

# COLLOQUE MIGRANTS / REFUGIÉS

Olivier Bouchaud

CHU Bobigny et Université Paris 13

# Approche santé

Prise en charge individuelle  
(comme le dépistage de la bilharziose)

# Transition épidémiologique

→ maladies infectieuses (transmissibles)

=> maladies non transmissibles (5 majeures)

- cardio-vascu,
- respiratoires chroniques,
- métaboliques,
- cancers,
- obésité

– 60% des DC (35 M) ; 50 % morbidité (2/3 en 2020)

# reflet au niveau individuel

- qualitatif : patho infectieuse du « retour » puis patho non transmissibles
- quantitatif : décroissance de l'état de santé dans le temps
  - d'abord *healthy migrant effect* : 10 à 15 ans
  - puis = idem pop. générale puis < pop générale
    - FdR (diététique++) : ↗ gras, sucre, alcool, tabac, carcinogènes ; ↘ fibres
    - psy. : « adaptation » puis « stress » /conditions socio-économiques



# pas de pathologie « spécifique » mais...

(« pauvrologie »)

- certaines + fréquentes
  - exposition :
    - TB (incidence x8),
    - parasitoses
      - paludisme (3/4)...
      - Intestinales, schistosomoses
    - VIH : ~50% des découvertes (2009)
      - !! 45% s'infectent en France (Parcours 2015)
    - VHB : ¾ des découvertes (2009)
  - modif mode vie : diabète (et maladies métaboliques)
    - 30 M 1985 → 300 M en 2025
    - obésité
      - » → 2/3 des pts VIH en surpoids (AVC, 2013)



pas de pathologie « spécifique » mais...

- Femmes migrantes plus exposées

- risque périnatal ↗ /pop G

- ↗ césariennes, mortinatalité, prématurité, hypotrophie (AFR ss++)

- mortalité mères ↗ : 12.5/100000 naissances vs 7.9

- X 2 ou 3 pour F. autres que Maghreb et Europe

- incidence ↗ psycho-traumatismes



# Pas de prise en charge « spécifique » mais...

- être conscient des difficultés de certains migrants
  - précarité administrative (« sans papiers »++)
    - « libre » interprétation de la loi de 1998 « étrangers malades »
      - délai de 1 an, titre provisoire 3 mois, autorisation de travail...
  - précarité sociale et de la PEC sociale
    - besoins de base : logement, alimentation, transports ...
    - restrictions à l'AME
  - précarité linguistique
    - !!! Piège de la francophonie « superficielle »
    - accès à l'interprétariat professionnel (> familial) +++
  - précarité affective : isolement
    - éloignement
    - maladie / stigmatisation (VIH +++)

# Bilan chez le primo-arrivant

- Examen avec prise TA !
- glycémie/Hb glyquée ; créatinine
- « déparasitage »
  - albendazole + ivermectine + métronidazole
  - ou EPS
- sérologies
  - schistosomose si Afrique (> EPS/EPU)
  - VIH, VHC, VHB
  - maladie de Chagas (femmes ++)
- électrophorèse hémoglobine
- cliché thoracique

merci



Biblio:

Abrégé Masson, médecine des voyages et tropicale, médecine des migrants, 3<sup>ème</sup> ed, 2013

BEH 2012 : santé et recours aux soins des migrants en France (17/01/12)

Coméde. Prise en charge medico-psycho-sociale. Migrants/étrangers en situation précaire. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) et [www.comede.org](http://www.comede.org)

# Approche santé

## Table Ronde no 2

---

*Pr Patrick Bodenmann*

*Titulaire de la Chaire de médecine des populations  
vulnérables – **Université de Lausanne/ Suisse***

*Responsable du Centre des Populations Vulnérables –  
**Policlinique Médicale Universitaire / Lausanne***

*Colloque migrants / réfugiés – SFTG*

*Paris, 16 décembre 2016*

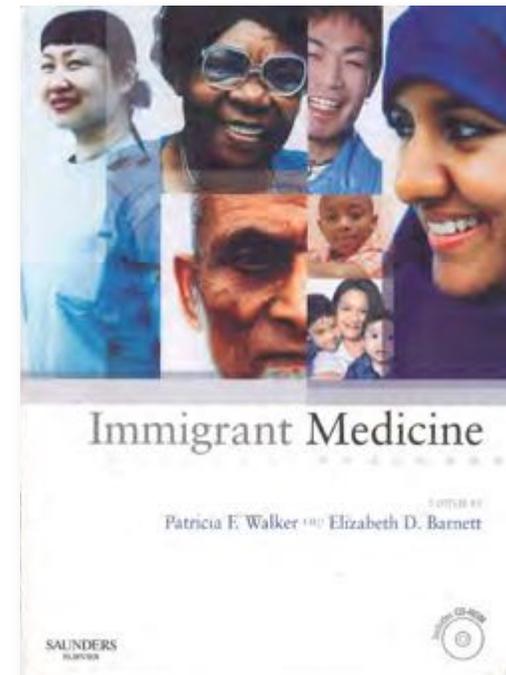


Policlinique  
Médicale  
Universitaire  
CH-Lausanne



# Agenda

- Points de repère
- TBC- ITL, Srta T
- VIH , Mme E
- Santé mentale, MNA



# Agenda

- Points de repère
- TBC- ITL, Srta T
- VIH , Mme E
- Santé mentale, MNA

# 1. « Healthy migrant effect »

## « Healthy migrant effect »

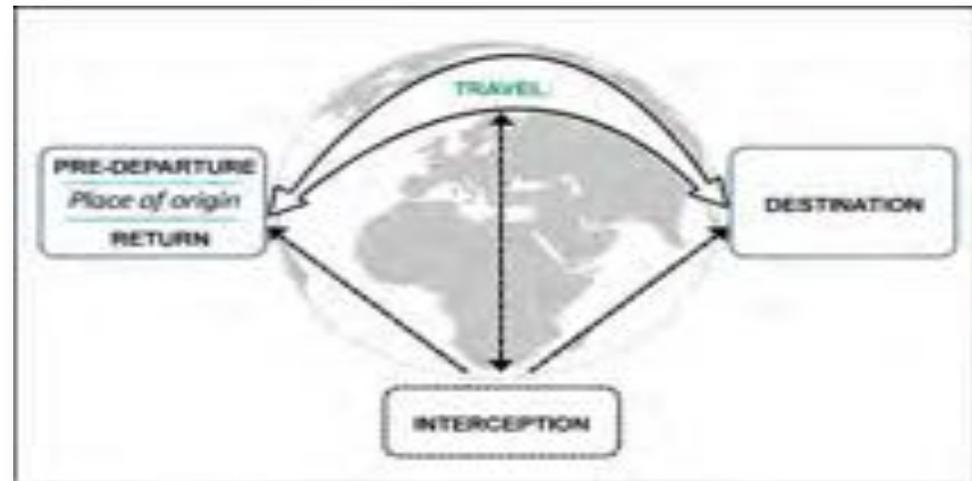
- Immigrants en meilleure santé que leurs homologues natifs du pays hôte (même âge, même genre)
- Puis péjoration de leur état de santé dans les 3 à 5 ans

Walker PF et al. *Immigrant medicine*, 2007

## 2. Phases de la migration et santé

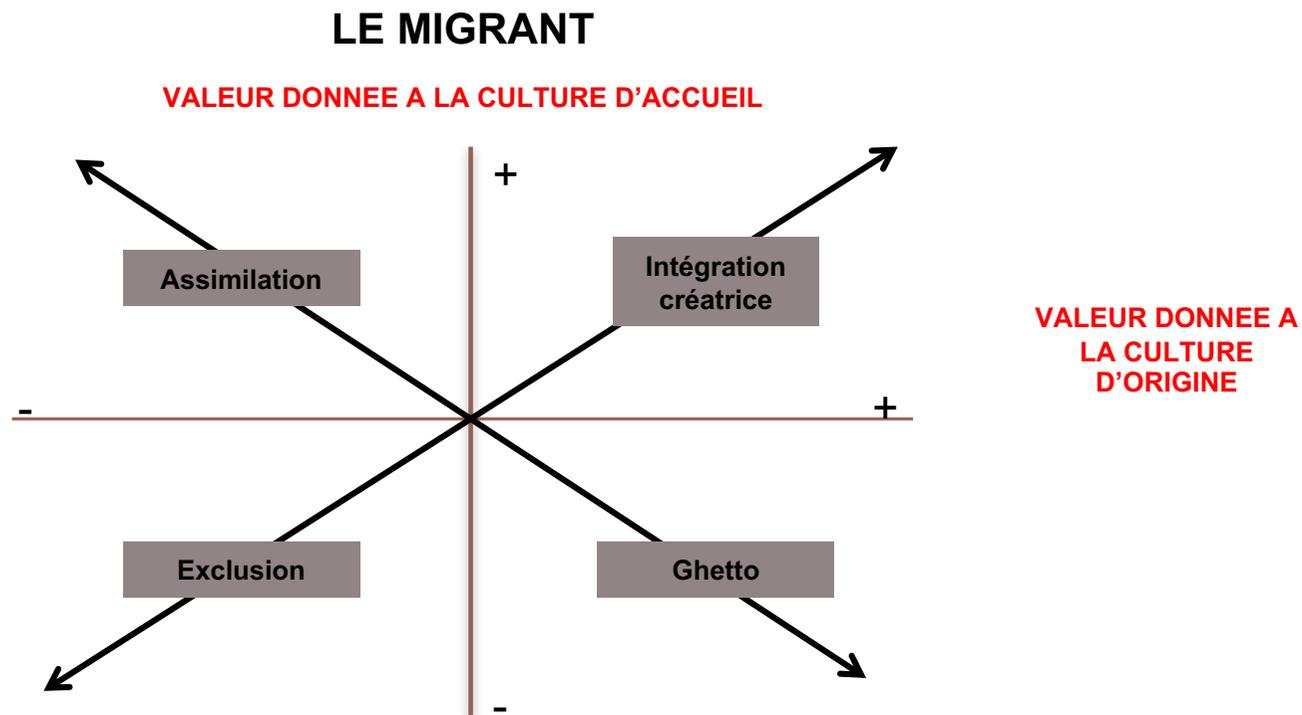
### Conditions pré-migratoires, migratoires et post-migratoires

Massé R. *Culture et Santé*, 1995



Cathy Zimmerman et al. *PLoS Medicine*, Volume 8, Issue 5, 2011

# 3. Acculturation



JC. Métraux. Adolescents du sud – malades de l'échange inégal RMSR 121, 551-554, 2001

Graphique inspiré de P.H. Rack, Migration and Mental Illness. In J.L. Cox (ed) Transcultural Psychiatry. London, Croom Helm, 1986

# Agenda

- Points de repère
- **TBC- ITL, Srta T**
- VIH , Mme E
- Santé mentale, MNA

# Srta T



# TBC et ITL chez les sans- papiers



Bodenmann P et al. *BMC Infect Dis.*, 2009

# TBC active et ITL

**Think Tb:** Patient provenant d'un pays à haute endémie avec des symptômes : toux >3 semaines, fièvre, sudations nocturnes, perte de poids, hémoptysies

## Diagnostic :

- **Rx thoracique** : cavitation, infiltrat lobe supérieur, infiltrats bilatéraux, nodules pulmonaires
- Analyse **d'expectorations** : recherche de **BAAR** et **PCR MTBC**, culture
- Attention ! **penser à l'isolement** ! Mettre un masque 3M (FFP2) si suspicion de Tb active.
- Si cas suspect, **demander avis d'un pneumo/DAT**.
- Pneumo de garde : passer par la centrale du CHUV
- **Déclarer le cas si Tb active confirmée** (ou ttt antituberculeux débuté) – LPV : FAX: 021.623.38.10

**Enquête d'entourage:** collaborer avec la LPV (021.623.38.00)

**Traitement Tb sensible:**

**2HRZE4HR** (toujours en collaboration avec PNE/MIN)

Toujours de préférence en **DOT** ( directly observed treatment ))

Patient **asymptomatique**, aucun risque de transmission de la maladie, **isolement pas nécessaire**

- Test **IGRAs** (Quantiferon et T-Spot-TB )préférés chez les adultes
- Par contre pas très utile dans le diagnostic de la Tb active
- Mantoux chez les enfants de moins de 5 ans, positif si 5 mm ou >
- Screening systématique non indiqué chez les migrants
- Dépistage à la frontière par questionnaire
- Garder suspicion de Tb active et procéder à des examens complémentaires en cas de symptômes (RX thorax, expectorations)
- TTT: Si indiqué\* et après avoir exclu une Tb active. Rifampicine 4 mois ou Isoniazide 9 mois + Vitamine B6 40 mg

\*A disposition pour discuter des indications au TT de ITBL : Chef de clinique pneumo ou DAT, au 021.314.47.44

# Sra T et perception de l'ITL

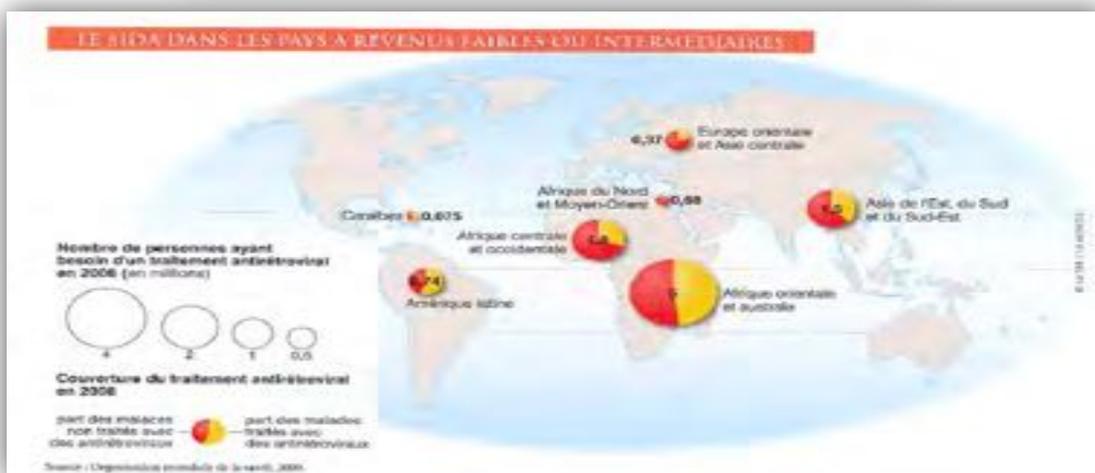
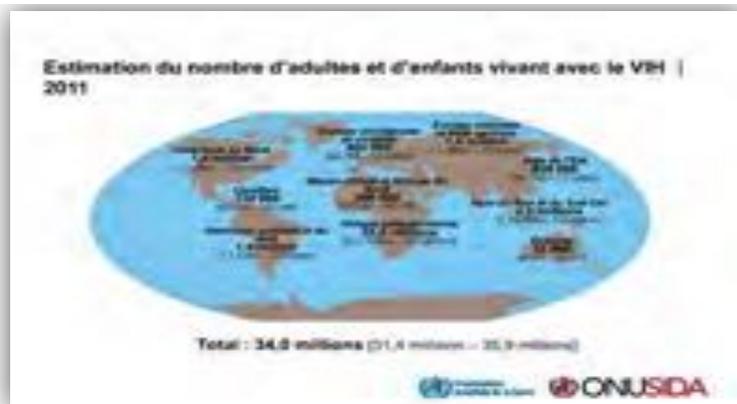
Le docteur doit annoncer à sa patiente le diagnostic **d'infection tuberculeuse latente** et la nécessité d'une **chimioprophylaxie** pendant une durée de 6 mois; compte tenu des effets secondaires potentiels, il doit proposer une prise de sang, afin notamment de s'assurer qu'il n'y aura pas **d'hépatite médicamenteuse**.

La patiente croit avoir une **tuberculose active**, maladie qu'elle considère comme **redoutable** car potentiellement **mortelle** et souvent **stigmatisante**. Elle ne comprend pas le lien existant entre la **tuberculose** et **l'hépatite**.

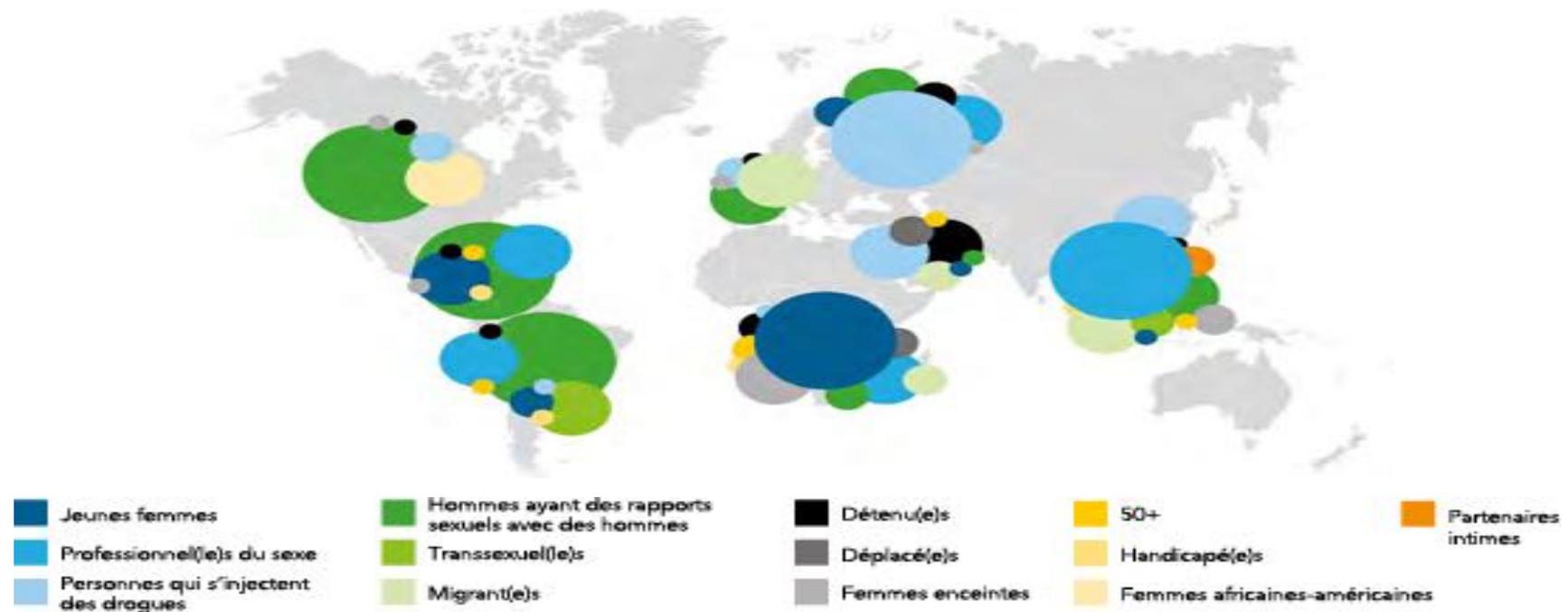
# Agenda

- Introduction : points de repère
- TBC- ITL, Srta T
- **VIH , Mme E**
- Santé mentale, MNA

# Mme E



# Personnes sexuellement actives présentant un risque accru d'exposition au VIH et autres IST



Rapport ONUSIDA 2014, Gap report

# Risque accru (PNVI 2011-2017/ OFSP)

- Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- Consommatrices et consommateurs de drogues par injection
- Personnes incarcérées
- Travailleuses et travailleurs du sexe
- Migrantes et migrants des pays à forte prévalence  
et leurs partenaires !

## ➤ Travailleuses et travailleurs du sexe



Chapot F, Medico D, Volkmar E. juillet 2009  
Bize R. et al. *RMS*, 2011



# Travailleuses et travailleurs du sexe à Lausanne

**Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des travailleuses du sexe de rue à Lausanne**

\* Proprié logement, logement d'une connaissance.

	(n=50)
<b>Genre</b>	
• Féminin	90%
• Transgenre	10%
<b>Age (moyen)</b>	29 ans
<b>Origine</b>	
• Amérique du Sud	50%
• Europe	26%
• Afrique subsaharienne	20%
• Suisse	4%
<b>Titre de séjour valable</b>	
• Oui	34%
• Non	66%
<b>Durée du séjour à Lausanne (médiane)</b>	2 ans
<b>Logement actuel</b>	
• Sur le lieu de travail	46%
• Autre*	54%
<b>Degré de formation</b>	
• Ecole obligatoire, apprentissage	56%
• Formation supérieure	44%

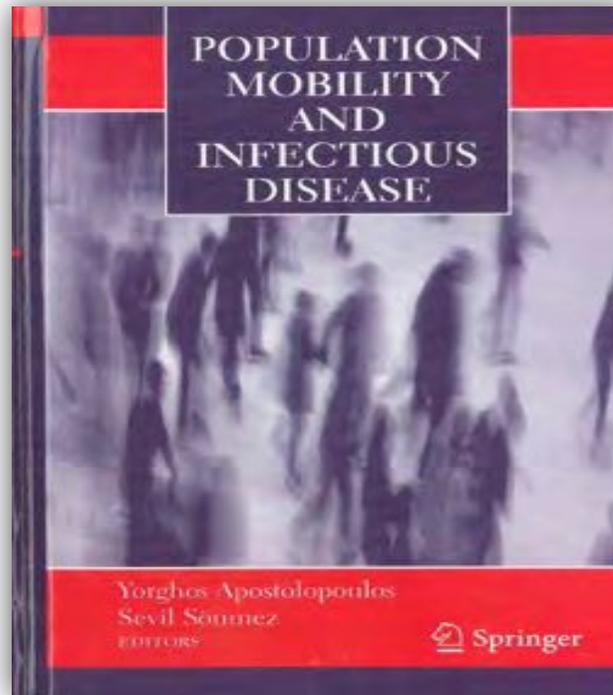
**Tableau 4. Utilisation du système de santé suisse**

\* Problèmes respiratoires, musculo-squelettiques, digestifs.

	(n=50)
<b>Consultation d'un service de santé durant les douze derniers mois</b>	
• Oui	72%
• Non	28%
<b>Motif de la consultation</b>	
• Premier recours*	36%
• Gynécologie	33%
• Bilan de santé et vaccination	25%
• Violence	8%
• VIH/sida	5%
• Psychologique	3%
<b>Service consulté</b>	
• Urgences du CHUV ou PMU sans rendez-vous	39%
• Service gynécologique	31%
• PMU avec rendez-vous	19%
• Médecin traitant	17%
• Point d'Eau	14%
• Médecin à l'étranger	22%
<b>Annonce de la profession dans le service consulté en Suisse</b>	
• Oui	55%
• Non	45%

E. Gloor et al. *RMS*, juin 2011

## ➤ Migrant(e)s des pays à forte prévalence



Fakoya et al. **A sytematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe.** *BMC Public Health*, 2015

# Dépistage du VIH chez les requérants d'asile (Vaud)

- Requérants d'asile: à risque
- Proposition d'un test de dépistage: faisabilité? impact?
- Deux cantons suisses (novembre 2015-juin 2016)
- Exclus: < 16 ans, femmes enceintes
  
- **Résultats:**
  - ✓ 807 propositions de dépistage
  - ✓ taux d'acceptation: 72%
  - ✓ jeunes (27ans), célibataires (67%), Afrique subsaharienne (60%)
  - ✓ 7 séropositivités (prévalence=0,87%)
  - ✓ prise en charge par des consultations spécialisées

L. Cochand et al, travail de Master 2016

## Réflexions de Mme E (en cours avec les étudiants)

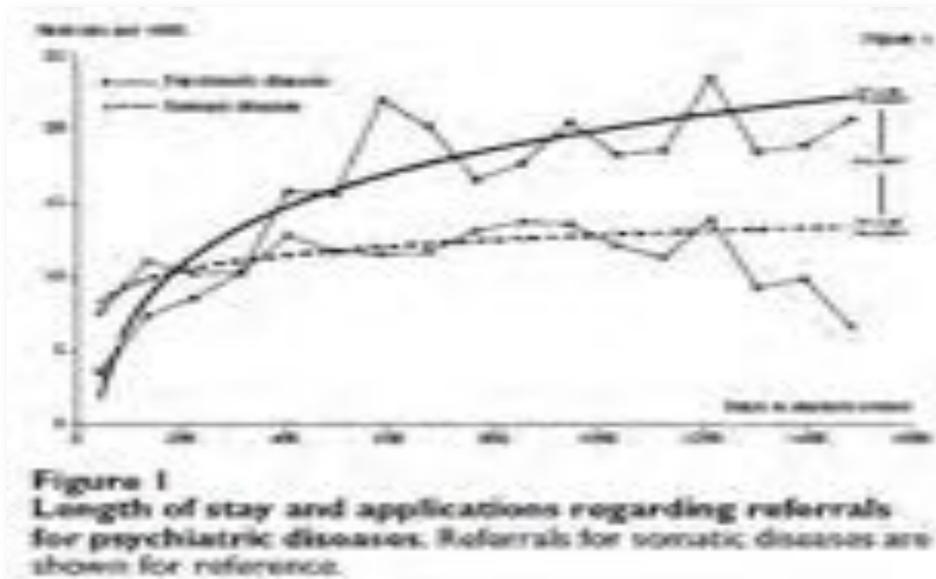
- Vécu du VIH dans sa famille, dans son pays
- Maladie mortelle-> maladie chronique
- Une communauté pas toujours aidante
- Un exemple pour la communauté



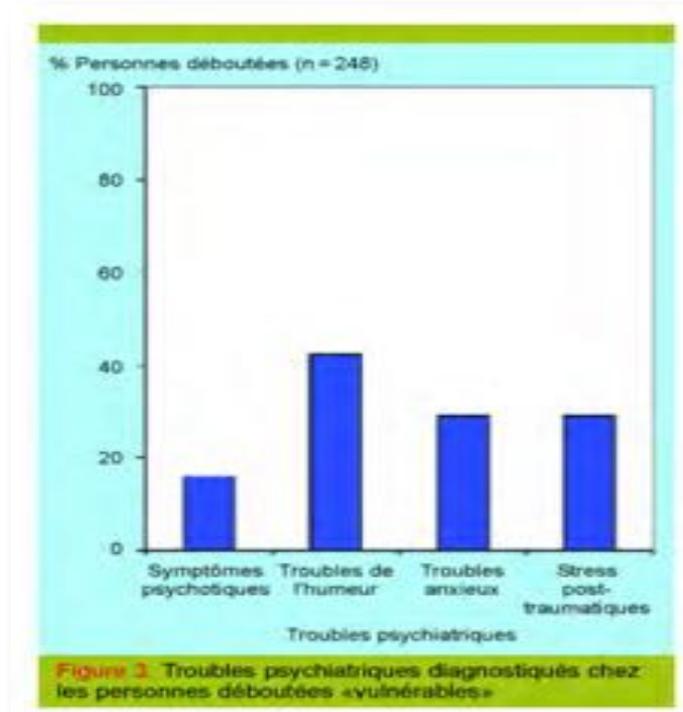
# Agenda

- Introduction : points de repère
- TBC- ITL, Srta T
- VIH , Mme E
- **Santé mentale, MNA**

# Maladie Mentale



Hallas P et al. *BMC Public Health*, 2007



Bodenmann P et al. *RMS*, 2008  
Saraga M et al. *RMS*, 2012

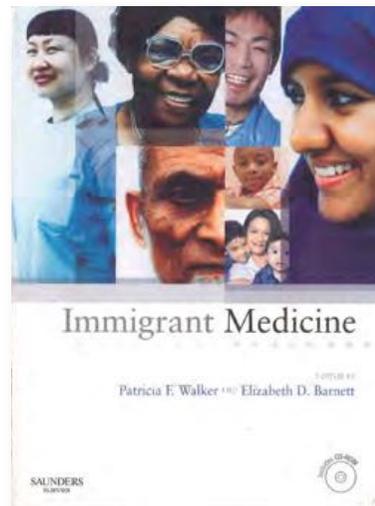
# MNA

- Constats
- Epidémie de tentamens
- Mardi 13 décembre 2016

# Agenda (approche santé)

- Points de repère: « healthy migrant effect »,  
3 ou 5 phases, acculturation
- TBC- ITL, Srta T: maladie grave, honteuse
- VIH , Mme E: maladie mortelle-> chronique
- Santé mentale, MNA: quelles issues?

# Merci pour votre attention



[patrick.bodenmann@hospvd.ch](mailto:patrick.bodenmann@hospvd.ch)

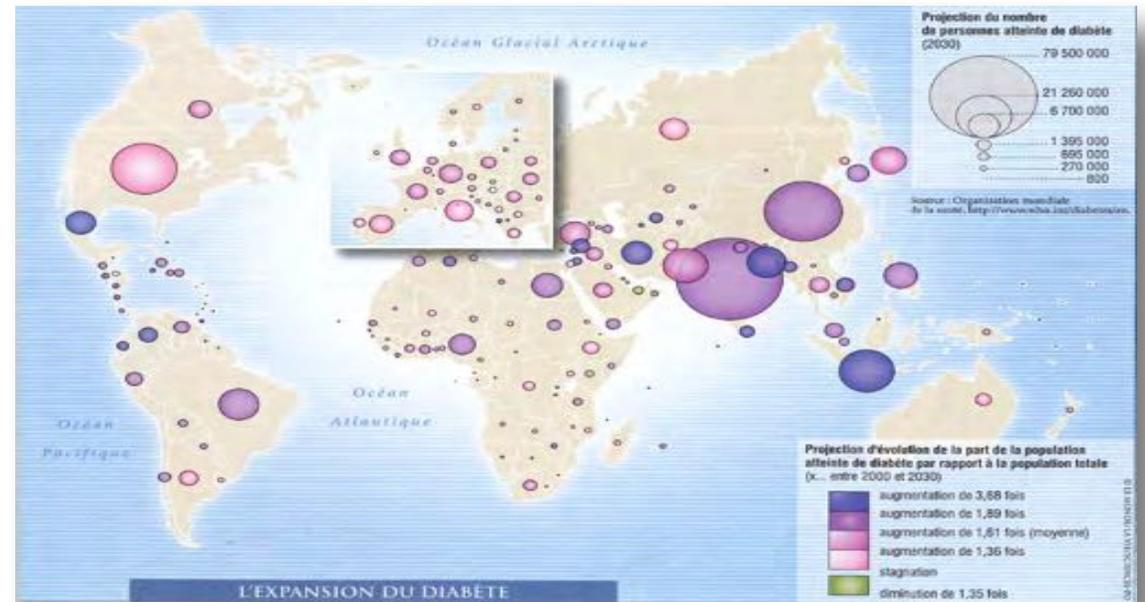


# Maladies chroniques non infectieuses



BMJ, 2002

# Maladies chroniques non infectieuses



L'Atlas des Migrations. Hors série *Le Monde - La Vie* 2008-2009

# Maladies Ubiquitaires



Patiente	Pays d'origine	Durée des symptômes (années)	« voilée » ?
F 52	Bosnie	3	Oui
F 57	Afghanistan	0,5	Oui
F 27	Somalie	5	Oui
F 30	Albanie	2	Non
F 42	Somalie	3	Oui
F 43	Bosnie	2	Oui
F 45	Somalie	1	Oui
F 63	Somalie	15	Oui
F 20	Ethiopie	2	Non
F 51	Bosnie	1	Oui
F 62	Bosnie	0,5	Oui

De Torrenté de la Jara G et al. *BMJ* 2004

Pedrazzini B et al. *BMJ* Case Report 2010

[www.elearning-iq.ch](http://www.elearning-iq.ch)



**CPV**  
Gouvernance stratégique et  
opérationnelle

Unités opérationnelles

USMi

VISTA

EmvS

SMPP soma

CGSA

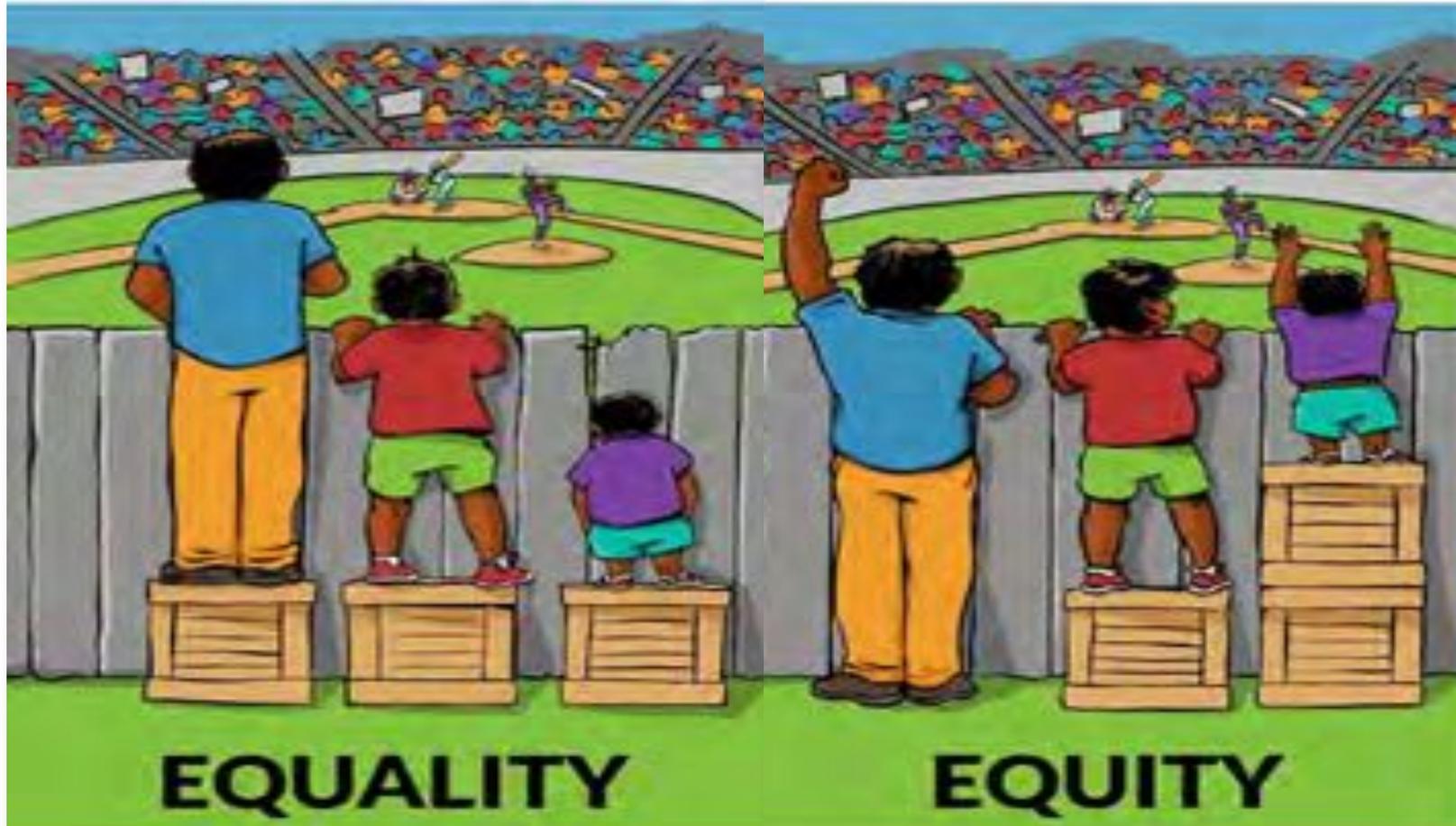
Secrétariat

Outils de gestion  
(indicateurs)

Qualité  
(procédures)

Communication

- USMi:** Unité de soins aux migrants
- VISTA :** Consultation VIH-IST anonyme
- EmvS :** Equipe mobile vulnérabilitéS
- CGSA:** Coordination et gestion socio-administrative
- SMPP :** Service de Médecine Pénitentiaire et Psychiatrique



# LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

09/2014 -12/2015

Réflexions autour de leur prise en charge à Angers

Ludovic de Gentile CHU Angers



*Élaboration du protocole de prise en charge :*

LN Catland CD 49, L de Gentile et V Rabier CHU Angers

*Consultants :* L de Gentile, D Chabasse, É Pichard, V Rabier

*Accompagnement des enfants au CD :* LN Cateland, AM Binder, V Foucault

*Recueils des données :* Clémence Péaud-Padilha, Interne en Pédiatrie – 3<sup>ème</sup> année CHU Angers

# Contexte

MIE = définition administrative : moins de 18 ans, en dehors de leur pays d'origine, sans accompagnant titulaire ou personne exerçant l'autorité parentale (Depuis 07/03/16 : Mineurs Non Accompagnés)

- Entre 5500 et 7000 Mineurs Isolés Etrangers (MIE) pris en charge en France
- Évaluation de 5 jours puis placés sous la tutelle des Présidents des Conseils départementaux
- Prise en charge disparate en fonction des départements



Homogénéisation fait l'objet de la Circulaire du 31 mai 2013  
Dispositif national d'appui au niveau du ministère de la Justice  
Services du Défenseur des Droits

Rapport sur l'application de la Circulaire du 31 mai 2013  
<http://www.infomie.net/IMG/pdf/144000745.pdf>

# Mineur non accompagné (MNA)

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/tableau\\_mna.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/tableau_mna.pdf)

En 2016 : nombre de MNA en France métropolitaine 6920

Dans la région des Pays-de-la-Loire total 409 (près de 6% des enfants)

**Maine-et-Loire : 90 (1,3%)**

Loire atlantique : 152 (2,19)

Mayenne : 34 (0,47%)

Vendée : 68 (1,04%)

Sarthe : 65 (0,97%)



# Parcours de soin proposé

## Unité conseil technique santé du Département



Entretien initial (questionnaire, interprétariat)



Bilan sanguin standardisé (NFS, Iono+créatininémie, ASAT, ALAT, GGT, Tréponématoses, VHC, VHB, VIH, Schistosomoses, Anguillulose, Hydatidose, Electro Hb, parasitologie selles)



Centre de Lutte anti-tuberculeuse  
(IDR, Radiographie pulmonaire)



Consultation médecine des voyages - CHU



UC-Institut inter-Régional pour la Santé  
(vision, audition, ECG,...)

# Matériel et Méthode

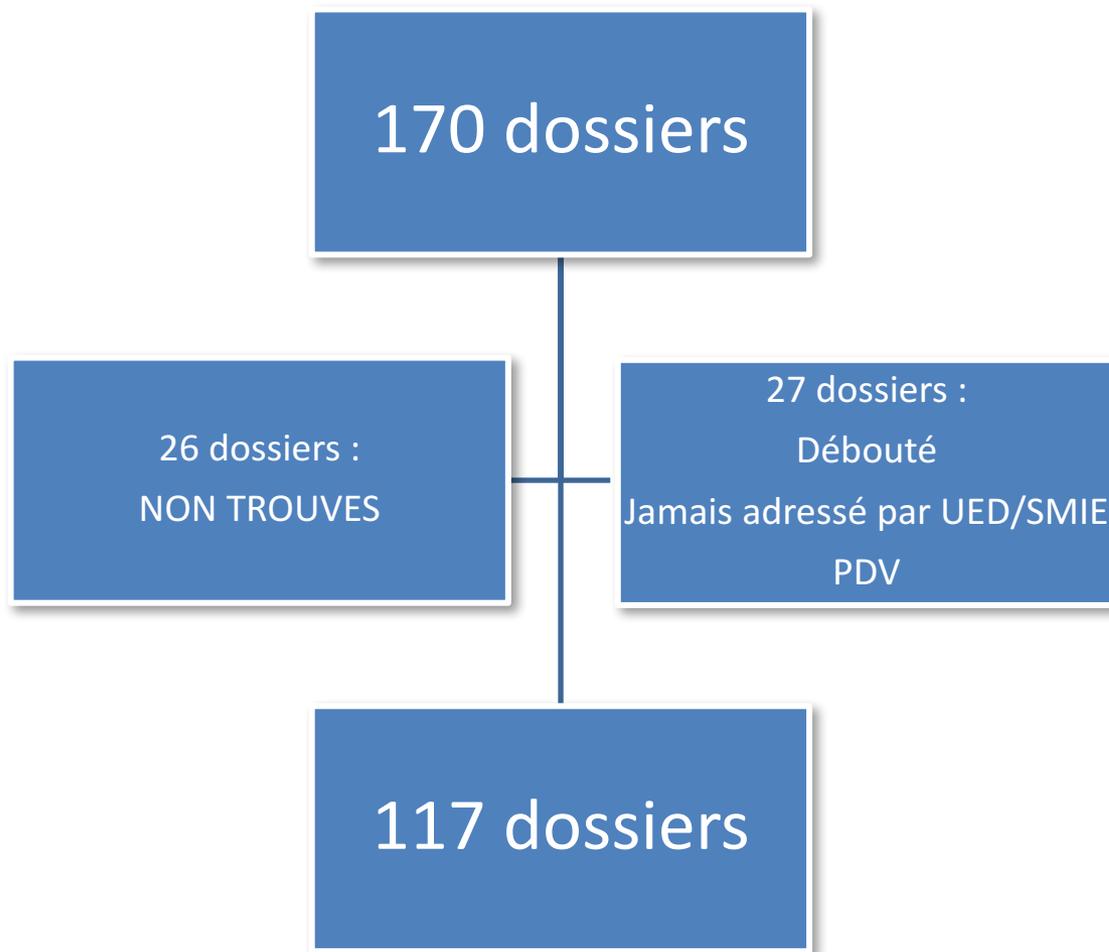
*Clémence Péaud et Valérie Rabier*

- Question :  
Etat de santé des Mineurs Isolés Etrangers
  - ⇒ Santé physique
    - ⇒ Pathologie infectieuse
- Etude épidémiologique, rétrospective, observationnelle, monocentrique
- Validée par le Comité d’Ethique
- Dossiers médicaux disponibles sous format papier ou numérique. Accessibles à l’UCTS

# Matériel et Méthode - 2

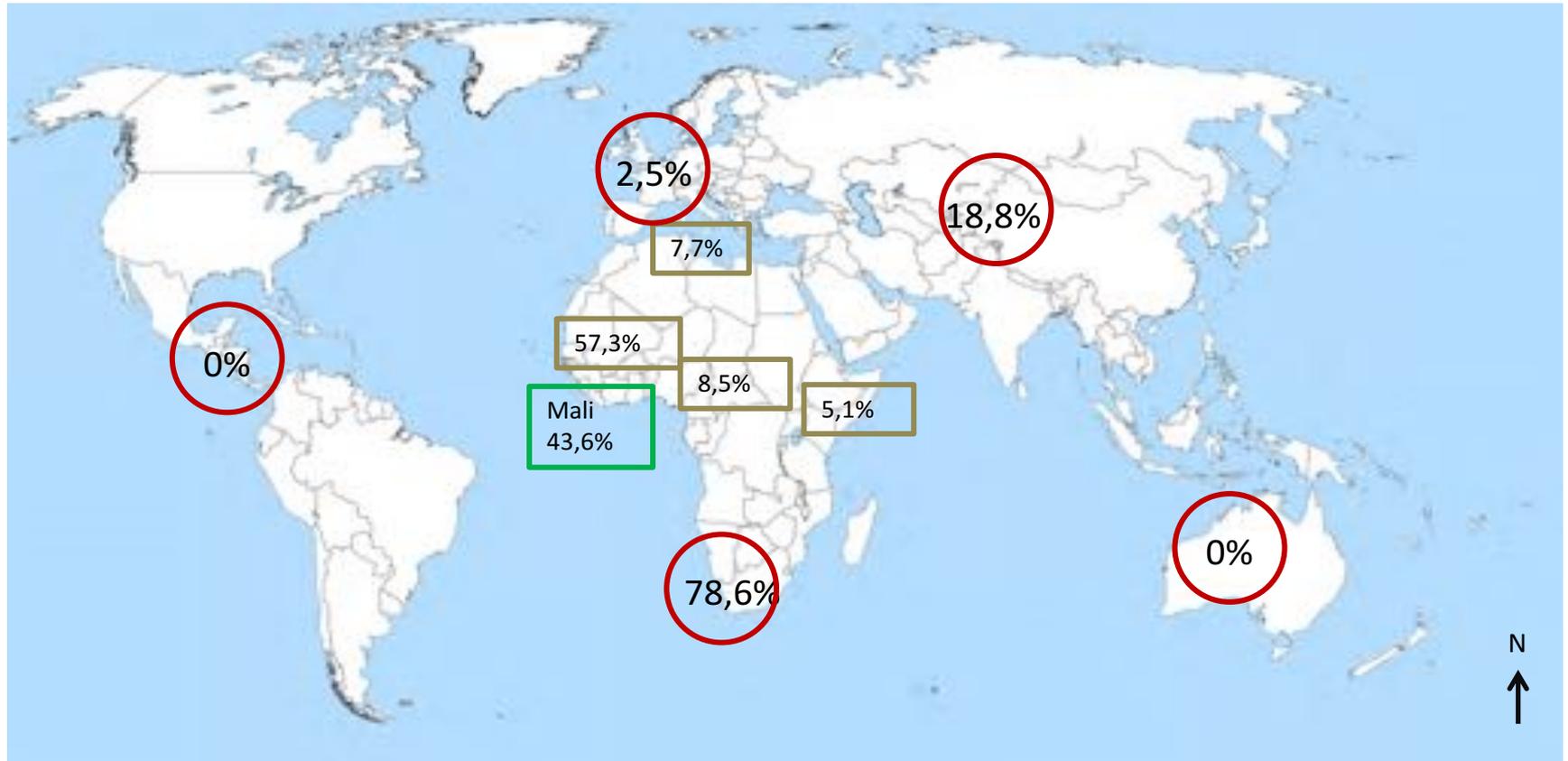
- Mineurs non accompagnés pris en charge par l'unité de l'Enfance en danger du Département de Maine-et-Loire du 15 septembre 2014 au 31 décembre 2015
- Objectif principal : prise en charge de la pathologie infectieuse
- Objectif secondaire : présence autre pathologie, traitement anti-infectieux ou autre, consultation spécialisée

# 15/09/2014 au 31/12/2015



# Répartition géographique

## N=117



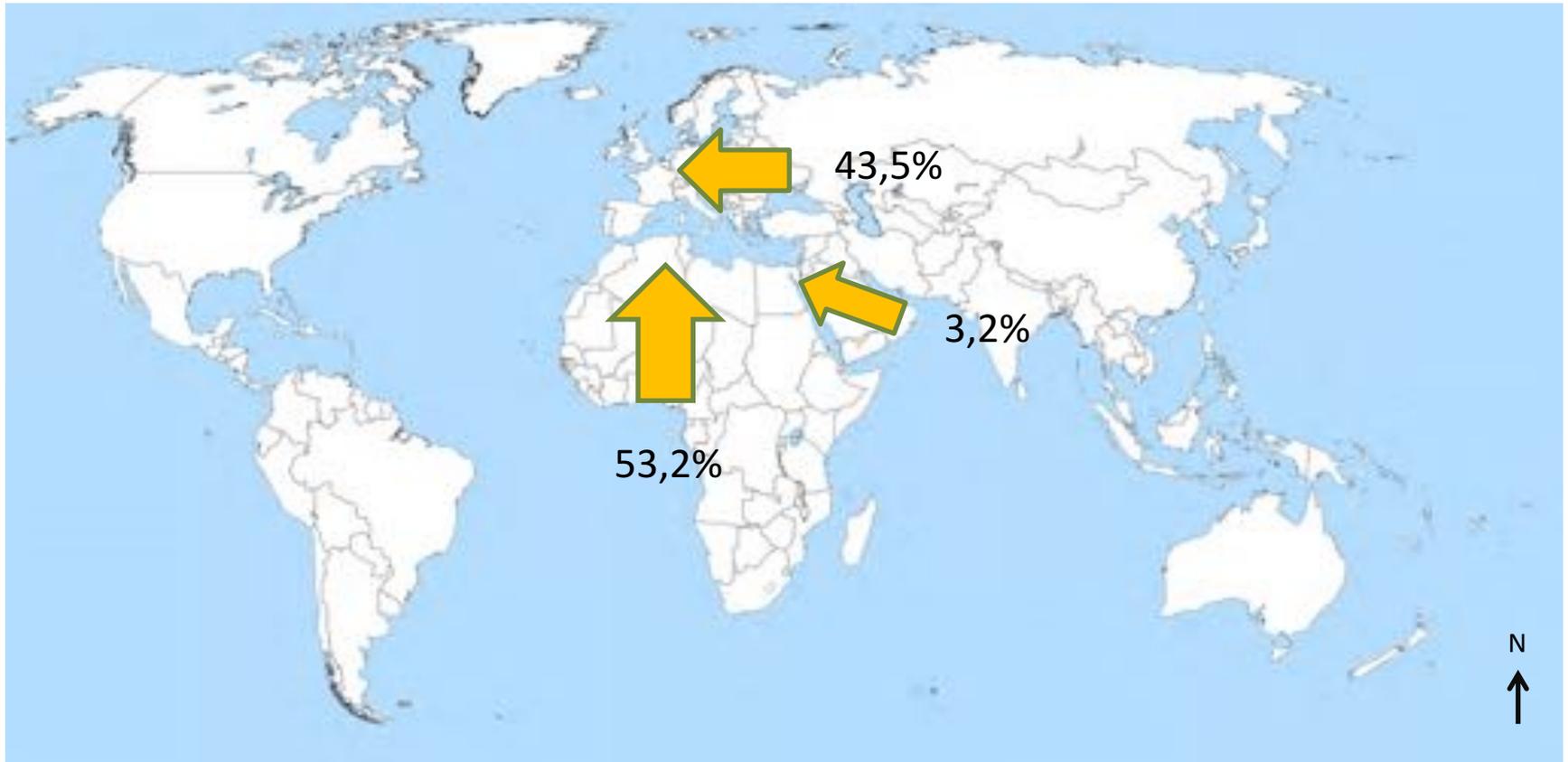
Ouest : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Nigeria, Niger

Est : Erythrée, Ethiopie, Somalie, Soudan

Centrale : Congo, Tchad

Maghreb: Libye, Tunisie, Egypte, Maroc

# Pays de transit



Italie 20,4% Libye 18,1% Algérie 12,9%  
Maroc 9,3% Espagne 8,8%

# Population

Caractéristiques		
Sexe		
Homme	112	95,7%
Femme	5	4,3%
Ratio (H/F)	22	-
Nationalité		
Malien	51	43,6%
Guinéen	13	11,1%

Pays transit		
Italie	44	20,4%
Libye	39	18,1%
Algérie	28	13,0%
Maroc	20	9,3%
Espagne	19	8,8%

Modes transport		
Bateau/Zodiac/Pirogue	49	24,4%
Voiture	47	23,4%
Avion	30	14,9%
DM	20	10,0%
Train	16	8,0%
Camion	15	7,5%
Marche	14	7,0%
Bus/Mini Bus	10	5,0%

Travail dans pays d'origine		
Oui	19	16,2%
Non	11	9,4%
DM	87	74,4%
Raison venue France		
Guerre	1	0,9%
Economique	13	11,1%
Sociale	1	0,9%
Familiale	12	10,3%
Formation/Etude	1	0,9%
DM	89	76,1%
Age moyen arrivée France		
Année	16,22	-
	(12,89 - 17,69)	-

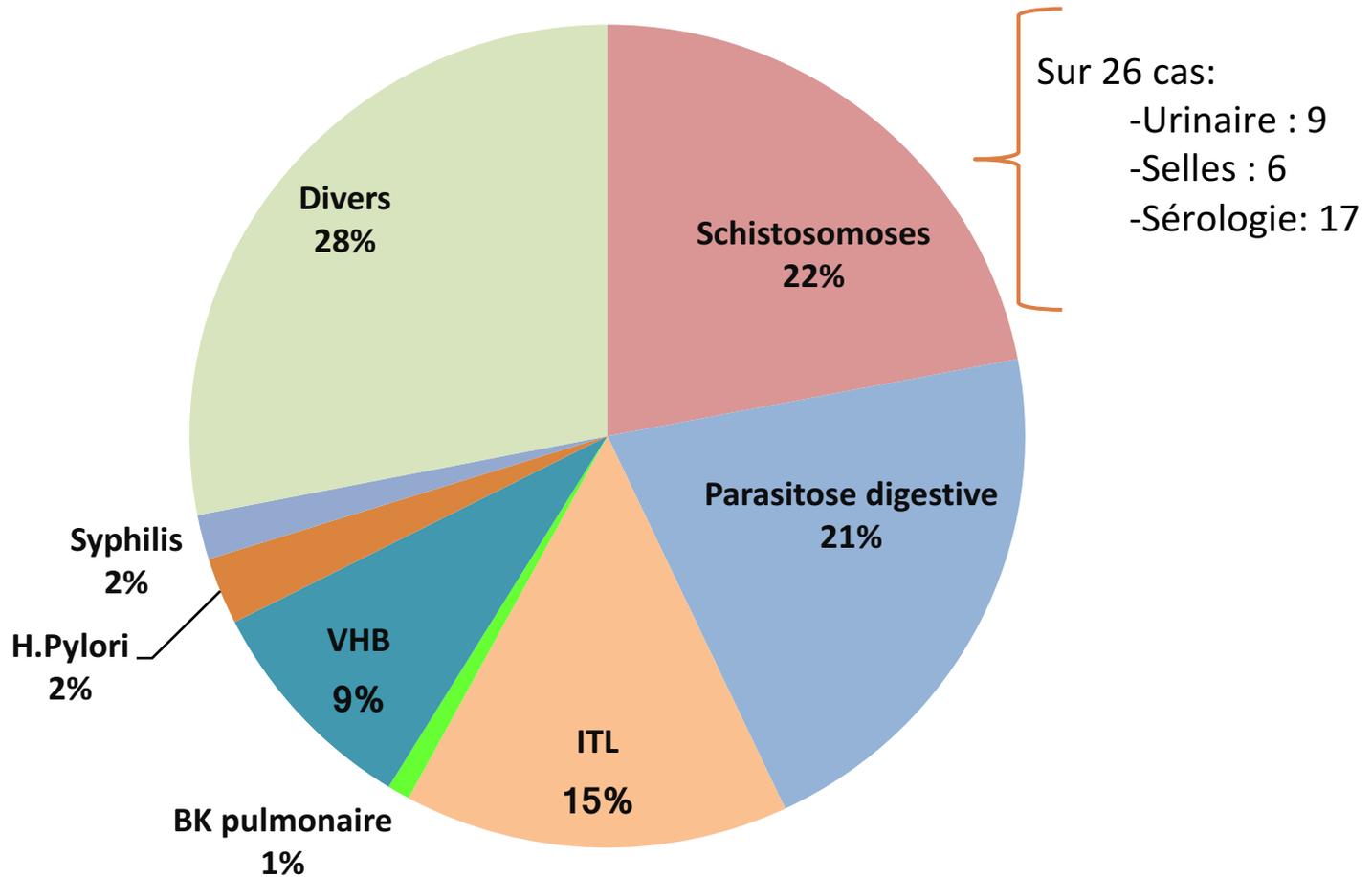
Conditions transit		
Violence	19	15,7%
Manque nourriture/eau	13	10,7%
Difficultés non précisées	10	8,3%
Prison	5	4,1%
Detès	4	3,3%
Caché	3	2,5%
Travail	1	0,8%
RAS	1	0,8%
DM	65	53,7%

# Résultats

- 117 dossiers inclus
  - 62 % : pathologie infectieuse
  - 67,5% : autre pathologie
  
  - 59% : traitement anti-infectieux
  - 73% : traitement autre
  
  - 74,5%: consultations spécialisées

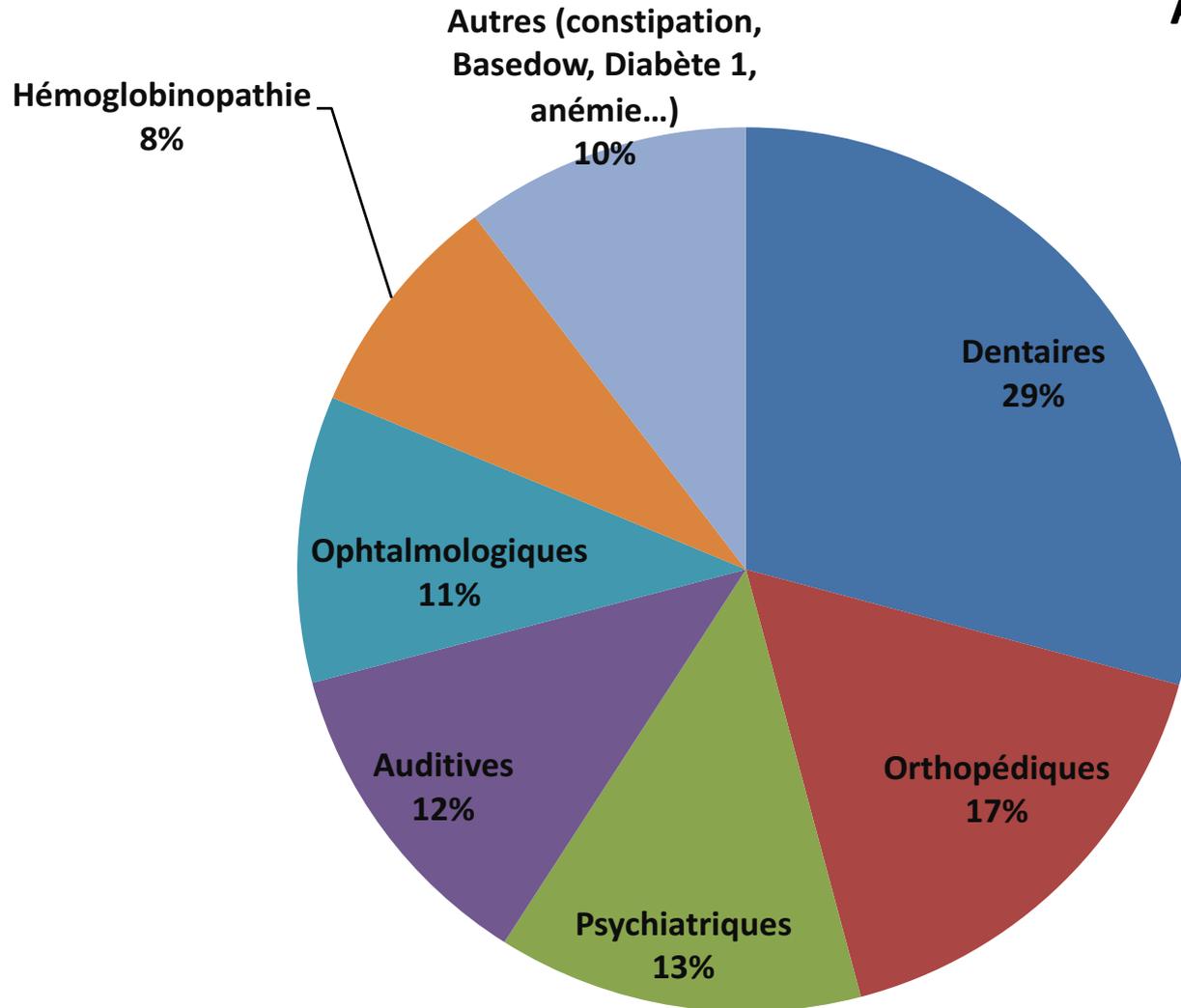
# Résultats

## Pathologies Infectieuses



# Résultats - 2

## Autres pathologies



170 dossiers

26 dossiers :  
NON TROUVES

27 dossiers :  
Débouté  
Jamais adressé par UED/SMIE  
PDV

117 dossiers

**Traitement anti-infectieux 58,77%  
(67 cas)**

Anti-parasitaire – 39,5%  
Praziquantel – 22%  
Ivermectine – 10,5%  
Albendazole – 7%

Anti-tuberculeux - 15,7%

Antibiotiques (ORL) – 16,5%

Aciclovir – 2,6%

**Traitement autre que  
infectieux 74,5% (85 cas)**

Symptomatique – 28,9%

Supplémentation  
ferrique – 5,6%

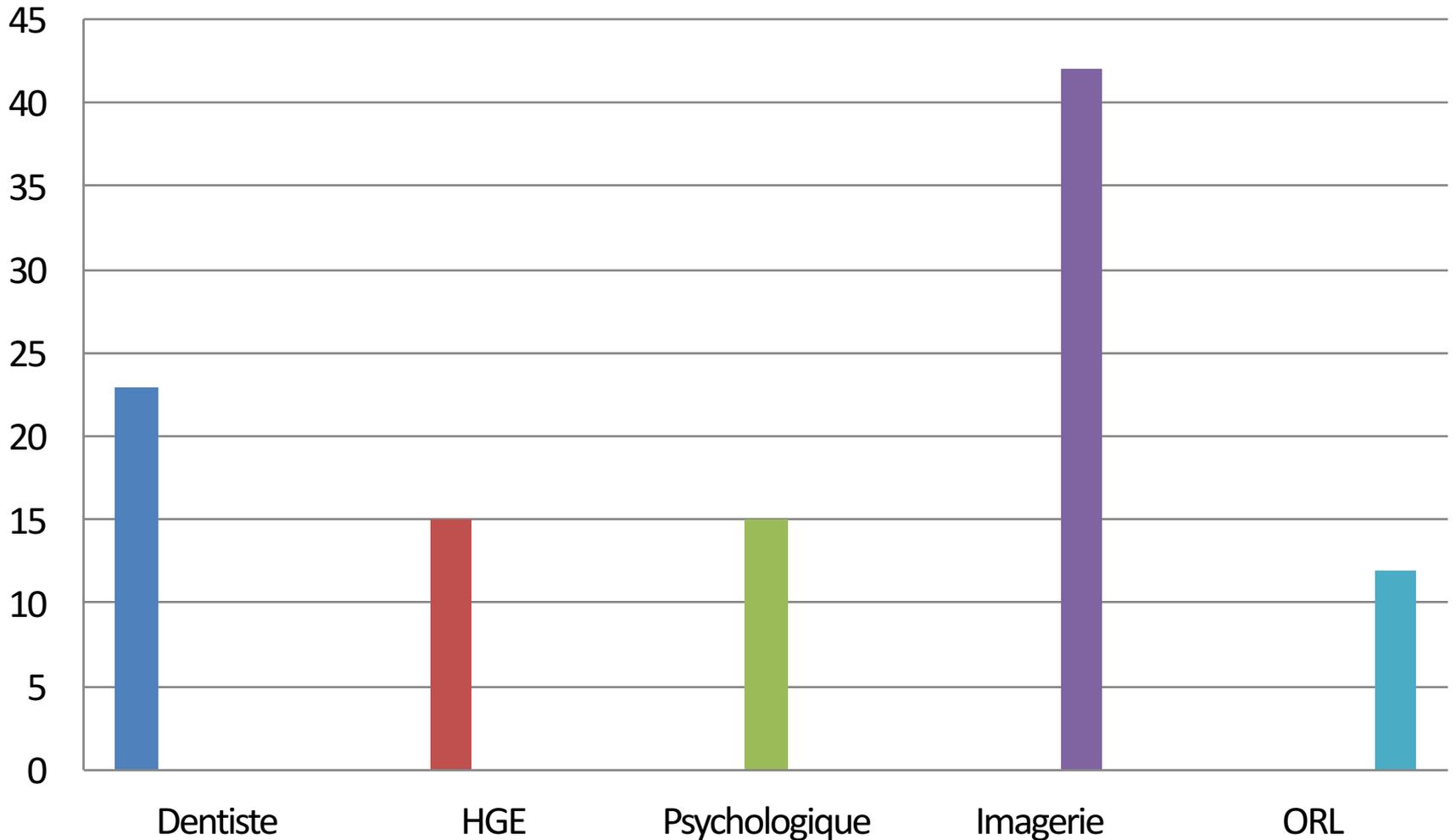
Laxatifs – 4,8%

Orthopédique – 2,6%

NL/BZD – 1,75%

# Résultats - 4

74,5% consultations spécialisées



# Premières conclusions

- Enfants d'environ 16 ans, principalement d'origine sub saharienne (Mali et Guinée)
- En bonne santé apparente mais 62% pathologie infectieuse
- Désir d'apprendre



Travail prospectif en cours (Clémence Péaud)  
Réflexion sur une restructuration de l'offre au CHU

# Le dispositif mis en place

## **Pertinent**

- Dépistage VHB et ITL pour une prise en charge précoce
- Dépistage de pathologie parasitaire chronique évolutive
- Soins et évaluation d'arrivée pour une « remise à un médecin traitant » dans le parcours de soins standard

## **À améliorer**

- Multiples consultants à l'origine d'une perte de certains enfants
- Prise en charge vaccinale complète après évaluation VHB
- Prise en charge psychologique ou psychiatrique de ces adolescents
- Éducation à la santé (sexuelle, alimentaire, ...)

**En parallèle de la scolarisation, logement et vie sociale**

# Les efforts



- Traduction
- Prise en charge des jeunes filles
- Débriefing du trajet et des projets
- Les entendre sur les autres sujets pour une prise en charge globale de la santé

# Migrants

Malika Bennabi Bensekhar  
MCF-HDR

Centre d'Histoire des Sociétés des Sciences et des Conflits  
Université de Picardie Jules Verne  
Amiens

# Etat du monde

- Mondialité/interactions à l'échelle du monde
- Cosmopolitisme
- Disporisation
- Des espaces sociaux transnationaux (réseaux de parenté, réseaux d'intérêt, organisations et communautés transnationales)
- Des réseaux de migrants qui pèsent sur leur pays d'origine
- Imaginaire transnational (Appadurai)

# Un immeuble d'Alger







# Migration

- Rupture d'homologie entre cadres culturels interne et externe (?)
- Les sujets portent déjà un projet de transformation psychique
- Ils sont inscrits dans la modernité
- Devoir négocier avec soi-même face aux contraintes imposées par un nouvel environnement n'est-ce pas de la modernité ?

# Fabrication des vies sociales

- Imaginaire marqué de cosmopolitisme
- Représentations véhiculées par les medias
- Images, idées partagées
- Opportunités venues d'ailleurs

# Sur le plan identitaire/celui de la psyché

- Chez les migrants,
- une forte quête d'individuation,
- la nécessité d'établir d'autres ancrages, qui débordent le « local », pour se préserver, ou pour survivre, sont mises en tension

*• Et la migration des femmes devenue massive ?*



# Mineurs isolés étrangers

- Vulnérabilités spécifiques/hypermaturité
- Situations psychopathologiques singulières
- Déliaison
- Précarité psychologique
- Discrimination ethnique, sexuelle, maltraitance
- Violence
- Trauma, fuite salvatrice, nouvelle impulsion au développement psychologique
- Désespérance

# Asile

• Des logiques contradictoires

• Un équilibre difficile entre

• des logiques nationales, politiques (contention des flux migratoires)

• Et une réalité transnationale (mobilités effectives ou idéelles)

# Asile

- Aujourd'hui, dans les dispositifs politiques : triple aporie du point de vue du bien, du juste et du sentiment (Didier Fassin, Carolina Kobelinsky)
- Accepter la dimension de la subjectivité
- Un enjeu essentiel pour les sociétés contemporaine
- Une éthique à redéfinir



**Maison de Solenn**  
MAISON DES ADOLESCENTS  
COCHIN - PARIS

*Colloque SFTG Migrants / Réfugiés*

Dr Sevan Minassian (pédopsychiatre)  
Maison des Adolescents / Hôpital Avicenne



# Quelle prise en charge pour LES MINEURS NON ACCOMPAGNES?





## Le défi de la prise en charge des mineurs non accompagnés

Rapport alarmant de l'UNICEF le 16 juin 2016  
« Ni sains ni saufs enquête sur les mineurs non accompagnés dans le Nord de la France »

9000 jeunes étrangers isolés estimés en France métropolitaine  
(Ministère de la justice - 2013)

31 décembre 2014: total des MIE pris en charge par l'ASE = 6158

Entre 10 et 20 % des prises en charges de l'ASE (« enfance en danger »)

Nécessité de les protéger et d'accompagner les professionnels impliqués dans leurs prises en charge (Etiemble, 2010)





## La place du soin

- La fréquence de troubles psychologiques chez les mineurs (Verliet & Derluyn, 2014) contraste avec le manque d'évaluation clinique au cours des prises en charge juridiques et administratives.
- Quels sont les besoins psychologiques et affectifs de ces jeunes, qui font souvent preuve de résilience?
- Quels sont les écueils à prendre en compte lors de leur prise en charge?
- Dans quel cadre et avec quels outils les prendre en charge?



## Quels écueils prendre en compte?

- Une prise en charge faite de ruptures
- La multiplicité et l'inconstance des intervenants
- Les enjeux institutionnels à l'oeuvre
- Les spécificités cliniques du jeune
- Le transfert et le contre transfert culturel





## Quelle prise en charge?

- Pérennité du cadre thérapeutique
- Prise en compte des professionnels référents
- Positionnement en interface institutionnelle
- Outils transculturels et médiation culturelle
- Encourager la narrativité tout en protégeant du trauma





# Objectif: créer des dispositifs cliniques adaptés groupal, transculturel, institutionnel et clinique

**Accompagner** et prendre en charge le jeune isolé étranger

en relation avec son **professionnel référent**.

## - CARACTERISTIQUES-

- **Espace dédié**: topique stable, permanence des intervenants, co-thérapie élargie, interface institutionnelle
- **Médiateur culturel** (ISM et DU médiation, en collaboration avec le centre ressource Babel)
- **Objets flottants**: modalité relationnelle, supports à la narrativité, éléments ritualisés

# MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS POUVOIR ENFIN POSER SES VALISES

Une approche transculturelle

*Sous la direction du professeure Marie Rose Mora*

LE 19 OCTOBRE 2016 À L'HÔTEL DE VILLE DE PARIS



[www.transculturel.eu](http://www.transculturel.eu)

[www.infomie.net](http://www.infomie.net)



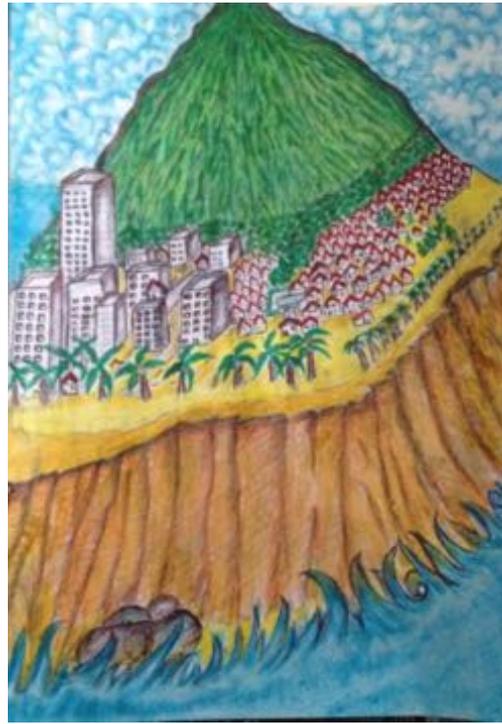


Maison de Solenn

MAISON DES ADOLESCENTS  
COCHIN - PARIS

Titre de la présentation - *jj mmmm aaaa*

---





# La France et le droit d'asile

Géraldine Giraudeau  
16 décembre 2016

- I. La procédure de la demande d'asile en France
- II. Les principales problématiques
- III. Les particularités du contentieux

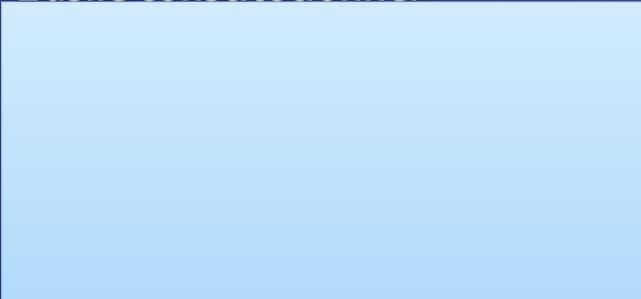
# I. Le processus d'asile en France

---

- Le droit applicable
- Les institutions concernées
- Les principaux pays d'origine

# Le droit applicable

- La Convention de Genève de 1951
- Le droit de l'UE
- Les autres instruments de DDHH
- Le rôle de la CEDH
- L'asile constitutionnel



- « Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République »

## Deux types de protection:

- statut de réfugié

- bénéficiaire de la protection subsidiaire

---

→ CESEDA

= Code d'entrée et de séjour des étrangers et des demandeurs  
d'asile

# Les institutions



L'ordre adm

- CE
- CAA
- TA



L'ordre  
judiciaire

- Cour de  
Cassation
- CA
- Cours  
d'assises/TI/  
TGI



- Tribunal  
const.

# L'OFPPRA

- Institution administrative indépendante
- Organisation par secteur géographique
- Entretien individuel



# La Cour nationale du droit d'asile

- Juridiction administrative spécialisée
- Composition originale



Juge CE



Prst



Juge HCR



---

→ Par rapport au nombre de décisions, c'est la juridiction la plus importante en France (38640 demandes en 2015)



# Les conséquences de la “crise des réfugiés”

---

- Quelques chiffres:
- L'évolution de la demande d'asile
- L'évolution du taux d'admission

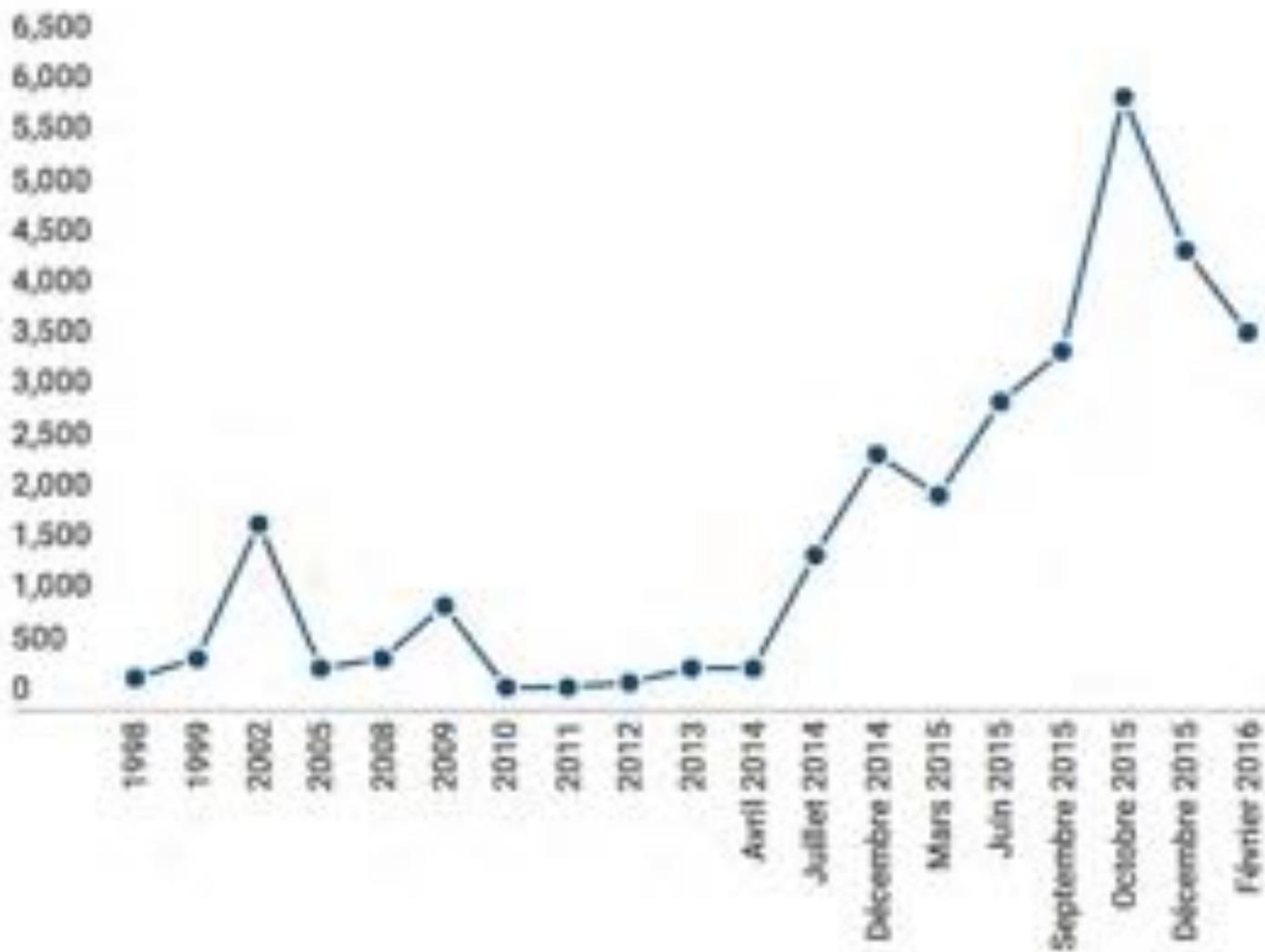
Allemagne	476 510
Hongrie	177 135
Suède	162 400
Autriche	88 160
Italie	84 085
France	75 750
Pays-Bas	44 970
Belgique	44 660
Royaume-Uni	38 800
Finlande	32 345
Danemark	20 935
Bulgarie	20 365
Espagne	14 780
Grèce	13 205
Pologne	12 190
Irlande	3 275
Luxembourg	2 505
Chypre	2 265
Malte	1 845
République tchèque	1 515
Roumanie	1 260
Portugal	895
Slovaquie	330
Lettonie	315



■ < 1 000 ■ 1 000 – 10 000 ■ 10 000 – 100 000 ■ > 100 000

- 
- On parle de 8000 mineurs isolés (mais difficile d'avoir des chiffres)
  - 75% des 30000 enfants vivant dans la rue sont étrangers

Sous-préfecture de Calais, relayé par franceinfo.fr





- Situation à Mayotte



# Les réponses d'urgence

- Le réseau associatif
- Le programme européen de réinstallation et de relocalisation (22000 pour 2019, 8268 en juillet 2016 dont 335 en France; 30000 pour 2017; 3056 en juillet 2016)

evol

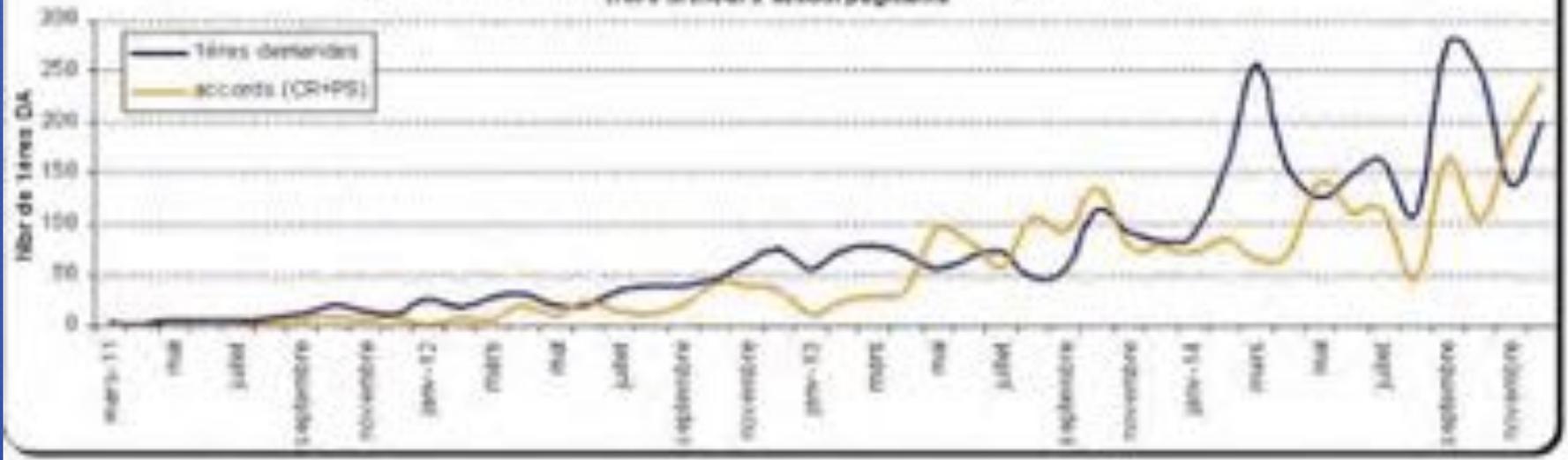
Décompte des procédures CMRPA et CMCA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 définitif	Evolution 2010-2014
Promises d'admission	33 235	36 031	43 804	41 204	46 029	46 464	50 340	39,5%
Demandes mineurs accompagnés	8 861	11 143	11 593	14 001	14 736	15 604	15 170	8,7%
<b>Total des premières admissions</b>	<b>42 118</b>	<b>48 024</b>	<b>52 167</b>	<b>55 205</b>	<b>60 491</b>	<b>59 313</b>	<b>78 488</b>	<b>25,4%</b>
Reexamens	5 569	4 688	5 700	6 213	5 790	5 498	5 627	2,0%
<b>Total des demandes</b>	<b>47 688</b>	<b>52 712</b>	<b>57 307</b>	<b>61 408</b>	<b>66 231</b>	<b>64 811</b>	<b>80 075</b>	<b>23,6%</b>
Départés CMRPA	36 493	27 769	42 377	46 267	46 187	52 083	62 067	19,2%
dont attribution de l'asile (A)	3 040	3 096	4 500	4 346	5 879	6 763	14 716	61,1%
dont protection subsidiaire	1 147	1 673	1 275	1 185	1 105	1 948	2 822	45,5%
Recours révisés par la CMCA	25 134	27 445	31 900	36 362	34 762	37 368	30 646	-3,5%
Décisions CMCA	20 343	25 868	34 385	37 330	36 645	36 160	35 801	-8,7%
dont attribution de l'asile (A)	6 260	6 281	6 728	6 860	6 467	6 528	6 267	7,8%
dont protection subsidiaire	1 318	1 633	1 855	1 380	1 179	1 567	1 327	-1,8%
<b>Total attribution de l'asile (A+B)</b>	<b>10 401</b>	<b>10 377</b>	<b>10 739</b>	<b>10 628</b>	<b>11 428</b>	<b>11 869</b>	<b>19 628</b>	<b>33,7%</b>
dont protection subsidiaire	<b>2 466</b>	<b>2 650</b>	<b>2 470</b>	<b>2 375</b>	<b>2 285</b>	<b>2 521</b>	<b>4 376</b>	<b>24,3%</b>



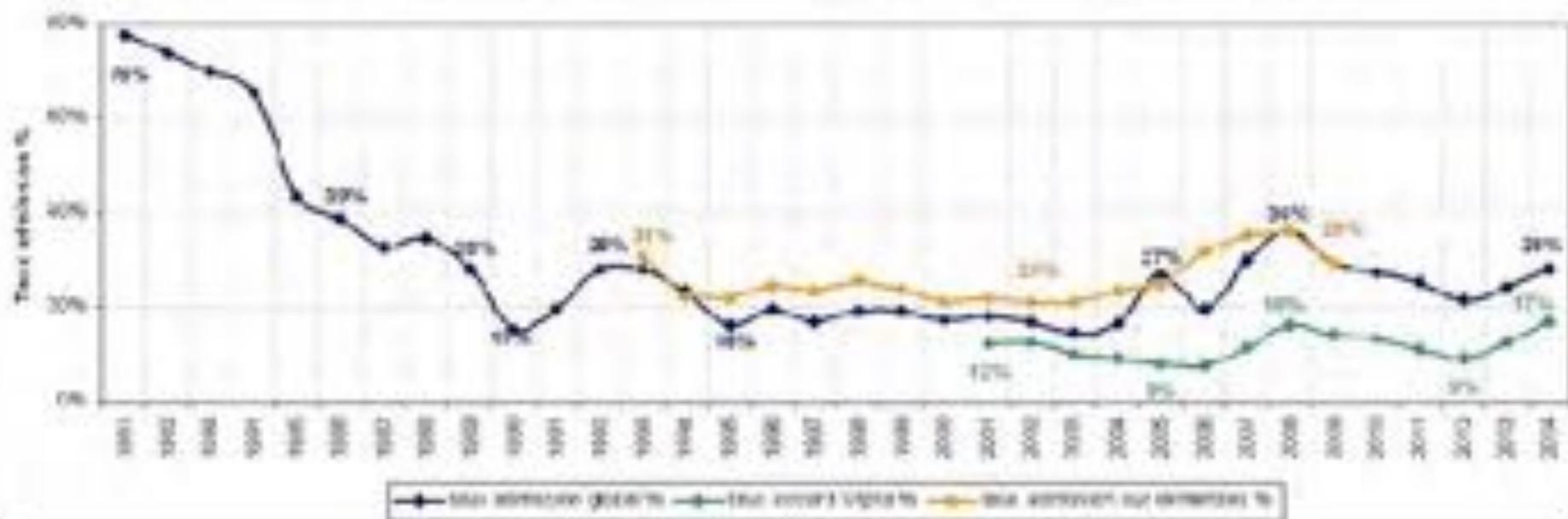
## Évolution du nombre des premières demandes de protection internationale depuis 1973



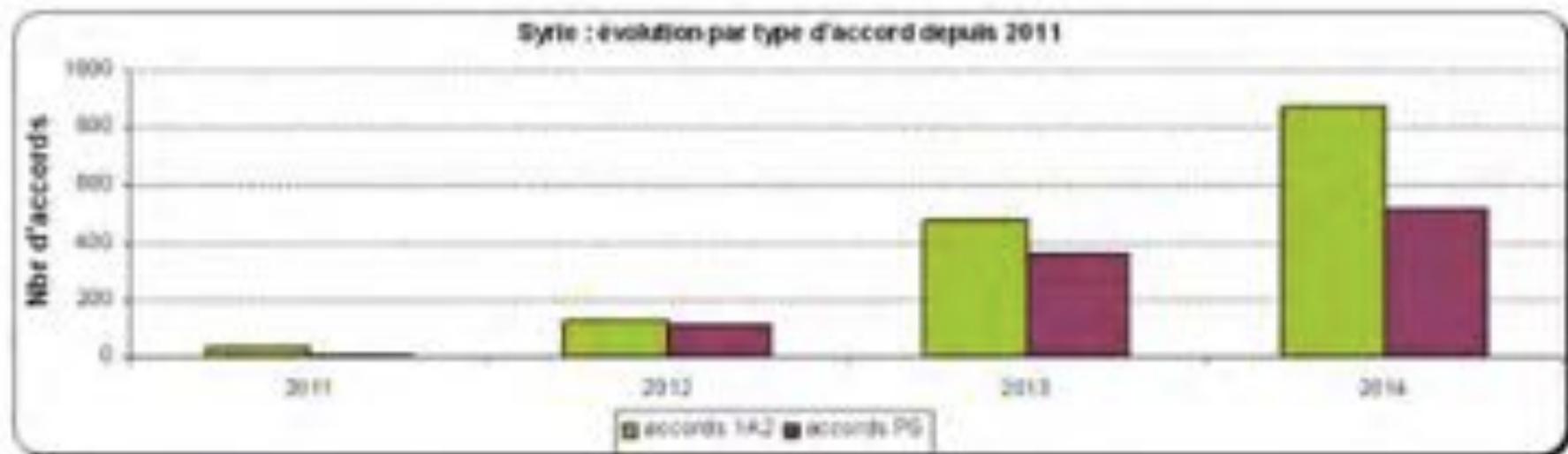
Syrie : évolution de la demande ainsi que des accords depuis mars 2011  
hors mineurs accompagnés



Evolution du taux d'admission global depuis 1981 et du taux d'accord Cofrea depuis 2001



Depuis 2011, 10000 réfugiés syriens en France (sur 5 millions)



# Asile : l'octroi du statut protecteur dans l'Union européenne

Nombre de demandeurs d'asile ayant obtenu un statut protecteur en 2014



Europe, 2015



Plus d'infos 



# II. Les principales problématiques

---



# 132

pays de provenance



# 23%

d'admission à l'Ofpra

les 5 principaux pays de provenance en 2025  
(hors mineurs accompagnés)

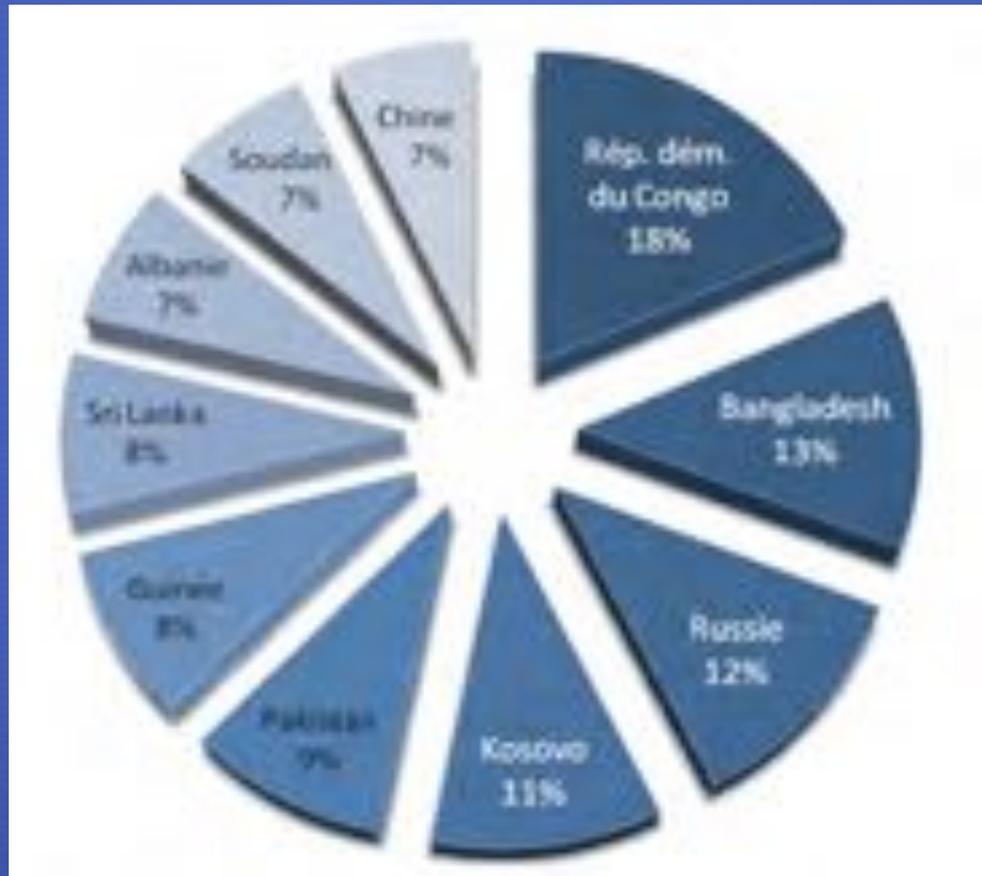


23% des demandeurs ont obtenu une protection internationale en 2025 à l'Ofpra

Il convient d'ajouter à ce taux les annulations de la CNDA qui ont porté le **taux global à 31,5% (28% en 2024)**.

Les taux de protection les plus importants concernent les demandeurs d'asile en provenance d'Irak (97%), Syrie (76%), Centrafrique (58,7%), Yémen (51,6%) et Afghanistan (50,7%).

# Les pays d'origine



- En 2015, le taux d'admission à l'Ofpra est de 23 % ( 31,5% de taux global). 77% des décisions d'admission sur la base de la convention, 23 % de protection subsidiaire).

- Les principales nationalités avec le taux d'admission le plus important:

-Syrie

-Irak

-Afghanistan

-Iran

-Rwanda

-pays d'Afrique orientale

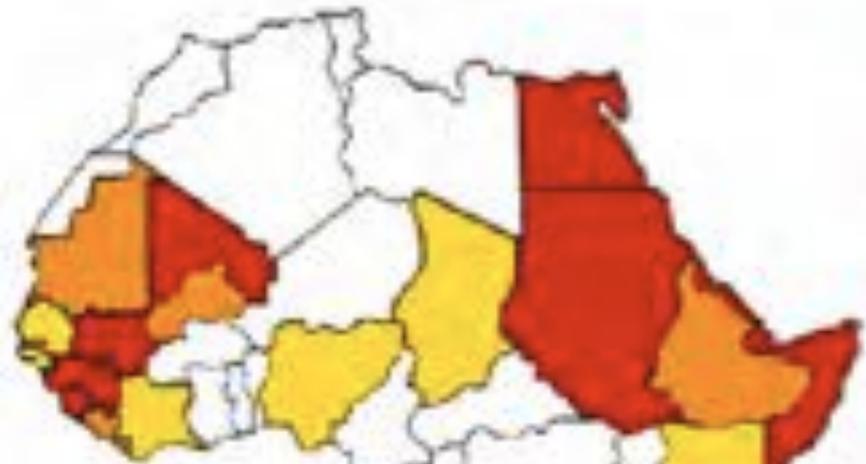
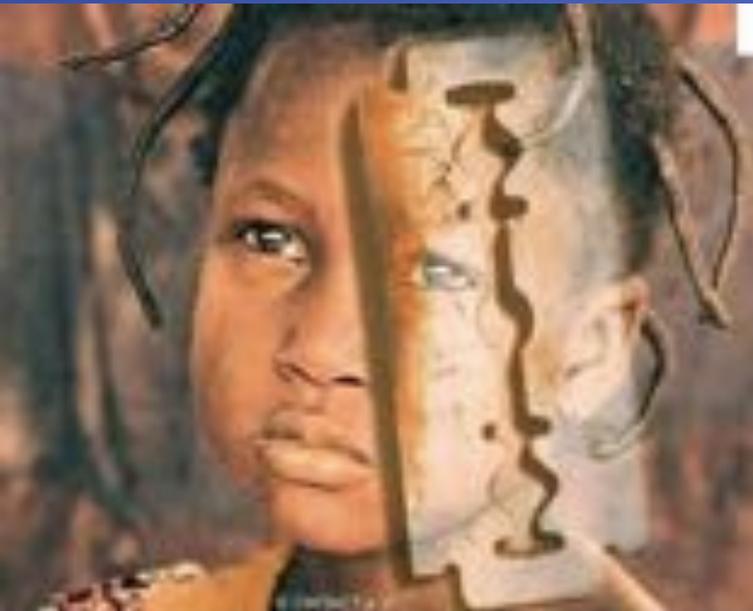
-Mali

- 
- L'évolution de la notion de réfugié
  - Le « réfugié politique »
  - L'évolution de la notion au travers du « groupe social »

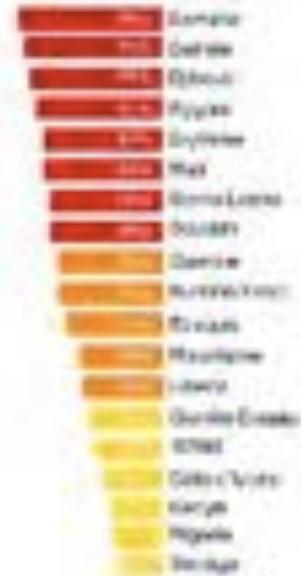
- CE:
- « personnes partageant un caractère inné, une histoire commune ou une caractéristique essentielle à leur identité et à leur conscience, auxquels il ne peut leur être demandé de renoncer, ou une identité propre perçue comme étant différente par la société environnante ou par les institutions. L'appartenance à un tel groupe est un fait social objectif qui ne dépend pas de la manifestation par ses membres, ou, s'ils ne sont pas en mesure de le faire, par leurs proches, de leur appartenance à ce groupe. »

Pays les plus touchés par les mutilations  
génétales féminines en Afrique

Vision du Monde



Prévalence en filles et en femmes  
ayant subi une MGF



# III. Les particularités du contentieux

- Le juge de l'asile
- La nécessité de la traduction
- Un contentieux de la « crédibilité »
- L'élément probatoire, en particulier médical
- La situation familiale des personnes
- La situation psychologique des personnes
- La spécificité de certains dossiers/le lien avec l'intime

- 
- La connaissance de la situation géopolitique
  - Le trajet pour venir à la Cour/la visio pour l'outre-mer
  - Le rôle de l'avocat

Par un arrêt du 10 avril 2015, le Conseil d'Etat a appliqué pour la première fois la position de la Cour européenne des droits de l'homme (Cour EDH), adoptée dans des arrêts rendus en septembre 2013, concernant l'évaluation des documents médicaux dans les procédures d'asile.

Désormais, la CNDA doit donc prendre en compte les pièces qui « comportent des éléments circonstanciés en rapport avec les risques allégués », et « préciser les éléments qui la conduisent à ne pas regarder ceux-ci comme sérieux ».

N. Klausser, RDH, mai 2015

---

**Merci!**