvent en famille et la majorité ne dispose pas de droit à la CMU. La question à se poser est pourquoi les gens qu'on rencontre dans les CASO n'ont pas de droit à la CMU (89%), alors qu'ils ne sont pas tous arrivés hier. Ce chiffre est inquiétant, il va falloir en comprendre les causes : mauvaise information, mauvaise orientation...

Juste un chiffre sur les cas de violence avérée, notamment la souffrance psy : les médecins ont repéré plus de 1 600 cas de violence. On peut aussi s'interroger sur les modalités de prises en charge. Une personne sur 5 est complètement exclue du dispositif parce qu'en délai de résidence de moins de trois mois. Leur seul recours : les PASS ou alors le « Fonds Soins Urgents », quand ça veut bien fonctionner. Un petit exemple : à la PASS de Nice une personne du CASO en France depuis moins de trois mois, a été orientée pour une suspicion de cancer. Quand elle est arrivée à la PASS ils ont voulu effectuer les examens complémentaires, en voulant les faire rentrer dans le « Fonds Soins Urgents ». Or, il s'est révélé que ça ne relevait pas de ça et la personne a reçu sa facture. Pour les personnes qui peuvent relever de la couverture maladie, ils n'y ont pas accès. Le premier problème est d'obtenir une domiciliation. Quand on ne l'a pas, la première démarche est de l'obtenir auprès des CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale). 14% seulement des CCAS pratiquent cette domiciliation sans conditions.

Tout le travail à faire par les équipes de MdM va être de travailler auprès des CCAS pour qu'ils pratiquent des domiciliations comme ils devraient le faire. Puis il y a méconnaissance des droits, du système, et des barrières linguistiques. Dans les PASS, on doit débloquer des budgets pour payer des interprètes pour que cette barrière soit levée.

Demande abusive de justificatifs : à Dunkerque la CPAM demande un RIB pour avoir l'AME ! Quand on a la couverture maladie on se confronte à des problèmes de racisme, de refus de soins: 40% de refus de la part des médecins à l'AME.

Limite des déplacements, peur de l'arrestation. L'enquête sur l'accès aux soins des sans papiers en 2008 sur les sites français, a montré que 60% des personnes disaient limiter leurs déplacements par peur d'arrestations. En 2010, on arrive aux mêmes proportions : la mission Rroms de Saint-Denis qui rencontre une personne sur le terrain, l'oriente vers la PASS, et la personne refuse même si le soin est urgent.

Quelle conséquence ?

22% présente un retard de recours aux soins : en nette augmentation par rapport à 2008. Ces gens vont se faire soigner quand il faut vraiment y aller. Un tiers des personnes en 2008 a renoncé aux soins et 25% y a renoncé pour ses enfants.

Par rapport au VIH, Hépatite et Tuberculose : 3,1% (VIH), 6% (hépatites B et C). Là, il y a effectivement tout le travail de prévention et d'accompagnement aux soins.

Et les mineurs ? A noter une augmentation de la fréquentation des mineurs dans les centres (30%). La moitié a moins de 7 ans et vit dans des conditions de logement insalubre, dans des familles à la rue, 9% de mineurs.

Peu d'accès à la vaccination : un enfant sur trois rencontré sur les missions Rroms. Pour la couverture vaccinale à Mayotte, on a mené une campagne de rattrapage vaccinal, où on a rencontré plus de 700 enfants qui n'étaient pas vaccinés. Pas de suivi en PMI, pas d'accès à la CMU. 85% des mineurs ne disposait d'aucune couverture maladie le jour de la consultation.

Il va y avoir un groupe de travail de l'Assurance Maladie pour comprendre ce phénomène. Il y a le cas de ces mineurs isolés qui sont sans représentant légal et qui, du coup, sont exclus de tout dispositif de couverture maladie. Une multitude d'obstacles : notamment administratifs avec la mise en place du titre « AME sécurisée » qui rend plus difficile l'accès à l'AME. Les gens doivent traverser tout un département pour aller chercher leur titre dans un délai précis. Au-delà de ce délai le titre sera envoyé dans un dépôt. Ce qu'on demande c'est une simplification du système et la suppression de toute difficulté administrative pour les mineurs.

### **Jean-François CORTY**

Coordinateur des Mission France

Ce qu'on constate sur le travail de l'Observatoire, c'est qu'il nous permet de faire des enquêtes ad hoc sur tel ou tel sujet. Il est un outil formidable de plaidoyer à l'échelle nationale mais aussi régionale. Le seul grand outil qui témoigne de la précarité en France, un document important.

### **Mathieu QUINETTE**

Coordinateur / Mission Migrants Littoral

On a parlé du manque de prise en charge au niveau psy. Il n'y a pas de recueil de données. On ne peut donc pas témoigner dessus. Ici, on a des personnes qui sont en souffrance. Ce qui apparaît c'est que le système européen de l'asile crée de la souffrance, de la détresse. Je pense à Dublin II : c'est une convention qui fait que les personnes sont renvoyées en Grèce et en Italie et moi, j'aimerais que MdM prenne position sur Dublin II. On est obligé de se baser sur des critères médicaux, mais quand même la souffrance psy doit être prise en compte.

### **Jean-François CORTY**

Directeur des Missions France

Sur les CASO, on a pas mal d'informations sur les problèmes de santé mentale. A Marseille, on a notamment un programme vertical qui s'intéresse à la question de la souffrance psy des SDF. C'est une question qu'on va approfondir cet après-midi.

### **Lily BOILLET**

Présidente / Association « Terre d'Errance »

Il y a trois ans, il y avait une soixantaine de femmes sur Calais et une vingtaine sur Norrent-Fontes. A l'époque, ils ont dû faire face à de nombreuses IVG. Je me souviens avoir dû gérer pas mal de cas, notamment en matière de droits. J'ai vu arriver tout un tas de dérivés. Les migrantes étaient obligées de faire passer leurs grossesses non désirées comme dues à des viols, ce qui a permis de coller des étiquettes sur les migrants. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas eu, mais on en était venu à renier le droit aux exilés d'avoir des relations amoureuses sexuelles. Les femmes portaient la honte quand elles osaient venir nous parler d'IVG, ce qui fait qu'on avait des femmes qui venaient nous voir au-delà du délai des 14 semaines. Pour l'instant, il y a moins de femmes. Elles sont en petits groupes et on est plus nombreux autour d'elles, mais dans l'éventualité que les conflits hors d'Europe emmènent beaucoup plus de femmes, est-ce qu'il serait possible d'envisager un partenariat avec le Planning familial qui est une cellule militante ?

### **Philippe JARROUSSE**

Délégué région Pays de Loire

Je voudrais aborder le problème de la domiciliation qui est un handicap.

A Nantes, pour les démarches administratives un certain nombre d'associations étaient agréées. Le CCAS refuse de domicilier toute personne étrangère. Aujourd'hui toutes les associations agréées n'y sont plus. AIDA qui est une plateforme d'accueil pour les migrants, ainsi que le GASPROM qui jusqu'à présent assurait les domiciliations, aujourd'hui ne sont plus habilités. La seule solution qui reste c'est qu'un particulier se porte garant d'une domiciliation. Et là, on peut tomber sur le coup du délit de solidarité.

### **Sophie POISSON**

Desk Coordination des Missions France

Petit témoignage sur la situation de Mayotte :

Il y a une enquête faite par l'INSERM et qui rapporte que 6% de la migration sur Mayotte serait due à des raisons médicales. Cette enquête a été faite pour enlever un certain nombre de fantasmes autour de la migration sur cette petite île : 40km par 80, moins de 200.000 habitants avec la particularité d'accueillir entre 40 et 50 000 personnes en situation irrégulière.

Quand on a commencé à travailler sur Mayotte en 2007, on est intervenus suite à l'interpellation de professionnels de santé après 2005. Car en 2005, avec la mise en place de la sécurité sociale on a eu entre 40 000 et 50 000 personnes qui se sont retrouvées exclues des soins, qui étaient jusque-là gratuits. La première chose qu'on a commencé à faire, c'était de monter un Observatoire des soins, même si on ne faisait pas de consultations, parce qu'il n'existait aucune données sur les obstacles, aucune données épidémiologiques sur les enfants et les femmes. On a constaté grâce à l'Observatoire qu'il y avait des retards très importants, une couverture vaccinale auprès des enfants qui était en train de chuter, que la situation était très difficile et à partir de ça on a monté un Centre de Soins auprès des enfants et on a fait un travail de plaidoyer sur ces premières observations.



### **Jean-François CORTY**

Coordinateur des Missions France

Pour compléter sur Mayotte, c'est un territoire grand comme la moitié d'un département français. C'est 19 000 expulsions par an produisent un climat de terreur pour les migrants, ce qui les amène à retarder leurs soins par peur du déplacement. Avec des descentes pour venir chercher des gens et les renvoyer. C'est à Calais et Mayotte qu'on voit le plus cette radicalisation de la politique migratoire. En métropole : c'est depuis 3 à 4 ans qu'on retrouve la peur du déplacement pour se faire soigner et cela pour des raisons policières.

### **Christine LARPIN**

Co Responsable du Groupe France

Rm mission Gourbi de Berre, Marseille

J'ai lu un rapport sur les mineurs migrants isolés et le nombre de ces mineurs est parallèle aux situations les plus dramatiques de Calais et Mayotte. 3500 mineurs à Mayotte et 1500 dans la région Nord Pas-de-Calais aussi bien que dans la région parisienne. Surtout, il y a une violence volontaire et une pression sur toutes les associations. Ce qui nous amène à réfléchir à la manière de faire du plaidoyer sur cette violence. Un des axes à approfondir est par exemple, l'accès immédiat aux soins des mineurs sur les territoires.

### **Benoit SAVATIER**

Rm mission Migrants Nord Littoral, Dunkerque

Par rapport à la crainte des migrants d'être arrêtés : il y a des voitures d'associations qui emmènent les migrants. On était tellement étonné de n'avoir que très peu de patients à soigner à la PASS qu'on leur a posé la question. La PASS existe à l'hôpital de Dunkerque mais les migrants avaient plusieurs peurs : celle de recevoir la facture, d'être soignés par des femmes et la peur que la PAF vienne les chercher dans leur lit d'hôpital. Par rapport aux enfants, quand le lien existe, les consultants peuvent accompagner les femmes en consultation prénatale à la PMI ou en PMI nourrisson, là, c'est une question d'accompagnants.

### **Intervenant**

Il y a une diminution de tous les budgets de financement des associations mais aussi sur les secteurs publics : les PMI par exemple. Le contexte est très pessimiste avec des capacités de travail réduites.

### **Jean-François CORTY**

Coordinateur des Missions France

C'est sûr que quand on prend en compte le discours du chef du gouvernement du mois dernier, sur le fait de faire des coupes sur les budgets sociaux, il y a de quoi s'inquiéter et quand on constate la baisse des financements institutionnels (ça ne concerne pas MdM pour l'instant) pour des associations qui interviennent dans le champ médico-social humanitaire avec des motifs pas très clairs, avec le but peut-être d'éliminer des intervenants qui n'iraient pas dans le sens d'une politique globale, ça va nous renvoyer sur la nécessité même à MdM, de faire des choix. Ça renvoie aussi à nos objectifs politiques d'indépendance financière. Il faut savoir que 50% des budgets de MdM pour les programmes nationaux sont sur des fonds propres et 50% sur des fonds institutionnels. Ça nous laisse une capacité d'adaptation face à un environnement qui baisse ses subventions. Mais dans les années à venir, est-ce qu'il faudra entretenir ce même ratio, penser à plus de fonds propres pour plus d'indépendance ?

Ça nous pose des problèmes à nous aussi, quant à nos modalités d'intervention.

### **Intervenant**

Ce matin on est passé un peu vite sur les actions à Dunkerque et Calais, sur le choix de soigner les gens sur place au moins à Dunkerque. La PASS mobile c'est plutôt l'impasse, apparemment. Je voudrais entendre quels sont les arguments pour continuer sur cette voie-là. Est-ce qu'il n'y a pas des moyens de revoir ce choix-là ?

### **Intervenant**

D'une part, il faut qu'on argumente sur le pourquoi on veut une PASS mobile. Les institutions et les autorités doivent être bien contentes du boulot qu'on fait et si on continue notre travail sans leur mettre la pression ça ne marchera pas. Plutôt qu'aller donner des soins sur place, on va faire du tri pour identifier les besoins et on va emmener tous les patients en bus à l'hôpital par dix ou vingt et c'est là, qu'ils vont voir le travail qu'on fait.

### **Martine DEVRIES**

Rm Mission Migrants Nord Littoral, Calais

Sur ce sujet des PASS mobiles : à Calais c'est l'inverse. Au dernier comité de pilotage, l'hôpital a voulu nous fourguer une PASS mobile, parce que c'est très à la mode, parce qu'ils allaient avoir des budgets et donc, l'opinion du comité de pilotage a été de dire : la PASS de Calais fonctionne pas mal, il vaut mieux mettre des sous pour améliorer son fonctionnement. Mais Calais c'est différent parce que les migrants sont regroupés, ils doivent venir en centre ville pour manger et s'habiller.

### **Sophie POISSON**

Desk Coordination des Missions France

La première vocation d'une PASS c'est de pouvoir recevoir toutes les populations en situation de précarité sur le territoire. Donc, dans votre argumentation vous avez à dire à l'hôpital que sur leur territoire, il y a aussi d'autres personnes en situation de précarité. Comme ça, ils peuvent avoir un autre intérêt que les migrants.

### **Haddia DIARRA**

Psychologue Clinicienne

Coordinatrice mission Mali

J'ai travaillé pendant 5 ans au CASO du Havre. On réussi à se battre pour faire une équipe mobile en santé mentale dans la rue avec la PASS de l'hôpital Flaubert du Havre, avec des infirmières en psychiatrie, des psychologues, les centres d'hébergement pour faire du soutien psy avec l'aide de MdM. Tout à l'heure, je vous dirai un peu l'historique du CASO du Havre, toujours en lien avec MdM.

## ► PRESENTATION DES MISSIONS DANS UN REGARD « ICI ET LA-BAS » ET APPROCHE DES LIENS ENTRE LES MISSIONS

Animatrice : Christine LARPIN – Co Responsable du Groupe France

### ► AFGHANISTAN / MISSION KABOUL

Guy CAUSSE - Médecin Généraliste à Grenoble - Co-Responsable mission Afghanistan

Je remercie MdM de me permettre de m'exprimer en interne. Il y a un constat qui se fait en 4 points :

D'abord, l'Afghanistan est un pays de migrants, de souffrance, de résistance et de résilience. Toutes les migrations se sont faites au travers de l'Afghanistan. Toutes les civilisations, d'Alexandre le Grand, du monde bouddhiste et arabe, du monde perse, du monde mongol, toutes ces différentes civilisations sont passées sur l'Afghanistan et ils ont laissé des traces et une population pluri ethnique qui en fait aussi toute sa difficulté.

Ces migrations sont internes, régionales et internationales. Internes parce que les Afghans migrent pour toute sorte de raisons. Pour des raisons liées à la guerre, pour des raisons économiques, de sécheresse, pour des raisons familiales...et les peuples les plus migrants au monde ce sont les Pachtounes. Ils sont entre 4 et 5 millions, les gens qui nomadisent en Afghanistan.

Ensuite, vous avez une migration régionale, parce que l'Afghanistan est un pays pauvre et pour pouvoir manger, les gens essaient de s'exporter à l'ouest et à l'est, vers le Pakistan et vers l'Iran et dans ces deux pays, il y a une main d'œuvre afghane en souffrance parce que cette population très fière est stigmatisée.

C'est aussi une migration internationale. Depuis les années '80, avec l'invasion soviétique, 7 millions d'Afghans étaient réfugiés à travers le monde, en Australie, en Allemagne, aux Etats-Unis. Dans le cadre de cette émigration, dans la Communauté européenne vous avez 13 000 demandeurs d'asile afghans. Sur ce chiffre, 5 000 ont obtenu un droit d'asile, il en reste 8 000 dans la nature. Chose intéressante est que 93% des Afghans ont un lien avec la migration. Ce qui fait qu'aujourd'hui 2 millions d'Afghans se repartissent sur l'Iran et le Pakistan.

C'est un pays qui est en souffrance, on retrouve une espérance de vie de 43 ans, une mortalité infantile de 165 pour 1 000 et maternelle de 16 pour 1 000 avec des pics dans certaines régions avec 65 pour 1 000. Chaque année vous avez en Afghanistan 60 000 femmes qui meurent en accouchant. Les femmes afghanes disent qu'attendre un enfant c'est comme de mettre un pied dans la tombe. Le manque d'eau potable : 23% de la population a accès à l'eau potable. Dans le domaine de l'éducation il y a des fortes disparités entre les hommes et les femmes. Le taux d'alphabétisation est de 28% et il est de 12% pour les femmes. 46% des enfants n'ont pas de scolarisation et seulement 11% des filles en âge d'être scolarisées vont au lycée. D'après le Ministère de l'Education afghan 480 écoles ont été fermées en 2009 en privant 300 000 enfants d'éducation.

Cette souffrance est aussi exacerbée parce que c'est un pays qui vit en pleine impunité. En termes de sécurité, en 2009, 2 400 civiles ont été tués, dont 400 enfants. Vous avez des administrations fantomatiques, 70% des écoles sont fermées. Et même lorsqu'on essaie de structurer le pays en mettant en place une armée : en 2009 il y a eu 1 500 soldats et 2 000 policiers morts. Une violence qui est indiscriminée.

Les populations sont alors fragilisées, il n'y a pas de place pour un état de droit et ensuite parce que les armées viennent. On prend un exemple d'un cas école : la France.

La France est présente dans une province qui s'appelle le Kâpîssâ, à l'est de Kaboul, et pas très grande. Là, il y a l'armée qui essaie de contrôler les talibans et les forces militaires-humanitaires qui essaient de construire des écoles, des ponts etc. Le gouvernement français combat les talibans pour protéger la population alors qu'on la fragilise parce que, dans la journée on va utiliser les Afghans, et ces Afghans vont être stigmatisés par les talibans et la nuit les talibans passent à l'attaque de ces familles. Dans la vallée de Kapisa 200 000 personnes sont parties pour des raisons d'insécurité et sont venues se mettre dans la périphérie de Kaboul. Qui va soigner ces gens ? Des ONG françaises payées par le gouvernement comme « Solidarité » ou « Action Contre la Faim ».

On est dans un cycle fou !

La corruption : c'est règne du « Bakchiche », qui est généralisé à toute la population et puis encore une chose : la drogue. Les Afghans sont les premiers producteurs de drogue, on produit 90% des besoins du monde entier. Le budget de la drogue est supérieur au budget du gouvernement.

Tout ça, ça vous fait des populations complètement explosées avec une violation des Droits de l'Homme, avec des prisons qui regorgent de prisonniers pris à tort ou à raison par les américains. Au moindre indice, on prend les gens et on les met en taule pour quelques mois ou quelques années.

En raison de tous ces problèmes vous avez 400 000 déplacés. Et puis, on s'étonne qu'il y ait des Afghans qui viennent chez nous. Le HCR a essayé de dire aux Afghans : « *Rentrez chez vous, on va vous aider !* » et depuis 2002, 5 millions sont rentrés chez eux. Seulement que quand ils rentrent chez eux, ils retrouvent les mêmes situations. Le HCR contribue à ce génocide passif.

La résistance. C'est un peuple très fier qui a toujours résisté à tous les envahisseurs. Aucun envahisseur a pu tenir plus de 15 ans dans ce pays. Que ça soit les Russes à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et nous, on en est à 10 ans avec toutes les forces internationales. Ils ont un taux de tolérance de 15 ans, sauf pour les humanitaires et nous, on est présents là-bas depuis plus de 25 ans.

Parlons de MdM.

On est là, depuis 25 ans. De 1980 à 1989 pendant l'invasion soviétique on a été entre 600 à 800 à être présents dans la clandestinité la plus totale, perdus dans les montagnes auprès des populations rurales qui n'avaient aucun soin. On passait les frontières en clandestin entre le Pakistan et puis l'intérieur du pays. On marchait la nuit, on nous cachait dans les maisons, il ne fallait pas se faire prendre, on a été quelques uns à se faire prendre et à faire la prison, mais on en est sorti. Ça c'était le royaume de l'insolence. Puis le royaume de la désespérance entre 92 et 96, la guerre fratricide des Moudjahidin abominable et MdM a continué à être présent dans les hôpitaux de Kaboul et de l'ouest afghan près d'Herat.

1996-2001 la règle du silence des talibans. MdM était présent. On travaillait sur les hôpitaux d'Herat et de Kaboul et en même temps on allait dans les urgences les plus importantes. Et à l'époque c'était les femmes et les enfants. On a créé des centres materno-infantiles très importants. Dans le cadre de cette migration, il y avait des déplacés qui venaient sur les villes pour cause de combats et entre 2001 et 2003 il y a eu une terrible sécheresse qui a anéanti la moitié du pays et MdM a pris en charge un camp de 150 000 personnes pendant trois ans. Ça a été une grande histoire.

Après 2001 la libération des talibans et puis ça va être le royaume de la renaissance. Sauf qu'on s'est rendu vite compte qu'on est passé dans le royaume de l'incertitude. Nous, on a poursuivi notre activité materno-infantile et on s'est aperçu qu'on pouvait faire des « hand-over ». On a pu transmettre tout ce qu'on avait fait à des ONG afghanes, ce qui nous a permis de nous libérer pour une autre urgence : les jeunes drogués de Kaboul. Grâce au travail extraordinaire d'Olivier MAGUET, on a pu mettre en place un programme pilote sur cette problématique de la RDR (Réduction Des Risques).

C'est un peu le parallèle avec ZOLA au début du 20<sup>ème</sup> siècle. Ils s'injectent cette héroïne pour moins de 1 dollar par jour et avec ça, ils ont une espérance de vie qui ne dépasse pas les 30 ans. Grâce à la capitalisation de notre expérience en France, à Moscou et en Serbie, on a pu dupliquer ça à Kaboul. Les seringues, l'éducation des toxicomanes qui ont pu devenir des éducateurs pairs et puis, du « préventif » on est passé au « curatif » avec la méthadone. On a mis 4 ans pour convaincre les autorités que c'était une bonne méthode. Jusque-là, il n'y avait qu'une politique répressive. Ils prenaient les toxicomanes dans la rue, les enfermaient, leur mettaient un pyjama, leur rasaient le crâne et puis on les faisait sortir avec un coup de pied aux fesses en leur disant : « *Bon, maintenant vous êtes guéris !* ».

C'est donc une fierté pour MdM qu'Olivier MAGUET puisse présenter ça au gouvernement avec le Ministère de la Santé.

L'Afghanistan c'est aussi un pays en résilience. L'émigration c'est la marque de la survie de cette population, quand on a envie de vivre, il faut survivre. Je reprends la théorie d'un grand neurologue, Henri LABORIT qui a écrit un livre « L'éloge de la fuite ». Il dit en gros : « *Quand ça va pas, il faut fuir !* ». Chaque Afghan c'est une tragédie en lui-même. Si vous lui faite raconter sa vie, c'est une tragédie. En même temps, la force vitale de ce peuple est incroyable. Malgré tout il y a de la vie et de l'espoir.

L'accompagnement : je pense à tous les petits Afghans qui sont par là. Il a bien fallu financer ce voyage. Les communautés ont aidé à ce que les jeunes arrivent jusqu'à nous. L'histoire du téléphone : ils ont tous besoin de garder un lien avec leur famille, ils se réunissent par groupe et ils s'organisent pour ne pas retourner là-bas avec la honte sur le front. Cette accompagnement est humanitaire. L'humanitaire c'est le malheur, la dignité et le droit. Le malheur : on est des soignants, le geste du secouriste on le connaît, redonner de la dignité à l'autre, c'est ce que vous faites et puis, il y a le droit. Il faut quand on est humanitaire que le droit fonctionne. Il est important que MdM puisse être dans l'accompagnement sur le chemin aussi, en Turquie ou ailleurs. En termes de ce plaidoyer : le problème de la protection complémentaire.

En termes d'outils, vous avez trois possibilités : l'évolution de la protection complémentaire qui se définit comme une protection de l'Etat sur la base d'un besoin de protection internationale. La protection complémentaire se base sur des obligations de protection internationale et se distingue de la protection accordée de façon discrétionnaire sur la base de simples considérations personnelles. Ensuite, vous avez la protection subsidiaire et celle temporaire qui permet de donner du droit aux populations qui sont chez vous.

Pour revenir dans le cadre de ce plaidoyer : en 2005, il y avait 960 000 usagers de drogue en Afghanistan. En 2009 ils sont 1 060 000. Je ne vous ai pas parlé de toutes les épidémies, comme le VIH qui était de 3% en 2005 et qui est de 7% maintenant, plus les problèmes d'hépatites.

Nous avons une exigence politique avec le staff local et les expatriés auprès des autorités. On est à Kaboul et on est pilote avec un centre de formation qui va permettre aux Afghans

de pouvoir aller dupliquer ce programme dans les autres villes. Ce sont des jeunes sans emploi, sans hébergement et qui ont tous une expérience de traumatismes sévères avec des symptômes dépressifs. Existe-t-il un lien entre migration et usage de drogue ? Oui. Ils ont eu tous une expérience de migration à 97%. Existe-t-il un lien entre expulsion, retour forcé et usage de drogue ? Non.

La migration qu'on recense là-bas, ce sont des jeunes avec des familles qui se ruinent dans l'espoir d'un avenir meilleur. Ces migrations sont aussi d'ordre politique, car quand une partie de la famille fait partie des talibans et que vous n'y êtes pas, vous fuyez pour ne pas vous faire tuer sur place. Quand on les expulse d'ici, ils ne comprennent pas. Ils veulent vivre juste quelque temps chez nous.

En Afghanistan, on me demande : « *Qu'est-ce que c'est la France ?* ». Je réponds : « *Liberté, égalité, fraternité !* ».

La dernière fois que je suis allé à Kaboul, j'y suis allé la tête basse, parce qu'ils ont vu comment on traite les Afghans en France. Ils ont vu à la télé la destruction de la Jungle. Pour tous ceux qui ont été expulsés : on leur a donné 200 euros. On a beaucoup de choses à faire avec une légitimité, en étant ici et là-bas, il y a un lien avec la mission de Calais, avec le GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés) <http://www.gisti.org/> et « Les exilés du 11<sup>ème</sup> arrondissement ».

Comment structurer ces échanges ? Quelle place pour les Afghans ici et là-bas ? On a des arguments en béton sur l'importance du conflit et l'aspect criminel de renvoyer les gens dans un pays aussi catastrophique. Il faut poursuivre sur cette coordination européenne.

## **Martine DEVRIES**

### **Rm Mission Migrants Nord Littoral, Calais**

Merci à Guy. Sur les rapports inter ethniques, on retrouve les mêmes tensions sur les camps. Des Pashtouns ne peuvent pas cohabiter avec des Hazara. Au niveau du soutien, tu parlais des mineurs. L'UNICEF a dit qu'il fallait craindre dans les mois à venir un fort afflux de mineurs envoyés par les familles pour s'assurer une survie. La dette vers la famille est grande. Les mineurs afghans ne sont pas maîtres de leur destin. Il y a la dette des passeurs à rembourser, ensuite le rôle de la France en Afghanistan. Dans ce pays, les gens n'ont que deux options : être avec les talibans et craindre l'armée de l'OTAN ou être avec l'OTAN et craindre les talibans.

Sur le trajet migratoire comment les aider ? Quand tu étais venu à Calais c'était intéressant. Tu avais parlé des pathologies afghanes. Les calculs rénaux par exemple...

## **► MALI, MISSION MIGRANTS**

### **Brigitte MAITRE – Rm mission Mali – Responsable Groupe Afrique**

Je voulais juste rappeler l'historique de cette mission migrants Mali, puisque je suis la responsable du projet et Haddia est notre coordinatrice terrain et psychologue à Bamako. Cette mission s'inscrit dans le « ici et là-bas ». Dans chacun des CASO depuis 86 l'ouverture des Missions France, tous les bénévoles ont rencontré des migrants. Vous vous souvenez que MdM avait largement soutenu les Maliens de Saint-Bernard et beaucoup de Maliens ont été *in fine* expulsés. Leur histoire a continué en Afrique et est en train de continuer en Afrique. Mais quelles étaient les difficultés qu'ils vivaient là-bas, quel accès aux soins ici, avec des pathologies graves ?

1990-2000 : à MdM on a cherché à savoir ce qu'étaient devenus tous ces gens qu'on a croisés dans nos CASO. On a fait des missions exploratoires entre 2003 et 2005 pour aller au devant des migrants qui montaient vers l'Europe et elles ont toutes échoué. On a essayé au Niger, au Maroc, ça n'aboutissait pas. Il y a deux ans le groupe Afrique a proposé un forum sur le pétrole, au cours de ce forum on a eu trois invités, entre autres : Aminata Traoré, ancienne Ministre de la culture au Mali. On voulait surtout qu'elle s'exprime sur le vol des ressources rares en Afrique. Elle nous a remercié de lui avoir donné la parole et quelques semaines après, elle a invité MdM à aller à un forum à Bamako qui s'appelait : « Migrations ».

Aminata nous a tendu la main en nous faisant rencontrer des migrants. On était une centaine avec la CIMADE, MdM et tous ces Africains avec leurs discours qui sonnaient différemment de ceux de Sarkozy. Pour reprendre la citation de sociologues connus : « Il faut qu'on s'habitue à déconstruire notre façon de voir la migration ! », car on est en train de se façonner un état d'esprit vis-à-vis des migrants dont il est difficile de se défaire.

A ce forum on a appris plein de choses. On a rencontré des associations locales et l'AME (Association Malienne des Expulsés) qui nous a été présentée par la CIMADE et qui était partenaire de l'AME. Cette association leur avait dit : « *Nous, on est déphasé par rapport aux problèmes juridiques qu'ont les expulsés de France* », surtout quand ils nous disent : « *J'ai laissé là-bas un boulot et on ne m'a pas payé le dernier mois.* » ou « *J'ai laissé ma carte bancaire, est-ce que vous pouvez nous aider ?* ». La CIMADE a commencé à les aider et puis on les a rencontrés et ils nous ont dit :

« *MdM, vous nous ne reconnaissez pas ? Nous, on était à Saint-Bernard en 1996.* ».

J'étais à Bamako il y a deux ans face à des gens qui étaient à l'église Saint-Bernard. Les mêmes, se sont retrouvés à Bamako et ont monté une association pour accueillir leurs frères expulsés de France. En 96 a commencé donc l'AME.

« *Vous pouvez nous aider, car quand on va tous les soirs à l'aéroport de Bamako, on est désespérés. On se retrouve avec un, deux, trois migrants expulsés de France et on se retrouve avec des hommes qui ont laissé leur femme et leurs enfants en France. Ils n'ont plus aucun lien ici, ils ont tout laissé en France. Ils étaient allés renouveler leur permis de séjour et ils se retrouvent en 24 heures à Bamako. Leur femme n'a pas la carte bancaire, n'a pas leur dernier salaire et elles ne savent pas comment faire.* »

« *Aidez-nous à faire face à ces gens à l'aéroport qui nous renvoient à notre propre histoire, qui sont sous le choc !* » et donc, nous, c'est ce qu'on a fait avec Haddia Diarra.

## **Haddia DIARRA**

### **Psychologue Clinicienne/Coordnatrice mission Mali**

J'ai été psychologue clinicienne durant 5 ans auprès des SDF, des migrants, des mineurs isolés à faire du soutien psy, à accompagner des migrants dans leur démarche, à accompagner psychologiquement ces personnes dans leur souffrance. J'ai dû prendre 7 mois pour dégager leur parole, on a eu beaucoup de difficultés et puis j'ai contacté Brigitte Maître.

J'étais intéressée par le retour du groupe Afrique. On est allées avec Brigitte en mission au Mali rencontrer l'association malienne des expulsés qui s'occupe de ces personnes en retour forcé. Des personnes que j'ai rencontrées au CASO du Havre et parfois à Paris, à Evry et qui me disaient, comme un certain Mamadou : « *Je viens vers vous car j'étais suivi pendant 5 ans à Saint-Denis, j'ai entendu parler de MdM et je voulais vous faire un retour positif de mon accompagnement. Qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi aujourd'hui ?* » J'ai renvoyé cette personne vers l'AME qui fait un travail formidable, de l'accueil à l'aéroport.

Il y a eu le mois dernier, 149 expulsés de la Libye. Chaque soir on a au moins trois personnes expulsées de la France. Il faut savoir que le Mali est l'un des seuls pays d'Afrique à ne pas avoir signé les accords de réadmission. Je fais une parenthèse, ces accords d'ici un an vont être signés. Au lieu d'avoir un, deux, trois expulsés, ça sera une multitude de gens par charter de la Libye, d'Espagne, et d'Europe. Le Président du Mali va signer. Il va céder. Il y a des accords politiques en cours.

### **Marie MARTIN**

Volontaire pour Migreurop

Un « accord pour réadmission » c'est un accord qui est signé de façon bilatérale, mais ça peut être signé de façon plus répartie. Là par exemple, on a des accords entre l'Union Européenne et des pays non européens : ça peut être entre deux pays d'UE et un pays tiers. Il peut y avoir d'autres clauses de réadmission au sein d'un accord plus vaste qui sont des accords de coopération. Il y a donc des quotas plus insidieux et le but c'est de pouvoir renvoyer dans leur pays d'origine, des gens qui sont en situation irrégulière dans le pays de destination. Ça peut aussi vouloir dire renvoyer des gens qui ont transité par ce pays tiers. En gros on a des gens, si on prend le cas du Cameroun, qui vont être renvoyés au Cameroun parce qu'ils ont transité au Cameroun. La Libye et l'Italie ont signé un accord l'année dernière, ce qui fait qu'on a des charters en permanence.

### **Brigitte MAITRE**

Rm mission Mali

Responsable Groupe Afrique

L'AME a accueilli à Bamako trois fois 150 expulsés, tous d'Afrique sub-saharienne de Libye. Merci M. KADHAFI ! Voilà le prix payé pour avoir une « yourte » en bas des Champs-Élysées. On signe des accords de réadmission, ce qui permet à la France de renvoyer des charters de Maliens en Afrique directement. Ce qui empêche les migrants de monter vers l'Europe, car ils sont bloqués en Libye. Tout ça, ça s'appelle l' « Union pour la Méditerranée ». C'est une double ceinture de sécurité pour l'Europe. Libye, Algérie, Mauritanie, Maroc, tout le monde a signé les accords de réadmission.

### **Haddia DIARRA**

Psychologue Clinicienne/Coordinatrice mission Mali

Les migrants appellent ça : « Ceinture de sécurité ». Ils disent qu'elle est gardée par des gardiens. « *Les gardiens nous ont empêché de monter là-haut!* ».

On parle beaucoup d'expulsions mais il y a aussi beaucoup de refoulement. La particularité du Mali c'est que certains migrent vers l'Europe, vers la Chine, vers d'autres pays, c'est aussi un pays de transit. On rencontre beaucoup de Camerounais, de Nigériens, de gens de RDC, de Guinée... Toutes les personnes qu'on rencontre dans nos CASO, on les rencontre au Mali. Cette expérience du parcours migratoire, je la connaissais à travers un récit qui commençait dès l'instant où le migrant arrivait en Europe. Ce regard depuis l'Afrique c'est ce qui offre une plus grande visibilité, parce que là-bas les gens parlent autrement de leur migration avec d'autres termes. On parle aussi des gens d'ici, des gardiens. Sur le dernier charter de 149 expulsés, on a eu 10 refoulés qui ont fait 5 ans de prison pour ne pas avoir eu de papiers. Et quand ils nous parlent des prisons, ils disent qu'ils ont reçu des coups. Ils ont été suspendus par les pieds au soleil. Pour moi, c'est de la torture.

Le témoignage est beaucoup plus fort « là-bas » parce qu'on part de la source du parcours migratoire et ce qui est intéressant aujourd'hui, c'est de faire le retour de cette souffrance. Quand ils arrivent en France leur besoin premier est de faire leur demande d'asile auprès



de l'OFPPA, d'obtenir l'Aide Médicalisée et c'est à Bamako que j'ai entendu les gens parler de ce parcours. Ce n'était pas seulement des Maliens.

Si on veut avoir une visibilité de ce parcours, il faut comprendre ce que le migrant vit là-bas. Avec l'AME ce que j'ai fait, ça a été d'essayer d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale des personnes en situation de retour forcé au Mali. Ce que je faisais au Havre, c'était de soutenir ces migrants qui ont une reconduite à la frontière, et les SDF. Je faisais de l'encadrement de bénévoles. Je parle au passé parce que depuis l'ouverture de la PASS notre travail au CASO du Havre a diminué. Mais la PASS a eu du mal au début, parce que les migrants avaient très peur de se rendre à l'hôpital, donc la solution de la PASS a été de recruter notre Assistante sociale.

Notre travail avec l'AME est d'essayer d'aider cette équipe de 12 personnes qui travaille au quotidien à l'accueil, à l'écoute de ces personnes expulsées ou refoulées. Nous travaillons à Bamako, dans les frontières à Kidal et Nioro du Sahel, la ceinture de sécurité algérienne, en Mauritanie où sont repoussés les migrants qui veulent passer par la Mauritanie, le Maroc, la Lybie.

Mon rôle est de faire des formations pour améliorer l'accueil de ces personnes et de constituer un réseau qui travaille en santé mentale. Ces 12 personnes de l'AME doivent pouvoir référer ces patients, qui ont de très lourds psycho-traumatismes et qui ont pu vivre, non seulement le refoulement mais aussi l'expulsion, la rupture de leur famille. Il y a aussi de l'encadrement fait à ces 12 personnes qui ont vécu eux-mêmes l'expulsion, le refoulement, dont 5 qui ont vécu 10 ans en France avant d'être expulsées.

Je vais faire un petit retour au « Ici ». Au CASO du Havre, j'ai retrouvé un peu la même souffrance avec les bénévoles. Ce n'est pas facile pour une accueillante de recevoir le témoignage d'un Congolais qui a vécu la guerre. L'équipe du Havre demandait à avoir un espace d'échange pour pouvoir évacuer la souffrance qu'ils reçoivent au quotidien. C'est ce que je fais à Bamako. On avait prévu une formation, mais on avait omis d'offrir cet espace de parole à ces travailleurs.

## ► TURQUIE / ISTANBUL – PRESENTATION DE LA NOUVELLE MISSION MENEES PAR LA DELEGATION PACA DE MDM

Bernard GRANJON - Co-fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996 / Responsable de mission MIR Istanbul.

Je voudrais commencer par remercier l'équipe calaisienne et dunkerquoise, Brigitte, Martine, Benoit, Mathieu et d'autres dont je ne connais pas les noms pour leur invitation.

Pour moi le problème migratoire est un problème ancien. Petite anecdote : première mission, 1981, c'était l'époque où il était d'usage qu'un ancien de MdM vous accompagne à l'aéroport. Je suis accompagné par Richard ROSSAN, un des fondateurs de MdM, et au moment où je m'approche au comptoir d'enregistrement je suis doublé par deux policiers qui encadrent quelqu'un qu'on expulse. Arrive mon tour et la personne dit : « *Est-ce que vous êtes français ?* », Richard ROSSAN vole ma réponse en disant : « *Oui, nul n'est parfait !* ».

Je reviens à la Turquie. La Turquie est un pays passionnant. C'était l'Empire Ottoman qui a été complètement dilacéré au moment de la première guerre mondiale car la Turquie s'était mise du mauvais côté, c'est-à-dire du côté des forces de l'Axe. Elle a dû pour ne pas être

totallement dilacérée, se remettre au génie énergique d'ATATÜRK. Quelqu'un qui a réglé le problème d'une main de fer, mais non sans une grande ouverture, en particulier à l'Occident. C'est quelqu'un qui a donné le droit de vote aux femmes 12 ans avant que le Général De GAULLE ne le donne aux françaises. C'est quelqu'un qui a supprimé l'alphabet arabe pour prendre celui que nous avons actuellement. C'est quelqu'un qui a aboli le sultanat, interdit le port du voile et institué un état laïc. Il n'était pas non plus un petit saint, il a réprimé beaucoup de gens et en particulier les Kurdes.

Les Kurdes sont une population indo-européenne qui est établie depuis plus de 2000 ans et qui est partagée entre 4 pays : la Turquie, l'Iran, la Syrie et l'Irak.

Combien y a-t-il de Kurdes ? Entre 15 et 45 millions. Pourquoi ? Parce que d'abord ils sont installés en montagne et ils n'ont pas d'état civil et puis parce qu'ils n'existent pas en Turquie. On ne parle pas de Kurdes mais de « Turques des montagnes », ou de l'est. On leur dénie leur identité. Dans les autres pays les Kurdes sont reconnus comme tels et massacrés comme tels. En Turquie, il n'y en a pas. Vous pouvez être Ministre, Magistrat, le seul pays qui ait employé des moyens terroristes, c'est la Turquie avec le PKK (Parti des Travailleurs du Kurdistan), comme si la chose la plus importante dont on pouvait déposséder quelqu'un, ce n'est pas de ses biens, mais de sa culture. L'état kurde a nié la culture des Kurdes. Lorsqu' ATATÜRK est arrivé à imposer à l'Europe de ne pas donner à la Turquie le sort qu'elle avait donné à la Syrie et au Liban, il y a eu un accord : l'accord de Lausanne, selon lequel la Turquie devait reconnaître le Kurdistan.

Mais les Kurdes sont restés jusqu'à présent des « parias » qui n'avaient pas le droit de s'exprimer dans leur langue, d'avoir des écoles dans leur langue. Voilà le panorama de ce pays en pleine expansion économique, partagé entre une armée fidèle à ATATÜRK, mort en 1938 et un gouvernement néolibéral pour le meilleur et le pire !

Nous sommes depuis près de 10 ans en Turquie à travailler avec des associations de droits de l'Homme. On a commencé d'abord par du soutien thérapeutique, psychologique aux accueillants des victimes de la torture. Et là, on rejoint la problématique que vous vivez tous les jours à Calais et à Dunkerque, c'est-à-dire que ces gens auxquels on racontait les pires des choses étaient contaminés par la violence. Une équipe psychiatrique qui a soutenu ces gens avec des missions et une certaine continuité. Au bout de deux ans on a changé un petit peu. Nous avons expertisé des gens en prison qui avaient fait la grève de la faim, un acte militant qui se termine par la mort.

Les Turcs qui ont envie d'entrer dans l'Europe, ont décidé de libérer ces gens provisoirement pour les empêcher de mourir, avec l'obligation de passer tous les 6 mois devant une commission médicale qui devaient dire s'ils étaient réintégrables. On a fait une mission qui s'est terminée par une expertise. On a fait du témoignage à la Commission Européenne des Droits de l'Homme. Ensuite on a conduit une expertise sur les conséquences médico-psychologiques des régimes d'isolement avec les tortures qu'elles engendrent et on a organisé à Istanbul un grand colloque au terme duquel on a affiché un manifeste sur lequel on disait que l'isolement est une forme de torture. Un jour un journaliste du « Monde », Guillaume PERRIER, nous dit: « *Il y a un problème dont vous devriez vous occuper, celui des migrants en Turquie !* » La Turquie c'est un véritable laboratoire, il y a tout qui passe par la Turquie, sur tous les plans.

Quelles sont les catégories de migrants que l'on voit ?

Il y a les migrants « de la valise » qui font des petits commerces et qui repartent. Il y a les migrants « rares » européens qui demandent à s'installer et le gouvernement les prend en charge et puis il y a les autres. Dans les autres, on a deux catégories : les « déplacés

internes » qui ne sont pas des migrants, ils viennent du Kurdistan, d'Istanbul. Il existe une espèce de sécurité sociale qu'on appelle la « carte verte » et elle est donnée aux bien-pensants, or les Kurdes ne font pas partie de ce groupe. Et puis il y a les migrants de transit. Des gens qui se heurtent aux verrous du Maroc et de Gibraltar.

Gibraltar qui est un cimetière de réfugiés quand ils essaient de passer. Autres verrous : la Lybie et l'Italie. En Turquie, c'est facile d'y rentrer. Vous avez donc des gens qui viennent d'Afrique, du Maghreb qui passent par la Turquie. Il y a des Afghans, des Irakiens, des Iraniens, des Tchétchènes qui essaient de gagner l'Europe. Or, la Turquie a une politique très cynique. Ils disent en gros : ce n'est pas notre affaire, que l'Europe se débrouille ! Il n'y a aucune prise en charge. Les gens se signalent à la police une fois à la frontière. La police fait une demande d'asile et on va l'assigner à une trentaine de villes, dont Istanbul ne fait pas partie. Donc les gens sur Istanbul sont illégaux. Les expulsions coûtent chères. Quand ils font des expulsions ils n'ont pas de charters. Ils prennent des camions et ils balancent les gens, là où ils peuvent.

Par l'intermédiaire d'un passeur qui aidait la communauté africaine, on a pu pénétrer la communauté africaine qui vit dans des caves à charbon où vous, vous ne mettriez même pas votre chien. Une douzaine de personnes qui n'ont rien. Rien à manger, ni aucun médicament, des gens qui dans la journée, dorment pour oublier les crampes d'estomac, qui se méfient de sortir. Ce sont des gens pratiquement en prison sans aucune possibilité d'échappatoire.

Cette mission débute.

Ça fait deux ans qu'on essaie de la démarrer. MSF a essayé de faire la même chose, elle n'a pas réussi. Le logo MdM n'existe pas en Turquie, nous sommes des touristes. Ils nous tolèrent. C'est une mission que nous faisons avec une association turque. Ça a été très dur de la trouver. Nous avons des intervenants turcs, une infirmière, une accueillante. Deux fois par semaine il y a une vacation avec deux médecins turcs, une assistante sociale, un psychologue à la demande et ce qui nous a confortés, c'est qu'on a été contacté par un réseau qui nous a dit :

*« Nous sommes des personnes très diverses : un psychiatre, un généraliste...on a envie de s'occuper des migrants. Qu'est-ce que nous faisons ? »*

Il n'est pas question d'être un centre médical de haut niveau parce qu'il y a une infrastructure qui est payante mais qui existe. On ne peut pas se substituer. Le but est d'utiliser ce qui existe déjà. Ces médecins font de la « bobologie », mais pas seulement, ils distribuent des préservatifs, ils donnent des consultations materno infantiles, des conseils, du dépistage SIDA, et puis nous avons commencé à prendre contact avec d'autres structures, un hôpital autrichien par exemple. Nous faisons moitié moitié.

Pourquoi nous avons réussi là où MSF n'a pas réussi ?

C'est parce qu'on est dans le pays depuis plus longtemps, ensuite parce qu'on a renoncé à notre ego et on a accepté d'être des serviteurs modestes avec d'autres associations. Le partenariat est nécessaire parce que quand nous partons, il faudra que les partenaires continuent quelque chose qui soit indépendant de nous.

## DÉBAT

### Marie MARTIN

Volontaire pour « Migreurop »

Juste pour faire le lien avec vous sur les accords de réadmission. L'Union Européenne tente de faire un accord de réadmission avec la Turquie, mais dans l'UE, il y a Chypre et il faudrait que la Turquie reconnaisse Chypre. Mais ils ont un accord avec la Grèce. Pour finir sur la réadmission : il y a un accord avec la Géorgie, avec le Pakistan et concernant Chypre, il va y avoir d'ici octobre un accord avec la Syrie, en sachant que l'Allemagne a signé un accord de ce type avec la Syrie il y a un an.

On revient donc sur la problématique kurde. Les gardiens ne se situent pas seulement en Afrique mais la ceinture s'élargie à l'Asie centrale et à l'Europe de l'est avec une frontière qui s'éloigne de plus en plus de l'Europe. La deuxième chose, pour revenir sur la protection temporaire : il y a une directive européenne à ce sujet, cette directive signée en 2001, qui n'a jamais été utilisée parce que le Conseil de l'Union Européenne est censé établir une liste des pays d'où provient le flux des personnes qui fuient les violences indiscriminées et qu'aucune liste n'a été faite jusqu'à présent.

### Jean-François CORTY

Coordinateur des missions France

J'ai une remarque à faire, sur ce que tu as dit Guy sur le « génocide passif » du HCR. Je crois qu'il faut être prudent sur ce qu'on dit. On peut reprocher au HCR d'être instrumentalisé par les états européens qui le financent et qui poussent à faire revenir les Afghans qui sont en Iran et au Pakistan, pour donner l'illusion que ça va mieux en Afghanistan et que donc la politique de pacification est efficace, mais lui reprocher d'être complice d'un génocide, il faut faire attention.

Là où je trouve que c'est intéressant par rapport à ce qu'a dit Benoît sur le comportement d'addiction qu'on constate en France, c'est qu'on pourrait échanger sur l'expérience que vous faites dans le cadre du Projet Méthadone de Kaboul dans la manière dont on aborde la problématique avec le patient. Pour qu'on puisse avoir les clés pour aborder ces patients ici. C'est aussi intéressant ce que tu as dit sur le besoin d'innovation autour de la question de l'accompagnement dans l'acheminement et c'est vrai ce que dit Bernard sur la Turquie : qu'il y a des choses qui se font et peut-être que sur la Pologne aussi il y a des choses à faire pour les Tchétchènes...

### Intervenant

Pour Haddia : quels étaient les profils des gens que vous voyiez dans les programmes ? Quelles difficultés de soins ? Quelles pratiques ? Est-ce que vous les avez perdus ? Quels sont les taux de guérison et de rechute ? Quels types de problèmes rencontrent les aides soignants ? Comment on fait avancer les choses et quel genre de service on rend aux gens qui sont en souffrance ?

### **Sophie DAMIEN**

Assistante sociale

Coordinatrice au CASO de Bruxelles

Moi, j'ai eu l'occasion d'aller au Mali trois mois pour travailler sur un projet de MdM Belgique, mais pas sur les migrants, sur les enfants vulnérables et j'ai eu la possibilité d'aller visiter la structure AME. Un point qui me semble intéressant, c'est de faire un retour au CASO en France sur la prise en charge adéquate des gens expulsés là-bas.

### **Haddia DIARRA**

Psychologue Clinicienne/Coordinatrice mission Mali

Pour le moment rien n'est inscrit à ce niveau-là, mais je vais le faire au CASO du Havre la semaine prochaine auprès de l'équipe, pour leur parler de l'expérience que j'ai vécue sur cette mission qui date de 9 mois. Pour parler des résultats : c'est trop difficile après seulement 9 mois de programme.

Les pathologies : grosses dépressions, psycho-traumatismes très lourds. Les intervenants sont formés à accompagner ces personnes psychologiquement. Elles sont aidées par un psychologue parce qu'il n'y a pas de formation pour psychologues cliniciens au Mali, au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Ils sont référés en psychiatrie quand il y a des cas très lourds. Mais en général en trois, quatre séances, ils sont capables de rebondir sur leur traumatisme. A l'heure actuelle, je ne peux pas vous dire les taux. J'ai un peu plus besoin de temps.

### **Brigitte MAITRE**

Rm mission Mali

Responsable Groupe Afrique

Pour compléter ce que vient de dire Haddia, du fait de l'arrivée de trois charters avec une moyenne de 145 personnes par le charter : MdM, par le biais de l'AME et d'une autre association à laquelle on a offert notre soutien, s'est trouvé confronté à des afflux massifs d'expulsés refoulés avec toute une nouvelle pathologie qu'on ne connaissait pas à Bamako : de la pathologie physique. En particulier quand il y a eu des passages dans des prisons libyennes avec ces fameux bousculements qui sont carrément des tortures physiques et morales. L'idée est que dans le projet, on va s'ouvrir au traumatisme physique du retour forcé, pour faire miroir au plaidoyer qui est fait ici en France, sur l'absence d'accès aux soins des gens sans papiers, en essayant d'évaluer les gens qui n'auraient jamais dû être expulsés.

### **Bernard GRANJON**

Co Fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996

Responsable MIR Istanbul

Je voulais dire que toutes nos missions auprès des migrants là-bas, comportent un danger existentiel, dont il faut bien qu'on soit conscient: qui est celui de conforter la politique française d'externalisation de l'asile. Parce qu'après tout, au Mali, en Turquie, nous essayons de la rendre moins insupportable et donc d'éviter que les gens partent en France. Ça c'est un danger réel et la seule façon c'est la dénonciation de la politique européenne. Et je dirais que la Turquie c'est un peu une plaque tournante et que, ce que nous allons essayer de faire, c'est d'être en lien entre les pays fournisseurs : l'Afghanistan, l'Afrique noire et le réseau HUMA. Ce qui serait intéressant c'est de suivre la migration inverse.

Que deviennent les gens expulsés ? Avec des journalistes j'ai essayé d'enquêter. Il faut savoir que quelqu'un qui est expulsé en Turquie de la France, il a dix jours de « black out » complet. Dix jours pendant lesquels ni les avocats, ni la famille ne savent qu'il est sur le sol

turc. Pendant ces dix jours, il peut se passer plein de choses et pour nous c'est l'impossibilité d'y avoir accès et de savoir ce qui se passe.

### **Brigitte MAITRE**

Rm mission Mali

Responsable Groupe Afrique

Il y a quelque chose qui m'a beaucoup étonné dans ce qui a été dit ce matin : la représentation du passeur.

En Afrique, ce n'est pas ça le passeur. En Afrique, c'est quelqu'un qui est à sa sixième remontée vers l'Europe, qui a échoué plusieurs fois, qui est passé en prison, qui a été torturé, qui a été refoulé... qui n'a plus un rond. Il connaît les chemins par cœur et il n'a qu'une possibilité pour retenter : c'est de faire le passeur. J'ai appris ça en Afrique. La version que vous avez, c'est la version de BESSON et là on est sur un chemin glissant. Je ne veux pas dire par là qu'il n'y a pas de « salopard de passeurs ».

Ce qui est difficile quand on est là-bas, c'est de travailler auprès des gens qui ont été expulsés, refoulés et faire en sorte que leur retour soit moins douloureux. C'est faire la politique de SARKOZY : dans un certain nombre de centres de rétention on leur dit, vous êtes refoulés à Bamako. « *Pas de problème! Il y a MdM et l'AME qui vous attendent et qui va s'occuper de vous.*

On a refusé toutes les associations via le Centre de Gestion de la Migration (CGM) de Bamako que BESSON a essayé de nous refiler.

### **Marie MARTIN**

Volontaire pour « Migreurop »

Je fais un peu de la pub pour « Migreurop » mais on a mis en place un projet qui s'appelle

« Le Livre noir des Expulsions ». Le but étant de documenter et d'avoir un maximum d'informations et de témoignages pour dénoncer la situation des victimes de ces reconduites. C'est un appel à ceux qui travaillent dans les pays non européens via MdM et « Migreurop » : n'hésitez pas à nous contacter via ce projet !

### **Isabelle BRUANT**

Desk Afrique (Afrique du nord, région Sahel, Algérie et Mali)

Il y a eu pas mal de missions exploratoires il y a quelques années, dans le sud de l'Algérie. Il y a une étude qui a été menée les derniers mois et finalement un projet va s'ouvrir à l'automne à Alger. Il va durer 2 ans et on a voulu inclure un volet d'activités de partage. On est présent auprès des expulsés refoulés au Mali et en France auprès des populations migrantes. On va être présents sur leur route à Alger et on a prévu des temps d'échange d'expérience entre les différents acteurs de MdM concernés par la question de la migration.

### **Intervenant**

Deux remarques sur l'Afghanistan. La première : quand je vois la réaction d'enthousiasme de Mathieu à l'exposé de Guy, je me dis que d'autres gens à Calais et à Dunkerque auraient la même réaction. Ça serait intéressant d'organiser une soirée d'information avec un témoignage sur qui sont les Afghans. On avait fait ça sur les Kosovars et c'est un peu délicat parce qu'il y a toujours le problème de l'extrême droite qui vient s'inclure dans ces débats mais ça avait été très salubre parce que ça avait dégagé des offres de partenariats. On avait été beaucoup mieux accepté dans les quartiers où l'on travaillait.

La deuxième remarque : on a parlé de la famille, du lien avec la famille et ce matin on a parlé des demandes pour avoir internet et je me suis demandé si on faisait suffisamment attention à ça, à ce que ces jeunes gardent un lien avec leur famille. On parle de l'investissement familial. Quel investissement il y a à faire ? Est-ce que c'est vraiment la migration de vos jeunes qui est le bon investissement à faire ?

### Intervenant

Le Ministère de l'Immigration et de l'Identité Nationale a lancé une campagne d'information en Afghanistan pour dire aux gens : « *L'Europe n'est pas le paradis !* ».

Sur les portables : il y a des associations qui donnent des cartes SIM. Et il y a des terrains où les passeurs détruisent les portables pour empêcher tout contact.

Les gens de la Jungle ne décident pas de leur avenir. Ce sont les parents qui décident pour eux. Mais quand les gens de la Jungle appellent leur famille, ils leur disent qu'ils ont une bonne maison, un bon lit, une bonne douche, ils continuent le mensonge des passeurs parce qu'on leur dit qu'une fois arrivés sur la côte française, ils auront une belle maison et ils ne font que continuer ce mensonge. L'expérience malienne serait très intéressante à développer.

# ■ TABLE RONDE

## LA VIOLENCE ET LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

### Présentation d'OSIRIS

Modérateur : Bernard GRANJON - ancien Président de MdM, Responsable MIR Istanbul

Je ne suis pas psychiatre. C'est un engagement ici et là-bas.

Là-bas, ça a commencé au Rwanda et au Kosovo. Au Rwanda on s'est retrouvé avec une problématique très particulière : les enfants des rues qui étaient errants et pour lesquels il fallait faire quelque chose.

Que faire ?

Il faut trouver un vecteur et on a pris des enseignants. Or les enseignants eux-mêmes avaient subi des souffrances psychiques énormes. Ils avaient perdu leurs enfants, leurs parents. Il fallait donc d'abord soigner les enseignants. Et puis il fallait les soutenir pour qu'ils fassent ce travail. Donc on a mis à demeure pendant 4 ans, psychologues et psychiatres. Mais eux aussi, ils avaient tendance à « péter les plombs », il fallait donc les remplacer de temps en temps, remplacer l'équipe de psychologues qui était en place. Comment gérer la souffrance ?

La souffrance est contagieuse comme un virus.

Quand vous êtes toute la journée confrontés à la souffrance vous êtes en souffrance. L'histoire n'est pas en elle-même dénuée de sens. « Osiris » est née de « Primo Levi ». Mais Primo Levi a aussi connu des problèmes et une personne de « Primo Levi » est partie dans le Midi et a fondé « Osiris » en 99. Au bout de 6 ans, nouvelle rupture et on m'a demandé de reprendre « Osiris ».

En PACA nous sommes la seule association qui prenne en compte, à long terme dans des psychothérapies, des victimes de tortures et de violences politiques. Si on fait le tour en France, on a MANA à Bordeaux, Primo Levi, « Parole sans Frontières » à Strasbourg. C'est insuffisant.

On a continué à travailler à Osiris mais on a décidé de l'associer à MdM, tellement adossé que nous sommes dans les locaux de MdM à Marseille. Pour vous dire l'étroitesse de notre relation. MdM nous aide et nous l'aidons aussi, en essayant de faire une prise en charge globale. La souffrance psychique des gens que nous accueillons, nous la connaissons. Moi, je voudrais parler de la souffrance psychique des accueillants. Elle est réelle. La souffrance est une maladie contagieuse et qu'il faut essayer de gérer.

Comment gérer la souffrance ?

Premièrement : en n'étant pas seuls, en discutant beaucoup. Il y a des discussions qui s'appellent les supervisions. La gestion collective de la violence. Ça coûte cher. Ce sont des gens qui viennent de l'extérieur (dans le cas d'Osiris) qui passent deux heures par mois à écouter ces phénomènes de violences. Les hôpitaux ne sont absolument pas équipés pour le faire, parce qu'il faut des interprètes.

Il y a de la médecine somatique. Il y a des études qui ont prouvé que c'est moins cher de payer des interprètes que de travailler sans interprètes. Moins cher sur le plan médical, parce que sans interprètes on fait beaucoup plus d'erreurs, on prévient beaucoup moins. Il faut une équipe de personnes spécialisées. Une seule personne ne peut pas prendre en charge cette souffrance.

On est loin de faire une supervision aujourd'hui, on n'a pas les équipes de Calais et Dunkerque, mais on leur apporte notre soutien affectif.



Je termine en disant un mot sur la souffrance physique des gens qui subissent la torture. Les tortures aujourd'hui ont complètement changé. Elles ne laissent plus de traces mais elles sont physiques car tous les gens que nous avons suivi et qui ont subi les deux, nous disent que le pire ce sont les tortures mentales.

### **Philippe JARROUSSE**

Délégué région Pays de Loire

Pour aller dans le même sens de ce que tu viens de nous dire, je voulais faire part de l'expérience nantaise dans ce domaine-là.

A Nantes nous avons un CASO avec quelques psychologues cliniciennes qui venaient prendre en charge, quand nous le jugions nécessaire, la souffrance psychologique. Nous avons été sollicités par le CADA, qui nous envoyait des personnes plus qu'en souffrance et qui avaient des traumatismes psychologiques. On s'est trouvé devant cette difficulté de ne pas avoir les moyens d'y faire face, parce que ces psychologues cliniciennes n'étaient pas formées pour faire face à cette demande. Donc nous avons essayé de faire reprendre par le pôle psychiatrique cette problématique, mais les psychiatres aussi, n'étaient pas formés à ça et lorsqu'on essayait de prendre un rendez-vous en CMP, ça nous reportait à trois mois plus tard. On s'est donc demandé, si on pouvait former nos psychologues. On a envoyé l'une de nos psychologues se former à Bobigny. Ça s'est su à Nantes et on s'est retrouvé submergé de demandes.

Aujourd'hui nous avons deux psychologues, une file active d'une cinquantaine de personnes. Nous réalisons de 350 à 400 entretiens à visée thérapeutique par an et nous avons une liste d'attente de plus de 30 personnes en attente de prise en charge. A l'heure actuelle, nous essayons de repasser cette activité dans le droit commun mais c'est compliqué. Parce qu'on se heurte au problème de la psychiatrie et surtout d'avoir un médiateur traducteur qui soit suffisamment formé pour entendre les patients avec un psychotrauma. Il faut avoir des psychologues formés. Il y a un déficit qui s'observe dans la quasi-totalité des CASO.

Aujourd'hui à Nantes on essaie d'obtenir des titres de séjour étrangers malades qu'on obtient pour les psychotraumas.

### **Sophie DAMIEN**

MdM Belgique

Je voulais rebondir sur ce que vous avez dit sur la prise en charge globale. Je suis assez ravie d'entendre ça parce qu'à Bruxelles c'est notre cheval de bataille : la prise en charge globale en équipe. On a la chance de pouvoir travailler avec un service social, une équipe de médecins et de psychologues. Chaque patient est systématiquement vu au niveau social et référé chez le médecin s'il n'y a pas de solution dans le réseau classique et alors il y a une prise en charge psychologique qui peut être mise en place en cas de besoin. On est en train de remarquer que c'est une pratique qui est très riche autant pour le patient que pour les professionnels.

On travaille toujours en équipe, il y a donc cette prise de distance et chacun s'enrichit de la pratique de l'autre. C'est quelque chose qu'on a inséré dans notre plaidoyer. J'ai eu l'occasion d'aller visiter deux CASO à Paris où justement cette approche globale n'était pas mise en place. Je me demande si ce n'est pas une réflexion qui doit être mise au niveau général de MdM sur cette prise en charge globale pluridisciplinaire.

## Intervenant

La diversité des approches des personnes. J'étais très frappé à Osiris par la présence du kinésithérapeute. Je crois que l'approche par la parole est tout à fait fondamentale, mais je pense qu'il doit y avoir des cas où d'autres approches sont possibles, d'autres techniques : La sophrologie par exemple.

## Benoit SAVATIER

Rm mission Migrants Nord Littoral, Dunkerque

Je trouve les conditions de travail dans le véhicule ambulance très difficiles de par le lieu et par la dépersonnalisation des soins. Toutes les semaines les médecins changent et on a très peu de chance de retrouver la rencontre qu'on a trouvée au début, une deuxième et troisième fois. Là où je suis ravi c'est le travail qu'on fait avec des intervenants qui amènent plutôt au cabinet de médecine générale des personnes qu'on doit voir trois, quatre fois dans le trimestre, et avec qui il y a un chemin qui se fait, sur ce qui est somatique.

La question du maître de stage avec son interne. C'est quelque chose d'extraordinaire parce qu'on vit la médecine tout haut et à trois. Après on a un débriefing à un moment de la journée et par rapport à la souffrance du patient, ça permet d'échanger et de moins souffrir. Quand on change de médecin souvent, on n'a pas les conditions d'une écoute suffisante. Je vois les gens du CADA et je suis surpris de l'ouverture des gens à la deuxième, troisième, quatrième consultation. On commence à se connaître, et on voit des gens transformés, ce qu'on n'arrive pas à avoir dans les consultations mobiles. Dans la camionnette on a aussi le problème de la langue, de l'interprète.

## Bernard GRANJON

Co Fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996

Responsable MIR Istanbul

Tout à fait d'accord avec Sophie pour une prise en charge globale, mais puisqu'on ne sait pas tout faire on travaille en réseau. C'est obligatoire.

Je réponds à Philippe : est-ce que nous sommes capables de prendre en charge ? Non.

Même dans un centre spécialisé comme « Primo Levi », nous devons être honteux de ce que nous faisons. Nous avons une liste d'attente d'1 an. Imaginons dans un hôpital quelqu'un qui arrive avec un syndrome abdominal aigu à qui on dirait, on vous prend en charge dans un an. La souffrance psychique détruit les personnes. Par rapport à « Osiris », quoi faire ? Ce qui est important à mon avis, c'est essayer d'impliquer ailleurs des gens, qui pourront arriver à prendre ces personnes en charge. C'est pour ça qu'il ne faut pas hésiter à faire des formations.

La deuxième chose capitale, c'est l'interprétariat. Un interprète, ce n'est pas un traducteur, c'est un passeur de culture, de souffrance...ce n'est pas n'importe qui. C'est quelqu'un qui est formé, à qui on apprend des règles, l'obligation de l'anonymat par exemple, et qu'on emmène aux AG, qui participe aux colloques de réflexion. Ce sont des co-thérapeutes. Ce sont des gens qu'on doit prendre en charge et bien sélectionner. Le thérapeute c'est dans la majorité des cas lui-même un réfugié politique, il va donc se confronter à sa propre souffrance.

La personnalisation des soins : il faut s'inscrire dans la durée. Nous sommes dans l'obligation de proclamer que les pouvoirs publics, au lieu de nous aider comme ils

devraient, nous empêchent de soigner. On ne peut pas soigner des gens qui continuent à être persécutés sur le plan social et administratif. Nous avons reçu une femme du Kosovo qui a été violée plusieurs fois en l'absence de son mari. Elle arrive en France, elle est refoulée aussi bien par l'OFPRA que par la CNDA. Elle est virée du CADA (Centre d'Accueil Demandeurs d'Asile) où elle se trouvait avec son gosse. Elle n'a rien. Son mari se fait chopper au péage et se fait mettre en centre de rétention, on a réussi à faire sortir cet homme... Mais comment veux-tu faire soigner ce traumatisme de viols répétés alors qu'elle continue d'être persécutée ?

### **Christophe ADAM**

Bordeaux, membre du CA

On souligne l'importance de la proximité et à la fois, on doit gérer le paradoxe lié à cette proximité, à la nécessité de garder une distance avec la souffrance de l'autre. On doit être proches et distants, en même temps.

Le deuxième élément c'est cette notion d'espace. Espace de la camionnette, espace/temps, et on sait que la parole va naître de cet espace et de ce temps de parole.

Le troisième point, c'est qu'il faut qu'on accepte nos limites.

On n'a pas assez de temps pour les consultations, ni auprès des gens dans les hôpitaux en fin de vie, c'est un discours de frustration. Pour nous, au sein du secteur France, on est confronté à ce sentiment de frustration. Comment on peut arriver à se satisfaire de nos actes ?

Il faut qu'on invente des espaces un peu distincts. Nous, on a un espace bordelais qui s'appelle le « Fle », le « Français langue étrangère », un espace communautaire où les gens pendant un an, viennent boire un café et apprendre quelques mots de français. A ce moment là, il peut y avoir un espace de parole qui se crée. Ce qu'a dit Benoit sur l'articulation avec la médecine générale : la formation des médecins aux enjeux de la migration et des traumatismes est importante. Une formation à être un acteur de formation des futurs professionnels est importante aussi. Parce qu'on a tous des patients migrants et parce que les gens au bout de trois mois, ils peuvent avoir l'AME.

La question des enfants : il faut qu'on arrive à travailler avec les PMI avec lesquelles on doit pouvoir partager cette envie d'être dans la parole.

### **Martine DEVRIES**

Rm mission Migrants Nord Littoral, Calais

Je souscris à tout ce qui s'est dit jusqu'à présent. J'ai un témoignage un peu différent : sur Calais depuis 8 ans, il y a peu de prise en charge médicale. L'essentiel du travail des rencontres se fait avec les bénévoles qui emmènent les repas, le vestiaire. On a vu une extrême violence depuis 2002 au sein des bénévoles.

La souffrance des migrants on l'entend davantage. Celle des bénévoles sortait avec une extrême violence. Ils parlaient entre eux et à un moment donné, ça pétait violemment. Il y a eu des divorces. Et ça continue. Il y a une violence vis-à-vis des forces de l'ordre qui a débouché sur des procès qui ne sont pas des procès pour délit de solidarité, mais des procès pour outrage à la force publique. Je me souviens d'une rafle de la police, on voyait des migrants le nez écrasé, certains pleurant dans l'autobus et les bénévoles les voyaient partir comme ça et je comprends l'outrage...Mais en dehors de l'intervention policière il y a une violence entre les migrants. Ce qui pose le plus de questions c'est la violence entre bénévoles. J'essaie de faire entendre qu'on est une association de soignants et comment faire pour soutenir la souffrance des bénévoles ?

## Intervenant

Je suis ravie d'entendre qu'il y a toujours un accompagnement de fait à l'étranger. Effectivement ici, il n'y a rien. Je me pose la question des enfants : à l'heure actuelle il y a beaucoup de mineurs qui sont sur le Calais, sur Dunkerque ou sur Paris. Ça m'arrive de rencontrer le même gamin de 15 ans un jour à Paris, et quelques jours plus tard à Calais. En ce moment, il y en a un qui a passé l'hiver dans des conditions épouvantables à Calais et qui est très violent avec lui-même. Il est très violent avec ses camarades. Son rôle à l'intérieur du groupe doit être un peu d'intermédiaire. Il est violent avec les bénévoles, le matériel et nous. On ne peut avoir aucune réaction, parce que quand il y a un migrant qui est malade, qui a une gastro, on va se dire officieusement un tel ou un tel va le prendre à la maison pendant une semaine. Il se retape un peu et nous, on va apprendre un tas de choses sur lui, sur le parcours migratoire. Mais quand il s'agit de problèmes psychologiques, peu de monde se lance là-dedans parce que ce n'est pas gérable. Il faudrait trouver une famille d'accueil qui soit formée à la gestion de ce gamin, parce qu'il est en errance.

On n'est pas formé au droit, au paramédical, au psychologique et au tissu social pour savoir vers qui, orienter les gamins.

## Jean-François CORTY

Coordinateur des missions France

Je suis d'accord avec les remarques de Martine. La souffrance des bénévoles est un phénomène récurrent en France et dans les situations de guerre. Moi qui ai travaillé en RDC, sur le Nord Kivu, dans ces zones-là, les expatriés reviennent détruits et je pense que ça relève aussi de la politique RH de la maison.

Comment on met en place des systèmes de débriefing dans l'association pour les accompagner dans leurs soins ?

Ça, ça doit être au cœur des nos réflexions. Sur un point plus général : la difficulté du soin individuel. Je crois que le contexte nous oblige à être innovants. Il y a des files d'attente chez « Osiris », chez « Primo Levi » pour des personnes qui sont en besoin de soins. Il faut qu'on soit innovants quant à la prise en charge. Il y a plein d'expériences qui sont faites à l'international dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. A MdM on a la possibilité de développer des projets originaux.

Dernier point, je suis tout à fait d'accord avec Bernard : il faut réaffirmer que les institutions sont actrices de la violence et provoquent des crises sanitaires. Quand on voit Mayotte et Calais : l'Etat produit de la violence. Nous devons dénoncer cette situation et les entraves à l'action que l'on constate que ce soit, soit sous forme de destruction de matériel, soit sous forme de pression au travers du délit de solidarité, soit sous forme de pression administrative, ou sous entretien de la confusion des genres.

Quand BESSON il parle de renvoi humanitaire, quand il utilise la sémantique humanitaire pour faire une confusion de genres entre ce qui relève des ONG indépendantes et ce qui relève de l'Etat, on voit qu'il y a une réappropriation du discours humanitaire par les autorités publiques. Quand BESSON dit: « *Je m'entends bien avec les associations et la Croix Rouge* », il oublie de dire que « la Croix Rouge » est un auxiliaire d'état. Il faut qu'on continue à être attentifs et à dénoncer ce qui est une défiance des autorités vers les ONG françaises et qui monte en puissance, parce que c'est notre identité qui est mise en danger.

### **Intervenant**

Juste à propos de ce que vient de dire Jean-François de la souffrance des soignants ici et là- bas, là, c'est de l'autocritique vis-à-vis des délégations. J'ai l'impression qu'on laisse pas mal tomber les gens qui reviennent de l'international.

### **Sophie POISSON**

Desk Coordination missions France

Moi je me pose la question sur ce qui empêche le travail en réseau.

Qui empêche de référer les gens chez un psychologue ?

Tu disais que tes bénévoles n'étaient pas toujours formés, je pense que chacun son métier et qu'on ne peut pas former tout le monde à tout. Le travail en réseau a tout son sens.

### **Bernard GRANJON**

Co Fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996

Responsable MIR Istanbul

Je suis tout à fait d'accord avec toi Jean François, il faut qu'on innove. On a commencé à le faire. A Marseille, il y a une école de prise en charge psychiatrique familiale et ça permet de voir en peu de temps un grand nombre de patients. Il y a d'autres techniques. On peut être tentés d'être déprimés après une journée comme celle-là, c'est un grand tort.

Il faut avoir conscience de sa propre valeur et de ses propres possibilités. Observer que toutes les évolutions dans un pays où la démocratie est partiellement confisquée, viennent de la société civile dont nous faisons partie. Je ne crois plus aux déclarations déclamatoires et affectives. En revanche, une déclaration sur la base d'une expérience et d'une expertise ça, ça peut aller loin. J'ai tendance à dire que dans un pays qui accueille si mal les réfugiés, il n'y a pas beaucoup de possibilité de développement. Il ne faut pas abandonner.

### **Intervenant**

Par rapport à l'intervention de Martine, moi j'aurais tendance à prendre ces symptômes très au sérieux. Il faut une mise en place de certaines mesures. De mon expérience, tout le monde ne peut pas être formé à tout et chacun son boulot.

En tant que médecin, je ne fais pas de prise en charge psychologique lourde. Je détecte les cas et je les dirige ailleurs. Il faut reconnaître ses limites. Personnellement, si je détecte chez une femme une histoire de viol, ça me rassure de pouvoir la référer. Je ferais tout pour ne pas entendre son histoire.

Un deuxième point : nous avons été confrontés au manque de structures aptes à prendre en charge la souffrance des demandeurs d'asile, je pense aussi qu'il faut forcer la voie. Il faut envoyer les gens dans des Centres de Santé Mentale. Il faut aussi que ces centres puissent s'ouvrir à ce genre d'expérience.

### **Philippe JARROUSSE**

Délégué, région Pays de Loire

Il faut aussi savoir de quoi on parle. Nous lorsqu'on interroge les psychologues sur la prise en charge des psychotraumas, ils nous disent que la souffrance ne peut pas être soignée. Elle peut être prise en charge par les méthodes physiques. Il n'y a pas besoin d'une prise en charge lourde. Le psychotrauma c'est tout autre chose. Il nécessite une prise en charge thérapeutique. A côté de ça, on a les malades psychiatriques, mais c'est encore autre

chose. Le psychotrauma nécessite une prise en charge lourde avec des gens formés sur le plan psycho et des traducteurs formés.

Nous à Nantes on a la chance de travailler avec les gens d'une association au niveau médiation traduction, mais qui ne sont pas non plus des traducteurs spécialement formés à l'écoute psychologique. Eux aussi, ils ont besoin d'être pris en charge pour évacuer ce qu'ils ont entendu. Une de nos psychologues qui nous paraissait la plus solide, a fini par péter les plombs, elle a arrêté.

### **Bernard GRANJON**

Co Fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996

Responsable MIR Istanbul

C'est un problème réel. Après le Kosovo, au Rwanda on a assisté vraiment à une pathologie des soignants et partout. Jusque-là on n'en avait pas encore pris conscience. La preuve, le nombre de suicides qu'on a eu à MdM où toutes les AG commençaient par : « *Nous dédions cette AG à la mémoire de...* ». Et là, on avait mis en place une surveillance des équipes, une relève. Dans les missions dures, il ne faut pas laisser les gens trop longtemps sur place et il faut un suivi post mission. Autre chose : il faut des gens spécialisés. Les juges qui sont aussi bien à la CNDA qu'à l'OFPRA, ce sont des gens qui ne sont pas du tout formés au psychotrauma, avec deux conséquences : la première est que la durée de vie de leur vie professionnelle est extrêmement brève. Au bout de trois mois ils en ont tellement assez, qu'ils dégagent. Une brillante psychanalyste de « Primo Levi » disait : « *Plus un récit est incohérent, plus il a des chances d'être vrai !* ». Alors qu'est-ce qu'ils attendent ? La cohérence du discours.

Un jour une femme arrive devant la CNDA et elle dit « *J'ai été violée !* ». Donc, je demande le droit d'asile. Le Juge, très malin, lui demande :

« *Quand vous êtes arrivée à Paris, quelle est la première personne à laquelle vous avez téléphoné ?* »

« *J'ai téléphoné à mon cousin.* »,

« *Vous voyez qu'elle ment ? Si elle avait été violée elle aurait appelé son gynéco !* ».

Ce sont des gens qui sont complètement dilacérés. Pour remettre en marche cette machine, il faut beaucoup de temps. Les techniques de torture sont très sophistiquées. Les prisonniers turcs nous disent : « *Nous, on a de la chance, parce que nous avons une idéologie !* ». Les prisonniers de droit commun sont les plus à plaindre. Ils étaient totalement isolés. Les mauvais traitements, le fait de ne pas les prendre en charge c'est un véritable cancer pour la société toute entière. Alimenter cette souffrance c'est une marque indélébile. J'ai vécu dans une famille en Algérie au centre du désert qui me disait : quand un messager arrivait, on le recevait trois jours et trois nuits. Il était inconvenant de lui demander le pourquoi de sa venue. Au bout de trois jours on lui posait la question.

### **Intervenant**

Au Mali, j'avais été frappée par une technique qui est une technique thérapeutique au sein de MdM, et qui consiste à mettre ensemble des malades et des non malades pour identifier les souffrances par des sketches et des danses. C'est une technique très intéressante.

## **Brigitte MAITRE**

### **Rm mission Mali – Responsable Groupe Afrique**

Il y avait eu une demi-douzaine de Maliens qui avait été expulsée de Mauritanie alors qu'ils y étaient depuis plusieurs années. Motif écrit de la police : ils ont tenté de passer en Europe. Ce n'était pas le cas. Pourquoi ils ont été virés ? Parce que les Préfets ont des consignes de quotas. La Mauritanie rend des comptes à la France sur le nombre d'expulsés.

Voilà comment on a transformé la culture des gens en Afrique ! Ces 6 personnes arrivent au Mali, on les accueille, l'AME veut les rencontrer et on leur rend leur dernière paie en Mauritanie avec tous leurs objets. L'AME qui avait été briefée par la CIMADE n'oublie plus, que pour soigner un stress post-traumatique, il faut que les gens rentrent dans leur droit. Il n'y a pas besoin de psychologues.

# ■ TABLE RONDE

## L'APPROCHE LEGISLATIVE, JURIDIQUE ET POLITIQUE (27 JUIN)

- ▶ **Le Calaisis : impasse ou zone de transit ?**
- ▶ **Les conséquences de la politique européenne d'asile pour les migrants**
- ▶ **La situation particulière des mineurs isolés étrangers**

Animatrice : [Martine DEVRIES - Co-RM mission Migrants Littoral 59/62](#)

Intervenants : [Lily BOILLET - Présidente association Terre d'Errance](#), [Marie MARTIN - Volontaire pour Migreurop](#), [Paul RENOUE - Stagiaire juriste Mission Migrants Littoral 59/62](#)

### **Paul RENOUE**

[Juriste stagiaire](#)

J'ai fait des études de droit, je suis au sein de la mission depuis deux mois et je voulais parler ce matin de la prise en charge des mineurs isolés qui est le domaine dans lequel je me suis investi depuis deux mois.

Je vais commencer par donner quelques définitions : en France on est considéré comme "mineur isolé étranger" quand on a moins de 18 ans et quand notre représentant légal n'est pas présent sur le même territoire.

Au niveau des conditions de vie : les mineurs sur les camps du littoral sont mélangés aux adultes. Et plus que les autres, ils sont confrontés à des risques de violence et d'abus sexuel. Dans les campements, c'est très difficile de questionner leur parcours migratoire, et de s'orienter vers d'autres conditions de vie. A noter aussi la grande pression exercée sur ces jeunes : celle des passeurs, des autres migrants, de leur famille car ils doivent accomplir une véritable mission. Ils ne sont pas maîtres de leur destin. Le choix qui s'offre à eux est très difficile.

Quelques chiffres : en Europe on parle de 50 à 100 000 mineurs isolés étrangers. En France, ils seraient 4 000 et 8 000 en 2009. Plus de la moitié d'entre eux ont été recensés au Pas-de-Calais. Sur le Dunkerquois le chiffre sur lequel on se base est de 25 à 30% des personnes qui se déclarent mineurs lors d'une consultation, sur une population d'environ 200 personnes. Si on se base sur ces chiffres, on va voir une nette augmentation des mineurs isolés dans les dernières années depuis 2007. Et ce chiffre ne va pas diminuer.

Les nationalités : sur le littoral, la majorité ce sont Afghans de sexe masculin.

Les droits qui leur sont offerts : il y a la convention des droits des enfants qui établit toute une liste d'obligations positives et négatives pesant sur les états signataires qui les oblige à accorder un statut protecteur aux mineurs. En France, le droit le plus important est celui qui dit que des mesures d'expulsion qui peuvent être prononcées à l'égard d'un mineur. Bien que l'Europe donne droit à la France de procéder à ces expulsions, la France a choisi de se positionner en refusant l'expulsion des mineurs. Il y a aussi des obligations positives : les mineurs ont le droit à la protection de l'enfance au même titre que tous les autres mineurs se trouvant en situation de danger.

Je vais revenir sur la procédure de protection de droit commun qui peut être mise en œuvre à leur profit : c'est un signalement au procureur du TJ (Tribunal Judiciaire) du lieu de



résidence, qui permet de placer le mineur dans un foyer de résidence d'aide sociale à l'enfance. Il y a également des procédures spécifiques, qui ont été établies concernant les mineurs isolés étrangers. Il y a des villes comme Paris ou Lille où un dispositif spécifique a été mis en place, qui consiste en la recherche des mineurs isolés et une mise à l'abri au niveau associatif. Ensuite, il y a un travail d'évaluation au niveau social, juridique, éducatif qui est réalisé et puis il y a le placement dans une structure de droit commun.

J'ai pu constater dans mon travail, qu'au sein de ces dispositifs travaillent des intervenants avec des plus grandes compétences en termes de connaissances linguistiques et juridiques.

Les dysfonctionnements : les pratiques des Etats de l'UE.

En matière de renvoi, les états membres n'ont pas du tout les mêmes pratiques. C'est ici qu'il y a un vrai travail de plaidoyer à faire pour inciter les institutions à renforcer les normes protectrices des enfants et à ne pas renvoyer de force un mineur.

Une deuxième pratique néfaste, française cette fois-ci : c'est l'intervention de la PAF dans la procédure pour effrayer le jeune. La PAF intervient au moment de l'expertise osseuse, certains parquets faisant appel à la police des frontières pour emmener les jeunes à l'hôpital pour qu'ils subissent un examen et ensuite les ramener au procureur. Une autre pratique négative c'est la persistance de l'expertise osseuse, bien qu'il y ait un large consensus scientifique sur la question. Je vous rappelle qu'un jeune qui a 16 ans ½ pourrait très bien se retrouver avec un examen osseux, disant qu'il en a 18. On sait que si on produit un acte d'état civil, l'acte doit primer sur l'examen osseux dans tous les cas.

Ensuite, ce que j'ai relevé, c'est une certaine inadaptation des structures d'accueil et des intervenants, que ce soit au niveau institutionnel qu'associatif. Il y a beaucoup de formations à faire, notamment au niveau juridique. L'orientation d'un jeune vers ses droits est quelque chose de très complexe. Même au niveau linguistique : réussir à instaurer une certaine relation de confiance avec ces jeunes, ça suppose tout un travail de psychologie pour lequel il faut avoir des compétences, du temps et des moyens, pour que l'accueil de ces jeunes se fasse dans des bonnes conditions. (...)

## Lily BOILLET

Présidente de l'association « Terre d'errance »

(...)

J'avais déjà dit hier que j'étais Présidente bénévole d'une association locale qui venait en aide à des enfants sur Norrent-Fontes, un petit centre de 2 000 habitants où, depuis la fin des années'90, on a vu passer des gens. Je ne suis pas juriste. On commence par le côté caritatif et puis on découvre l'ensemble de la question. Je ne reviens pas sur la convention de Genève, mais peut-être sur la Déclaration des Droits de l'Homme de 48, sur l'article 14 notamment, qui dit « *Devant la persécution tout homme a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile dans d'autres pays.* » et aucun droit d'asile n'est concevable sans possibilité de quitter son pays.

Les populations qu'on retrouve ne correspondent pas tellement à ceux de la définition de la convention de Genève. On a vu apparaître les protections subsidiaires, humanitaires, temporaires pour s'adapter à des conflits généralisés, puisque les demandeurs d'asile n'étaient pas en mesure d'apporter des preuves de persécutions personnelles.

Aux conventions qu'on connaît se sont ajoutées des conventions comme celle de Dublin. Dans les années 90 les gouvernements ont essayé de s'harmoniser dans leurs pratiques d'asile pour lutter contre le « tourisme d'asile ». M. SARKOZY voulait que ça cesse. En

2003 s'est rajouté le règlement Dublin II, un système « d'Eurodac » qui constituait un traçage des étrangers par la biométrie (prises d'empreintes digitales). La base du règlement Dublin II, c'est la désignation d'un seul Etat, responsable du dossier d'asile. Depuis 2003, il est impossible de faire de multiples demandes d'asile : le « tourisme d'asile » n'existe plus. Ce sont des stratégies de désespoir. Nous, on voit des gens qui n'ont pas pu être entendus. Ils n'ont pas de protections.

Il y a une quinzaine d'années, la privatisation des contrôles aux frontières est apparue et a empêché l'accès par avion des demandeurs d'asile. Plus le contrôle aux frontières est important, plus on pousse les migrants à prendre des risques. Au bout de quelques temps le règlement Dublin II s'est révélé plus confortable pour les états du nord de l'Europe, les plus riches. C'était un outil pour se débarrasser des droits d'asile. Les portes de l'Europe ont été, dans le passé, l'Espagne et puis l'Italie ou la Grèce. C'étaient les pays qui recevaient les flux. Depuis 2003, ils ont la nécessité de prendre en charge les personnes. Les demandeurs d'asile n'ont pas disparu. Ils sont juste rendus invisibles, parce qu'en transit permanent. Ils n'ont de droit nulle part, car ils se retranchent derrière le règlement Dublin II pour estimer qu'il n'est pas de leur responsabilité de les prendre en charge. Moi quand j'ai commencé il y a trois ans, il n'y a eu personne qui m'a parlé de ce règlement et personne qui m'a dit que les migrants voulaient rester.

Calais est une zone de transit ou d'impasse ?

L'an dernier grâce à M. BESSON, on a eu la réouverture d'un bureau d'asile à Calais. Pour un mois d'ouverture, il y eu 160 demandes. Suite à ça, on a eu 31 autorisations provisoires de séjour, mais aussi 51 signalétiques « Eurodac » et 57 problèmes d'empreintes avec des doigts brûlés. On a eu donc 108 personnes qui se retrouvaient confrontées avec le règlement Dublin II. Certes, ces gens sont considérés en transit. Ils continuent d'avancer. Calais est donc une zone de transit. Hier il n'y avait que deux personnes salariées juristes pour tous les dossiers. Le reste est à la charge des associations de bénévoles qui ne sont pas formés.

Dans la difficulté des démarches administratives : si on respectait les règles des conventions, ces gens seraient restés en Grèce ou en Italie. Pourquoi ils ne restent pas dans ces pays ?

La Grèce est une des portes d'entrée du Moyen-Orient. On estime les entrées irrégulières entre 100 000 et 150 000 l'année dernière avec des gens provenant d'Afghanistan, d'Irak, du Kurdistan. Sur ce chiffre, on ne sait pas combien ont demandé l'asile. Il y a entre 0,8 et 1,3% de demandes en Grèce avec une quasi impossibilité d'obtenir une protection, aucun système d'accueil, et des problèmes de sécurité. On a vu en 2009 la destruction de Patras, un des grands camps.

Pour ce qui est de l'Italie : les migrants entrés par la Libye ont des protections humanitaires d'un an, ou des statuts de réfugiés de 5 ans. Le problème dans ce pays c'est une xénophobie galopante. Aucun système de logement social, clochardisation des exilés, des squats, de la vie à la rue, de l'exploitation dans les fermes agricoles. Tous reprennent la route et se destinent en Angleterre.

La plupart des migrants disent vouloir essayer une première fois en Angleterre, après avoir été « eurodaqués » en Italie. Si en Angleterre, ils se font retrouver, ils seront renvoyés une première fois. Mais tout n'est pas perdu. Ils tentent une deuxième fois et ils vivent dans la clandestinité. Quand ils sont renvoyés encore une fois en Italie, la troisième fois ils ont le moral en berne et ils développent des stratégies de survie: d'où le fait de devenir passeurs.

Pour la communauté érythréenne : ils sont face au racket du gouvernement qui emprisonne leurs familles, quand ils s'aperçoivent que les jeunes ont déserté leur pays. Ils réclament alors 1500 dollars pour la libération d'une mère. Il y a une espèce d'hémorragie de l'Erythrée, où il ne reste plus de jeunes actifs. Si les jeunes n'envoient pas d'argent à la famille, les familles meurent au pays.

Au niveau des procédures au Nord-Pas-de-Calais : les bureaux ne sont pas ouverts tout le temps. Sur Calais, que deux fois par semaine, et on n'a aucun moyen de transport institutionnel. Tout est à la charge des bénévoles. Sur Dunkerque, c'est Josette qui détecte les gens, les emmène à la sous-préfecture pour leur permettre de se déclarer et pour la notification des droits. En plus avec la PAF qui distribue les arrêts préfectoraux de reconduite à la frontière, les migrants évitent l'accès à la ville.

Il y a eu un miraculé qui ne brûlait pas ses empreintes. La police lui demande de voir ses mains, il les montre et d'habitude, celui qui a les mains lisses, est mis en garde à vue et reçoit un APRF, parce que s'il n'a pas brûlé ses mains, c'est qu'il n'a pas d'empreintes ailleurs. Il peut donc demander l'asile et comme ils ne veulent pas de lui, ils lui donnent un APRF. Sauf que la personne en question n'a pas la possibilité matérielle et technique de faire appel en 48 heures. S'il changeait d'avis il serait placé en procédure prioritaire, ce qui implique l'absence de prise en charge financière et d'hébergement. Toute la procédure se fera dans la Jungle.

Pour ceux qui sont « dublinisés », « eurodaqués » : il y a des recours envisageables. L'Etat a payé 100 euros par jour pour les gens qui sont en attente de réadmission Dublin et que l'Etat n'a pas hébergé. On a très peu de bénévoles quand même qui sont capables de faire ces recours. On n'a pas de fax, on ne sait pas à qui les envoyer, on n'a pas de personnes de référence. Il y a une habitude chez les bénévoles de convaincre les migrants à demander l'asile, parce que c'est la seule solution pour les sortir de la Jungle et quand, on les emmène en sous-préfecture et qu'on leur donne la notification de réadmission Dublin, on ne leur propose rien. Ils sortent, ils n'ont rien compris. Ils ne sont pas pris en charge. Ils restent dans la Jungle. Il n'y a plus de place en CADA. Ils attendent parfois plusieurs semaines l'autorisation provisoire de séjour, parce qu'à la sous-préfecture on est en panne de papier et on attend un mois pour imprimer les APS, mais en attendant la personne reste dehors.

Calais est donc plus une impasse, qu'un transit.

Je ne suis pas d'accord quand on me dit que tous les migrants veulent passer en Angleterre. Mais après la destruction de septembre, les migrants sont plus acharnés à partir. Ils deviennent fous, on leur dit de ne pas rester, mais en même temps on leur dit qu'ils n'ont pas le droit de sortir non plus. Ils ne comprennent plus rien. On voit un phénomène d'errance. En trois ans, j'ai vu passer des gens trois fois.

Il y a quelques mois, j'ai rencontré quelqu'un qui avait 27 réadmissions sur son dos. Cet homme en 6 ans, il était bousillé. Mais Dublin c'est confortable. A force les gens acceptent le retour volontaire depuis Calais.

Juste une parenthèse sur la nouvelle loi de M. BESSON qui va rendre encore plus difficile la tâche. Toute zone qui héberge des étrangers en situation irrégulière pourra devenir zone d'attente. Les petits camps qu'on essayait de faire devenir un peu plus confortables étaient comme des camps de rétention. Et à partir de là, ils seront disponibles pour les autorités à tout moment pour des expulsions plus rapides et faciles.

Si les gens ne peuvent pas faire preuve d'une entrée régulière sur le territoire, ils se voient arriver une OQTF (une obligation de quitter le territoire français) sans recours dans un délai de 30 jours. Le droit d'asile existera plus. Un demandeur d'asile doit pouvoir traverser les frontières, même s'il ne peut pas montrer d'état civil. On ne doit pas lui demander de VISA.

Il y a aussi l'« assignation à résidence » qui, pour la communauté érythréenne par exemple, reste très problématique. Car on ne peut pas les renvoyer chez eux, ils sont mobiles et on pourrait les assigner à résidence comme en Angleterre. Ils devront revenir tous les 15 jours signer, être disponibles à tout moment pour rentabiliser les centres de rétention qui sont privatisés en Angleterre et puis un jour les renvoyer avec l'interdiction de travail, les rendre dépendants totalement de la population locale.

### **Marie MARTIN**

#### **Volontaire pour Migreurop**

Un réseau euro-africain qui se concentre sur la question de la rétention ou des contrôles des frontières...J'ai une formation en Sciences Politiques avec une spécialisation sur l'émigration, je vais essayer un peu d'apporter un éclairage Sciences Po sur la situation.

On a un profil de migrants irréguliers : pas de papiers et pas de permis de séjour. Ce sont des flux mixtes et pas tous des demandeurs d'asile. Ce sont des gens qui viennent à la fois pour des motifs économiques et politiques. Avec ce besoin de catégoriser on n'arrive pas à concevoir que les gens aient des motifs multiples de venir. La plupart ne peuvent pas être renvoyés chez eux, car il s'agit de pays où il y a un chaos total et la Charte Européenne des Droits de l'Homme, la Convention contre la torture de Genève interdisent de renvoyer les gens qui pourraient subir la torture ainsi que des mauvais traitements... Ce qui n'empêche pas de renvoyer quand même ces gens dans leurs pays.

On estime la situation en Afghanistan ou dans d'autres pays pas suffisamment grave pour justifier que les gens ne restent pas chez eux. Ces gens n'ont pas forcément envie de rentrer.

La question de la frontière : c'est la fin de l'espace Schengen. Puisque le Royaume-Uni ne fait pas partie de Schengen, vous avez la situation classique de contrôle des frontières entre deux pays. Avec une multiplication des accords entre les deux pays qui justifie que la Grande-Bretagne soit présente dans certains ports de la mer du Nord pour procéder à des contrôles. La France fait partie de Schengen, donc du système européen de Dublin II. On peut donc renvoyer les gens considérés comme indésirables.

La question de la vulnérabilité : les migrants et les gens qui n'ont pas accès aux soins sont considérés comme vulnérables. Je reviens sur ce qu'on a dit hier sur l'Afghanistan. Il y a une vulnérabilité en trois étapes : dans le pays d'origine, au cours de l'émigration et dans le pays de transit ou de destination.

Comment un Etat peut attenter à la dignité humaine ?

Ce sont les Etats qui décident si une personne a le droit de rentrer ou pas. Ce sont les états qui doivent statuer sur la pertinence d'un parcours migratoire. C'est l'Etat qui décide si vous êtes vulnérables ou pas. Il y a deux cas : ceux dont la vulnérabilité va être considérée comme légitime, alors eux ils ont droit de passer la frontière, ils sont reconnus comme réfugiés et donc ils ont des droits : à la santé, à l'éducation...Les autres deviennent illégaux. Ils sont donc criminalisés, enfermés.

Quelqu'un qui arrive sans ressources est de facto vulnérable et il est de responsabilité de l'état de soutenir ces gens sous sa juridiction. Dans le Calais, on a des gens qui sont en transit et irréguliers. La France considère qu'elle n'a aucune responsabilité envers ces gens. D'abord, le fait qu'ils soient en transit les décharge de toute responsabilité morale et juridique. Ces gens ne rentrent dans aucune catégorie administrative et donc on les considère comme invisibles.

Pour les gens qui demandent l'asile il y a un minimum de cadre juridique, de soutien. L'accès aux soins par exemple, fait partie de ces droits. Mais tout ça est à la discrétion de l'autorité locale. Deuxième raison pour laquelle il est d'intérêt pour les autorités de considérer que les migrants sont en transit, c'est que quelqu'un en transit n'est pas enclin à s'intégrer. On sait bien que l'intégration en France est importante. Ça fait partie de notre carte d'identité nationale. En France on arrive, on s'intègre ou on s'en va. C'est la faute de l'Europe, dit la France. Le rapport HUMA le montre bien : l'accès à certains droits n'est pas respecté.

L'argument du système Dublin II n'est pas valide 100%, pourquoi ? Parce que dans le texte Dublin II il y a une clause qui dit : « *Il est à la discrétion des Etats de considérer si quelqu'un qui a déjà fait une demande d'asile dans un autre pays, va voir sa demande examinée ou pas.* ».

Aucun pays ne respecte cette clause. C'est bien pratique de se renvoyer la patate chaude. Un demandeur d'asile avec des droits est une charge pour toute la société.

Autre argument : le fait que ces personnes ne satisfont pas les critères de l'asile, car on prétend qu'elles ne sont pas victimes dans leurs pays.

Un autre obstacle : le visa aéroportuaire. Quand vous passez par un aéroport, vous avez le droit à un visa de transit aéroportuaire, le VTA. C'est un visa de transit mis en place pour des raisons de sécurité. La liste des pays considérés comme dangereux est de 20 ou 21 pays, mais chaque état peut rajouter des pays. La France est le pays qui a la liste la plus longue : 36.

Quand on regarde les pays d'origine des migrants qu'on retrouve sur le Calais, pourquoi une telle réticence de l'état français à accueillir ces gens ?

Selon un chercheur, la politique de l'émigration se situe à la confluence de ces trois contraintes et selon les états on va avoir une politique plus ou moins clémente au regard des migrants. Ces contraintes sont d'ordre :

1. Ethique (Droits de l'homme, droit international humanitaire etc.) ;
2. Structurel (la responsabilité de l'Etat vis-à-vis de sa population, défense de l'identité, de la sécurité, gestion des ressources) ;
3. Politique (soumission de l'Etat. Tout ce qui est pression court terme (visées électoralistes)

Quand on étudie ce qui se passe dans le Calais et en Europe, on retrouve ces trois contraintes et la priorité est mise sur la contrainte politique et pas du tout sur celle éthique. A la lumière de cette théorie, l'histoire de la défense de l'identité collective avec la politique de l'assimilation en France devient l'argument principal. Après on a la question de la distribution des ressources avec des traumatismes des travailleurs migrants dans les

années 50 et 60 et la politique de regroupement familial qui a suivi où les autorités françaises avaient l'impression que toute « *La « Smala » est arrivée!* ». Parce qu'ils utilisent les allocations familiales, ils sont polygames... Tout est utilisé dans une veine de gestion des ressources.

L'argument sécuritaire : les politiques actuelles font un lien entre les migrants irréguliers, les réseaux criminels. Le passeur est considéré comme la personne relais d'un transit criminel. A l'opposé, toutes les contraintes politiques auxquelles à dû faire face l'Etat français de façon contradictoire : les pressions en faveur d'un soutien aux migrants irréguliers via les associations ou les films, tel « *Welcome* », film qui a permis de réveiller les consciences, et à l'extrême opposé, toutes les voies qui s'opposent à l'entrée des immigrants.

Les contraintes éthiques qui sont les seules qui jouent en faveur des migrants irréguliers, soit par le biais d'un octroi d'une protection internationale ou temporaire humanitaire. Si on reprend ce qui a été mis en place par Eric BESSON en juillet 2009 avant la destruction de la Jungle, on retrouve cette lecture politique des événements. Il expliquait que le phénomène dans le Calaisis devait être compris comme un problème d'ordre humanitaire, sécuritaire et sanitaire. Il y avait la gale et ces pauvres personnes vivaient dans des conditions insalubres. Il y avait aussi un problème d'ordre public : la crainte que ça contamine la population locale avec l'argument sécuritaire qui revient.

Au vue de la situation, on peut se demander quelle autorité publique est responsable de ces personnes. On aboutit à un vide juridique pour des migrants qui sont en errance et c'est une situation ubuesque, du fait que les droits qui sont considérés comme universels sont rattachés à une autorité étatique.

Quand les migrants vont être arrêtés, la première chose qu'ils vous montrent ce sont les scarifications, leurs blessures de guerre. C'est impressionnant. Il y a une espèce de mise à nu pour prouver qu'ils souffrent. Ils ont donc le droit d'être là. Il y a là une lecture politique à faire : une confusion de la part des pouvoirs publics, entre les droits fondamentaux dus à chacun et les droits civiques et politiques qui sont rattachés au statut des gens du point de vue administratif.

Quelle marge de manœuvre de la part des militants associatifs ?

Il faut faire la lumière sur les possibilités d'action au niveau local, sur la décision des Etats, le fait qu'ils décident qui rentre et qui ne rentre pas, d'où le travail collectif avec d'autres associations pour montrer à quel point les politiques ne sont pas respectueuses des droits, en se basant sur les témoignages de terrain, pour faire du lobbying et construire un argumentaire plus important. En termes de stratégie collective, il y a une combinaison entre actions locales et relais politiques.

Il faut relever les défis de cette catégorisation à outrance pour distinguer les droits fondamentaux et politiques pour qu'on respecte enfin les cas juridiques qu'on a signés. A mon avis il ne faut pas négliger la force des arguments éthiques, il ne faut pas dire que les droits de l'homme n'existent pas. La politique des Etats est inacceptable parce qu'elle bafoue les droits fondamentaux. Il est hors de question d'édulcorer la politique de l'Etat, mais pour être entendus politiquement il faut connaître l'agenda des Etats et comprendre leur stratégie. Une des façons de pouvoir prouver aux Etats qu'il faut qu'ils respectent leurs droits, c'est de leur montrer quels intérêts ils ont à donner un accès à la santé à tous ou à respecter leurs obligations. Il est toujours difficile de convaincre ces opposants du bien fondé d'une action respectueuse des droits fondamentaux.

On est là sur une idée de projet de société.

La façon dont on traite les étrangers c'est la façon dont on se traite soi-même. Si on commence à dénier le droit des étrangers, c'est la porte ouverte à une restriction des droits au niveau national. On se permet de passer devant des gens dans la rue et on s'en étonne même pas. Ça fait partie du paysage. Cette capacité qu'on a, d'être sourds face à la misère et à la vulnérabilité des gens, ça pose un problème en termes de projet de société. Là-dessus, il y a un vrai combat à mener.

Les migrants de Calais sont catégorisés entre des migrants vulnérables en transit, légitimement vulnérables et à qui une aide humanitaire est apportée temporairement et des migrants qui sont vulnérables et surtout irréguliers et sanctionnés en tant que tels et mis en marge de la société. On nie la capacité de ces gens à faire des choix. On nie leur capacité de circulation, en leur niant l'accès au territoire de façon régulière et sécurisé, au mieux, on les victimise.

Cette politique est contreproductive puisque ça ne tarie pas les flux. Les politiques migratoires catégorisent les êtres selon une grille de lecture qui perd en humanité. Cette tendance de déshumaniser les êtres peut être dénoncée. Les marges de manœuvre pour les humanitaires existent, c'est là où le travail de MdM est important, parce que vous avez une expertise locale et vous pouvez appuyer ces valeurs éthiques sur des éléments concrets, scientifiques. C'est là, votre force. C'est là où le projet HUMA prend tout son sens.

### **Intervenant**

Lily, tu n'as pas parlé de l'Espagne.

### **Lily BOILLET**

Présidente de l'association « Terre d'errance »

Comme je me sens issue du terrain, j'ai fait des recherches. En Espagne je n'ai rencontré pratiquement personne. J'ai des amis qui vivent en Espagne et qui sont régularisés en Espagne mais qui n'ont pas un parcours d'asile. C'est pour ça que je n'en ai pas parlé.

Les centres de rétention de Ceuta et Melilla sont des centres particuliers qui sont censés être des centres d'accueil pour des demandeurs d'asile, mais qui sont situés dans des enclaves et qui sont donc des zones fermées. Ces sont des camps d'enfermement qui cachent bien leurs noms, avec des populations qui restent enfermées pendant des mois, voire des années.

### **Brigitte MAITRE**

Rm mission Mali

Responsable Groupe Afrique

Je sais qu'il y a une forte diminution des bateaux qui arrivent sur les Canaries due au renforcement du contrôle, aux accords avec des pays comme la Mauritanie. Par ailleurs, l'Espagne a signé pas mal d'accords de réadmission aussi, avec le Mali par exemple.

### **Pierre RYCKMANS**

Médecin salarié, CASO de Bruxelles

Expérience de 10 ans sur des projets migrants en Belgique.

Nous, ce qu'on a vu à Bruxelles, ce sont des gens qui sont passés par l'Espagne et l'Italie et qui ont eu une certaine forme de papier à long terme ou provisoire avec autorisation de travail, mais qui arrivent en Belgique parce qu'ils n'ont pas de travail. Leurs papiers ne leur donnent pas le droit de travailler en Belgique et ça concerne des nationalités différentes : marocaine, algérienne...

### Intervenant

Pour l'Espagne ils ont l'habitude de dire que c'est la migration subsaharienne qui les concerne parce qu'elle est plus visible. En Espagne, ce sont 60 000 expulsions à l'année pour des marocains aussi, qui sont entrés en Espagne avec VISA temporaire pour du travail saisonnier.

### Intervenant

J'ai une question à poser concernant le regard des gens qui sont hostiles à ces immigrés. Est-ce qu'il y aurait la possibilité de faire connaître davantage, ça fait partie du rôle des associations, les raisons pour lesquelles ces gens ont quitté leur pays ?

### Lily BOILLET

Présidente de l'association « Terre d'errance »

Au niveau des associations locales, on croit à ça. Le problème est qu'on est débordé par l'urgence. Ce qui fait que la partie sensibilisation est complètement négligée. Face à la capacité de communication du ministère, on n'a pas les mêmes moyens. Avec l'association « Terre d'errance », on a eu la chance d'avoir deux reportages qui sont passés sur France 2 à une heure de grande écoute et ça a tout changé pour l'association. Ça nous a apporté énormément de soutien, que ça soit au niveau financier ou politique. En revanche, la communication du ministère est si puissante, qu'on ne peut rien faire.

En ce qui concerne le Darfour par exemple, ils arrivent à couper le lien entre ce qui se passe là-bas et ce qui se passe ici. On peut voir Georges CLOONEY porter le drapeau de ce qui se passe dans les camps de réfugiés et là on va en parler dans les médias. À côté de ça, des gens du Darfour ici, se sont fait rafler, placer en rétention. On leur a laissé le choix entre : soit vous parlez et vous acceptez le retour forcé/volontaire, soit c'est la case prison. Ils ont été jugés et condamnés à 3 mois de prison avec sursis avec quelques années d'interdiction du territoire français pour 3 ou 5 ans. Pour les mêmes Soudanais qu'on a vus dans un beau reportage « D'Envoyé Spécial » et pour lesquels on a versé une larme, ici, on leur donne le choix entre « *Vous dégagez !* » ou « *C'est la prison !* ».

On veut communiquer donc, mais nous on n'a pas les moyens. On ne peut pas tout faire.

### Intervenant

On sait pertinemment que les droits de l'Homme sont bafoués tous les jours à Calais, pour autant aucune association ne fait du recueil. Sur le terrain, on est tous persuadés que pour faire changer les choses, il faut aller devant les tribunaux, ou la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Si on appelle « Amnesty » ils n'ont pas les moyens, ni le temps, ni les ressources.

Autre chose à propos des Soudanais, ça c'est une remarque qui avait été faite lors de la diffusion d'un film en fin d'année 2009 à Dunkerque, par un participant sur l'utilisation du terme « migrants ». Il parlait d'un Soudanais qui passe la frontière tchadienne. Au Tchad on va dire : « *Faites attention à cette personne, elle a passé une frontière, c'est un réfugié !* » Cette personne va continuer son parcours, va traverser la Méditerranée puis l'Italie et une fois en France, à Calais, on ne va plus l'appeler un « réfugié », mais un « migrant » et à l'hôpital, « un clandestin ». Le fait de changer les termes, change l'obligation des Etats, et les droits des personnes.



## Lily BOILLET

Présidente de l'association « Terre d'errance »

De la même façon que pour Dublin : quelqu'un qui entre dans le territoire et qui a la possibilité de poser sa première demande d'asile, va être considéré comme un demandeur d'asile au départ puis on lui remet un statut de réfugié, on lui accorde de la protection et dès qu'il se re-déplace, le terme change. Il n'a plus cette protection, il devient un « migrant économique ».

En Angleterre c'est très important pour les Anglais de protéger leur sanctuaire, de mettre en place tout un accueil social, financier, médical, psychologique, mais en même temps tout ce qui se passe au delà de la frontière, ils s'en foutent complètement. Le réfugié en Italie qui se déplace et se réfugie en Angleterre, perd son statut pour devenir un « parasite social ».

## Bernard GRANJON

Co Fondateur de MdM et Président de 1993 à 1996

Responsable MIR Istanbul

Phénomène particulièrement dramatique, sur lequel un chercheur franco-algérien Ali BENSÂD qui travaille à l'université d'Aix parle des « traversées transsahariennes ». D'abord, elles durent 5-6 ans et souvent n'aboutissent pas. Les personnes remontent, se font barrer au niveau de l'Espagne, refouler dans les déserts par camion et à ce moment là, ils se regroupent dans des espèces de camps informels, qui constituent une sorte de poubelle humaine. Ils vivent dans des conditions dramatiques sans aucun débouché. Ils sont des « évacués des pays riches ». Ce sont des endroits qui vont être générateurs de violence dans les années qui viennent.

## Intervenant

Ils ne sont pas refoulés en Espagne, ils sont refoulés au Niger, en Algérie, au Maroc, en Lybie et puis quand tu arrives de RDC, tu remontes par le Cameroun où tu restes au moins 3 ans. A Niamey, j'en ai vu qui passaient des années et puis, ils retournaient chez eux parce qu'ils n'arrivaient pas à passer. Il y a beaucoup de barrières avant d'arriver sur les côtes du Nord.

Comment faire du Plaidoyer ?

Comment faire comprendre aux gouvernements qu'il faut qu'ils prennent conscience du fait que c'est important d'améliorer les conditions de vie des gens, parce que ça renvoie à la question de la sécurité intérieure. Des associations comme MdM travaillent depuis des années en ayant en tête ce genre de paramètres. Ce que j'aurais aimé entendre de ta part c'est : le positionnement du HCR (Haut-commissariat pour les Réfugiés). Parce que le HCR est sur les frontières des pays en guerre, en Iran, en Afghanistan... Mais sur la situation des migrants, le HCR est assez timoré. Il y a des gens au sein du HCR qui sont très engagés. Et le HCR est en mesure de prendre la parole de manière virulente. Je trouve, en revanche, que sur la France, sur Calais on ne les entend pas beaucoup parler. De mon point de vue en France, on devrait les pousser à s'exprimer davantage. C'est plus facile quand il s'agit de l'Iran de dire que l'Iran a un gouvernement autoritaire. L'Etat français n'est pas un état autoritaire, mais dans la pratique, ils ont un mode autoritaire de traiter les Afghans. On n'a pas de leçons à donner aux Iraniens donc.

## Marie MARTIN

Volontaire pour « Migreurop »

Sur le HCR quand j'ai fait ma recherche sur Calais, j'ai fait un entretien avec la personne qui était en charge du bureau du HCR à Paris. On s'est retrouvés à un moment donné, face à une impasse. En parlant de la situation sur Calais, il est revenu sur la question des « Flux

mixtes ». Il a rétorqué: « *Vous comprenez, tous ne sont pas demandeurs d'asile et du coup ce n'est pas du travail qui relève du HCR !* »

Le HCR se confronte à plein de catégories différentes, on a le problème des réfugiés environnementaux, le nouveau Leitmotiv.

Le HCR se focalise sur de nouvelles choses mais ne met pas en place ce qui existe déjà à la base. C'est-à-dire que la convention de Genève définit ce qu'est un réfugié, et établit des critères qui ne sont pas exhaustifs. Dans toutes les recommandations faites par le comité du HCR on a une vision très large de qui sont les personnes vulnérables. En pratique, pas du tout. Parce que être reconnu vulnérable par le HCR ne veut pas dire qu'on est reconnu réfugié par les Etats en question. Le HCR devrait prendre la parole davantage parce qu'ils ont des bons rapports et les analyses faites sont très pertinentes. Après, il y a un manque de courage.

Autre point : le HCR en Afghanistan.

Complètement coupé du terrain avec un staff qui se déplace peu pour des raisons de sécurité et qui n'est pas en mesure d'établir les critères de vulnérabilité. Le HCR en Europe est très frileux sur la situation à Chypre. Ils ne prennent jamais position sur rien. En même temps, le HCR va signer les accords tripartites entre HCR, Afghanistan, France, Royaume-Uni pour les retours volontaires depuis 2001. Le HCR va signer des conventions d'accord avec le « Frontex » l'agence de gestion des frontières en Europe, et avec différentes organisations pour promouvoir une sensibilisation aux droits de l'Homme. Dans les actes on s'aperçoit que pas du tout.

### **Lily BOILLET**

Présidente de l'association « Terre d'errance »

Quand on nous a dit l'année dernière que le HCR venait, on s'est réjoui parce qu'on s'était dit qu'ils allaient prendre en charge les dossiers, et ils nous ont vite expliqué qu'ils ne le feraient pas. En tant que bénévole, je ne sais pas ce qu'ils font dans la région. Je ne sais pas comment les interroger, comment les utiliser. Ils ont venus la semaine dernière car leur staff a beaucoup changé, ils ont venus à 3/4 avec FTA (France Terre d'Asile) et ils ne se sont jamais adressés aux migrants. Par contre ils m'ont posé beaucoup de questions du genre : « Maintenant il y a pas mal de Soudanais, d'Erythréens...qui arrivent sans empreintes, ils n'ont plus de fichage « Eurodac », comment font-ils ? » Ça fait deux fois qu'ils viennent pour simplement connaître le parcours des migrants...

### **Intervenant**

Moi, j'ai une question un peu naïve : ce que je ne comprends pas au niveau juridique c'est qu'on est en contradiction avec le texte, donc il y a des actes qui sont délictueux. Quand on empêche les gens de demander l'asile aux frontières, ils sont dans l'illégalité. Pourquoi on n'attaque pas l'Etat ou les personnes ?

### **Mathieu QUINETTE**

Coordinateur mission Migrants Nord Littoral

Il n'y a pas que le non respect des demandeurs d'asile, il y a un harcèlement policier, de la violence, de la destruction du matériel humanitaire.

Sur le HCR : ils sont venus ici et leur objectif c'était de prouver qu'il y a bien des demandeurs d'asile en transit vers l'Angleterre. Ensuite ils disent qu'ils n'ont pas une stratégie de confrontation avec les pouvoirs publics. Ils essaient de dialoguer et si ça ne marche pas, ils vont commencer à discuter avec les préfetures. Il n'empêche que quand on

est en préfecture, face au Préfet qu'on parle d'atteinte aux droits de l'Homme, on a la fille du HCR qui sourit et qui nous dit : « C'est vrai, vous avez raison ! » et qui jamais n'ouvre la bouche et ne prend de positions sur l'atteinte aux droits de l'Homme. Alors que pour moi, quelqu'un qui travaille à l'ONU doit défendre cette déclaration.

Le HCR ouvre des camps de réfugiés dans les autres pays du monde et pas ici. Et vous, MdM, qui êtes capables d'ouvrir de gros programmes pour des milliers de gens à l'étranger, qu'est-ce que vous faites à Calais ? Si vous êtes capables de le faire en Afrique, faites-le également ici.

Sur Dublin, on a une expertise médicale pour faire valoir plein de choses. Ce que je sais, c'est que MdM n'a pas pris position sur Dublin II.

Quand il y a un communiqué de presse qui est fait par des associations locales, on est verrouillé, on ne peut pas prendre de position. Vous regarderez le rapport de MSF qui est là. Ils ont un Centre d'écoute et de soins à Paris, ils ont trouvé que Dublin II crée de l'impasse, de la souffrance, de la détresse et donc ils ont pris position contre Dublin II.

### Intervenant

Il y a un dispositif qui va être mis en place sur les mineurs isolés en partenariat avec « France Terre d'Asile », qui est pour l'instant très opaque. « France Terre d'Asile » a un fonctionnement qui fait que leur communication est très cadencée. Il y a une seule personne qui communique.

Sur Paris, on nous dit : « *Préparez-vous à garder un œil à l'intérieur de ce système parce que des petits rouages qui excluent les mineurs isolés de toute régularisation, dès qu'ils atteindront l'âge de 18 ans sont mis en place!* »

Mais personne n'ira regarder.

(...)

# ■ PRESENTATION DU PROJET HUMA\* DE MEDECINS DU MONDE

\*(<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Nos-Combats/Priorites-d-action/Ameliorer-l-acces-aux-soins-des-immigres/HUMA-network>)

**Juliette POIRSON - Responsable MdM du projet HUMA**  
**Michèle TEULE - Référente HUMA pour le Groupe France**

## Juliette POIRSON

### Responsable MdM du projet HUMA

La création du réseau HUMA venait du constat qu'il fallait trouver d'autres niveaux d'action pour un meilleur accès aux soins des demandeurs d'asile et des sans-papiers. Le réseau HUMA c'est l'ancien réseau Averroès et HUMA ça veut dire Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers.

Le Project a démarré en 2008 et va s'arrêter en mars 2011. Je vais revenir sur quelques éléments historiques sur la dimension européenne, sur quand MdM s'est mis à réfléchir au niveau européen. Il faut revenir quelques années en arrière et on peut voir deux actions clés : la mise en œuvre de l'Observatoire Européen de l'accès aux soins, (première enquête en 2007 et la deuxième en 2009). Un autre élément important de plaidoyer de MdM, ça a été fait en 2004 -2008 autour de la « Directive retour » qui visait à faire passer un amendement pour que les étrangers gravement malades ne puissent pas être expulsés. Le 3<sup>ème</sup> élément a été la création de ce réseau HUMA, à partir de 2008.

Le réseau HUMA est censé être composé par 19 pays et actuellement on a 14 partenaires : les 10 MdM qui sont en Europe et des structures à Chypre, à Malte, en Pologne, en Roumanie. Ces associations ne sont pas des associations médicales, elles font de l'appui social. On est en train de créer des partenariats en Autriche, en Slovaquie, en Hongrie, en République Tchèque et au Danemark. L'objectif de plaidoyer général, c'est de garantir un accès aux soins pour les demandeurs d'asile et les sans papiers et notamment les personnes les plus vulnérables : les femmes enceintes, les enfants et victimes de torture.

On a encore deux autres objectifs qu'on n'a pas développés : garantir une autorisation de séjour pour les étrangers gravement malades et assurer un accès aux soins dans les centres de rétention et les zones d'attente. Pour un accès permanent pour les ONG aux centres de rétention, il y a une campagne de Migreurop qui s'appelle « Droit de regard » à laquelle on participe.

Comment construit-on cette stratégie ?

Il y a une stratégie générale commune et à un niveau européen : il s'agit d'agir avec les institutions européennes avec des plateformes d'ONG. Il y a un groupe qui s'appelle

« Migration Asile » à Bruxelles. Benoit BLONDEL travaille à MdM Belgique et suit vraiment le niveau européen. Le niveau national va dans la direction du Ministère de la Santé, des institutions nationales ou locales. L'idée étant après de réussir à créer des ponts entre le niveau national et européen en s'appuyant sur notre expérience de terrain et notre expertise.

Il y a des activités dans le cadre de ce projet HUMA comme la réalisation de rapports : il y a un rapport qui est sorti qui compare les législations au niveau européen sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des sans papiers. On utilise aussi comme expertise le

rapport de l'Observatoire. Le réseau HUMA développe des actions de plaidoyer avec les partenaires. Il y a une volonté de participer au lancement d'une déclaration européenne sur l'accès aux soins et dans le cadre du projet, on propose d'organiser des événements de plaidoyer. Les arguments sont ceux des droits humains, de respect du droit international et santé publique. Un autre point c'est d'arriver à démontrer que le fait d'avoir un accès aux soins dès le départ coûte moins cher que les situations d'urgence. Et puis, encore un point : le plaidoyer sur la législation, mais aussi sur la mise en pratique de la législation.

Les questions de santé au niveau européen : il y a un principe de solidarité. Ce sont les Etats membres qui font leur propre loi et après L'UE peut prendre l'initiative de faire de l'incitation à des politiques, mais ça ne relève pas de leur ressort. Ça veut dire qu'au niveau européen, on ne peut pas avoir des directives sur les questions de santé, sauf dans le cas d'épidémies, et ça limite donc notre capacité d'action au niveau européen.

Pourquoi il faut agir au niveau européen ?

Parce que la question de l'immigration est gérée au niveau européen qui est focalisée sur la fermeture des frontières et qui a une perception des sans-papiers comme d'un groupe à renvoyer et à expulser et pas comme d'un groupe vulnérable, dont il faut s'occuper de façon prioritaire.

Il y a le traité d'Amsterdam qui a été formulé en 2001, il y a 4 directives principales des droits minimaux et les procédures communes qui déterminent les questions sur l'immigration. Deux qu'on utilise, qui sont les « Directives sur les conditions minimales des demandeurs d'asile » et la « Directive de retour » sur le retour des ressortissants des pays tiers qui sont en situation irrégulière, qui datent de 2008.

Les institutions européennes : il y a trois niveaux, celui du Parlement Européen qu'on élit au suffrage direct, la Commission Européenne qui fait respecter les intérêts de l'UE et le Conseil qui représente les Etats membres sur les questions de santé. Et le Conseil des ministres se réunit régulièrement et prend des décisions.

Je vais revenir sur un point, pour vous dire qu'en fait, sur le plaidoyer au niveau européen, on est obligé d'agir sur les trois niveaux. Parce que tout processus législatif passe par les trois institutions.

Et sur la transposition : c'est au niveau national qu'on peut faire du plaidoyer. En ce moment, il y a la disposition de la directive retour avec les changements sur la loi de l'immigration.

Pourquoi c'est encore ouvert ? Parce qu'on finit de transposer d'ici 2010.

Je vais aussi parler des trois directives sur lesquelles on travaille aujourd'hui : la directive des

« conditions minimales d'accueil des demandeurs d'asile » qui date de 2003 (elle demande aux Etats membres de s'assurer que les demandeurs d'asile reçoivent les soins de santé nécessaires). En 2008, il y a une volonté d'améliorer cette directive. Mais tout est bloqué au niveau du Conseil. Cette proposition renforcerait le dispositif, y compris dans les centres d'accueil et d'hébergement. Il faudrait que les demandeurs d'asile retenus en détention aient accès à un traitement médical et psychologique si nécessaire. Et prévoir une intention aux victimes de torture qui devraient être orientés vers un centre adapté à leur situation, ainsi que des mesures pour les personnes qui auraient besoin de la protection subsidiaire.

Sur la directive qui concerne « la réduction des inégalités de santé ». En 2009 il y a eu un processus dans ce sens-là, mais il y a une décision qui a été prise en juin 2010, avec une intention à l'égard des enfants. Je vais lire le texte qui est une traduction libre de l'anglais : « *le Conseil demande aux Etats membres de mettre en œuvre des politiques visant à assurer*

*un bon début dans la vie à tous les enfants, y compris des actions pour soutenir les femmes enceintes et les parents et envisager des politiques qui assurent que tous les enfants, les femmes enceintes puissent bénéficier d'un accès aux soins universel.* » Cette conclusion que les Etats membres doivent respecter, c'est quelque chose sur laquelle nous pouvons nous appuyer.

Dernier point : la transposition de la directive « retour », qui doit se faire vers la fin de 2010. Depuis quelques mois il y a une remise en cause de l'accès aux soins des sans papiers en Espagne, pour lequel il y a eu un vif débat. La commissaire aux Affaires Intérieures a affirmé que, du moment où une personne est enregistrée sur une administration, cette administration doit signaler aux autorités de l'immigration si cette personne est en situation irrégulière. Cela pose un problème. Ça veut dire que cette personne recevrait après une notification à quitter le territoire. Il faut encore six mois pour que les Etats transposent leurs lois et il y a une brèche qui a été ouverte par l'UE et par l'Espagne pour remettre en cause l'accès aux droits sociaux des personnes.

Sur les 8 prochains mois du projet, il y a différents points sur lesquels on va travailler.

D'abord MdM peut contribuer au rapport sur les inégalités de santé qui va être produit par la Commission Santé du Parlement Européen. En tant qu'HUMA, on peut penser à des sujets plus larges. On organise en octobre une audience publique au Parlement Européen en lien avec la commission LIBE, qui sont des parlementaires qui s'occupent des libertés civiles et de droits de l'Homme. A priori, on s'était mis d'accord pour faire un focus sur l'accès aux soins des femmes et des enfants.

Il y a aussi la question de la dénonciation et on va voir quel thème on priorisera. Enfin, il y a un travail avec les organisations professionnelles de la santé, y compris au niveau européen avec le lancement de la déclaration européenne des professionnels de santé. Il y a aussi un événement prévu à Bruxelles en février 2011 pour la clôture du projet HUMA, qui est un moment important au cours duquel on peut reprendre les thèmes forts du plaidoyer de MdM.

### **Michèle TEULE**

#### **Référente HUMA pour le Groupe France**

La contribution de MdM France sera très importante. C'est un projet extrêmement touffu et qui se matérialise avec une correspondance permanente par mail entre les organisations humanitaires et les pays participants. C'est un travail considérable.

L'objectif principal de ce projet est d'améliorer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des sans-papiers.

La façon dont ça fonctionne : on a des réunions régulières qu'on appelle des ateliers. Le projet ne dure que trois ans et termine en mars 2011. Ce qu'on a à faire : on doit organiser un événement national mardi prochain. Ensuite la partie la plus importante c'est la mobilisation des professionnels de santé, que ça soit des hôpitaux ou des organisations médicales. Le but est de les convaincre que c'est important de susciter de l'intérêt pour un meilleur accès aux soins des demandeurs d'asile et des sans-papiers dans le respect de l'éthique médicale et sans discrimination. Pour ce faire il y a une déclaration destinée aux personnels de santé pour renforcer le plaidoyer au niveau national.

Pour ce faire on va organiser un débat public autour de ces questions et travailler en lien et en direction des professions de santé. On va essayer d'avoir un nombre et une qualité

majeurs de signataires pour renforcer nos demandes auprès des autorités. On a prévu de mobiliser d'autres acteurs, tels que les médias et les décideurs politiques et d'inciter à l'affichage public les professionnels de santé pour les professionnels de santé. Exemple: en Suède, où ils ont affiché les règles et les protocoles pour soigner les sans papiers dans tous les hôpitaux.

Il y a quelques petits inconvénients liés à ce projet : le niveau de protection des populations est très variable selon les pays participants. On a vu que l'Espagne est numéro 1, et Chypre est dernier, avec aucun droit pour les migrants, y compris pour les femmes enceintes et les enfants. Avec le problème de la remise en question de la part de l'opposition à la directive «retour», l'Espagne est passée peut-être en deuxième après nous. Nous, on a une réputation et des textes qui sont censés assurer une protection de bonne qualité, mais comme vous savez, il y a un fossé entre les textes et l'application des textes. Et ça, ça existe dans tous les pays. La deuxième chose c'est qu'il y a une évolution dans le temps dans chaque pays et chaque évolution est différente d'un pays à l'autre.

Enfin, il y a un problème pratique pour l'exécution de ce projet. Dans les associations, il n'y a aucun personnel attiré à ça. Et les priorités sont différentes d'un pays à un autre.

### **Juliette POIRSON**

#### **Chargée de mission projet HUMA**

Sur les informations au niveau européen, on envoie une newsletter mensuelle qui permet de faire le point sur ce qui se passe. Il faut aller sur le site de HUMA.

Cette directive « retour » en Espagne est très grave, mais on a déjà vu dans nos hôpitaux des histoires de femmes enceintes qui étaient ramenées à la frontière à la suite de leur accouchement à l'hôpital, parce qu'il y avait eu des croisements de fichiers informatiques. Si tout ça arrivait, j'espère que MdM interviendrait encore. En plus, avec cette déclaration européenne des professionnels de santé...

Une pétition sera lancée en France au mois de septembre. Il y a donc un travail à faire en France.

### **Intervenant**

Les hospitaliers français sont très solidaires. Je travaille sur les étrangers malades et on arrive quand même à recruter pas mal de médecins. Mais ils commencent à se lasser.

### **Intervenant**

Les problèmes qui concernent les populations dont s'occupe MdM, relèvent de politiques très différentes et c'est vrai qu'on a parfois du mal à s'imaginer qu'on peut faire au niveau régional et national et européen à la fois. Ça nous demande beaucoup d'énergie. Il y a à se demander, si les choses qu'on met en avant sur les trois plans sont les mêmes et si on doit utiliser les mêmes stratégies de plaidoyer.

### **Juliette POIRSON**

#### **Chargée de mission projet HUMA**

C'est toute la difficulté d'avoir un réseau européen : le fait d'avoir ce double niveau d'action avec des agendas décalés, des opportunités politiques décalées. Les objectifs prioritaires sont très différents : en Allemagne par exemple, il y avait une obligation de dénonciation aux affaires sociales et les sans papiers devaient systématiquement passer par le Centre des Affaires Sociales pour accéder aux soins. Ils étaient donc bloqués par peur de dénonciation. Eux, ils travaillent sur cet aspect là, sur la question de la dénonciation. Dans d'autres pays il y a plus le travail de l'accès aux soins des femmes et les enfants. En sachant qu'avoir une

stratégie qui commence par les groupes vulnérables, c'est intéressant pour essayer ensuite, d'élargir l'accès aux droits pour l'ensemble des sans-papiers.

Il y a plein de thèmes de plaidoyer que l'on ne partage pas assez avec l'ensemble du réseau. Il faudrait valoriser le travail qu'on fait au niveau local pour se renforcer mutuellement. Ensuite, il y a le problème de la communication entre HUMA, le groupe France et les terrains. C'est un des moyens pour améliorer notre plaidoyer.

### **Sophie POISSON**

Desk Coordination missions France

Juste pour répondre à Brigitte sur son inquiétude qui est réelle. On est très vigilants vis-à-vis de ça. Il y a eu une circulaire d'interpellation des personnes en situation irrégulière sur le territoire français qui est un vademecum à destination des forces de l'ordre, pour qu'elles puissent intervenir sur le territoire national et notamment dans les lieux de soins et jusque dans le bloc opératoire. Ça, ça a pu être enlevé, même dans les lieux de soins ; les migrants sont inquiétés.

### **Benoit SAVATIER**

Responsable mission Migrants Nord Littoral, Dunkerque

Nous on a vu que dans la camionnette, quand on demandait le nom et le prénom, à chaque fois il y avait un recul. Là maintenant on ne demande plus le nom, et ça va beaucoup mieux. A la PASS de Calais ce sont des fichiers papier et les mêmes personnes sont soignées sous deux ou trois identités différentes. Ce qui fait qu'on a beaucoup de mal dans l'archivage. Après quand ils ont besoin d'un retour, c'est très compliqué. Surtout de retrouver des papiers d'il y a un an, à cause des différentes identités. Ils se protègent, mais si l'hôpital commence à dénoncer les gens, on ne s'en sort pas.

### **Juliette POIRSON**

Chargée de mission projet HUMA

Ça fait des mois qu'on recherche une information qu'on n'arrive pas à trouver. Nous utilisons toujours l'argument que le retard aux soins augmente les coûts et il est prévu dans le projet HUMA de faire une étude sur le sujet. Mais ce n'est pas sûr qu'il arrive à terme, parce que c'est très long et difficile. Mais si tous ceux qui ont des informations solides, techniques, démontrant que le retard aux soins augmente les coûts, je suis preneuse. Il y a une étude déjà sur les dialyses, qui démontre que on ne dialyse pas, ils meurent et une autre sur les hépatites et les femmes enceintes. Donc si vous avez quelque chose vous me l'envoyez, s'il vous plaît.

### **Intervenant**

En Belgique ce qui a fait avancer l'arrêté royal sur l'Aide Médicale Urgence c'est la problématique des femmes enceintes où le retard entraîne des coûts supplémentaires en suivi périnatal et donc il y a le volet « soins » et le volet « préventif », comme le suivi de la grossesse, est le domaine qu'il faut investiguer prioritairement.



## ■ LES PRINCIPAUX POINTS A RETENIR

- MDM plus que jamais s'inscrit dans le soutien aux migrants « ici ou là bas ».
- Notre légitimité à prendre position dans le champ de la communication et du plaidoyer se construit auprès des migrants, sur le terrain, dans le cadre de projets opérationnels concrets à vocation médicale ;
- Nous avons besoin d'un positionnement politique fort de MDM. Celui-ci est légitimé par le fait que les équipes sont engagées auprès des bénéficiaires depuis des années et que l'association est porteuse de valeurs éthiques (chartre de Cracovie)

### ► ASPECTS OPERATIONNELS

- La mission Migrants Nord littoral, une « urgence permanente » dans une zone de non droit, est une mission phare au regard du contexte national, qui **impose des innovations opérationnelles** pour la France, soient issues de **l'expérience internationale** (médicale : activités mobiles ; logistique : amélioration des conditions de vie et d'hygiène, distributions de matériel de première nécessité...), soient à **créer** (santé mentale, lieu de stabilisation médicalisé) avec allocation de moyens conséquents (logisticien, traducteur) ;
- La mission Migrants Nord littoral est symbolique pour MDM du fait du contexte local du Calais. Elle fait aussi écho à l'engagement des différentes équipes en France auprès des migrants, sans papiers, demandeurs d'asile, étrangers malades... Cette diversité d'action est complémentaire et doit nous permettre de construire un discours politique fort ;
- Besoin de renforcer les actions existantes, d'améliorer la qualité de nos différents projets. Nécessité d'un état des lieux et de définir des axes privilégiés (étrangers malades, recueil de données, prise en compte du psycho trauma, stratégies de dépistages, enfants-mineurs-femmes enceintes...) ;
- **Besoins d'innovation** concernant la problématique migratoire aussi sur les missions internationales :
  - Dans les pays de transit migratoire (Turquie, Algérie, Maroc...),
  - Dans les pays du retour où il est légitime de prolonger l'assistance à des personnes qu'on a pu suivre (ou pas) sur les projets MDM en France ;
- Contexte (sécuritaire entre autre, avec forte pression des passeurs, présence policière), nature des besoins et type de population, **invitent à un échange d'analyse et d'expérience opérationnelle avec les projets MDM internationaux**. En cela ; les témoignages des bénévoles et acteurs de MDM permettent d'affirmer que le climat de violences répétées de l'Etat envers les personnes pauvres migrantes et vulnérables ainsi que la complexité des exigences administratives contribuent à entraver les soins et aggravent les crises sanitaires ;
- **MDM fortement inscrit dans les réseaux locaux**, positionnement opérationnel et de communication en collectif ou singulière en fonction de la nature des enjeux ;

- **Pressions sur les intervenants de terrain, bénévoles et salariés** : pressions psychologiques liées à la souffrance et au harcèlement des bénéficiaires, pressions liées au délit de solidarité, à la mise en danger physique des intervenants terrain : nécessité d'une grande vigilance de l'impact sur les équipes : prévoir des temps de discussion, groupes de parole et autres sessions de débriefing, avec ou sans psychologue, dans le cadre plus général **d'une politique de gestion des ressources humaines** (appuyer la mise en place d'un plan de formation pour les acteurs de terrain, bénévoles ou salariés).

## ► COMMUNICATION / PLAIDOYER

- Suivi du bon fonctionnement des **PASS** ;
- Pression pour la mise en place **des lits Haltes soins de santé** ; du maintien et de l'ouverture de places en CADA ;
- **Dénoncer les pressions** (harcèlement sur les migrants) et de manière plus générale alerter sur le rôle de « **l'Etat producteur de violence** », « **Etat acteur délibéré de sur-précarisation** » ;
- Engager une réflexion globale sur les enjeux de la politique migratoire : équilibre entre éthique/ droit humanitaire – sécurité / identité nationale / répartition des ressources. Ces réflexions devant intégrer un calendrier politique ;
- Dénoncer les pressions sur **les aidants** ; notamment en recueillant des témoignages sur les dérives de cette circulaire qui transforme les migrants en illégaux et passeurs ;
- Remise en question de la convention **Dublin II** ;
- Question de la **judiciarisation** des non respects des droits les plus fondamentaux ;
- Pressions sur **le HCR** pour plus d'implication opérationnelle et plaidoyer sur le sujet à l'échelle de la France et de l'Europe.

# ■ LISTE DES PARTICIPANTS

## ► EXTERIEURS

Membre du Conseil d'administration

Président MDM

Desk Afrique

Membre du Conseil d'administration

Co RM Mission Afghanistan

Coordinateur des Missions France

Coordinatrice CASO Bruxelles

Délégué Nord Pas de Calais

Comité des Donateurs

Coordinatrice Mission Mali

Chargée de projet / Observatoire France/CMF

Attachée à la Présidence

RM mission Roms Strasbourg

RM MIR Istanbul

Délégué Pays de Loire

RM Gourbi, Groupe France

RM Mission Mali / Responsable Groupe Afrique

Volontaire pour Migreurop

RM CAFDA, Groupe France

Délégué Languedoc Roussillon

Responsable MDM du projet HUMA

Desk Coordination Missions France

MDM Belgique

Mission Bordeaux

Référente HUMA pour le Groupe France

Délégation Valenciennes

Juriste à la CMF

**ADAM Christophe**

**AMY TO**

**BERNARD Olivier**

**BRUAND Isabelle**

**CARRARD Xavier**

**CAUSSE Guy**

**CORTY Jean-François**

**DAMIEN Sophie**

**DEHAUT Guy**

**DENOIX Jérôme**

**DIARRA Hadda**

**DROUOT Nadège**

**ETHVIGNOT Muriel**

**FRAPARD Catherine**

**GRANJON Bernard**

**JARROUSSE Philippe**

**LARPIN Christine**

**MAITRE Brigitte**

**MARTIN Marie**

**MELCHIOR Maria**

**MERCIER Maddy**

**POIRSON Juliette**

**POISSON Sophie**

**RYCKMANS Pierre**

**REYMOND Fabienne**

**SEBAN Laurent**

**TEULE Michèle**

**TILMONT Brigitte**

**VERON Pauline**

## ► LOCAUX

Référent Santé Association Terre d'Errance NF  
Présidente Association Terre d'Errance Norrent-Fontes  
Interne bénévole Mission Migrants Littoral  
RM Mission Migrants Littoral Nord Pas de Calais  
Infirmière bénévole Mission Migrants Littoral  
Logisticien Mission Migrants Littoral  
Bénévole MDM Valenciennes

Médecin bénévole Mission Migrants Littoral  
Médecin bénévole Mission Migrants Littoral  
Médecin bénévole Mission Migrants Littoral  
Médecin bénévole Mission Migrants Littoral  
Ancien Rm Mission Migrants Calais  
Calais  
Infirmière bénévole Mission Migrants Littoral  
Coordinateur Mission Migrants Littoral  
Stagiaire Juriste Mission Migrants Littoral  
RM Mission Migrants Littoral Nord Pas de Calais  
Bénévoles Salam Dunkerque  
Infirmière bénévole Mission Migrants Littoral

**BLARD Gaëtan**  
**BOILLET Lily**  
**COLLING Delphine**  
**DEVRIES Martine**  
**FREMAUX Claude**  
**HIREL Vincent**  
**LAMORISSE Eliane**  
**LEGLEYE Camille**  
**MARC Brigitte**  
**MAZY Philippe**  
**MESTDAGH Fabrice**  
**PAILLARD Xavier**  
**PLUVINAGE Philippe**  
**PLUVINAGE Mme**  
**POIRE Sylvie**  
**QUINETTE Mathieu**  
**RENOU Paul**  
**SAVATIER Benoit**  
**VAUCHE Josette**  
**WOLNICK Suzanne**

