Médecin-Inspecteur de Santé Publique

*date du jury :**26** **avril 2000***

L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO EN FRANCE : LE DISPOSITIF EXCEPTIONNEL D'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

SICARD Frédéric

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à :

L. CHAMBEAU, pour sa contribution à la réflexion sur l'identification du thème de ce mémoire et ses conseils aux phases clefs de sa rédaction ;

J. RAIMONDEAU, pour sa disponibilité permanente et ses précieux conseils à la phase de finalisation de ce travail ;

F. TISSOT, pour sa contribution à l'approche "circulation de l'information" et à une vision globale du dispositif présenté dans ce dossier ;

H. VALADE, pour son accueil, sa disponibilité ainsi que celle de ses collaborateurs ;

Françoise GALABRU, pour sa contribution à l'approche santé publique de ce dossier et ses nombreux conseils amicaux ;

Patricia DELAVALLE, pour son introduction aux missions de l'OMI et au rôle joué par l'Office dans l'opération d'accueil ;

L. CROCQ et Nathalie BORGNE pour avoir largement contribué à ma sensibilisation à l'urgence médico-psychologique et permis de tenter d'en restituer la dimension dans le contexte général des réfugiés de guerre et particulier des réfugiés du Kosovo.

L'équipe de la DDASS 78, notamment celle du service de lutte contre les exclusions, et tout particulièrement :

- Véronique DEFFRASNES, Lydie BARRAU, Marylène BAGHADOUST et S. YOUSSOV, pour leur accueil et leur confiance, sans qui ce travail n'aurait pu se réaliser,
- Violène MERLIN, ma collègue IASS,
- Sylvia GUYOT, pour m'avoir guidé dans ce travail et initié à mon futur métier de MISP.

P. HENRY, pour m'avoir sensibilisé à la difficile question des demandeurs d'asile et communiqué les informations m'ayant permis d'esquisser quelques comparaisons internationales ;

D. COULOMBIER, pour m'avoir fait partager son vécu du terrain en Albanie, nos discussions sur la surveillance épidémiologique des Kosovars, et en remerciement pour les photos.

Toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien, pour leur disponibilité, leurs expériences et réflexions qu'elles ont bien voulu partager.

Tous les intervenants que j'ai pu rencontrer sur le terrain, professionnels ou bénévoles, pour leur dévouement, leur implication dans cette difficile opération, leur franchise dans nos entretiens, et sans qui rien n'aurait été possible, y compris le présent mémoire…

Mon père, qui m'a aidé à repartir quand je n'en voyais plus le bout…

Francine, pour m'avoir supporté tout au long de cette gestation.

Rennes, le 22 mars 2000

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

NOTE LIMINAIRE 1

CHAPITRE 1- L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES RÉFUGIÉS EN FRANCE 2

1- QU'EST-CE QU'UN RÉFUGIÉ ? 2
2- QU'EST-CE QU'UN DEMANDEUR D'ASILE EN FRANCE ? 2
3- BREF HISTORIQUE DU DISPOSITIF D'ACCUEIL FRANCAIS 2
4- LES DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES DU DROIT D'ASILE EN FRANCE 4

CHAPITRE 2- LE DISPOSITIF EXCEPTIONNEL D'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO 7

1- LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE L'OPÉRATION 7
2- LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'OPÉRATION EN FRANCE 7
3- LA PREMIÈRE PHASE : L'ÉVACUATION DES CAMPS DE MACÉDOINE 8
4- LA DEUXIÈME PHASE : L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS ÉVACUÉS DE MACÉDOINE 9
5- LA TROISIÈME PHASE : L'AUTONOMISATION JUSQU'À L'INSERTION 15
6- LA QUATRIÈME PHASE : L'AIDE AU RETOUR AU KOSOVO 16
7- UNE INITIATIVE DE SUIVI TRANSVERSAL EN TEMPS RÉEL 17
8- LA COORDINATION DU DISPOSITIF : "LA DPM ET SES DDASS" 18
9- L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF ET LE RETOUR AU DROIT COMMUN 20
10 -LES ASPECTS BUDGÉTAIRES 21
11- UNE OPÉRATION D'ENVERGURE QUI SOULÈVE DE VRAIES QUESTIONS 23

CHAPITRE 3- LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO 26

1- LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS UN CONTEXTE DE GUERRE ET LE CAS PARTICULIER DE LA GUERRE AU KOSOVO 26
2- LA COUVERTURE MÉDICALE ET LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES 34
3- LE DISPOSITIF SANITAIRE D'ACCUEIL 36
4- LE BILAN MÉDICAL INITIAL SYSTÉMATIQUE 37
5- LE DISPOSITIF MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE D'ACCUEIL 45
6- LE BILAN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES RÉFUGIÉS KOSOVARS 47
7- ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE 48
8- BILAN GÉNÉRAL DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE 51

CHAPITRE 4- LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU DISPOSITIF A L'ÉCHELLE D'UN DÉPARTEMENT : LE CAS DES YVELINES 52

1- PRÉSENTATION DU CONTEXTE DE L'OPÉRATION DANS LES YVELINES 52
2- LE DISPOSITIF D'ACCUEIL DANS LES YVELINES 53
3- LE PROJET D'ACCUEIL EN FAMILLES 56
4- LE CENTRE D'ACCUEIL GUYNEMER 57
5- LE CENTRE D'ACCUEIL DE CONFLANS-SAINTE-HONORINE 58
6- LE DISPOSITIF SANITAIRE D'ACCUEIL ET DE SUIVI 59
7- UN CAS PARTICULIER : LE CONVOI SANITAIRE DE LA CHAÎNE DE L'ESPOIR 61
8- LES ASPECTS FINANCIERS 64
9- LE BILAN DE L'ACCUEIL DANS LES YVELINES 65
10 -CONCLUSION 66

CHAPITRE 5- L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO DANS LES DIFFÉRENTS PAYS 67

1- L'INTÉRÊT ET LA DIFFICULTÉ D'ÉTABLIR UNE COMPARAISON INTERNATIONALE 67
2- LES PRINCIPAUX PAYS D'ACCUEIL 67
3- LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCUEIL DANS LES DIFFÉRENTS PAYS 68
4- LES RÉFUGIÉS ONT DES STATUTS VARIABLES PARMI "LES QUINZE" 73
5- LE RETOUR AU KOSOVO DES RÉFUGIÉS D'EUROPE ET D'AMÉRIQUE DU NORD 74
6- LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACCUEIL GOUVERNEMENTAL FRANÇAIS 75

CHAPITRE 6- BILAN GÉNÉRAL, PROPOSITIONS ET CONCLUSION 76

1- LE "RETOUR DE L'ÉTAT" : UN BILAN GLOBALEMENT SATISFAISANT 76
2- PROPOSITION DE RÉFÉRENTIEL DE PRISE EN CHARGE SOCIO-SANITAIRE POUR UNE OPÉRATION D'ACCUEIL 78
3- CONCLUSION 79
4- LE MOT DE LA FIN 80

RÉFÉRENTIEL MÉDICAL, SOCIO-SANITAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE POUR UNE OPÉRATION D'ACCUEIL DE POPULATIONS RÉFUGIÉES

ANNEXES

LISTE DES PERSONNALITÉS INTERROGÉES

CARTE DE LA YOUGOSLAVIE

LE POIDS DE L'HISTOIRE

TÉMOIGNAGES DE RÉFUGIÉS ACCUEILLIS DANS LES YVELINES

ANNEXE N°1 :	COMMUNIQUÉ DU 18 AOÛT 1999 DU MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ
ANNEXE N°2 :	DROITS DES FAMILLES RÉFUGIÉES DU KOSOVO ET COMPARAISON ENTRE LES "TROIS STATUTS"
ANNEXE N°3 :	EXEMPLAIRES TYPE DE CONTRATS DE SÉJOUR (FRANCE TERRE D'ASILE)
ANNEXE N°4 :	CORRESPONDANCE DE LA MUNICIPALITÉ DE … POUR DES "DÉSAGRÉMENTS" PROVOQUÉS PAR DES RÉFUGIÉS KOSOVARS
ANNEXE N°5 :	« ALLÔ, JE VOUDRAIS HÉBERGER DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO… »
ANNEXE N°6 :	OMI : PROGRAMME D'AIDE AU RETOUR ET NOTE D'INFORMATION POUR LES RÉFUGIÉS
ANNEXE N° 7 :	TABLEAUX DE SUIVI ET D'ÉVALUATION CONTINUE DE L'ACCUEIL EN FAMILLES ET EN CENTRES
ANNEXE N°8 :	FORUM DE SUIVI ET D'ÉVALUATION CONTINUE DE L'ACCUEIL EN FAMILLES ET EN CENTRES
ANNEXE N°9 :	TEST DU DESSIN DE LA FAMILLE SOUS LA GUERRE
ANNEXE N°10 :	DISPOSITIF D'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS KOSOVARS AU NIVEAU DES AÉROPORTS
ANNEXES N°11 ET 11 BIS :	ATTESTATION MÉDICALE TYPE POUR LE COMPTE DE L'OMI
ANNEXE N°12 :	COMITÉ NATIONAL DE L'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (CNUMP) : NOTE D'INFORMATION POUR LES FAMILLES RÉFUGIÉES KOSOVARES
ANNEXE N°13 :	CNUMP : LISTE DES FACTEURS TRAUMATISANTS SUBIS PAR LES VICTIMES DE GUERRE AU KOSOVO
ANNEXES N°15 ET 15 BIS :	CNUMP : INVENTAIRES-ÉCHELLE D'AUTO-ÉVALUATION D'ÉTAT POST-TRAUMATIQUE
ANNEXE N°16 :	CNUMP : INVENTAIRE-ÉCHELLE DE SYNDROME PSYCHO-TRAUMATIQUE APRÈS VIOL
ANNEXE N°17 ET 17 BIS :	ACCUEIL EN FAMILLES FRANÇAISES : PLAINTE D'UNE FAMILLE ET RÉPONSE DE LA DDASS
ANNEXE N°18 :	LISTE (ANONYMISÉE) DES RÉFUGIÉS-RÉSIDENTS AU CENTRE GUYNEMER DES YVELINES
ANNEXE N°19 :	LISTE (ANONYMISÉE) DES RÉFUGIÉS-RÉSIDENTS AU CENTRE DE CONFLANS DES YVELINES
ANNEXE N°20 :	PREMIERS CONSTATS ET PROPOSITIONS DE LA PÉDO-PSYCHIATRIE DE SECTEUR (YVELINES)
ANNEXE N°21 :	COMPTE RENDU D'ACTIVITÉ DE LA PÉDO-PSYCHIATRIE DE SECTEUR DU CHS CHARCOT (« UNE EXPÉRIENCE D'AIDE PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS D'ENFANTS RÉFUGIÉS KOSOVARS »)
ANNEXE N°22 :	FICHE DE POSTE INFIRMIÈRE COORDINATRICE / CONVOI SANITAIRE CHAÎNE DE L'ESPOIR
ANNEXE N°23 :	ALLOCUTION ADRESSÉE AUX RÉFUGIÉS KOSOVARS / MINISTÈRE ESPAGNOL DE L'EMPLOI ET DES AFFAIRES SOCIALES
ANNEXE N°24 :	EXEMPLE "D'ÉQUIPE STANDARD TYPE" DE GESTION D'UN CENTRE D'ACCUEIL

BIBLIOGRAPHIE

PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES DE RÉFÉRENCE RELATIFS AU DROIT D'ASILE EN FRANCE

TEXTES RÉGLEMENTAIRES ET DOCUMENTS OFFICIELS DE RÉFÉRENCE RELATIFS A L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS KOSOVARS EN FRANCE

PUBLICATIONS, RAPPORTS ET PRESSE

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ACR : Association Conflans Rencontres
AFTAM : Groupe Associatif Accueil et Formation
ANPE : Agence Nationale pour l'Emploi
APS : Autorisation Provisoire de Séjour
APT : Autorisation Provisoire de Travail
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CIRE : Cellule Inter-Régionale d'Épidémiologie
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNUMP : Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique
CPH : Centre Provisoire d'Hébergement
CRF : Croix Rouge Française
CRUMP : Cellule Régionale d'Urgence Médico-Psychologique
CST : Carte de Séjour Temporaire
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DPM : Direction de la Population et des Migrations
DTP : Diphtérie-Tétanos-Polio
ENSP : École Nationale de la Santé Publique
ETP : Équivalent Temps Plein
ERIC : Équipe Rapide d'Intervention de Crise
FTA : France Terre d'Asile
HCR : Haut Commissariat aux Réfugiés
HLM : Habitation à Loyer Modéré
IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
IDR : Intra-Dermo-Réaction
IME : Institut Médico-Éducatif
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
MISP: Médecin Inspecteur de Santé Publique
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OIM : Office International des Migrations
OMI : Office des Migrations Internationales
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PEV : Programme Élargi de Vaccination
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SSAE : Service Social d'Aide aux Émigrants
TPG : Trésorier Payeur Général
UE : Union Européenne

NOTE LIMINAIRE

Le présent mémoire se propose d'étudier la place spécifique de la prise en charge sanitaire dans le cadre général du dispositif exceptionnel d'accueil, en France, des réfugiés originaires du Kosovo. Ce dispositif a été conçu et mis en œuvre par les pouvoirs publics dans un contexte d'urgence internationale et nous tenterons de dégager les points forts et les points faibles de cette expérience exceptionnelle dans le but de capitaliser un savoir-faire Français.

Le délai entre la décision officielle d'accueil prise par le gouvernement français et les premières opérations d'évacuation par pont aérien, sous l'égide du HCR, à partir des camps de réfugiés de Macédoine, a été très court.

En quelques semaines, voire quelques jours pour certains, il aura fallu mobiliser le réseau du dispositif d'accueil, mobiliser les partenaires, réactiver voire créer de nombreux centres d'accueil, prévoir et organiser la prise en charge et l'accompagnement dans toutes ses composantes : administrative, sociale et sanitaire.

Au niveau central, la coordination nationale du dispositif a été assurée par la Direction des Populations et des Migrations (DPM) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et par les Directions des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) au niveau local.

Le caractère exceptionnel de cette opération d'accueil est évident tant par son ampleur (plus de 8 000 réfugiés accueillis et répartis sur l'ensemble du territoire national en moins de huit semaines), par ses dispositions réglementaires (le statut "Kosovar" dérogatoire), que par son contexte (pays des Balkans, réfugiés de guerre, violations flagrantes des droits de l'homme, mobilisation de la communauté internationale, médiatisation), et la mobilisation générale qu'elle a suscité (administrations, associations, professionnels, bénévoles, etc).

Dans un tel contexte, les aspects relatifs à la santé publique au sens large, c'est à dire envisagée dans l'ensemble de ses composantes (préventive, curative, promotionnelle, individuelle, collective, médicale, psychologique, sociale, économique et politique), apparaît souvent secondaire face à l'urgence humaine et médicale de l'accueil de populations réfugiées de guerre.

L'objectif que nous souhaitons atteindre est de démontrer pourquoi et comment une réelle politique de santé publique doit et peut faire partie intégrante de toute politique et opération d'accueil.

Pour des raisons inhérentes au cursus de formation initiale des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), nous présenterons, à titre d'exemple opérationnel, le cas spécifique de l'accueil des réfugiés Kosovars dans les Yvelines.

Dans le cadre du présent mémoire et de notre champ de compétence, nous avons choisi de nous intéresser plus spécifiquement à la phase d'accueil en France de l'opération qui s'est déroulée entre les dates du 18 avril (date des premières arrivées) et du 27 septembre (date de la réunion-bilan DPM/DDASS) 1999.

Chapitre 1- L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES RÉFUGIÉS EN FRANCE

Pour appréhender le contexte statutaire exceptionnel créé spécifiquement pour l'accueil des réfugiés du Kosovo, il convient de resituer le cadre de droit commun de l'accueil de réfugiés en France.

1- QU'EST-CE QU'UN RÉFUGIÉ ?

Le terme de réfugié, selon la définition de la **Convention de Genève du 27 juillet 1951**, s'applique à « *toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner* ». Sur la base de cette définition s'est édifié un des systèmes de protection sociale les plus remarquables. Ce texte oblige, en effet, les États parties à la Convention à accorder la protection la plus étendue à des non nationaux.

2- QU'EST-CE QU'UN DEMANDEUR D'ASILE EN FRANCE ?

Plus ambiguë est la notion d'asile. A strictement parler, l'asile c'est le droit au séjour **.** Ce droit peut être accordé en vue de solliciter la qualité de réfugié, se définit ainsi le **demandeur d'asile**. Il peut être aussi accordé pour tout autre motif, notamment pour l'un de ceux qui conduisent, selon la nouvelle loi de 1998, à l'asile territorial en France. Lorsque les conditions de cette loi ne sont pas réunies, subsiste toujours le **pouvoir discrétionnaire de l'autorité publique d'accorder l'asile** à qui elle veut. L'État français se reconnaît une responsabilité à l'égard des demandeurs d'asile, à travers un minimum de prise en charge pendant la durée des procédures.

« **Les fluctuations erratiques de la demande d'asile**, liées aux événements extérieurs **, créent** parfois de façon localisée, **des besoins massifs qui mobilisent de façon très éprouvante les partenaires, publics et privés, de l'accueil**. » [XII]

3- BREF HISTORIQUE DU DISPOSITIF D'ACCUEIL FRANCAIS[1]

3.1- Le dispositif s'est développé et amélioré au fur et à mesure des accueils

La mise sur pied d'une procédure d'accueil a d'abord été expérimentée avec les réfugiés provenant du Chili et de l'Amérique latine à partir de novembre 1973. Puis, de mai 1975 à la fin de 1980, plus de

[1] Source : [XV]

40 000 réfugiés en provenance du Sud-est asiatique ont été accueillis en France dans des "centres provisoires d'hébergement" (CPH). Outre la prestation hôtelière, les centres ainsi crées devaient répondre aux besoins élémentaires suivants :

- restauration, repos, vestiaire, assistance sanitaire,
- information préliminaire des réfugiés concernant leurs droits et devoirs,
- aide personnalisée sur la base d'entretiens individuels.

3.2- Les années 1990-1991 ont marqué un tournant dans l'accueil

- Les flux de réfugiés et DA ont suscité des réactions dans la société française en crise. En 1989, l' Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) enregistre un grand nombre de demandes de statut (61 372) ce qui donne lieu à des **déclarations alarmistes** : «*Il faut endiguer les arrivées, la France ne peut accueillir toute la misère du monde*[2] ».
- En septembre 1991, une circulaire signée du Premier ministre a supprimé l'autorisation de travail dont bénéficiaient les demandeurs d'asile.

Ce nouveau contexte social et administratif a conduit l'association France Terre d'Asile (FTA) ainsi que les autres associations partenaires à proposer au ministère des Affaires Sociales l'ouverture de Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA). Désormais les modalités d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés se trouvaient dissociées :

- Les **CPH** sont réservés à l'accueil et à l'insertion des **réfugiés statutaires** dont la vocation est de rester durablement en France. Limité normalement à six mois, cet accueil favorisant la formation linguistique, l'aide à la recherche d'un emploi et d'un logement doit leur permettre d'acquérir une réelle autonomie. Un dépistage sanitaire ainsi qu'un suivi médical y sont également pratiqués.
- Les **CADA** sont créés pour les personnes arrivées en France sans accord préalable des autorités et en **attente de décision** quant au **statut de réfugié**. Ces structures assurent outre l'hébergement, un accompagnement social allégé, un contrôle médical et des actions d'information et d'animation. Un dispositif d'accueil aujourd'hui saturé

De 1975 à 1978, près de 150 000 personnes de toutes origines ont été accueillies dans les centres du dispositif national d'accueil, représentant quelque 110 nationalités témoins d'un monde en miettes, de conflits ethniques, de guerres civiles ou régionales, de dictatures. En France, les capacités d'hébergement pour les demandeurs d'asile restent insuffisantes [XII]. Ceux qui ne sont pas hébergés perçoivent l'allocation d'insertion, dont le montant reste modeste.

Malgré ses 3 600 places, réservées aux demandeurs d'asile et ses 1 100 places réservées aux réfugiés statutaires, le dispositif d'accueil est aujourd'hui saturé. **Le nombre de reconnaissances de**

[2] Source : M. ROCARD

statut, environ 4 000 en 1997, est relativement faible par rapport à la demande (21 400 en 1997) et en diminution depuis plusieurs années [III].

L'association FTA a critiqué la situation du droit d'asile en France et ses effets sur les personnes : « *L'État laisse se développer des logiques contradictoires au sein de son administration territoriale.* ***Des politiques d'urgence sans aucun objectif à moyen ou à long terme, dispendieuses financièrement se mettent en place au détriment d'une réelle politique d'accueil****… La gestion de l'attente, l'incapacité de construire un avenir, l'allongement de la durée de procédure sont des éléments déstructurants de la personnalité…* » [XV].

En 1997, 196 MF ont été consacrés au fonctionnement des **54 CADA** (58 actuellement)[3].

3.3- Une nouvelle politique d'accueil depuis 1998

Définie par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, elle se met progressivement en place. Cette procédure d'accueil concernera un nombre beaucoup plus important de familles de migrants et de réfugiés, ainsi que les conjoints de français. **L'Office des Migrations Internationales (OMI)[4] est la plaque tournante du dispositif au plan national, les DDASS l'animent au niveau départemental** et le service social spécialisé (SSAE, ASSFAM) y participe[5].

4- LES DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES DU DROIT D'ASILE EN FRANCE

4.1- Qui peut prétendre au statut de réfugié ?

- **Toute personne persécutée** du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social, de ses opinions politiques et ne pouvant se réclamer de la protection de son pays.
- **Toute personne sous mandat du Haut Commissariat aux Réfugiés** (HCR).

La **loi du 11 mai 1998** (dite **loi Chevènement**) relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile **ajoute une troisième catégorie**, celle des personnes persécutées en raison de leur action en faveur de la liberté.

4.2- Quelles sont les dispositions de prise en charge des demandeurs d'asile et des réfugiés ?

Les demandeurs d'asile et les réfugiés, comme toute personne étrangère en France sans ressources suffisantes et ne disposant pas de logement, relèvent de l'aide sociale et du droit commun (article 186 du Code de l'aide sociale et de la famille). Ces personnes peuvent également bénéficier des

[3] **La région Ile de France concentre plus de 75 % des réfugiés**
[4] Cf. présentation de l'OMI au chapitre « la prise en charge sanitaire des réfugiés du Kosovo»
[5] Source : « *Rapport moral 1998-1999* », in Rapport d'activité 1998, Paris, SSAE, pp 11-16

dispositifs spécifiques mis en œuvre à leur profit, et qui prévoient pour les demandeurs d'asile titulaires d'un récépissé "Asile" délivré par la préfecture :

- le versement d'une allocation d'attente : 2 000 F plus 700 F par enfant mineur. Cette allocation transite par le Service Social d'Aide aux Émigrants (SSAE),
- la possibilité de percevoir, après réception du bon de dépôt de l'OFPRA, l'allocation d'insertion pendant une durée de douze mois. Revalorisée à 1 691 F à compter du 1 er janvier 1998, cette allocation est servie par les Assedic et ouvre droit au régime général de la Sécurité sociale en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie / maternité,
- la possibilité pour les demandeurs d'asile sans logement ou ressources suffisantes, d'être hébergés dans des CADA, financés par l'État au titre de l'aide sociale.

Lorsque le statut de réfugié leur est reconnu, les demandeurs d'asile se voient délivrer une **carte de résident**[6] et relèvent alors d'une seconde phase d'accueil. **Le principe est l'assimilation des réfugiés aux nationaux** en matière de droits économiques et sociaux. Les réfugiés bénéficient donc de l'allocation d'insertion, du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou des prestations complètes du régime général de Sécurité sociale s'ils sont travailleurs salariés.

4.3- Quelles sont les nouvelles dispositions du droit d'asile[7] ?

La loi du 11 mai 1998 a introduit deux nouvelles formes de protection :

- L'asile constitutionnel : l'élargissement du statut de réfugié à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté permet d'affirmer la portée concrète du quatrième alinéa de la Constitution de 1946 : « *Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur le territoire de la République* ». **L'OFPRA est donc désormais autorisé à accorder le statut de réfugié à toute personne victime de persécutions non étatiques en raison de son action en faveur de la liberté**.
- L'asile territorial est quant à lui une **forme d'asile subsidiaire du statut de** réfugié défini par l'article 1 A de la Convention de Genève et relève de la compétence du ministère de l'intérieur. Il est délivré une carte de séjour temporaire (CST).

Le contexte européen n'est pas étranger à cette nouvelle législation et plusieurs états membres ont adopté ces dernières années des dispositions similaires. **Le traité de Maastricht (février 1992) a fait de l'asile une matière relevant du champ de compétence de l'Union**. La politique de l'asile est désormais considérée comme une "question d'intérêt commun" que le traité d'Amsterdam a sensiblement renforcée.

[6] Les réfugiés statutaires sont titulaires d'une carte de résident de 10 ans
[7] Source : [X]

4.4- Quelles sont les associations chargées d'intervenir auprès des demandeurs d'asile ?

Le Service Social d'Aide aux Émigrants

Il s'agit d'une association loi 1901 déclarée en 1926 et reconnue d'utilité publique en 1932. Par convention, **l'État confie au SSAE une mission de service public pour « organiser et assurer, dans le cadre de la politique d'accueil et d'intégration définie par le gouvernement, un service social spécialisé en direction des personnes d'origine étrangère résidant en France »**. Les autorités de tutelle du SSAE sont le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (la DPM) et le ministère du Budget. Le SSAE met en œuvre les principes du travail social en privilégiant un rôle de médiation et de conseil entre le migrant et la société d'accueil. Il assume une fonction de vigilance face aux dérives xénophobes et à toutes formes de discrimination. Le SSAE emploie aujourd'hui plus de 400 salariés répartis entre les services nationaux, les délégations régionales et les bureaux départementaux. Il dispose d'un budget annuel de fonctionnement pour l'année 1999 de 100 millions de francs, assuré principalement par des crédits d'État complétés par des conventions avec des organismes nationaux et internationaux. Il représente la branche française du Service Social International[8] (SSI).

L'association France Terre d'Asile

FTA est une association régie par la loi de 1901 qui s'est vue confier par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité les **missions suivantes** :

- **organiser l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés,**
- **coordonner l'action des CADA et des CPH gérés par des associations locales.**

Par ailleurs, FTA assure une mission d'assistance juridique aux demandeurs d'asile dès leur entrée sur le territoire et d'aide à leur insertion professionnelle. Lié par convention à FTA, chaque CADA doit assurer l'hébergement et chaque CPH doit préparer l'insertion des personnes qu'il reçoit. C'est aux services de FTA que revient la tâche de réaliser l'adéquation entre les places disponibles dans le dispositif et les demandes des réfugiés. Le budget de l'État prend en charge les activités d'accueil au siège de FTA, l'hébergement dans le centre de transit et la coordination du dispositif national. Le budget global de l'association était de 35 millions F en 1998, dont 90 % en provenance du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, du HCR, de la CEE et 10% de dons privés [12].

4.5- Les opérations d'accueils exceptionnels

Ces accueils peuvent intervenir sur décision gouvernementale, à la demande ou non du HCR. C'est ainsi que, depuis 1992, la France a accueilli des ressortissants de l'ex-Yougoslavie. S'ajoutent à ces accueils gouvernementaux, des accueils dits d'urgence, qui concentrent sur une période très courte un flux important de personnes. C'est ainsi qu'en 1995, puis en 1997, la France a dû faire face à une arrivée massive de Roumains (plus de 700 sur la région lyonnaise en septembre / octobre 1995).

[8] Source : « *Rapport moral 1998-1999* » et plaquette de présentation du SSAE

Chapitre 2- LE DISPOSITIF EXCEPTIONNEL D'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO

1- LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE L'OPÉRATION

Les évènements du Kosovo ont mis sur les routes des centaines de milliers de personnes appartenant à la communauté albanaise du Kosovo et fuyant les persécutions des autorités de Belgrade, qui se sont accentuées avec l'engagement des forces de l'OTAN à partir du 24 mars 1999.

Face à cet exode massif vers les pays et provinces limitrophes (Albanie et Macédoine essentiellement), aux images de réfugiés franchissant les montagnes dans le vent et le froid pour aboutir dans des camps de toile précaires, établis à la hâte, dont l'organisation semblait quelque peu dépassée par l'ampleur du flot continu et quotidien des nouveaux arrivants, la communauté internationale a choisi de procéder à un plan d'évacuation humanitaire sans précédent.

Certains pays, dont la France, ont tardé à se mobiliser [XXVIII]. D'autres ont fixé des "quotas", certains ont accueilli peu de réfugiés, d'autres beaucoup. L'essentiel était de participer, trente États, dont la France, ont effectué ce choix. A l'époque, personne ne pouvait prévoir la date de l'issue du conflit et par conséquent l'évolution de l'afflux des réfugiés fuyant leur pays.

Finalement, du 18 avril au 25 juin 1999 (date de la levée du pont aérien) et **sous l'égide du HCR**, environ **6 300 réfugiés**[9] du Kosovo ont été officiellement accueillis par la France. Une dernière mission spécifique d'évacuation médicale humanitaire a eu lieu le 13 juillet 1999 (cf. chapitre 4).

2- LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'OPÉRATION EN FRANCE

Celle-ci s'est déroulée en quatre phases, dont les deux premières (évacuer et accueillir) correspondaient à une situation d'urgence.

2.1- La première phase ou phase d'évacuation

Elle a consisté à évacuer en urgence, sous l'égide du HCR et vers la France, les réfugiés **a**lbanais du Kosovo avec l'instauration d'un plan d'évacuation humanitaire par pont aérien.

2.2- La deuxième phase ou phase d'accueil

Les réfugiés évacués en urgence ont été **accueillis, temporairement en France,** dans le cadre d'un dispositif exceptionnel d'accueil et dans l'attente que soient réunies les conditions de leur retour [m].

2.3- La troisième phase dite d'autonomisation

Une fois, l'urgence de l'évacuation et du premier accueil passée, l'opération s'est inscrite dans une seconde phase visant l'i**nsertion**, dans la société française, des réfugiés restés en France pour l'hiver 1999-2000 [q].

2.4- La quatrième phase dite d'aide au retour

L'accueil ayant été annoncé par les pouvoirs publics, comme étant à caractère temporaire, la France a choisi de mettre en place une politique d'incitation au retour volontaire.

3- LA PREMIÈRE PHASE : L'ÉVACUATION DES CAMPS DE MACÉDOINE

L'objectif du HCR, de la France et des États participant à l'opération était d'évacuer les camps avant l'hiver.

3.1- Les trois "critères de sélection" retenus par la France

A la demande du HCR, la France a donc participé à l'évacuation de réfugiés Kosovars depuis les camps de Macédoine. Environ **6 300 personnes** ont donc été officiellement accueillies, sur la base du **volontariat** et en fonction de **trois critères** [XXXIII] :

- **présence de membres de famille en France**,
- **liens culturels ou économiques avec la France,**
- **vulnérabilité** (blessés, malades, personnes âgées, mères isolées…).

Il convient de souligner que **le choix de ces critères a été salué par les associations** participant à l'accueil [12].

Par ailleurs et contrairement à d'autres pays européens, la France n'a pas fixé de quotas limitatif du nombre de personnes à accueillir. Parallèlement et sur la même période, d'autres réfugiés sont arrivés par leurs propres moyens (" **arrivées spontanées**"). Leur nombre est estimé à au moins **2000 personnes** [XXIII]**, soit au total plus de 8 300 réfugiés accueillis en huit semaines**[q]. Enfin, des Kosovars étaient venus ou résidaient déjà en France avant l'intervention de l'OTAN (clandestins, demandeurs d'asile, réfugiés politiques statutaires, nationalisés français).

3.2- Les premières déclarations de la DPM reflètent le travail intense[10] fourni par les services de l'État

Selon le témoignage de Monsieur H. VALADE , Sous-directeur des Communautés immigrées à la DPM, qui était lui-même sur place dans les camps de Macédoine [XXXIII] : « **Nous avons accueilli**

[9] Sources : HCR, chiffres corrigés au 1er juillet 1999, circulaire du 21 juillet 1999 [m] et « *Communiqué* », ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 18 août 1999 (cf. annexe n°1)
[10] « *Il s'agit de **la plus importante opération d'accueil** que nous ayons réalisée* »

en huit semaines plus de 7 000 réfugiés. Le 28 avril, par exemple, 600 personnes sont arrivées en un seul jour ! 7 000 personnes, c'est une fois et demie la capacité du réseau national d'accueil pour les demandeurs d'asile et les réfugiés. **Les opérations antérieures sont sans commune mesure** : 600 Albanais en 1990, pas plus de 2 000 Bosniaques en 1994… Nous avons travaillé avec l'Ambassade de France à partir des fiches transmises par le HCR qui avait effectué une première sélection. Si les éléments n'étaient pas suffisants, nous allions dans les camps interviewer les personnes candidates pour leur faire préciser leurs liens avec la France ou mesurer l'état d'urgence sociale, le SAMU évaluant l'urgence médicale… Nous pouvions nous appuyer sur notre expérience des accueils gouvernementaux. Depuis dix ans, une année sur deux, nous avons dû faire face à une importante opération d'accueil : Albanais, Kurdes, Bosniaques, enfants Rwandais… On peut aussi évoquer l'arrivée inopinée de Roumains à Lyon, il y a quelques années. **Avec les DDASS, les structures du dispositif national d'accueil des réfugiés et demandeurs d'asile et les associations spécialisées, nous disposons de partenaires fiables**. Ce réseau peut être activé à tout moment.

Nous sommes, à vrai dire, étonnés qu'il ait si bien fonctionné permettant 5 000 hébergements en huit semaines (les 2 000 autres étant fournis par l'armée). Nous avions tablé sur une réserve physique de 2 500 places[11].

Les DDASS savent par ailleurs constituer les équipes sociales d'accompagnement et nous avons une expérience en matière d'ouverture de droits sociaux, ce qui nous a permis **d'accorder très vite les prestations maladie et, dès juillet, d'ouvrir le bénéfice des prestations familiales** [t]. Nous avons également permis l'accès aux **actions d'apprentissage du français** [k].

Presque deux cents centres ont pu être ouverts, et 4 à 500 travailleurs sociaux impliqués. **Cette organisation est un bon point pour le ministère et pour le réseau qui est autour de lui**… ».

4- LA DEUXIÈME PHASE : L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS ÉVACUÉS DE MACÉDOINE

Dès leur arrivée en France, les dispositions nécessaires à leur séjour avaient été prévues avec des conditions exceptionnelles et dérogatoires.

4.1- Le statut dérogatoire et spécifique du droit au séjour des réfugiés Kosovars

Les dispositions réglementaires

Dès le mois de **mars 1998** et suite à la **demande du HCR** envers les gouvernements européens, **la France** avait décidé de **suspendre tout éloignement des personnes originaires de la province du Kosovo** (en majorité d'origine albanaise et de confession musulmane), **vers la République Fédérale de Yougoslavie** [A].

[11] D'après Monsieur P. HENRY / FTA [12], cela s'explique surtout par la forte volonté politique de l'État. Selon lui, **la capacité maximale d'accueil "à taille humaine" a été atteinte (8 000 personnes)**

Dès le mois d' **octobre 1998,** le gouvernement français avait décidé de délivrer des **Autorisations Provisoires de Séjour** (APS) de 3 mois **aux personnes déplacées du Kosovo arrivées** (irrégulièrement) **en France par leurs propres moyens** et qui se présentaient spontanément dans les préfectures. Si ces personnes pouvaient présenter des contrats de travail ou des promesses d'embauche, elles se voyaient délivrer des autorisations de travail[12].

Les télégrammes du ministère de l'Intérieur des 26 mars [B] , du 15 avril [C] et de synthèse du 14 mai [E] 1999 ont indiqué que tous les réfugiés du Kosovo, **quelles que soient leurs conditions d'entrée en France**[13], devaient pouvoir **bénéficier d'une première APS** de trois mois reconductible[14].

A l'échéance :

- les réfugiés évacués, par le pont aérien humanitaire, se voyaient délivrer une **CST d'un an assortie du droit au travail** (mention "salarié") [C],
- les personnes arrivées "spontanément" ont reçu une APS de six mois avec droit au travail également [B].

Dans les deux cas, les personnes ont pu bénéficier d'une **couverture médicale** [f] **dès la délivrance de la première APS** (assurance personnelle avec la "carte santé"). Les **prestations familiales** [t] leur ont été ouvertes dès la délivrance de la deuxième APS ou de la carte de séjour selon les cas. En ce qui concerne les familles élargies, le regroupement familial ne s'appliquait pas stricto sensu (durée de séjour, revenus, logement) et les demandes de rapprochement devaient faire l'objet d'un examen cas par cas [q].

Il convient de souligner que le dispositif de protection temporaire n'excluait pas la possibilité pour ses bénéficiaires de **solliciter**, à tout moment, **soit l'asile politique** auprès de l'OFPRA (conformément à la Convention de Genève de 1951), **soit l'asile territorial** [C].

Le droit au séjour : un "troisième" statut

Le **cadre juridique spécifique** de l'opération d'accueil a été défini essentiellement par l'adoption de **textes dérogatoires au droit commun** dont les principes reposent sur l'attribution de plein droit et sans délais de protections juridiques en droit français [XXIV]. Toutefois, ces dispositions exceptionnelles n'ont pas exclu totalement ces populations du champ d'application général du droit commun. Cette réserve s'applique en effet aux règles relatives au contrôle médical avec néanmoins la dérogation suivante : « **Accueil sans condition de santé** ». Autrement dit, aucune affection médicale n'était susceptible de motiver un refus de délivrance du titre de séjour.

[12] Source : télégramme du ministère de l'Intérieur du 16 octobre 1998
[13] Accueil officiel par pont aérien et arrivée "spontanée" avec ou sans visa
[14] Le télégramme du ministère de l'Intérieur du 28/04/99 [D] précisait que **les APS devaient être délivrées** par les préfectures **dans les huit jours qui suivent l'arrivée des réfugiés** dans les départements

L'APS délivrée par le bureau des étrangers de la préfecture du département concerné permettait aux réfugiés Kosovars de **se déplacer uniquement sur le territoire français**. Pour se rendre à l'étranger, le cas échéant, la personne devait être en possession d'un visa pour le pays considéré.

Compte tenu de la **spécificité du statut** qui leur est accordé, nettement **plus favorable (droit au séjour, droit au travail, prestations familiales) que ceux des demandeurs d'asile "classique"** [i], il a été demandé à la Commission nationale et aux DDASS de ne plus prononcer d'admission en CADA pour les demandeurs d'asile kosovars qui avaient alors vocation à rejoindre le dispositif exceptionnel (cf. annexe n°2 : les droits des familles réfugiées du Kosovo et la comparaison entre les "trois statuts").

FTA a fait remarquer que ce statut spécifique créé donc un **"troisième statut"** (en sus de celui de Genève et de l'asile territorial) et a rappelé que la « Coordination réfugiés »avait demandé à l'État que les Kosovars bénéficient du statut de la Convention de Genève d'emblée [15]**.** Ils auraient ainsi pu bénéficier, entre autres, du RMI et des prestations y afférentes. D'autre part, le statut de réfugié politique permet de circuler librement dans l'espace SCHENGEN.

Par ailleurs, FTA considère également que **les réfugiés ont des droits mais aussi des devoirs**. C'est à ce titre que des "contrats de séjour" sont habituellement proposés aux demandeurs d'asile hébergés en centres d'accueil (cf. annexe n°3). **FTA estime que de tels contrats de séjour auraient dû être également proposés aux réfugiés du Kosovo hébergés en France**. D'ailleurs, le projet d'instruction du 20/01/00 mentionne la mise en place de "**contrats d'autonomisation**" que les associations doivent faire signer aux chefs de famille. Par ces contrats, ces derniers s'engagent notamment à :

- accepter les propositions de logement qui leur seront faites,
- suivre les formations linguistiques qui leur seront proposées,
- répondre aux propositions d'embauche et/ou de stage qui leur seront faites,
- déclarer tous les revenus qu'ils perçoivent.

Madame Maguy PELLERIN [20] et Monsieur S. SALAÜN [27] du SSAE, nous ont indiqué que **peu de réfugiés Kosovars avaient finalement demandé le statut de réfugié politique** et avancent les hypothèses suivantes : « *Les raisons peuvent être le manque de connaissance de leur part par rapport à ce statut dans le contexte d'un accueil d'urgence, mais aussi une démarche qui pouvait être perçue comme une "rupture" (devenir "apatride") par rapport à leur pays d'origine, rupture qu'ils ne souhaitaient pas forcément* ».

4.2- Le succès de l'hébergement collectif et l'échec de l'hébergement en famille

Initialement, deux types d'hébergement avaient été envisagés par les pouvoirs publics :

[15] Source: « *Rapport moral 1998-1999* », in Rapport d'activité 1998, Paris, SSAE, pp 11-16

Un hébergement collectif

L'instruction DPM du 19 avril 1999 [a] a précisé que l'accueil prendrait, dans un **premier temps,** la forme d'un **accueil collectif** pour l'ensemble des personnes accueillies afin de **permettre l'évaluation sociale et sanitaire.**

La répartition des personnes par région et par centres était décidée par les services de la DPM, en collaboration avec les DDASS en fonction des propositions effectuées par les bailleurs potentiels de logements (SONACOTRA, AFTAM, Croix Rouge, Secours Catholique, etc).

Il était demandé aux équipes d'encadrement des centres d'effectuer un **accompagnement social** pour, notamment, les démarches administratives en matière de séjour, de scolarisation, d'accès aux droits sociaux et aux services de santé ainsi que pour les diverses activités à mobiliser au profit des réfugiés.

L'instruction DPM du 30 avril 1999 [c] a indiqué qu'il revenait aux DDASS de préparer les arrêtés préfectoraux de création ou d'extension des centres (CADA, CPH, CHRS). Des **conventions** déterminant la capacité agrée, la mission du centre et l'équipe affectée à cette mission, devaient être passées avec les organismes gestionnaires des centres.

La circulaire DPM du 28 avril 1999 [b] a précisé que les réfugiés Kosovars arrivés par leurs propres moyens bénéficiaient des mêmes prestations d'accueil que ceux arrivés par le pont aérien.

Un hébergement par des familles françaises

L'instruction du 19 avril insistait sur la mise en œuvre de ce type d'accueil et les garanties nécessaires afférentes. Chaque famille devait être informée que sa demande avait bien été reçue et qu'elle verrait celle-ci étudiée par les services de la DDASS). Il était rappelé que cet **hébergement** serait **exclusivement à la charge des familles d'accueil et** qu'il ne s'agissait **en aucun cas d'un préalable à une quelconque adoption**. D'autres solutions plus souples pouvaient être envisagées, permettant de nouer un contact entre des familles françaises désireuses de participer à cet accueil et des personnes hébergées dans les centres.

Les DDASS étaient également invitées à prendre contact avec les **services de l'aide sociale à l'enfance** (ASE) **des Conseils Généraux** pour définir les modalités de suivi indispensables des familles d'accueil (enquête sociale préalable, suivi).

L'hébergement collectif : une mobilisation générale

Sur les 94 départements que compte la métropole **, 75 départements** ont effectivement accueill **i** des réfugiés dans **215 centres** d'hébergement collectif, d'abord dans des centres d'accueil classiques

(environ 5 000 places dans les CADA , CPH et CHRS) [16] puis dans des locaux militaires mis à disposition par le ministère de la Défense (environ 2 000 places)[17].

Les plus importants contingents de réfugiés ont été accueillis dans les départements suivants[18] :

- Rhône (540 entrées)
- Var (335 entrées)
- Pyrénées-Atlantiques (274 entrées)
- Puy de Dôme (254 entrées)Maine et Loire (215 entrées)

Et les plus faibles contingents :

- Côte d'Or (19 entrées)
- Sarthe (18 entrées)
- Hauts-de-Seine (17 entrées)
- Haute-Saône (16 entrées)
- Lot et Garonne (12 entrées)
- Territoire de Belfort (9 entrées)

Des équipes ont été embauchées pour assurer l'accompagnement social de ces réfugiés.

Cependant, Monsieur H. VALADE de la DPM [32] nous a indiqué que l'expérience avait montré qu'il n'était **pas souhaitable que l'accueil collectif se prolonge trop** car, à la longue, il pouvait devenir **déresponsabilisant,** voire déstructurant pour les personnes hébergées. Cet avis est largement partagé par les acteurs et opérateurs locaux du département des Yvelines [14, 18, 23, 28, 34]. Nous-même avons pu constater, parallèlement au développement de tensions inhérentes à toute vie en collectivité prolongée, les "effets secondaires" d'un hébergement "assisté" prolongé dans le cadre de notre participation à l'accueil dans ce département. Par ailleurs et après quelques mois, d'hébergement collectif, certaines municipalités se sont officiellement plaintes du comportement de certains réfugiés adolescents sur leur territoire communal (cf. annexe n°4**)**.

Il est à noter qu'il n'était **pas fait mention**, dans l'instruction du 19 avril, de la **nécessaire présence** (et emploi**) d'interprètes dès le premier jour**. Dans le document proposé au financement par l'UE du 17 juin 1999, il est cependant rappelé la nécessité de disposer d'un interprète en albanais pour « permettre un accompagnement social de qualité et éviter, au moins dans la première phase de l'accueil, des incompréhensions sources de perturbations supplémentaires pour les réfugiés ».

« *L'accueil en familles ? une fausse bonne idée* »

Le 8 avril 1999, un **numéro vert** a été mis en place par le gouvernement pour recueillir des propositions d'hébergement. Pendant les 9 jours où il a fonctionné, il a reçu plus de **400 000 appels** et

[16] **La capacité d'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile a été multipliée par 2,5 en moins de deux mois**, entre avril et juin 1999 [q]

[17] Exemple : le camp Pissard-Santarelli de la caserne de Pau dans le département des Pyrénées-Atlantiques, située dans un site de 22 hectares et inoccupée depuis deux ans, qui a accueilli 62 familles, soit 322 personnes

2 000 à 2 500 propositions ont été **retenues**. Celles-ci ont été réparties entre les différentes DDASS concernées qui ont été chargées d'y répondre et d'évaluer la capacité d'accueil de ces familles auxquelles ont été également proposées d'autres possibilités de participation (parrainage).

Cette formule d'hébergement demandée par les pouvoirs publics a suscité de **vives et nombreuses critiques et inquiétudes de la part des associations et des travailleurs sociaux** participant à cette opération d'accueil. La position du SSAE nous paraît refléter les diverses réactions exprimées: *« **Le SSAE a rappelé la prudence qu'il convenait de garder par rapport à ce type d'accueil***. L'expérience des réfugiés Bosniaques avait parfois été douloureuse. Le SSAE a notamment suggéré d'organiser des réunions collectives d'information des familles volontaires, ce qui permettait à celles-ci de mieux prendre conscience de l'engagement d'un tel accueil. » [XXIII]

« **Dans ce contexte où le dispositif d'accueil fonctionne bien, la question de l'hébergement en famille d'accueil n'est pas une priorité**. **La motivation des familles est née de l'image que la télévision offrait du conflit et des réfugiés**. Mais l'universitaire francophone qu'elles avaient vu répondre à une interview n'était pas représentatif de l'ensemble des familles accueillies en France. **La frustration n'en est pas moins présente**. Deux mois se sont écoulés entre la proposition d'hébergement au numéro vert et les premières réunions début juin. Ces personnes avaient fait montre d'un acte de générosité et n'en avaient aucun retour concret . Nous étions conscients de la **difficulté que représente un tel accueil pour une famille qui n'y est absolument pas préparée**… **Aucun soutien financier n'est prévu. Que se passera-t-il si un désaccord se fait jour et que la famille kosovare se retrouve à la rue ?" Et dans ce cas, la responsabilité du travailleur social qui aurait donné son aval à l'accueil serait-elle engagée ?** » [19]

Un bilan de l'accueil des réfugiés Kosovars dans un CHRS du centre de la France [XXIV], a présenté l'analyse suivante : « Cette procédure (d'accueil en famille) n'a pas été mise en place au motif que son application ne correspondait pas aux demandes des parties. **Cette situation mettait l'accent sur l'inadéquation entre l'offre et la demande**. Cette divergence révèle l'écart entre les besoins attendus diagnostiqués par les familles et les besoins réels ressentis par les Kosovars. ».

La revue de l'association des IASS de septembre 1999 présente un article sur le bilan de l'accueil dans le Var [XXXIV], relève : « L'analyse commune faite d'un bout à l'autre du territoire français par les DDASS, que nous allions tous, en rentrant dans ce dispositif d'accueil en familles, au devant de difficultés ingérables et aux conséquences néfastes ».

Dans le département des Yvelines et de façon unanime, les avis recueillis partageaient les mêmes inquiétudes.

On trouvera en annexe n°5 une analyse effectuée par le Président du SSAE sur les difficultés inhérentes à l'accueil en familles tel qu'il avait été envisagé dans cette opération.

---

[18] Source : FTA et DPM « *Fichier Kosovar : récapitulatif par département* », 17 septembre 1999

[19] Source : « ***Rhône : la frustration des familles d'accueil*** », in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, SSAE, septembre 1999, n°221, pp 21-22

4.3- Les droits immédiats à l'assurance maladie et à l'aide médicale

Se reporter au chapitre suivant : « La prise en charge sanitaire des réfugiés du Kosovo ».

5- LA TROISIÈME PHASE : L'AUTONOMISATION JUSQU'À L'INSERTION

Dès le début de l'opération, les pouvoirs publics ont considéré qu'il était important de mettre en place une procédure d'insertion dont les principaux volets ont été :

5.1- L'école et la langue française

Les dispositions réglementaires

Le 19 avril 1999, soit le lendemain de l'arrivée des premiers réfugiés sur le sol français, l'instruction de la DPM [a] indiquait : « La scolarisation apparaît comme **un des éléments clés l'insertion, même temporaire** ».

L'instruction de la Ministre de l'Emploi et et la Solidarité du 12 juillet 1999 [k] indiquait que l'apprentissage linguistique devait être une partie intégrante du **projet d'autonomie sociale.** Cet apprentissage s'adressait à l'ensemble des personnes accueillies qui ne n'étaient plus soumises à l'obligation scolaire. L'accent était mis sur les mères de famille même en l'absence de perspective professionnelle immédiate.

Les objectifs pédagogiques de ces actions tendaient à permettre aux bénéficiaires d'acquérir rapidement les moyens linguistiques et socio-culturels pour **communiquer dans les situations de vie quotidienne** en France.

Deux cents heures de formation linguistique sur trois mois étaient prévues ainsi qu'une procédure par appel à projet pour identifier les organismes qui en auraient la responsabilité.

5.2- L'accès à l'emploi

Les dispositions réglementaires

L'instruction de la Ministre du 12 juillet 1999 [k] demandait d'organiser, au niveau départemental et local, la transition entre cette phase d'apprentissage linguistique et une seconde phase éventuelle orientée sur le marché du travail. Pour ce faire, les DDASS devaient mobiliser le service public de l'emploi, ainsi que les administrations et organismes compétents (DDASS, FAS, OMI…).

Il était rappelé que **la carte de séjour temporaire** ouvre l'**accès au marché du travail** dans les conditions applicables aux nationaux, mais que les **APS accompagnée d'une autorisation provisoire de travail** (APT) ne donnaient **pas le droit de s'inscrire sur la liste des demandeurs d'emploi**. Cependant, elles permettaient l'accès à l'ensemble des services de l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE) qui ne nécessitent pas l'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.

5.3- L'apprentissage du français et l'accès à l'emploi : des retards au démarrage

L'apprentissage linguistique apparaît à l'évidence comme une **mesure urgente et prioritaire**. L'instruction ministérielle date du 12 juillet 1999 [k] mais, compte tenu des délais nécessaires à la définition des appels d'offres et des cahiers des charges pour procéder aux appels d'offre, le début de ces actions de "français langue étrangère" n'a pu être effectif avant les mois de septembre / octobre, voire novembre 1999 pour certains centres.

Au cours de la réunion technique DPM / DDASS du 27 septembre 1999 [q], il a été retenu que des compléments à ces 200 heures initialement prévues devaient être envisagés afin de pouvoir atteindre l'objectif fixé, à savoir maîtriser le français dans un but d'insertion.

A cette même réunion, il a été rapporté que les Kosovars ne font pas partie des publics prioritaires aux yeux de la Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP) pour obtenir des stages d'insertion professionnelle. Le ministère a donc recommandé d'en rester à des solutions locales dans le cadre de stages de droit commun. Il a également été demandé aux DDASS de prendre l'attache des DDTEFP pour demander l'accès aux stages de formation professionnelle pour les réfugiés titulaires d'une APS de 6 mois.

6- LA QUATRIÈME PHASE : L'AIDE AU RETOUR AU KOSOVO

La France s'est caractérisée, par rapport à ses partenaires européens, par une politique d'incitation au retour basée sur le caractère volontaire de la part des réfugiés.

6.1- Les dispositions réglementaires

La circulaire de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité du 21 juillet [m] et le message du ministère de l'Intérieur du 28 juillet 1999 [F] ont précisé les modalités des retours définitifs et des voyages exploratoires au Kosovo.

A partir du 5 août 1999, des opérations de retours collectifs ont été organisées par la France, sous la responsabilité de l'OMI (cf. annexe n°6). **Les familles volontaires** (à la différence de certains pays comme l'Allemagne, la Suisse ou la Norvège qui ont pratiqué une politique de retour systématique [q]) prennent l'avion pour Skopje en Macédoine, puis sont acheminées au Kosovo par l'Organisation Internationale des Migrations (OIM).

Elles bénéficient également d'un soutien financier de 3 000 F par adulte et de 1 000 F par enfant.

Les instructions n'ont pas fixé de date butoir pour la mise en œuvre des dispositifs de retour.

Sont aussi prévus des **"voyages exploratoires"** (**disposition spécifiquement française** issue de l'expérience de l'accueil des réfugiés bosniaques) : un membre de chaque famille peut se rendre pour une durée de 10 à 15 jours sur place, au Kosovo, pour apprécier les conditions d'un retour. A cet effet, il bénéficie d'une aide de 600 F.

6.2- Les "taux" de retour

A la date du 24 septembre 1999, 1 850 retours "définitifs" et 750 voyages exploratoires avaient été organisés par l'OMI qui a affrété 24 vols spéciaux sur Pristina et Skopje**. Au 5 octobre, 2 243 retours définitif** avaient été comptabilisés, ce qui correspondait à un "**taux de retours" de 28 %** [q].
Au 15/02/00 cette mesure a concerné 2 624 Kosovars (source : DPM/OMI).

Concernant les documents à présenter au retour vers le Kosovo, la circulaire du 22 juillet 1999 prévoyait que les candidats au retour se verraient délivrer, en fonction de la nature de leur voyage (définitif ou exploratoire) et en l'absence de passeport ou de CST, soit un laissez-passer de l'UE, soit un sauf-conduit de trois mois valable pour un aller-retour, soit enfin un visa de retour de six mois avec entrées multiples [q].

7- UNE INITIATIVE DE SUIVI TRANSVERSAL EN TEMPS RÉEL

Une base de données devait être constituée pour permettre aux services centraux et départementaux de connaître régulièrement :

- les éventuelles disponibilités au sein de chaque centre de chaque département,
- les possibilités de parrainage et d'hébergement par des familles d'accueil,
- ainsi que les éventuelles "initiatives originales".

7.1- Ce qui était prévu

Un **processus d'évaluation continue quantitative et qualitative** a été initié par le Cabinet du Secrétariat d'État à la Santé [s]. Des supports sous forme de tableaux [20] (cf. annexe n°7) ont été adressés aux DDASS, par courrier électronique, afin de constituer **une base de données nationale transversale**. Ce processus a été mis en place dès le début de l'opération et a permis de rendre compte de façon hebdomadaire (transmission des statistiques à la DPM, tous les jeudi avant midi par messagerie …) de l'évolution du dispositif en termes de capacités d'accueil des centres. Les informations étaient transmises entre les DDASS et la DPM via la messagerie du ministère.

Un "**Forum Intranet**" a également été conçu et mis à disposition de l'ensemble des DDASS à partir du 3 juin 1999[21] et comportait quatre rubriques (cf. annexe n°8) :

1) Un premier forum sur les "Initiatives à partager" :
   ➥objectif : échanger les expériences, les initiatives relatives à l'accueil des familles de réfugiés du Kosovo
2) Un deuxième forum intitulé "Hébergement des personnes déplacées du Kosovo" :
   ➥objectif : permettre de faire connaître ses besoins et ses places disponibles (familles, hébergement collectif, appartement…)

[20] Source : [31]
[21] Source : [31]

3) La rubrique "Évaluation du dispositif d'accueil" :
   ➥objectif : permettre d'accéder à l'ensemble agrégé des informations relatives à l'accueil des réfugiés : accueil collectif, parrainage, accueil en famille, etc.

4) La rubrique "Questions-réponses DPM / DDASS" :
   ➥objectif : permettre d'interroger la DPM sur les problèmes rencontrés relatifs à l'accueil des familles de réfugiés du Kosovo, notamment dans l'application des circulaires et instructions envoyées

« ***Pour la première fois au sein du ministère, Intranet servira à diffuser, en temps réel, l'information non plus de façon verticale mais de façon totalement transversale. Chacun aura accès à l'information et la rétro-information deviendra une réalité****.* » [31]

7.2- Ce qui a été fait

« *Pour des raisons de disponibilités en ressources humaines et de difficultés collectives à échanger directement des informations au sein du MES,* ***ce forum n'a été que partiellement utilisé » :*** la rubrique n°1 n'a été alimentée que trois fois, la rubrique n°2 n'a été enrichie qu'à trois reprises, et seulement dix-huit questions réponses ont été formulées (la dernière datant du 18/07/99) dans le cadre de la rubrique n°4 [31].

7.3- La transmission transversale de l'information : un essai à transformer

« ***Cette première expérience a montré que nous n'étions pas encore collectivement en mesure d'échanger librement des informations en temps réel.*** *La rubrique n°4, relativement plus sollicitée que les autres, est celle qui correspond à un* ***fonctionnement "vertical" habituel entre la centrale et les DDASS****…* » [31]

8- LA COORDINATION DU DISPOSITIF : "LA DPM ET SES DDASS"

Une opération de cette envergure ne peut s'envisager sans une coordination efficace, au plus près des réalités et de tous les instants.

8.1- La coordination institutionnelle

Ce pilotage était au niveau national dans les mains de la DPM et au niveau départemental dans celles des DDASS (« *La DPM et ses DDASS…* »).

Au niveau national et dans le but de pouvoir disposer d'un relais d'information et d'un outil de gestion (parmi d'autres), la DPM a opté pour une réunion hebdomadaire avec les associations de la "Coordination réfugiés" [22] et la Sonacotra [XXVIII]. Au niveau départemental, des réunions de

[22] La "**Coordination réfugiés**" réunit France Terre d'Asile, la Croix-Rouge Française, le Secours catholique, le SSAE et la Cimade. Elle n'a pas de fondement juridique : il s'agit d'un regroupement entre plusieurs organisations

coordination (véritables comités de pilotage) étaient régulièrement organisées à l'instigation des DDASS avec les partenaires impliqués sur le terrain.

La DPM a également provoqué **deux réunions techniques d'information / rétro-information avec l'ensemble des DDASS et opérateurs nationaux concernés (FTA, etc),** les 20/21 mai et 27 septembre [q] 1999.

Il existait également une **coordination interministérielle**, qui se réunissait de façon hebdomadaire à l'Hôtel Matignon, et qui rassemblait des représentants des ministères de : la Défense, l'Intérieur, l'Éducation nationale, Affaires étrangères, Finances et de l'Emploi et de la Solidarité[23] [31].

8.2- La coordination du "couple DPM / DDASS"

La réussite d'une opération de cette dimension était due en grande partie à la réactivité et mobilisation efficace de l'ensemble des DDASS et de leurs réseaux.

Les associations de la « **Coordination réfugiés** » ont regretté de n'avoir pas été davantage invitées à participer aux réunions de coordination nationale de la DPM. : « Nous avions proposé de revoir l'organisation de ces réunions en approfondissant le travail, thème par thème, pour pouvoir aller plus loin sur les besoins que nous recensions sur le terrain. **Nous regrettons que**, faute de moyens et de disponibilité, **l'administration n'ait pu entrer dans cette démarche**. En reconnaissant l'expérience et le potentiel des associations et en comptant plus sur elles, l'administration ajouterait des moyens et des ressources à ceux qui lui sont alloués directement… **Les associations de la Coordination réfugiés n'étaient pas suffisamment en accord sur une stratégie commune** pour pouvoir s'investir plus largement et ensemble sur des positions publiques... Une idée serait d'arriver à fonder en France une structure puissante de défense des réfugiés d'un poids équivalent à ce qui existe dans d'autres pays européens. Je pense par exemple au **British Refugee Council**. » [XXVIII]

Il faut souligner la **lourde et brutale surcharge de travail** occasionnée **pour les DDASS**, notamment celles qui, comme dans le département des Yvelines ne possède aucune structure d'accueil type CADA ou CPH et qui ont dû créer des centres d'accueil dans l'urgence, parfois en quelques jours. Dans le long terme, les DDASS auraient probablement connu des difficultés à remplir et maintenir leur rôle dans le dispositif [5, 9, 11, 12, 34].

Le rôle de coordination locale exercé par les DDASS s'est également avéré essentiel en tant qu'élément régulateur des « …impacts inconsidérés de l'élan de générosité induit par ce dossier… c'est un véritable **fourmillement d'acteurs qui se sont intéressés aux réfugiés avec des logiques et des méthodes différentes**… » [XXIV].

---

non-gouvernementales, chargées de missions de service public. Elle n'existe que par la volonté de ces associations de travailler ensemble [XXVIII]

[23] Le Docteur F. TISSOT / MISP / Cabinet / Secrétariat d'État à la Santé [31] était placé auprès du Secrétaire d'État à la santé pour **coordonner l'action interministérielle du dispositif**

Au cours de notre entretien, Madame Maguy PELLERIN [20] et Monsieur S. SALAÜN [27] du SSAE, ont rappelé que « ***l'État a voulu impliquer les DDASS, car cela faisait suite à un travail en cours avec la DPM depuis deux ans qui consiste à redonner aux DDASS ces missions de coordination des différents acteurs départementaux*** ».

« L'accueil des réfugiés du Kosovo a ainsi permis de faire émerger une direction de l'administration centrale assez peu connue des services déconcentrés : la DPM, et cette émergence a plutôt été bien ressentie par les services déconcentrés… **le sentiment général des services est que le dialogue avec l'équipe de la DPM chargée des réfugiés et des demandeurs d'asile a été aisé** » [XXXIV].

9- L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF ET LE RETOUR AU DROIT COMMUN

Les retours au Kosovo des uns, les arrivées clandestines des autres ont conduit les pouvoirs publics à redéployer le dispositif et à interrompre la délivrance du statut "Kosovar".

9.1- La concentration et l'évolution du dispositif

Suite à la constatation de nombreuses places vacantes (en raison de problèmes de répartition, des regroupements, des départs…), la note de la DPM du 12 juillet 1999 [l] a demandé aux DDASS de redéployer et reconcentrer les dispositifs en fonction de l'hébergement constaté. L'objectif était de **réduire le nombre de centres** en transférant les personnes hébergées vers d'autres centres du département ou des départements voisins.

La circulaire DPM du 26 août 1999 [n] précisait qu'il fallait **libérer** notamment les centres habituellement réservés au **dispositif d'hébergement hivernal.** Il était également demandé une "**participation aux frais**" avec prise en compte des prestations familiales et des revenus professionnels perçus par les intéressés. De plus, tout revenu important devait aboutir à un accès dans de très brefs délais à un logement autonome (parc HLM…).

Dans le cadre du projet d'accord cadre entre l'Union Nationale des Fédérations et Organismes HLM (UNFOHLM) et l'État (projet d'instruction en date du 20/01/2000), prévu pour favoriser l'accès à un logement social des familles Kosovars accueillies en France, il a été instauré les facilités suivantes :

- location des logements par les bailleurs sociaux aux associations et sous-location par celles-ci aux ménages concernés, avec bail glissant pour les ménages solvables,
- mobilisation de l'ensemble des aides au logement et versement direct de ces aides aux bailleurs,
- solvabilisation des ménages par un système de garantie du paiement du loyer.

9.2- La fin du statut dérogatoire et le retour au droit commun

Au cours de la réunion technique DPM / DDASS du 27 septembre 1999 [q], il a été annoncé : l'intention du ministère de l'Intérieur de faire évoluer le système des titres de séjour du dispositif

"Kosovo" en poursuivant le renouvellement des APS déjà remises, mais en instruisant les **nouvelles demandes d'admission au séjour sur la base du droit commun**, c'est à dire de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée ou de la Convention de Genève de 1951.

Cette intention a été confirmée par l'instruction du ministère de l'Intérieur du 12 octobre 1999 [G] : « Il vous est en outre **désormais possible de prendre des mesures d'éloignement** (ou de mettre à exécution des mesures déjà prises) **à l'encontre de personnes déclarant appartenir à la communauté albanaise du Kosovo**. Je précise que **ces conditions ne s'appliquent pas aux personnes bénéficiant déjà de la protection temporaire**.. **S'agissant des personnes appartenant de manière certaine à la communauté albanaise du Kosovo, il conviendra de ne jamais prévoir d'éloignement en direction de Belgrade**, y compris en transit… ».

9.3- La "filière Kosovo"

Trois facteurs ont pu principalement conduire les pouvoirs publics à la levée du dispositif concernant la délivrance initiale des titres de séjour :

- La victoire militaire des forces de l'OTAN et la mise en place d'une administration provisoire, sous l'égide de l'ONU, au Kosovo.
- L'utilisation de la « **filière Kosovo** » par des personnes qui ne sont pas originaires de la province et tentent de bénéficier d'une protection qui ne leur est pas destinée, notamment « *des Albanais d'Albanie souhaitant utiliser cette voie pour émigrer* »[24].
- Le coût de l'opération.

10- LES ASPECTS BUDGÉTAIRES

10.1- Le coût journalier : la base CADA et le coût global

Selon la note de la DPM du 30 avril 1999 [c], le financement du dispositif exceptionnel d'accueil collectif des réfugiés du Kosovo a été **financé par la DPM**, sur les crédits du chapitre 46-23 article 21 (crédits déconcentrés). Celui-ci passe par une dotation globale de financement calculée sur la base d'un coût de **150 à 155 F (h**ors frais médicaux**) par personne et par jour**[25].

Cette dotation couvrait l'ensemble des frais de fonctionnement, de personnel (y compris les vacations destinées à l'interprétariat), de nourriture et de pécule alloué aux personnes accueillies. Ce pécule variait en fonction des prestations du centre d'hébergement quant à la nourriture (restauration individuelle ou collective).

[24] Sources : [XVIII] et « *Savoie, une porte d'entrée sur la France* », in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, SSAE, septembre 1999, n°221, p 19

[25] Selon Monsieur P. HENRY / FTA [12], ce serait à la demande des associations que l'État aurait décidé que l'accueil se ferait sur la même base budgétaire que l'accueil en CADA "classique", soit 150 F./j /pers. A noter que, en raison du travail d'insertion qui y est effectué, la base budgétaire d'un accueil en CPH est plus élevée de 40F/j./pers.

De janvier à fin septembre 1999, ce sont 444 MF qui ont été consacrés au "dispositif Kosovo". 60 MF étaient "à trouver" pour le dernier trimestre 1999 et environ 100 MF pour maintenir le dispositif durant le premier semestre 2000 [q], soit un **total de plus de 600 MF en coûts directs pour le ministère** sur la base annoncée de 155F/j./pers.

A ces coûts directs, il convient **d'ajouter les coûts liés à la couverture médicale** qui ne sont pas compris dans le forfait journalier.

Après avoir fermé les centres et dans le cadre de la prise en charge de l'accompagnement à l'autonomisation, le projet d'instruction DPM en date du 20/01/00 précise que « les effets de l'autonomisation se traduisent par un maximum de 75 F/j./pers. tout compris ».

10.2- La contribution financière de l'UE

L'UE a apporté un cofinancement destiné à l'accueil de personnes déplacées du Kosovo. C'est ainsi qu'un concours financier de **9 638 651,84 F** a été attribué et a abondé ceux du chapitre 46.23 article 21. Ce soutien financier couvrait les deux séries de dépenses correspondant à la demande effectuée par le gouvernement français le 17 juin 1999 [h] :

- soutien psychologique renforcé,
- communication et échanges (interprétariat et frais de transfert pour les rapprochements familiaux).

Il nous a été précisé ultérieurement que cette aide avait essentiellement été destinée à la rubrique « Communication et échanges ». Concrètement, il s'est agi d'une participation aux frais d'interprétariat et de transport afférents aux rapprochements familiaux.

10.3- La gestion budgétaire : un dysfonctionnement logistique

Le **retard de la mise à disposition de ces délégations de crédits** au niveau des services déconcentrés départementaux [26], et par conséquent le retard dans les versements des fonds aux divers partenaires et associations mobilisés constituent, de l'avis général de nos interlocuteurs, **le principal dysfonctionnement de l'opération**[27]. **Les associations ont dû "préfinancer"** leurs activités d'accueil en centres pendant plusieurs mois.

A cela se sont souvent ajoutées les difficultés, rencontrées dans de nombreux départements, à faire accepter les dossiers d'engagement par le Trésorier Payeur Général (TPG). Ces difficultés ont été soulevées lors de la réunion technique des DDASS du 27 septembre 1999 [q] : « **Plusieurs DDASS signalent que des dossiers d'engagement déconcentré ont été rejetés en 1999** pour des raisons tenant au contenu de certaines conventions et pour des raisons tenant aux pièces comptables

[26] Les premiers crédits ont été disponibles au niveau des services déconcentrés à partir de juillet 1999
[27] Monsieur P. HENRY / FTA [12] a souligné que **les associations (SONACOTRA, AFTAM, FTA…)** ont **effectivement dû "préfinancer" leur intervention**

adressées par les associations, **ce qui empêche de régler les centres d'accueil** des réfugiés Kosovars. Le DPM promet qu'il saisira rapidement la Direction de la Comptabilité Publique, sur la base des dossiers que lui transmettront les DDASS, de **cet état de fait préjudiciable à la bonne marche du dispositif** ».

11- UNE OPÉRATION D'ENVERGURE QUI SOULÈVE DE VRAIES QUESTIONS

11.1- Pour la DPM : un bilan globalement satisfaisant

Selon Monsieur H. VALADE / DPM [XXXIII, août 1999] : « En terme d'accueil, nous avons su réagir très rapidement face à une crise majeure, au-delà de toute espérance : ouverture de places, embauche d'équipes sociales, organisation. L'ensemble des acteurs a montré une capacité exceptionnelle à agir dans l'urgence. **Aujourd'hui, il nous faut transformer l'essai** : saurons-nous redonner l'espoir à ces familles ? Les aider à construire un projet personnel de retour ? Aider celles qui retardent leur choix à accéder à une autonomie ? Nous ne savons pas combien de familles vont vouloir rester cet hiver. **L'autonomisation** de celles-ci **reste au cœur de notre action** : accès à l'emploi, formation professionnelle, apprentissage du français, accès au logement… Saurons-nous relever ce défi ? La précarité en France reste très forte. **Les publics prioritaires "traditionnels" sont toujours là**. Après l'émotion et les mouvements de solidarité, l'élan pourrait retomber très vite. ».

Lors de notre entretien, Monsieur H. VALADE [32] nous a également informé qu'un bilan institutionnel de l'opération serait effectué le moment venu : « ***Il existe la mémoire de ce qu'est un accueil à la DPM, il est important de la capitaliser, il faudrait pouvoir maintenir un tel savoir-faire dans les DDASS et à la DPM*** ».

A cet effet, un projet d'instruction intitulé : « Tableau de bord statistique relatif à l'accueil des Kosovars », a été transmis aux DDASS le 20 janvier 2000 dans le but d'effectuer **un premier bilan qualitatif et quantitatif** de l'opération. A ce jour, nous n'avons pas eu la possibilité de consulter ces documents.

11.2- Pour FTA : la qualité de l'accueil humain et du dispositif ne doivent pas masquer des insuffisances

« ***Incontestablement, le point fort de cette opération aura été la qualité de l'accueil humain et familial que la France a offert aux réfugiés du Kosovo****. L'accueil en France a respecté la dignité des personnes. Il n'y a pas d e pays qui possède un dispositif national d'accueil comme le nôtre, il est unique et relativement exemplaire dans sa conception.* ***Le modèle français serait sans doute celui à retenir pour une harmonisation de l'accueil des DA en Europe****.*

Mais l'accueil des réfugiés Kosovars ne doit pas masquer l'insuffisance de politique migratoire et en matière d'asile en France comme en Europe*. Je ne voudrais pas que l'accueil des réfugiés Kosovars masque aussi les questions cruciales de la régularisation des sans-papiers, que les équipes des services sociaux ont à traiter quotidiennement.* ***Il ne faudrait pas non plus oublier la***

difficulté permanente dans laquelle nous sommes pour trouver des places aux demandeurs d'asile *qui attendent pendant des mois pour trouver une place d'hébergement et parfois pendant trois ans la réponse de l'OFPRA à leur demande d'asile…*

Les points faibles ? Les décisions concernant le moyen et le long terme ainsi que les questions de l'intégration et du statut*. Le nombre relativement faible de réfugiés accueillis, mais je suis conscient que* ***la France n'était pas en mesure d'en accueillir plus dans les conditions qu'elle souhaitait proposer****. Et enfin, les "hésitations et tâtonnements" ainsi que la "surmédiatisation" du début.* » [12, août 1999].

11.3- Pour le SSAE[28] : la qualité et l'efficacité de l'opération ont été de pair avec assistanat et droits temporaires

« *Le point fort de l'opération aura été* *la qualité et la rapidité de l'organisation,* ***effectuée par la DPM et les DDASS avec l'active participation de la société civile, pour l'ouverture des centres d'accueil.***

Les points faibles ?

- ***certains organismes ou associations non spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement social de populations en situation de précarité****, auraient dû bénéficier d'un accompagnement spécifique*
- *"**l'assistanat**" découlant de fait d'un accueil collectif, et parfois exacerbé dans certains centres*
- ***les questions "difficiles" du retour et du statut qui méritent un suivi professionnel***
- *une* ***autonomisation qui reste très "théorique"*** *(exemple des mères seules avec enfants, ne parlant que peu le français et sans qualification[29])*
- la contradiction entre l'affichage "d'un accueil officiel temporaire" et la volonté politique "d'autonomisation et d'intégration" (« **L'autonomisation ne se fait pas avec des droits temporaires…** »)[30].

11.4- La conclusion de quelques élèves de l'ENSP

<u>Un programme qui s'est élaboré au fur et à mesure</u>

Selon le bilan d'une élève directeur d'établissement de l'ENSP [XXIV] : « Cette approche nous conduit à penser que si l'accueil de ces populations régi par un cadre singulier et particulier, a bénéficié d'un

[28] Sources : [20, 27, août 1999]
[29] Le projet d'instruction du 20/01/00 précise d'ailleurs qu'un certain nombre de personnes ne pourront être engagées dans la phase d'autonomisation et qu'il convient d'envisager des places en hébergement collectif qui sera maintenu sur quelques régions. Ces personnes resteront donc à la charge de l'État
[30] Selon plusieurs de nos interlocuteurs : « ***Les Kosovars sont inquiets car ils ne savent pas ce que va décider le gouvernement français à la fin de leur carte de séjour de un an****. Ils se demandent s'ils vont*

cadre protecteur au regard du droit commun, **la mise en œuvre des programmes d'action laissée à l'instigation des intervenants** a connu quelques difficultés… et les dysfonctionnements d'**un programme qui s'est élaboré au fur et à mesure**…».

La différence d'attitude entre des professionnels et des bénévoles y est également relevée : « **Les professionnels remplissent une mission bien déterminée**, ils connaissent et appliquent le cadre défini par les textes. Ils savent que la mesure d'accueil a été fixée depuis le début à durée limitée sans être déterminée. Ils mettent en œuvre des logiques de service public et d'expertise sociale et disposent des moyens connus du secteur social… **Ils sont satisfaits de participer à cette opération et offrent à ce dossier leurs compétences et leur expérience. Mais parfois certains s'étonnent de l'attitude des réfugiés jugés trop exigeants ou trop peu reconnaissants**. Pour ce qui est des **bénévoles**, la logique de générosité s'alimente d'un sentiment très fort d'utilité. Aussi lorsqu'ils se heurtent au réalisme de certaines situations en terme de faisabilité et de crédibilité, ils sont **parfois confrontés à de l'étonnement et de la déception**. »

Le mot du MISP quant à l'insuffisante culture de l'évaluation

Il est toujours difficile de dresser un bilan objectif d'une opération sans une **évaluation** rigoureuse basée sur des objectifs précis affichés dès le départ. Et puis quelle phase de l'opération évaluer : l'évacuation, l'accueil temporaire, l'insertion, l'aide au retour ? Et quels aspects évaluer : politiques, administratifs, socio-sanitaires, humanitaires ?.

La limite de ce programme, inhérente à son élaboration et à sa mise en œuvre dans l'urgence, est relative à son évaluation. En effet, dans la mesure où aucune disposition préalable particulière (procédures d'évaluation, indicateurs de degré de mise en œuvre et de suivi, degré d'atteinte d'objectifs quantifiés, etc) n'a été définie avant le lancement de l'opération, il sera de fait, difficile de procéder à une réelle évaluation autre "qu'intuitive".

11.5- La fin annoncée du dispositif exceptionnel

Dans le cadre du projet d'instruction DPM en date du 20 janvier 2000, le caractère temporaire de l'accueil est réaffirmé : « Pour toutes les personnes qui exprimeraient cependant le choix d' un séjour prolongé sur le territoire français, il est indispensable de leur rappeler que **leur insertion, au-delà de la phase d'autonomisation, ne pourra prendre que les formes de droit commun** en vigueur dans notre pays. Il est en effet, dans l'intérêt des personnes, de toute première importance de **ne pas laisser croire que les formes actuelles de la prise en charge** (centre collectif) ou leur prolongement (phase d'autonomisation en appartement sous forme de centre éclaté) **pourraient perdurer sans limite dans le temps… »**.

---

pouvoir garder le travail et le logement qu'ils auront trouvés ou s'ils devront quitter la France pour retourner au Kosovo… »

Chapitre 3- LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO

Les pouvoirs publics ont, depuis longtemps, institué un bilan de contrôle médical pour tout étranger souhaitant obtenir un titre de séjour en France. La réalisation et la gestion de ces bilans ont été confiés à l'OMI. Il s'agit là d'une **mesure préventive de santé** s'inscrivant dans le cadre d'une **démarche médicale individuelle et individualisée** (au "cas par cas").

En termes de santé publique, les **populations réfugiées** sont, de par leur situation et condition de réfugié, considérées comme des **populations fragilisées**, exposées et vulnérables. Les organismes (HCR, OMS, associations humanitaires, etc) spécialisés dans leur prise en charge, mettent en œuvre dans l'urgence un ensemble de **mesures collectives spécifiques de dépistage, de suivi et de prise en charge couplées à des mesures tout aussi urgentes de diagnostic initial de situation, de suivi et d'évaluation**.

Il ne s'agit plus de garantir la santé par des mesures médicales individuelles, mais par une **approche populationnelle de la santé dans toutes ses composantes** : préventive, curative, promotionnelle, sociale, économique et évaluative. **Là réside toute la différence entre la santé médicale et la santé publique**.

Nous tenterons de démontrer en quoi **la prise en charge sanitaire des réfugiés du Kosovo en France s'est inscrite dans une vision et une démarche plus médicale que de santé publique**. A partir du bilan de prise en charge sanitaire présenté, du dispositif sanitaire instauré dans les Yvelines et des expériences que nous avons pu avoir dans la gestion de camps de réfugiés, nous formulerons un certain nombre de propositions dans le but de capitaliser un savoir-faire de santé publique dans l'accueil de populations réfugiées en France. Nous nous attacherons à développer tout particulièrement les aspects médico-psychologiques d'une telle prise en charge, notamment dans un contexte de réfugiés de guerre.

1- LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS UN CONTEXTE DE GUERRE ET LE CAS PARTICULIER DE LA GUERRE AU KOSOVO

De nombreux travaux anglo-saxons ont montré **l'importance d'un problème de santé qui reste trop méconnu dans notre pays : le stress post-traumatique**. Il s'agit d'un ensemble de symptômes reliés à l'exposition à un stress brutal et massif qui apparaissent après un délai de latence (d'où une difficulté diagnostique) et qui sont justiciables d'un traitement psychologique. Les psychiatres militaires ont les premiers décrit ce syndrome, au début du siècle qu'ils avaient alors qualifié de névrose traumatique ou "névrose de guerre". Les évaluations faites au sein de populations ayant vécu des

désastres révèlent que la fréquence de cette affection est multipliée par 20 voire 30 par rapport à la population générale [IX].

1.1- Les enseignements tirés de l'accueil des ex-détenus bosniaques en 1992[31]

Fin octobre 1992, dans le cadre de l'action humanitaire internationale mise en place par le HCR, le gouvernement français a décidé d'accueillir en France trois cents prisonniers civils bosniaques musulmans et leurs familles, libérés des camps de détention serbes de Bosnie-Herzégovine. Une équipe d'une organisation humanitaire française s'est rendue dans les six sites d'accueil pour réaliser une mission d'évaluation médico-psychologique.

Au cours de ce travail qui s'est déroulé pendant plus de six mois auprès des réfugiés, les auteurs ont pu noter l'urgence que tous avaient d'être écoutés et observer l'impact de leur **intervention précoce** sur les conséquences psychiques des évènements traumatiques. Les remaniements psychiques observés concernaient des **registres aussi variés que l'espace, le temps, le social, le corps, la mémoire**. Ils sont dotés d'une **valeur d'autant plus traumatique qu'ils se potentialisent entre eux et conduisent en définitive à un vacillement des repères identitaires**. A ce titre, nombre d'inquiétudes exprimées par les familles étaient significatives de la perte des repères habituels garants de leur identité et de la **sidération de leur capacité d'anticipation**.

<u>La clinique du traumatisme : le temps, l'espace, le social, l'ontologique, le corps et la mémoire</u>

- Le temps : avant / après

  Cette problématique de l'avant et de ses traces s'exprime à travers de nombreux registres :
  - la perte des projets individuels et de l'inscription professionnelle,
  - la perte des acquis et des assurances : économies, retraites, biens matériels…
  - la perte des traces garantes de l'identité et des qualifications : papiers d'identité, actes de mariage, de naissance, diplômes…

  La problématique de l'après s'incarne dans les difficultés à penser, à anticiper un avenir dans un pays dont on n'a que peu de représentations. De plus, l'investissement de l'après est rendu plus complexe encore par la difficulté à faire le deuil, d'une part **des morts dont on ne sait où ils sont inhumés, d'autre part des disparus dont on ne sait s'ils sont morts.**

- L'espace : là-bas / ici

  Tous les contenants spatiaux sont mis à mal : la terre, la maison, l'entreprise,, la patrie… Et, comme tout migrant "forcé", on perçoit la difficulté à se projeter dans un lieu dont on n'a que peu de représentations concrètes.

[31] Source : [XIII]

- Le social : culture d'origine / culture d'accueil

  La perte du cadre culturel habituel, des étayages que réalisent le groupe, la langue, les rythmes sociaux vont provoquer un sentiment de contingence et de confusion. Cette rupture va être potentialisée par la perte des rôles et des fonctions que les réfugiés remplissaient dans leur communauté en tant que membres d'un groupe familial, professionnel, de loisirs, d'association…

- L'ontologique : la perte de la foi en autrui, en l'homme

  D'une façon générale, la confiance dans le lien social s'est perdue. La particularité de ce conflit est d'avoir opposé des individus qui ont souvent vécu ensemble ou entretenu des rapports d'intimité et de voisinage.

- Le corps : des vécus d'envahissement et de vide

  Tous les réfugiés ont parlé de leur difficulté d'ajustement à des modifications corporelles, psychiques et comportementales engendrées par les privations, les mauvais traitements et la torture : perte de poids, perte d'acuité visuelle et auditive, insomnies, douleurs articulaires, phénomènes de répétition, onirisme morbide, perte de l'élan vital, tremblements, excitabilité, agressivité… Toutes ces modifications ont entretenu l'effondrement psychique, la peur de sombrer dans la déchéance et la folie.

- La mémoire : des violences impensables

  Dans les récits, apparaissait le douloureux enfermement des réfugiés dans un temps cyclique qui réimpose la figure des bourreaux ainsi que les images familiales chères, souillées, humiliées et profanées. « Tant que l'élaboration groupale, puis individuelle ne pouvait se faire, le vécu traumatique se répétait identique à lui-même, ramenant dans un même mouvement le passé heureux et le trauma douloureux… ».

L' impact psychologique des événements traumatiques chez les demandeurs d'asile

Une étude conduite par L. LOUTAN et al. [XXI] en 1993 sur 573 demandeurs d'asile arrivés en Suisse, s'est attachée à systématiquement rechercher une exposition à des évènements traumatiques et leur impact psychologique :

- 62% des réfugiés ont déclaré avoir été exposé à au moins un événement traumatisant,
- 18% ont déclaré avoir été torturés,
- 37% ont déclaré avoir présenté au moins un symptôme sévère dans la semaine précédente, le plus souvent de nature psychologique tels qu'une sensation de tristesse le plus souvent, mais aussi des insomnies et de l'anxiété,
- ceux qui ont déclaré avoir été torturés, ont présenté plus de troubles de type dépression et syndrome **"post traumatic stress disorder"** (PTSD) que les autres

Cette étude a révélé que **les demandeurs d'asile dans un pays occidental ont une haute prévalence d'exposition à des évènements traumatisants** et de symptômes psychologiques courants.

Il y est rappelé qu' **une intervention précoce est susceptible de réduire des désordres psycho-sociaux** sur du long terme ainsi que de renforcer la capacité de la personne à affronter ces difficultés, que celle-ci demeure dans le pays d'accueil ou qu'elle retourne dans son pays d'origine.

Il y est indiqué que l'interrogatoire de **dépistage des troubles psychologiques fait partie intégrante de l'examen médical d'entrée** dans le pays. Il doit également être **indépendant de toute procédure de demande d'asile**, ceci afin d'éviter toute sur ou sous déclaration qui pourrait favoriser l'obtention du statut de demandeurs d'asile.

Ces résultats suggèrent qu' **une simple "check-list"**, telle que celle utilisée dans cette étude (informations socio-démographiques de base, une liste de 16 symptômes physiques et psychologiques éventuellement ressentis au cours de la semaine précédent l'entretien, une liste de 8 évènements traumatiques potentiels que le demandeur d'asile pourrait avoir vécu avant son arrivée en Suisse), **pourrait aider les professionnels de la santé à identifier les demandeurs d'asile nécessitant un suivi et une prise en charge pour réduire leur syndrome post-traumatique** et renforcer leur capacité à "faire face".

1.2- La sous-estimation des troubles psychiques de guerre dans la population civile[32]

Leur incidence et leur gravité sont en général sous-estimés

Pendant longtemps, les troubles psychiques de guerre au sein de la population civile n'ont pas ou peu été pris en compte. La "tradition clinique" rapportait que les populations civiles soumises aux violences de la guerre (bombardements, exode, occupation, exactions) supportaient beaucoup mieux les agressions psycho-traumatisantes que l'on pouvait s'y attendre.

Plutôt que de conjecturer une hypothétique "résistance" de la population, c'est l'absence d'intérêt des psychiatres pour la question qu'il faut incriminer.

Concernant les séquelles à long terme, les résultats d'une enquête (BRAMSEN, 1995) cinquante ans après la fin de la seconde guerre mondiale, sur un échantillon représentatif de 10600 personnes nées entre 1922 et 1929, donc susceptibles d'avoir souffert de la guerre et de l'occupation entre 1939 et 1945, font apparaître que si 5 % seulement de ces sujets répondent aux critères de "**PTSD"**, 39 % par contre souffrent de symptômes psycho-traumatiques divers (souvenirs intrusifs et comportements d'évitement), ayant motivé dans un cas sur trois une démarche thérapeutique. Ces résultats sont sensiblement supérieurs aux taux de séquelles psychiques de guerre chez les combattants, lorsque ces séquelles sont systématiquement recherchées, et qui se situeraient entre 15 et 25 % des effectifs :

[32] Source : [4]

- le chiffre des vétérans américains de la guerre du Viêt-Nam consultant dans les *Vet Centers* pour troubles psychiques consécutifs à cette guerre, oscille autour de 700 000 hommes pour trois millions de soldats qui ont mis le pied au Viêt-Nam entre 1964 et 1973, ce qui représente un taux de plus de 25 %,
- mais ces taux sont inférieurs aux taux de PTSD relevés plus de quarante ans après leur libération chez les survivants américains des camps de prisonniers japonais (56 % selon R. ZEISS et H. DICKMAN, 67 % selon J. KLUZNICK et 82 % selon S.OBOLER), et à ceux des survivants alsaciens lorrains du camp russe de Tambow (71 % selon M.A. CROCQ), camps où les conditions de détention étaient particulièrement inhumaines.

Plus récemment, des études statistiques précises sur des groupes de réfugiés centraméricains ou vietnamiens (D. KINZIC, 1984 ; M.BEISER, 1989 ; R. CERVANTES, 1989), de rescapés du génocide cambodgien (E.B. CARLSON et R. ROSSER-ROGAN) de civils ayant subi quinze ans de guerre au Liban (J. ASSAF, 1992) et de citadins ayant été soumis aux tirs des SCUD iraquiens pendant la guerre du Golfe (V. KAMIS, 1994 ; J. LOMRANZ et al., 1994) relèvent des taux élevés de PTSD au sein de ces populations et soulignent le rôle protecteur, aussi bien que pathogène, du milieu familial et des interactions entre membres de la famille (A. BEN DAVID et LAVEE, 1993).

Malgré ces révélations nouvelles, les risques de sous-estimation des troubles psychiques de guerre au sein des populations civiles, en nombre et en gravité, sont encore importants. En effet, **les patients "déclarés" qui présentent des symptômes psycho-traumatiques patents et qui demandent qu'on les soulage, sont la minorité**. Pour un de ces patients, il faut compter :

- quatre qui souffrent de ces mêmes symptômes, mais qui les dissimulent par pudeur ou pour ne pas apparaître comme "psychique",
- quatre autres qui trouvent normal d'avoir de tels symptômes après ce qu'ils ont vécu et qui escomptent que cela va se passer tout seul,
- quatre autres qui souffrent de symptômes mineurs, infra cliniques quoique parfois gênants, et qui n'osent pas se plaindre ni consulter pour si peu, alors que les secours médicaux sont déjà saturés par la tâche de soigner les blessures physiques.

En fait, dans une population très éprouvée par des situations de guerre particulièrement inhumaines, comme cela est le cas pour la population chassée du Kosovo par les soldats serbes, il y a forte probabilité pour que nul ne s'en sorte indemne sur le plan psychique. Mais les cas vont se répartir selon une gamme qui s'étend des cas légers et des cas transitoires, aux cas sévères et aux cas chronicisés, éprouvants sur le plan psychologique et handicapants sur le plan du fonctionnement social.

1.3- Les circonstances de la guerre au Kosovo sont particulièrement traumatogènes[33]

Déjà, par comparaison avec les catastrophes naturelles et technologiques, et par rapport aux accidents et aux agressions en temps de paix, **les agressions et violences inhérentes à la guerre sont beaucoup plus traumatisantes**. A surprise, destructurations matérielles et mortalité égales, la guerre introduit en outre les facteurs supplémentaires :

- d'agression intentionnelle et systématique,
- de cruauté délibérée,
- de destruction volontaire des réalisations et des valeurs du monde civilisé.

En outre, par comparaison avec un soldat qui participe à la bataille, épaulé dans le groupe par ses camarades et qui peut se défendre, un civil pris dans la guerre n'est pas impliqué dans les stratégies de la bataille, ni épaulé dans un groupe protecteur. Il doit subir l'agression passivement en étant dépourvu de tout moyen de défense. Il n'a onc aucune possibilité d'attribuer une signification à l'événement traumatique qui vient surprendre ses défenses et brusquer le système symbolique qui lui permet habituellement de travestir et de supporter la réalité.

Concernant la guerre au Kosovo, on sait qu'il s'est agi d'une **guerre particulièrement cruelle**, dans laquelle l'armée serbe a terrorisé des populations civiles sans défense, pillé et brûlé leurs maisons, et chassé les habitants de leurs terres pour des objectifs d'épuration ethnique. Les menaces, les brutalités, les exactions, les vols, les viols, les assassinats, la pratique de la terreur ont été omniprésents et provoqué l'exode précipité sur des véhicules de fortune, ou le plus souvent à pied, d'une population expulsée de ses habitations en quelques instants, sans avoir eu le temps se munir de vivres, de couvertures, de vêtements chauds et se traînant en de lentes et interminables colonnes vers les postes frontières des pays limitrophes. Les réfugiés ont été recueillis dans un **état d'épuisement extrême**, affamés, privés d'hygiène et surtout terrorisés, gardant encore dans leur regard les images des crimes auxquels ils ont assisté.

1.4- Quelles sont les particularités des pathologies observées[34] ?

On peut distinguer trois phases dans le développement de la pathologie post-traumatique, chacune de ces trois phases présente des caractéristiques et des symptômes propres, qu'il convient d'identifier afin de pouvoir aboutir à une prise en charge adaptée et prévenir d'éviter "l'installation" et le développement de troubles profonds :

La pathologie "immédiate"

Dans l'immédiat, les réactions de stress dépassé seront fréquentes. Alors que leur taux est estimé à 15 % des rescapés en ce qui concerne les pathologies manifestes de sidération, d'agitation, de fuite panique et de 30 % pour les réactions moins visibles d'action automatique, ces taux sont doublés

[33] Source : [4]
[34] Source : [4]

dans les circonstances de guerre totale avec brutalité systématique, manquements délibérés aux Conventions de Genève et exodes précipités sur les routes de l'exil. **On peut donc estimer que la quasi-totalité de la population frappée présentera ou ressentira des troubles immédiats**.

Le choc émotionnel éprouvé lors des exactions, puis la passivité imposée lors de la situation d'exode vont faire que **la réaction de stress dépassé la plus fréquente sera la réaction de sidération** avec stupéfaction sur le plan cognitif, stupeur sur le plan affectif et inhibition sur le plan volitionnel et moteur. On verra ainsi des groupes de sujets aux capacités d'attention, d'observation, d'évaluation, de raisonnement et d'élaboration décisionnelle inhibées ou annihilées, ne retenant pas ce qu'on leur dira, ne parvenant pas à donner des réponses cohérentes aux questions et plongées dans un état de stupeur affective (qui les distrait d'ailleurs pour un temps, du vécu de l'horreur et de désespoir que la situation aurait dû leur induire), ayant renoncé à toute prise de décision, et résignés à leur passivité.

Il ne faudra pas manquer de rechercher des symptômes d'étrangeté et de dépersonnalisation, dans le vécu des sujets lors de l'événement et même longtemps encore après celui-ci.

Il faut savoir qu' **une blessure physique ne protège pas contre le trauma psychique et que tout blessé physique est aussi un blessé psychique**. Son stress dépassé, vécu intensément et non extériorisé, peut concourir à effondrer sa résistance physique. SELYE disait que des sujets épuisés pouvaient mourir de leur stress.

De telles considérations induisent à **détecter systématiquement les indices de troubles psycho-traumatiques dans toute la population, lorsqu'elle a été soumise à des situations potentiellement traumatisantes, et de procéder à des débriefings systématiques de groupe pour prévenir l'installation de telles séquelles**.

La pathologie "post-immédiate"

La période post-immédiate (de vingt-quatre heures à plusieurs semaines après l'événement ou plus exactement après l'arrivée du sujet à l'abri) **est une période primordiale**. C'est la période éventuelle de la **phase de latence** (d'incubation, de méditation, de contemplation, de rumination selon CHARCOT) pendant laquelle s'élabore et mûrit le trouble psycho-traumatique.

C'est pendant cette période qu'il convient de ne pas laisser le rescapé seul face à sa méditation perplexe et à l'irruption de ses reviviscences traumatiques. **C'est pendant cette période qu'il faut l'inciter à verbaliser ses émotions**. La verbalisation "cathartique" est la seule solution pour désamorcer le travail torpide de la phase de latence et amener le sujet, par les révélations livrées par sa propre énonciation de son vécu, à s'apercevoir, se récupérer et reprendre son destin en mains. La solution ne sera pas de rechercher un impossible "oubli", mais de se souvenir autrement. **Chez l'enfant** qui ne dispose pas toujours des concepts ni du vocabulaire appropriés à cette verbalisation cathartique, **on pourra utiliser le dessin et le jeu**. Le dessin libre, et surtout le dessin de la famille sous la guerre (trois dessins de famille successifs avant, pendant et dans l'avenir souhaité) peuvent

assurer cette expression des affects traumatiques et se prêter à l'amorce d'une psychothérapie de verbalisation (cf. annexe n°9).

La pathologie chronicisée

La pathologie chronicisée des séquelles de guerre peut s'installer très tôt, dès les premières semaines de la période post-immédiate. On a alors affaire à des syndromes psycho-traumatiques déjà organisés, structurés, de type névrose traumatique ou PTSD (terme impropre puisque à ce stade, on n'a plus affaire au stress mais aux symptômes psycho-traumatiques postérieurs à un stress qui fut initial et éphémère). Elle se présente sur trois volets :

- le volet pathognomonique des symptômes de répétition,
- le volet pathognomonique des altérations de personnalité (les trois blocages des fonctions de filtration, de présence et d'amour),
- le volet non pathognomonique des symptômes non-spécifiques d'asthénie, d'anxiété, de superstructures phobiques, hystériques ou obsessionnelles, des troubles psychosomatiques et des troubles des conduites.

Les altérations de la personnalité constituent le niveau le plus important et "structurant" de l'affection. Ils génèrent et entretiennent les autres symptômes. Ils témoignent du changement profond de personnalité provoqué par l'impact du trauma. Depuis le trauma, le sujet n'établit plus le même rapport au monde et à soi-même, il adopte une nouvelle manière de percevoir, ressentir, aimer, vouloir, se comporter.

Dans les circonstances de guerre et de guerre totale et cruelle, ces troubles sont marqués par l'empreinte de la proximité de la mort, brutalement entr'aperçue, vraie, imminente ainsi que par le souvenir de la destruction totale et de la désolation du paysage humain, qui a accrédité l'existence d'un néant absolu, et enfin par la perte des convictions fondées sur les valeurs morales. A l'effondrement narcissique des pertes simultanées des croyances en l'invulnérabilité de soi, de la solidité de l'environnement et des valeurs humaines pacifiques, s'ajoute le choc de l'absence de sens d'une expérience de confrontation brutale au réel de la mort et du néant. Impréparation, surprise, frayeur, peur, terreur, horreur, incompréhension, décontenancement, vécu d'absence de secours et désespoir sont les composantes de l'expérience vécue de bouleversement qui va frapper la personnalité du sujet. **Rien d'étonnant à ce qu'on voie s'installer des troubles psycho-traumatiques sévères, profondément ancrés, difficiles à réduire**.

De plus, surtout **chez des populations de culture pudique et peu enclines à s'épancher sur leurs misères psychiques, on risque de voir apparaître en grand nombre des plaintes somatiques et des troubles psychosomatiques dont l'origine réelle peut être méconnue. De même, les troubles des conduites** (anorexie, tabagisme, appétence toxique et agressivité chez les jeunes) **peuvent dissimuler une souffrance psychique qui n'aura pas pu s'exprimer autrement**.

Chez l'enfant (contrairement à l'idée reçue qui affirmait que son immaturité et son manque d'appareil conceptuel tenaient à l'abri du trauma) qui reçoit de plein fouet toutes les étiologies traumatisantes et qui, en outre, doit subir en miroir celui de ses parents ainsi que leur propre inquiétude à son sujet, on devra rechercher des mêmes symptômes psycho-traumatiques. En particulier, on notera l'importance de l'inhibition et de la régression affective. Sa difficulté à s'exprimer dérivera souvent le trouble psychique vers la plainte somatique (mal à la tête, mal au ventre) ou vers des symptômes somatiques fonctionnels (vomissements, diarrhées) ou psychosomatiques (dyspnées asthmatiformes, eczéma, alopécies).

1.5- Conclusion : dépister et agir vite

La réduction des symptômes résiduels du stress, l'objectif d'une première maîtrise de l'événement par le débriefing, ainsi que **la détection systématique des troubles psycho-traumatiques émergents doivent inciter les équipes des Cellules d'urgence médico-psychologique** (CUMP) **à agir vite, méthodiquement et à "ratisser large"**, au-delà des plaintes psychiques explicitement exprimées. **Des instruments**, tels que les grilles d'inventaire clinique, les échelles simplifiées d'auto-observation et les techniques du dessin chez l'enfant (cf. annexe n°9) peuvent faciliter et systématiser une tâche clinique qui s'annonce lourde et délicate.

2- LA COUVERTURE MÉDICALE ET LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

De même que le droit au séjour, le "**droit à la santé**", a revêtu des aspects nettement **dérogatoires**.

2.1- Le suivi sanitaire et la couverture médicale

L'instruction de la DPM du 19 avril 1999 [a] relative à « l'accueil et la prise en charge sociale de personnes déplacées originaires du Kosovo » a précisé, entres autres (cf. chapitre 2), les premières conditions de prise en charge sanitaire des réfugiés.

Les pouvoirs publics ont voulu un **accueil collectif** pour l'ensemble des personnes accueillies afin de permettre l'**évaluation sanitaire** (envisagée dans le cadre du contrôle médical de l'OMI) **et sociale**. Outre l'hébergement, un **accompagnement social** devait être effectué par l'équipe des centres d'accueil notamment dans les démarches administratives en matière de séjour (préfecture), de **scolarisation** comme d'**accès aux droits sociaux et aux services de santé**.

Dès le début, l'accent était mis sur la **dimension psychologique de l'accueil** : « Vous veillerez en particulier à ce qu'une **écoute attentive soit donnée par l'équipe aux difficultés d'ordre psychologique des personnes accueillies**, afin qu'elles puissent être en cas de besoin mises en contact sans délai avec les institutions de soins adaptées (CMP, hôpitaux…) ».

Exigée dès l'arrivée en France, la visite OMI (au titre du contrôle médical) était envisagée dans une dimension de santé publique.

Pour ce qui est du bilan médical, les **aspects dérogatoires** ont concerné :

- la possibilité de pouvoir effectuer cette visite par les **services de santé de droit commun non conventionnés avec l'OMI,**
- « l'**accès** (au droit au séjour) **sans condition de santé** ».

Il était également demandé de formaliser les relations avec le secteur sanitaire public sous forme de **conventions avec les hôpitaux publics et la Protection Maternelle et Infantile** (PMI) des Conseils Généraux (compte tenu du nombre important d'enfants attendus).

Dans le document de projet du 17 juin 1999 [h], sollicitant le concours financier de l'UE, les autorités françaises réaffirmaient leur **volonté de fournir un "soutien psychologique renforcé"** avec l'intervention, dès l'arrivée des réfugiés dans les centre, de la **Cellules d'urgence médico-psychologique**. Il était également fait mention de la nécessité de disposer d'un **interprète** en albanais afin de « permettre un accompagnement social de qualité et éviter, au moins dans la première phase de l'accueil, des **incompréhensions sources de perturbations supplémentaires pour les réfugiés**. ».

2.2- Les droits à l'assurance maladie et à l'aide médicale

L'instruction de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité du 5 mai 1999 [f] adressée aux DRASS, DDASS et Caisses nationales de sécurité sociale a précisé ces droits : t**ous les réfugiés**, titulaires d'une APS de trois mois [35], devaient être **affiliés à l'assurance personnelle**. La date d'effet de cette affiliation était celle du début de validité de l'APS et « **à titre exceptionnel**, **l'ouverture du droit aux prestations** interviendra de façon **concomitante à la date d'affiliation** » [f].

Un statut dérogatoire donc avec l'aide médicale de l'État accordée pour la première année de séjour (l'assurance personnelle à la charge de l'État), puis un retour au droit commun avec l'aide médicale du département de résidence.

Par ailleurs et pour tenir compte des difficultés à établir leur qualité d'ayant droit, une **déclaration sur l'honneur** des futurs **assurés pouvait remplacer les pièces justificatives de droit commun exigées par la réglementation**.

Insistant sur l'urgence de la situation, la ministre indiquait que **toutes les demandes déposées** devaient être traitées selon la **procédure d'admission immédiate**, les conditions de ressources et de résidence en France étant considérées comme acquises.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a précisé dans sa circulaire (CNAM/DDRI n°20/99 du 12 mai 1999) aux CPAM et Caisses générales de sécurité sociale que **les mineurs non accompagnés par un parent ne pouvaient eux être affiliés au régime de l'assurance**

[35] « De même pour les personnes arrivées munies d'un visa long séjour et ayant obtenu directement une CST ou une carte de résident.. Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter au fait qu'elles ne soient pas titulaires de l'APS de trois mois… » [n]

personnelle. Et qu'en conséquence toutes leurs dépenses de soins devaient être prises en charge par l'aide sociale à l'enfance des Conseils généraux.[36]

3- LE DISPOSITIF SANITAIRE D'ACCUEIL

3.1- Le dispositif d'accueil au niveau des aéroports

Dans le cadre de l'action gouvernementale, le **SAMU Mondial**[37] a été déclenché le 15 avril 1999 pour apporter son soutien médical aux opérations sur les territoires albanais et macédoniens. Outre les missions d'évaluation à thématique diverse, l'axe principal des activités a été concentré autour de l'accompagnement médicalisé des évacuations de réfugiés Kosovars vers la France [IV].

Au niveau de l'accueil dans les aéroports, les représentants et services de police de l'État étaient présents. L'association FTA était chargée, par convention avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, d'organiser cet accueil (avec la présence d'interprètes) ainsi que l'acheminement des réfugiés vers les centres d'hébergement **(**cf. annexe n°10). La Croix-Rouge française devait prendre en charge les éventuels premiers soins à délivrer à l'arrivée dans les aéroports ainsi que l'accompagnement sanitaire des réfugiés des aéroports vers les centres d'accueil. Le SAMU, ainsi que la CUMP, étaient également présents pour les éventuelles premières interventions d'urgence.

3.2- Le dispositif de bilan médical initial

Le lecteur voudra bien se reporter au point 4 : « Le bilan médical initial systématique ».

3.3- Les dispositifs médicaux dans les centres[38]

Les types de dispositifs de prise en charge et de suivi sanitaire instaurés au niveau des centres d'accueil, **ont été variables** selon les ressources humaines (MISP notamment) disponibles au niveau des DDASS et les capacités d'intervention, dans le domaine de la santé, des associations gestionnaires.

Malgré les instructions ministérielles [a], peu de conventions ont finalement été passées, si ce n'est avec certains centres hospitaliers publics. Ceci n'a pas empêché une importante collaboration avec notamment : les services de PMI des Conseils Généraux, l'association Médecins du Monde, la Croix Rouge Française, les médecins de ville, les dentistes et les professionnels de santé bénévoles.

L'aide précieuse fournie par de nombreuses associations municipales et bénévoles est à souligner.

[36] Source : « *Actualités sociales hebdomadaires* », 4 juin 1999, n°2122
[37] Le SAMU Mondial représente l'aspect missions internationales du SAMU de France réalisées à partir de six sites de mobilisation régionaux (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Lille, Lyon, Marseille, Nantes, Toulouse), et avec un secrétariat opérationnel [2] situé dans les locaux du SAMU de Paris

Des activités de santé insuffisantes dans les centres

Les **soins médicaux curatifs** (pathologies aiguës et chroniques, urgences médico-chirurgicales, gynécologie-obstétrique, etc) ont été pris en charge de façon **satisfaisante** par les services de santé de droit commun (centres hospitaliers publics, médecine libérale, professionnels bénévoles, etc).

La vérification de la qualité de la protection immunitaire contre la tuberculose (par IDR) **n'a été systématique que dans 3 départements sur les 54 ayant répondu à l'enquête DPM.**

La vaccination réglementaire des adultes (Diphtérie-Tétanos-Polio) n'a pas non plus été systématique. La mise à jour des vaccinations des enfants (DTP / BCG / Rougeole-Oreillons-Rubéole) a été effectuée (le plus souvent) par les services de PMI.

Un exemple de dispositif de prise en charge sanitaire en Meurthe-et-Moselle[39]

« L'accompagnement psychologique n'allait pourtant pas de soi. L'expérience montrait, et les interprètes confirmaient, que les Kosovars n'avaient pas l'habitude de recourir à un médecin et encore moins à un psychothérapeute ou à un psychiatre. C'était une raison de plus pour organiser au plus vite cet accompagnement. Par convention OMI / Conseil général, des visites médicales ont été organisées. La PMI s'est également mobilisée pour assurer des visites médicales et des vaccinations auprès des enfants. Les permanences "psy" se sont intégrées à ce dispositif général… Et **l'organisation pluridisciplinaire**, engagée en amont, a induit une **prise en charge globale** des personnes, **le médical n'étant pas séparé du social**. »

4- LE BILAN MÉDICAL INITIAL SYSTÉMATIQUE

Comme tout étranger sollicitant le droit au séjour en France et comme indiqué dans l'instruction du 19 avril 1999 [a], les réfugiés devaient subir le contrôle médical réglementaire (arrêté du 7 novembre 1994) au titre de l'OMI, avec cependant le bénéfice de certaines dérogations comme rappelées au point 2.1-.

4.1- Brève présentation de l'Office des Migrations Internationales[40]

Rappel historique

L'OMI a été créé le 2 novembre 1945, au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans un contexte de reconstruction et de relance de l'économie du pays, nécessitant un apport important de main d'œuvre étrangère [6]. L'OMI est un établissement public à caractère administratif rattaché au ministère de l'Emploi et de la solidarité. Le décret n°46-1574 du 30 juillet 1946 lui confiait pour mission

[38] Source : [7]
[39] Source : « *Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence* », in ACCUEILLIR, Paris, SSAE, septembre 1999, n°221, pp 9-10
[40] Sources : entretien du 16/08/99 avec Mme Arlette VIALLE / Déléguée régionale Paris-sud [33] et plaquettes et documents de présentation de l'OMI

d'assurer le contrôle sanitaire des travailleurs étrangers et de leur famille. Il s'agissait en fait surtout, à l'époque, d'une visite d'aptitude à l'emploi.

Les missions de l'OMI

Selon l'Article L. 341-9 du Code du Travail : « Sous réserve des accords internationaux, les opérations de recrutement en France et l'introduction en métropole de travailleurs originaires des territoires d'outre-mer et des étrangers, de recrutement en France des travailleurs de toutes nationalités pour l'étranger sont confiées **à titre exclusif** à l'Office des migrations internationales. **Il est interdit à tout individu ou groupement autres que cet Office de se livrer à ces opérations.** ». L'OMI est également chargé de certaines actions relatives :

- à l'emploi des Français à l'étranger,
- à la réinsertion en France des Français ayant résidé à l'étranger,
- au contrôle, à l'accueil, au séjour d'une durée inférieure ou égale à trois mois ou à l'établissement des étrangers en France, ainsi qu'à leur insertion dans le pays d'origine.

L'organisation de l'OMI

L'OMI fonctionne grâce à des ressources propres et perçoit notamment des redevances versées par les employeurs de salariés étrangers, des pénalités pour l'emploi de clandestins étrangers et des redevances pour services rendus.

En France huit délégations régionales sont installées et pratiquent la visite médicale dans leurs locaux :

- dans la région parisienne : à Bagnolet (Paris-nord) dans le 93 et à Montrouge (Paris-sud) dans le 92,
- en province : à Lyon, Marseille, Nancy, Toulouse, Lille,
- dans les DOM : en Guyane (Cayenne),

ainsi que douze implantations à l'étranger : Espagne, Mali, Maroc, Pologne, Québec, Roumanie, Sénégal, Tunisie, Turquie.

Pour faciliter l'accès à l'examen médical aux migrants en cas de domicile éloigné de l'une ou l'autre des délégations régionales, l'OMI a passé des conventions avec des médecins libéraux (radiologues et généralistes) et le secteur public (hôpitaux et dispensaires) [6].

Le rôle de l'OMI dans la politique nationale de santé et de prévention : la visite médicale

Les décrets du 4 décembre 1984 et du 9 juillet 1990 ont étendu la compétence de l'Office à certaines catégories d'étrangers qui en étaient jusqu'alors dispensées. Tout étranger qui sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire (étudiant, visiteur…) ou une carte de résident (membre de famille de Français, réfugié…) doit ainsi être en possession du **certificat de contrôle médical** délivré par l'OMI.

Un certain nombre d'**affections, pour des raisons de santé et d'ordre publics, ne permettant pas la délivrance du certificat :**

- les maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international, dites "maladies quarantenaires " (peste, fièvre jaune, choléra),
- la tuberculose pulmonaire évolutive,
- les toxicomanies aux substances ou plantes classées comme stupéfiants,
- les troubles mentaux de nature à compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes (psychoses hallucinatoires, schizophrénies…).

En outre, les personnes désireuses d'occuper un premier emploi doivent satisfaire aux conditions spécifiques de cet emploi [6].

Avec l'évolution des flux migratoires **la consultation médicale est passée, en 1994[41], d'une simple visite d'aptitude à une visite de prévention et d'orientation** avec pour principaux objectifs :

- le dépistage d'anomalies méconnues (en particulier la **tuberculose pulmonaire**[42]),
- le lien entre le service médical [43] de l'OMI et les services chargés du premier accueil au niveau départemental,
- l'éducation sanitaire[44] des personnes examinées.

A l'issue de cette visite, un certificat de contrôle médical est délivré à l'intéressé. **Ce certificat conditionne l'obtention du titre de séjour à la préfecture**.

La parution de l'arrêté du 6 juillet 1999 a abrogé le précédent arrêté du 7 novembre 1994 et a modifié le « Contrôle médical des étrangers autorisés à séjourner en France » dans les conditions suivantes :

- le statut vaccinal doit être conforme à la législation en vigueur pour toutes les classes d'âge (et plus seulement les enfants de moins de quinze ans),
- le MISP doit alerter le service social chargé du suivi de la famille, de la nécessité d'une éventuelle prise en charge médico-sociale (en sus de l'obligation maintenue, de communiquer le résultat de l'examen médical, lorsque des soins s'avèrent nécessaires, au médecin chargé des actions de santé ou au médecin de PMI),
- **seules les maladies quarantenaires (peste, fièvre jaune, choléra) peuvent dorénavant exclure un étranger du regroupement familial** (et plus la tuberculose évolutive de l'appareil respiratoire, ni les troubles mentaux susceptibles de nature à

[41] Arrêté du 7 novembre 1994 relatif au contrôle sanitaire des étrangers autorisés à séjourner en France
[42] **Il s'agit de détecter les tuberculoses actives ou séquellaires susceptibles de se réactiver au cours de la migration** (source : entretien du 02/09/99 avec le Docteur Christiane SEYMAN / Coordinatrice dispositif Kosovars de l'OMI Paris-sud [29])
[43] La visite est assurée par un médecin agréé et rémunéré par l'OMI
[44] Vérification du statut vaccinal selon le calendrier des **vaccinations obligatoires** conformément à la législation et la réglementation en vigueur pour les enfants de moins de quinze ans [s], puis nouvelles dispositions réglementaires (toutes les classes d'âge) depuis la parution de l'arrêté du 6 juillet 1999 [w]

compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes ni les toxicomanies aux plantes ou aux substances classées comme stupéfiants),

- les travailleurs saisonniers ne sont plus dispensés de la radio des poumons.

En 1998, 300 tuberculoses actives et plus de 1 000 tuberculoses séquellaires ont ainsi été détectées par les services de l'OMI. Les tuberculoses dépistées sont traitées et prises en charge à 100% conformément à la réglementation. Le certificat OMI est alors délivré en fin de traitement au vu du certificat du service de lutte anti-tuberculeuse du Conseil général concerné [6].

4.2- Quel a été le dispositif spécifique mis en place par l'OMI ?

Pour faciliter la réalisation de cette visite de contrôle médical [45], des **dispositions spécifiques** ont été prises par les services médicaux de l'OMI, en concertation avec les services de la DPM [7] :

- Les bilans médicaux ont été réalisés dans les meilleurs délais[46]**,**
- Des "**journées spéciales**" ont été organisées à l'attention des réfugiés de différents centres d'accueil. Au cours de ces journées l'ensemble des services de la Délégation régionale concernée étaient mobilisés pour les bilans médicaux. Et ce, pour des motifs d'efficacité, de rapidité mais également pour des raisons de confort psychologiques afin d'éviter des "interférences" avec d'autres populations. Deux interprètes vacataires (I nter-services-migrants) ont été recrutés à la délégation Paris-sud à cette occasion [33]. Les frais de transport (bus affrétés) étaient pris en charge par l'OMI.
- Des équipes médicales (3 médecins, une infirmière et un manipulateur radio) de l'OMI se sont déplacées sur certains sites (Blois, Bourges, Clermont-Ferrand, Laval, Marseille, Nantes…).
- Selon l'initiative des MISP des DDASS et par dérogation, **ces visites médicales pouvaient également être réalisées par les services de santé de droit commun non conventionnés avec l'OMI** (hôpitaux, cliniques, centres de santé municipaux, CPAM, PMI, Médecins de ville, Médecins du Monde [7]. L'OMI validait alors, en bout de chaîne, les certificats établis à partir des bilans médicaux réalisés dans les hôpitaux publics et transmis via les MISP des DDASS (cf. annexes n°11 et 11 bis).
- Par dérogation, aucun refus de délivrer le certificat de l'OMI ne pouvait être prononcé pour raison médicale (" **accueil sans condition de santé**"), il s'agissait donc d'une visite spécifiquement de dépistage.
- Chaque bilan médical était systématiquement transmis au MISP[47] de la DDASS concernée.

[45] Sources: entretiens avec Mme Arlette VIALLE / Déléguée régionale Paris-sud [33], Docteur Patricia DELAVALLE / MISP / médecin-chef du service d'assistance médicale de l'OMI [6] et Docteur Christiane SEYMAN / Coordinatrice dispositif Kosovars de l'OMI Paris-sud [29]

[46] Pour des raisons administratives (obtention des titres de séjour dans les meilleurs délais) et pour des préoccupations de santé publique (prévention des risques d'épidémie accrus de par la vie collectivité) [29]

[47] Habituellement, le MISP n'est saisi qu'en cas de bilan anormal ou de pathologie détectée (arrêté du 06/07/99)

- En cas de pathologie détectée, les personnes étaient référées vers les structures publiques pour examens complémentaires et traitement, le cas échéant.

Note : l'OMI a été également chargé d'organiser les opérations de voyages exploratoires et de retour, avec la mission d'affréter les avions au départ de Paris, Lyon et Marseille pour Pristina et Skopje. La gestion du pécule d'aide au retour (remis en deutschemarks)a été également confiée à l'OMI.

4.3- Quel a été le bilan de ces visites de contrôle médical des réfugiés Kosovars ?[48]

Au 31/08/99 : 3 775 réfugiés Kosovars (soit un peu **moins de la moitié des réfugiés** arrivés en France) ont pu bénéficier des visites médicales effectuées par les services de l'OMI. Parmi ces 3 775 réfugiés, on a compté : 990 hommes, 1 301 femmes (dont 80 grossesses) et 1484 moins de 20 ans.

Les principaux constats

- Une **population en état de "misère physiologique"** avec :
  - un mauvais état dentaire quasi généralisé,
  - une hygiène défectueuse,
  - **une absence de suivi médical, depuis le Kosovo et de longue date[49], et une interruption des traitements au long cours des pathologies chroniques** (HTA, diabète…) [6].
- **Pas d'épidémie détectée**
- De **nombreux cas de tuberculose pulmonaire** diagnostiqués (dont 4 ou 5 cas sévères [6])
- Une **mauvaise couverture vaccinale** avec :
  - une faible proportion de la population vaccinée : les enfants scolarisés
  - une forte proportion de la population pas vaccinée (ou les rappels pas à jour) : les adultes et les adolescents en apprentissage ou en milieu professionnel
- **Peu de blessures de guerre** parmi les réfugiés Kosovars accueillis en France
- Et par ordre de fréquence décroissante :
  - les problèmes dentaires,
  - les traumatismes psychologiques avec stress, anxiété, troubles du sommeil (régressifs avec la prise en charge) et psychiatriques avec dépressions (dont un identifié comme étant lié à un viol),
  - les infections pulmonaires (surtout chez les enfants et liées aux conditions de vie dans les camps),

[48] Sources : Docteur Patricia DELAVALLE / MISP / médecin-chef du service d'assistance médicale de l'OMI [6] (entretien du 26/08/99) et Docteur Françoise GALABRU / MISP / Conseiller technique / DPM / MES [7] (entretien du 31/08/99)
[49] En raison, entre autres, de l'offre et de l'accès aux système de soins insuffisants au Kosovo

- les tuberculoses (cf. tableau),
- les problèmes gynécologiques et obstétriques,
- les malnutritions,
- les pathologies cancéreuses,
- les affections ORL,
- les pathologies cardio-vasculaires (cf. tableau),
- les diabètes (cf. tableau),
- les affections dermatologiques,
- les cas chirurgicaux (dont une amputation).

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PATHOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES
(statistiques basées sur les 3775 bilans médicaux réalisés par l'OMI)

	JEUNES (0-20 ans)	HOMMES	FEMMES	TOTAL
HTA	1	86	137	224
Cardiopathies	18	50 (plus 2 décès)	58	126
Diabètes	1	15	32	48
Tuberculoses pulmonaires*	**4**	**28**	**14**	**46**
TOTAL	24	179	241	444

* découvertes par l'OMI

Source : Docteur Françoise GALABRU/MISP/DPM [7] : « Enquête état sanitaire des Kosovars », septembre 1999

Le **taux de tuberculose** pulmonaire diagnostiqué par les services médicaux de l'OMI est **particulièrement préoccupant** en termes de santé publique **, il s'élève à 1,2% de la population kosovare contrôlée par l'OMI.**

Rappel sur les taux d'incidence annuels de la tuberculose

- Occident : 15 / 100 000 (soit 0,015% de la population),
- Asie : 180 / 100 000 (soit 0,18% de la population),
- Afrique : 250 / 100 000 (soit 0,25% de la population).

4.4- L'évaluation de la situation sanitaire des réfugiés Kosovars en Albanie

Afin de compléter les **informations partielles disponibles sur l'état de santé des réfugiés accueillis en France**, il nous a paru intéressant d'utiliser les informations issues des travaux et

interventions menés, à la demande du gouvernement français, par des épidémiologistes de **l'Institut de Veille Sanitaire** (InVS) d'avril à juin 1999 **en Albanie** [XXXII] :

- Les **objectifs** de cette mission consistaient à :
  - **évaluer la situation sanitaire** chez les réfugiés
  - **proposer les interventions** nécessaires à leur prise en charge
  - mettre en place une **surveillance épidémiologique**

- Un système d'alerte et de surveillance épidémiologique a donc été mis en place en Albanie par l' InVS en collaboration avec les autorités sanitaires du pays et l'OMS, et a recueilli les informations suivantes pour la période du 16 avril au 6 juin 1999 :
  - les motifs de consultation des enfants de moins de cinq ans :
    - infections respiratoires aiguës : 37%
    - diarrhées sans saignement : 17%
    - gale et pédiculose : 3%
    - blessures de guerre : 0,3%
    - troubles psychologiques : 0,3%
  - les motifs de consultation des personnes âgées de plus cinq ans :
    - infections respiratoires aiguës : 24%
    - maladies cardio-vasculaires : 10%
    - diarrhées sans saignement : 7%
    - gale et pédiculose : 4%
    - troubles psychologiques : 3%
    - blessures de guerre : 1,3%

Note : aucun cas de poliomyélite aiguë, de tétanos ou de choléra n'a été déclaré dans cette période.

- L'évaluation du statut vaccinal chez les enfants [XIV], a permis de constater que le **Programme Élargi de Vaccination** (PEV) a **été interrompu au Kosovo depuis 1997**. La plupart des enfants âgés de moins de deux ans n'avaient donc reçu aucune vaccination. Les faibles taux de couverture vaccinale anti-rougeoleuse (72 %) mesurés chez les enfants âgés de 6 mois à 11 ans faisaient **redouter la survenue d'épidémies de rougeole**, fréquentes et meurtrières dans ce contexte. L' InVS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont donc recommandé aux autorités sanitaires albanaises une campagne de vaccination de masse rapide chez les enfants kosovars et albanais des régions concernées (Kukes et Has) et un renforcement du PEV dans les autres districts. Cette campagne a été réalisée e six jours avec l'appui de Bioforce, et a touché 21 000 enfants kosovars et albanais âgés de 6 mois à 11 ans.

Par analogie, on peut considérer l' **état de santé des réfugiés accueillis en France comme relativement comparable à celui décrit par l'InVs en Albanie** (il s'agit, à priori, de la même population kosovare qu'elle soit accueillie en France à partir des camps de Macédoine ou réfugiée en Albanie).

4.5- Le convoi de rapatriement sanitaire de la "Chaîne de l'Espoir"

Un convoi à caractère sanitaire de 62 cas chirurgicaux "lourds" (dont 5 blessures de guerre) et comprenant des adultes et des enfants, est arrivé à l'aéroport de Roissy le 13 juillet 1999.

Ce convoi représentait une intervention humanitaire de l'association la "Chaîne de l'Espoir" et a été accueilli dans un centre AFTAM des Yvelines (cf. description au chapitre 4).

4.6- Quels constats et analyse peut-on effectuer à partir de ces bilans médicaux ?

Des informations partielles

Les bilans effectués par les différents services médicaux de l'OMI ont porté sur moins de la moitié des réfugiés accueillis, **plus de la moitié des réfugiés a effectué le bilan de contrôle médical avec les services de santé de droit commun pour lesquels il n'a pas été possible de disposer ni d'agréger (et donc d'exploiter) les résultats**.

Aucun cas médical susceptible de motiver un refus définitif à l'accès au territoire français n'a été dépisté. Les tuberculoses détectées, motif réglementaire de refus provisoire en l'absence de traitement adéquat, ont été prises en charge, mais nous ne disposons pas des données relatives à cette prise en charge, ni de la confirmation de leur guérison.

Un profil sanitaire caractéristique d'une population en situation de précarité

Le résultat des bilans médicaux OMI a révélé un état de santé semblable à celui retrouvé habituellement par l'OMI chez des populations étrangères de profil socio-économique comparable :

➡ Profil sanitaire d'une population démunie[50] en situation de précarité

Un taux de prévalence de tuberculose pulmonaire inquiétant

On retrouve fréquemment chez des populations précaires des **taux élevés de tuberculose pulmonaire**, ce constat s'est à nouveau vérifié avec la population réfugiée kosovare accueillie.

Une couverture vaccinale nettement insuffisante

L'intervention réalisée par l'InVS en Albanie a permis d'effectuer, entre autres, le préoccupant constat que le PEV était interrompu au Kosovo depuis 1997 [XIV]. D'autres travaux [V] avaient également

[50] Source : Docteur Françoise GALABRU / MISP / DPM [7] (entretien du 31/08/99 et enquête « État sanitaire des Kosovars », septembre 1999)

effectué ce constat : « **La faible couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans est connue depuis le Kosovo**… ».

Peu de constats d'exactions

Peu de blessures ou d'exactions (traces de tortures, viols, etc) liées directement à la guerre ont été identifiées parmi les réfugiés Kosovars accueillis en France. Ceci soulève la question du "profil" des réfugiés accueillis en France (réfugiés " peu exposés") ou de la sous-estimation de cet aspect de l'accueil.

4.7- Quelles actions de santé publique auraient pu être mises en œuvre à la lumière de ces constats ?

Ces informations auraient utilement pu être prises en compte pour instruire et mener une **campagne de vaccination systématique chez les enfants** (prioritairement les moins de cinq ans) des réfugiés Kosovars.

Des **mesures spécifiques** de suivi auraient pu être prises pour suivre et contrôler l'évolution et la guérison après traitement des **cas de tuberculose pulmonaire**.

Des **objectifs de santé publique** similaires à ceux de la mission InVS en Albanie **auraient pu être fixés pour l'opération d'accueil des réfugiés Kosovars en France** , c'est à dire :

- **évaluer la situation sanitaire** de la population Kosovare réfugiée en France,
- **proposer les interventions** nécessaires à la prise en charge rapportée au diagnostic de situation,
- mettre en place une **surveillance épidémiologique.**

5- LE DISPOSITIF MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE D'ACCUEIL

5.1- L'activation des Cellules d'urgence médico-psychologiques[51]

Le 16 avril 1999 sur injonction du Cabinet du Secrétariat à la santé, le Président du **Comité National de l'Urgence Médico-psychologique**[52] (CNUMP) a demandé au Coordonnateur national des CUMP [4] d'activer le dispositif national pour assurer les soins médico-psychologiques aux victimes de guerre kosovares réfugiées en Albanie et en Macédoine et celles évacuées sur les sites d'accueil en territoire français métropolitain. Les instructions données prévoyaient trois types de missions d'urgence :

- **l'accompagnement** médicalisé (avec le SAMU Mondial) des évacuations aériennes des réfugiés vers la France [IV],
- **l'accueil** sur les aéroports français de destination pour assurer les soins médico-psychologiques aux réfugiés, le cas échéant,

[51] Source : [VIII]

- **l'évaluation** des besoins d'aide médico-psychologique dans les camps d'Albanie et de Macédoine et participation à la dispensation de ces soins.

Ces instructions ont été immédiatement répercutées auprès des psychiatres coordonnateurs des sept Cellules inter-régionales d'urgence médico-psychologique (CRUMP) (Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Nantes) pour diffusion auprès des psychiatres référents départementaux des CUMP concernées, avec les supports documentaires d'intervention suivants :

- une note sur les troubles psychiques de guerre dans la population civile,
- une note d'information aux familles (cf. annexe n°12) dans le but de les inciter à solliciter un entretien médico-psychologique,
- une liste des vingt-cinq facteurs de guerre traumatisants et potentiellement générateurs d'un PTSD (cf. annexe n°13),
- une grille d'examen et d'évaluation des syndromes psycho-traumatiques de guerre (cf. annexe n°14),
- des inventaires-échelles cliniques simplifiées et d'auto-évaluation de l'état de stress post-traumatique "adulte" et "enfant" (cf. annexes n°15 et 15 bis),
- un inventaire-échelle de syndrome psycho-traumatique après viol (cf. annexe n°16),
- une note sur le test des trois dessins de la famille sous la guerre ("avant la guerre", "sous la guerre" et "comment espères-tu que ce soit après la guerre?") (cf. annexe n°9),
- une instruction sur le déploiement du dispositif.

Dans cette instruction, il était recommandé de ne pas limiter l'activité de soins médico-psychologiques à l'espace des seuls aéroports (où des contraintes opérationnelles limitaient le temps alloué pour ce faire et où les réfugiés, préoccupés de trouver un gîte et de pas être séparés de leur famille, taisaient leur souffrance psychique), et d**'aller au devant de cette souffrance** en la prospectant **ultérieurement sur les sites d'accueil**. En raison de l'handicap lié à la langue et de la rareté des interprètes, les traductions en albanais de ces divers documents étaient également transmises quelques jours plus tard.

Pour le **cas particulier de la souffrance psychique**, une **dérogation** à la disposition générale (qui prévoyait que les réfugiés souffrants seraient adressés en consultation vers les services de psychiatrie des hôpitaux généraux) a donc été demandée et obtenue afin que les CUMP [53] puissent se rendre sur place, dans les centres.

[52] Le CNUMP a été crée par arrêté du 28 mai 1997 et rattaché au Cabinet du Secrétaire d'État à la Santé
[53] Une CUMP est composée d'un psychiatre, d'une psychologue et d'un infirmier psychiatrique **volontaires.** Une CRUMP est composée d'un psychiatre praticien hospitalier, d'un psychologue et d'un secrétariat à mi-temps

5.2- Les dispositifs médico-psychologiques dans les centres

L'enquête DPM (« État sanitaire des Kosovars ») de septembre 1999 a montré que **42 départements** (sur les 54 enquêtés ayant accueillis des réfugiés) ont mis en place une **prise en charge psychiatrique** :

- 24 départements ont eu recours à la Cellule d'urgence médico-psychologique,
- 12 départements ont mobilisé la psychiatrie de secteur et la PMI.

Pour les centres qui ont mis en place un dispositif psychiatrique, les principales modalités des actions entreprises ont été :

- des groupes de parole pour adultes et adolescents,
- des accompagnements des familles,
- des suivis spécifiques des enfants avec activités de dessin ,
- des entretiens et suivis individuels dans certains cas,
- parfois prescription d'anxiolytiques ou d'anti-dépresseurs.

« ***Les CUMP n'ont pas pu intervenir dans tous les centres*** *pour des raisons inhérentes aux DDASS et/ou aux associations gestionnaires des centres et/ou aux directions des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et/ou aux équipes psychiatriques de secteur.* »

La formation, sur place, des personnels locaux (psychiatres, psychologues mais aussi assistants sociaux et personnels d'encadrement des centres) et la sensibilisation des enseignants locaux (pour les écoliers) à la détection des troubles psycho-traumatiques de guerre n'a pas été formalisée et n'a été réalisée que de façon marginale.

6- LE BILAN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES RÉFUGIÉS KOSOVARS[54]

Tous les rapports de mission des CUMP dans les camps ont convergé vers une **incidence de 50% de syndromes psycho-traumatiques** au sein de la population des réfugiés. Mais son expression a été souvent pudiquement tue, pour laisser la priorité des soins aux troubles somatiques et parce que les traumatisés éprouvaient une grande difficulté à parler d'eux-mêmes. **Les femmes qui ont été violées** étaient très déprimées et **refusaient de se faire connaître** par honte et par pudeur **. Celles qui ont été enceintes après viol** ont décliné toute offre d'interruption de grossesse, pour des raisons culturelles. Les mères, les sœurs, les tantes, les grand-mères et les femmes de la communauté ont fait bloc pour nier le viol face aux hommes de la famille et, à fortiori, face à toute intrusion de soignants étrangers sur cette question. Chez les adolescents et les jeunes adultes désœuvrés dans les camps, et une fois passée la période des premières semaines d'installation, les troubles caractériels, l'opposition à toute réglementation sociale, la propension à la violence et le passage aux conduites délictuelles (racket, viol, prostitution) sont apparus. Les enfants plus jeunes, malgré un comportement insouciant et la reprise des jeux, étaient très perturbés intérieurement.

Dans les camps, il est apparu que le PTSD passait par trois phases :

- une première phase d'arrivée au camp avec prostration,
- une phase de moratoire (ou de période de latence) occultée par la nécessité de trouver un abri, de la nourriture,, des vêtements, etc et de rechercher les parents perdus,
- une troisième phase (au bout de plusieurs semaines au camp) d'éclosion des troubles psycho-somatiques avec parfois manifestations d'agressivité intra-communauté et à l'encontre de l'encadrement du camp, voire des soignants.

Il est apparu que la souffrance psychique s'est peu exprimée pendant le transport aérien, ce qui ne signifie pas qu'elle ait été inexistante ou mineure. **La préoccupation de l'état de santé physique a prédominé dans l'esprit des organisateurs des missions**.

Concernant l'accueil des réfugiés sur les aéroports de France, les rapports d'activité des CUMP ont fait état d'une minorité de réactions émotionnelles et de troubles psychiques patents à l'arrivée à l'aéroport.

Par contre, lors d'entretiens individuels ou de groupe effectués sur les sites d'accueil, une importante et omniprésente détresse psychologique a très vite émergé. Des mères ont témoigné qu'après une seule séance de dessin (cathartique), leurs enfants ont cessé d'avoir des cauchemars et de crier dans leur sommeil. Des manifestations anxieuses et dépressives, ainsi que des plaintes somatiques, ont été également signalées.

Pour toutes ces raisons, il importe d'aller au devant de cette souffrance psychique, souvent tue, et de ne pas se limiter à soigner les seuls troubles ouvertement exprimés.

7- ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

7.1- La santé "médicale" des réfugiés Kosovars

En terme de santé individuelle et de santé publique, il convient de considérer les populations réfugiées (catastrophe naturelle, guerre…) **comme des populations fragilisées** (populations déplacées, hébergement précaire dans des camps, malnutrition ou sous alimentation…), **traumatisées et vulnérables tant sur le plan individuel** (maladies infectieuses, psychologie, etc) **que collectif** (la promiscuité favorisant l'éclosion de maladies contagieuses à potentiel épidémique). Certains groupes de population sont "classiquement" particulièrement vulnérables dans ce type de contexte :

- les enfants âgés de zéro à cinq ans,
- les femmes enceintes,
- les personnes âgées.

[54] Source : [VIII]

Partant, il s'agit de **populations** dites "**à risque**"[55] tant pour elles-mêmes, population accueillie, que pour la population française "accueillante".

Les bilans médicaux initiaux

Les bilans de santé initiaux effectués directement par les services médicaux de l' **OMI** (=premier "filtre" sanitaire) ont été **parfaitement anticipés, organisés et réalisés d'un point de vue strictement médical et du dépistage individuels**. Ces bilans ont ainsi permis d'établir un profil sanitaire ainsi que d'obtenir des **données médicales fiables** et utilisables, mais ceci pour une partie seulement de la population réfugiée accueillie. Le **profil sanitaire** de cette population apparaît être celui d'une **population démunie en situation de précarité** avec notamment la mise en évidence d'u **n taux de prévalence de tuberculose préoccupant**, une **absence de suivi et de traitement des pathologies chroniques** (notamment cardio-vasculaires) et un mauvais état dentaire quasi généralisé.

Mis à part les enfants scolarisés, la **couverture vaccinale** des réfugiés **est faible.**

Les bilans médicaux initiaux effectués, pour le compte de l'OMI, par les **services de santé de droit commun** ont été organisés et réalisés de façon variable [56]. De plus et contrairement aux bilans réalisés par l'OMI, ceux effectués par les services de droit commun ne sont **pas de nature à permettre le regroupement et l'agrégation de ces données en vue de leur utilisation sur le plan épidémiologique, dans un objectif de santé publique**.

Le dépistage, la prise en charge et le suivi dans les centres

Les contrôles de l'immunité et le dépistage immunitaire de la tuberculose ainsi que les vaccinations réglementaires chez les adultes n'ont pas été effectués de façon systématique.

Les dispositifs de suivi et de prise en charge (au sens "large" : soins curatifs, préventifs et promotionnels, activités de dépistage etc) ont été variables suivant les départements et n'ont pas été activés dans leur globalité de façon systématique. La prise en charge des soins médicaux curatifs urgents et chroniques, qui représente l'aspect le plus "visible" dans le cadre d'une prise en charge sanitaire, s'est avérée satisfaisante.

La surveillance de l'état sanitaire de la population accueillie

Aucun dispositif spécifique d'alerte ni de surveillance épidémiologique de la santé des réfugiés hébergés dans les centres n'a été instauré à l'échelle régionale ou nationale [3, 7].

[55] **A ce propos, il convient de rappeler que les quelques derniers cas de poliomyélite en Europe proviennent du Kosovo et d'Albanie** [XXXVI]

[56] Dans le contexte d'un accueil d'urgence de réfugiés de guerre et comparativement aux bilans complets et systématiques pratiqués par les services médicaux de l'OMI spécifiquement organisés et préparés aux contrôles médicaux individuels des étrangers

Aucun dispositif spécifique d'évaluation du suivi (et de la guérison) **des cas de tuberculose détectés n'a été formalisé**. L'opportunité de la mise en place d'un tel suivi a été laissée à l'appréciation des DDASS et des services de lutte anti-tuberculeux des Conseils Généraux dans le cadre de leur missions habituelles [3, 7].

Les DDASS

Les DDASS ont eu à organiser en urgence l'accueil d'un nombre important de réfugiés de guerre et donc à réaliser de multiples tâches (de gestion, de supervision, de coordination des actions administratives et socio-sanitaires) dans des délais très courts.

Dans un tel contexte, la mise en place des dispositifs de prise en charge sanitaire globale dépend étroitement de la disponibilité en ressources humaines spécialisées (MISP et IASS notamment) présente au niveau de chaque DDASS.

La transmission préalable d'informations sur les principales caractéristiques (répartition par âge et par sexe et principales pathologies détectées notamment par le SAMU Mondial et les associations humanitaires au moment de la sélection dans les camps et au cours de l'évacuation médicalisée dans les avions) des populations attendues dans les centres aurait été de nature à favoriser l'anticipation du type de dispositif à mettre en place[1, 5, 9, 11, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 30, 34]. En pratique, ces informations pourraient être transmises dès après le "triage" par centre effectué à l'arrivée dans les aéroports.

7.2- La santé" psychologique" des réfugiés Kosovars

Dans le cadre de l'enquête DPM **,** nous ne disposons **pas d'information pour 21 des 75 départements** ayant activé des centres d'accueil. Sur les 54 départements qui ont répondu, **12 n'ont mis en place aucune prise en charge psychiatrique** et ce, probablement pour des raisons de sous-estimation de la dimension médico-psychologique spécifique d'une population réfugiée de guerre, mais aussi de disponibilités insuffisantes en personnels qualifiés pour ce type de prise en charge.

Le CNUMP dispose de l'ensemble des rapports d'activité des interventions et missions des CUMP.

Pour ceux qui ont mis en place une telle prise en charge, la principale difficulté rencontrée s'est avérée être l'identification et la disponibilité d'interprètes professionnels.

Malgré les indications fournies dès l'instruction du 19 avril 1999 [a], à l'instar des dispositifs de prise en charge sanitaire, et pour des raisons similaires, **les dispositifs et modalités de suivi et de prise en charge médico-psychologique mis en place dans les centres, ont été variables** et non systématiques [2, 4, 7, 10]. De plus, certains directeurs d'établissements psychiatriques se sont opposés (pour des motifs de nécessité de service) aux absences de leurs personnels (psychiatres, praticiens hospitaliers, psychologues, infirmiers) que ce soit au sein des CUMP (21 missions d'évacuation n'ont pu comporter de personnels CUMP pour cette raison) ou des dispositifs de suivi.

Le syndrome post-traumatique (et donc sa prise en charge) a été probablement **sous-estimé** chez les réfugiés accueillis en France [2, 4, 7]. En effet, dans un contexte d'urgence, la dimension psychologique apparaît rarement prioritaire vis à vis de pathologies somatiques aiguës ou chroniques "plus apparentes" et des diverses et multiples aspects liés à l'organisation d'un tel accueil.

8- BILAN GÉNÉRAL DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

8.1- La prise en charge médicale des réfugiés Kosovars

La prise en charge médicale curative s'est déroulée sans formalisation, mais s'est révélée efficace grâce à une forte mobilisation du corps médical (y compris les professionnels **bénévoles** médicaux et para-médicaux). Les aspects préventifs ont cependant été insuffisamment développés. **L'absence d'évaluation de la situation sanitaire globale et de surveillance épidémiologique formalisées ne permet pas de répondre aux préoccupations de santé publique qui ont été soulevées par cette opération d'accueil.**

8.2- La prise en charge médico-psychologique des réfugiés Kosovars

Mise à part l'activation systématique nationale des CUMP par le CNUMP, aucune formalisation du dispositif de prise en charge et de suivi psychiatrique n'a été instaurée. Les secteurs de psychiatrie (adulte et enfant) et certains professionnels bénévoles se sont mobilisés "à la demande". Malgré leur activation, les CUMP n'ont pas été systématiquement sollicitées par les autorités départementales. Compte tenu du caractère "apparemment" non prioritaire d'une intervention psychiatrique dans ce contexte et de la nature très spécifique des troubles psycho-traumatiques de guerre (relevant d'un savoir et d'une pratique que seuls une minorité de personnels, dont ceux des CUMP, maîtrisent [VIII]), le constat de **sous-estimation de la dimension médico-psychologique de l'opération** doit être effectué.

8.3- Quel diagnostic pour le dispositif sanitaire d'accueil ?

En raison de l'absence de formalisation de l'évaluation et de la surveillance de l'état sanitaire (y compris psychologique) des réfugiés Kososvars accueillis en France, de la grande variabilité des types de dispositifs mis en place au niveau des centres et compte tenu des informations (partielles) disponibles (bilans médicaux OMI : 50% de la population kosovare arrivée en France, enquête DPM : 70% de taux de réponse des DDASS…), **le constat global de sous-estimation de la dimension sanitaire** (à l'exception de sa composante médicale curative et psychiatrique d'urgence) **de cette opération** doit être envisagé.

Une politique de santé publique et les dispositions afférentes devraient faire partie intégrante de toutes futures politiques et opérations d'accueil.

Chapitre 4- LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU DISPOSITIF A L'ÉCHELLE D'UN DÉPARTEMENT : LE CAS DES YVELINES

1- PRÉSENTATION DU CONTEXTE DE L'OPÉRATION DANS LES YVELINES

Notre **stage**, partie intégrante du cursus de formation des MISP nous a conduit à **participer à la mise en place et au suivi du dispositif d'accueil dans les Yvelines**. Cette participation s'est effectuée sous l'autorité du MISP maître de stage [11], elle-même chargée de la gestion du volet sanitaire de l'opération, et en étroite concertation et collaboration avec le « Service de lutte contre l'exclusion ».

Le 22 avril 1999, le Directeur par intérim de la DDASS des Yvelines [32] s'adressait au Directeur Général des actions sociales du Conseil Général afin de connaître les intentions et disponibilités des services du département pour contribuer à l'effort d'accompagnement et de prise en charge de la population kosovare attendue dans les Yvelines.

Les termes de cette correspondance traduisent la vision que la DDASS se faisait de cet accueil, et présente les **principales dispositions envisagées** :

« *1- Dans l'immédiat*

A compter du 22 avril dans la soirée, cinquante personnes (dont une douzaine d'enfants) sont attendues à l'ancien centre Guynemer de La Queue lez Yvelines (toutes les conditions matérielles et d'accompagnement sont assurées par la Croix Rouge).

A compter du 26 avril, deux nouveaux centres, dont les conditions d'ouverture sont actuellement négociées, devraient pouvoir s'ouvrir :

- *à Conflans-Sainte-Honorine (20 places) au foyer SONACOTRA*
- *à Achères (FJT FAL) pour 30 places*

En fin de semaine, soit vers le 30 avril, nous projetons l'activation de 40 places au foyer SONACOTRA de Gargenville.

D'autres options sont envisageables sur d'autres centres (AFTAM) et sont réservées.

2- Les moyens d'accueil et d'hébergement de première urgence

Ils sont assurés par un financement du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DPM) sur la base d'un prix de journée de 150 F/jour/personne. Les associations, la Croix Rouge, les foyers SONACOTRA et le Secours Catholique sont largement impliqués.

Les frais de santé sont à la charge de l'Aide Médicale de l'État et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Yvelines est prête à assurer l'affiliation de ces nouveaux assurés sociaux sur la base d'une prise en charge dont le modèle type a été diffusé aux hôpitaux et aux centres d'hébergement.

Les contrôles médicaux liés au statut des étrangers seront assurés par l'OMI ou pour son compte par les hôpitaux des Yvelines qui sont saisis.

3- La deuxième phase du séjour

Le premier temps de l'accueil est systématiquement collectif afin de permettre aux personnes accueillies de franchir un cap de "décompression", de satisfaire aux formalités administratives et aux visites médicales. Sa durée peut être de quelques semaines.

La deuxième phase est celle de l'accueil familial, sachant à ce jour que 152 familles des Yvelines se sont fait connaître au Numéro National recueillant les offres d'hébergement de particuliers.

Cet accueil exige la gratuité du séjour et une certaine disponibilité à l'égard des résidants.

4- Les difficultés à résoudre

L'accueil collectif est à ce jour sensiblement cadré compte tenu de l'implication des associations et des communes intéressées.

Il nous appartient toutefois de nous préparer au besoin d'accompagnement, notamment autour des enfants, voire d'autres personnes vulnérables (il faut également penser aux vaccinations).

En outre, il convient de mettre à profit le premier temps d'hébergement collectif pour procéder à des vérifications auprès des familles accueillantes, de leur motivation et des conditions d'hébergement offertes (un contrat devra être conclu)… »

Il s'agissait donc de mettre en place un véritable "**projet pédagogique et social"** adapté à la première phase d'accueil en urgence avant la deuxième phase, prévue, d'accueil en familles [34].

2- LE DISPOSITIF D'ACCUEIL DANS LES YVELINES

2.1- Les sites d'accueil

Dans la mesure où il n'existe **ni CADA ni CPH** dans le département, il est revenu à la DDASS d'identifier des sites potentiels d'hébergement.

Sur les cinq présélectionnés **, deux sites ont été finalement retenus par les services de la préfecture et de la DDASS**, selon les critères de sélection suivants :

- accord et participation des municipalités (préfecture),
- qualité et motivation de l'association gestionnaire (préfecture et DDASS),
- qualité et moyens de la structure d'accueil (DDASS),
- qualité de l'accompagnement proposé (DDASS),
- sécurité de la structure d'accueil (préfecture),

en tenant compte de la typologie de la population à accueillir. La DDASS se réservait la possibilité d'activer les autres sites en cas d'éventuel développement de l'accueil dans les Yvelines [34].

❑ Le premier centre est le **centre GUYNEMER situé sur la commune de La Queue Lez Yvelines et géré par la Croix Rouge Française**[57] (CRF), également propriétaire des locaux. La création du centre a été autorisée par arrêté préfectoral du 2 juin 1999 et la capacité maximale d'accueil fixée par convention avec la DDASS à **51 personnes.**

❑ Le **second centre** est **mis à disposition par la municipalité de Conflans-Sainte Honorine et géré par l'association Conflans Rencontres** (ACR). La création du centre a été autorisée par arrêté préfectoral du 2 juin 1999 et la capacité maximale d'accueil fixée par convention à **27 personnes.**

2.2- Les acteurs institutionnels

La préfecture [21]

Une "**mini cellule de crise** informelle" réunissant un membre du Cabinet du Préfet, le Sous-Préfet à la ville et plusieurs représentants de la DDASS s'est réunie, les premiers jours de l'opération, pour garantir la mise en place et l'accueil du premier contingent de réfugiés.

Les services de la préfecture sont également intervenus pour les aspects normatifs et de sécurisation globale du dispositif. L'autorisation d'ouverture a été matérialisée par des arrêtés préfectoraux.

Conformément aux instructions des 26 mars, 15 et 28 avril 1999 du ministère de l'Intérieur [B, C, D], le Bureau des étrangers de la préfecture s'est déplacé, à plusieurs reprises, sur le site de La Queue Lez Yvelines, pour établir les dossiers et délivrer les APS dans les meilleurs délais.

Au delà de ces missions, la préfecture des Yvelines et la DDASS ont souhaité créer des " **centres de vie**" qui soient plus que de simples centres d'hébergement.

La DDASS

❑ Les réunions de coordination

La DDASS a rapidement ressenti la nécessité de réunir régulièrement l'ensemble des responsables et gestionnaires des centres d'accueil. Ces réunions de coordination correspondaient en réalité à un véritable "**comité de pilotage**". Y prenaient part : les services socio-sanitaires concernés de la DDASS, les représentants départementaux du SSAE, les responsables des associations (CRF et ACR), les directeurs des centres ainsi que la CPAM. Ces réunions se tenaient selon une fréquence mensuelle, mais également "à la demande" le cas échéant.

❑ La coordination interne

Le service « Lutte contre l'exclusion et développement social » a effectué une répartition des tâches de la manière suivante :

[57] Il nous a été précisé que l'indication du choix de ce centre a été posée par le niveau central du ministère, sur proposition de la représentation nationale de la Croix Rouge. La préfecture et la DDASS ont confirmé l'adéquation du centre avec l'accueil envisagé

- La gestion de la remontées hebdomadaires des tableaux statistiques à la DPM ;
- La gestion de l'agrément des familles d'accueil à partir de réunions collectives organisées avec la participation de la DDASS, du SSAE et des associations et responsables centres, et tenues le 9 juin 1999 au centre GUYNEMER et le 17 juin 1999 au centre de Conflans. Ces réunions, précédées d'un entretien téléphonique avec les familles concernées, avaient pour objectifs de :
    - présenter le dispositif et le cadre de l'intervention,
    - présenter les divers degrés de participation possible des familles et les conséquences et implications afférentes,
    - répondre aux questions des familles,
    - apprécier le nombre de confirmations d'accueil par rapport aux premières offres effectuées via le numéro vert national, ainsi que le type de collaboration à envisager avec ces familles ;
- La gestion des enquêtes sociales : dans le but de constituer la liste des familles souhaitant réellement s'engager dans un processus de parrainage ou d'hébergement.
- La gestion des propositions de logements autonomes mis gracieusement à disposition. Se posait alors la question de l'allocation d'insertion pour la famille qui aurait été amenée à y résider, ainsi que le lien formel à établir entre le propriétaire du logement et la famille accueillie. Pour ces raisons, les quelques propositions effectuées n'ont pu être retenues ;
- La gestion des offres d'aides diverses : le collectif d'une municipalité proposait une offre multiple (accompagnement aux demandes, soutien matériel, animation…) qui a été orientée vers la Croix Rouge afin de pouvoir répondre à des besoins non couverts.

Le SSAE

A la demande de la DDASS, l'antenne départementale du SSAE est intervenue au niveau des centres afin de :

- réaliser l' **évaluation sociale** de tous les réfugiés hébergés au travers d'entretiens spécialisés (parcours migratoire des personnes, besoins immédiats et à plus long terme),
- informer les réfugiés sur les différents statuts d'**accès aux droits et au séjour**,
- fournir un appui technique au personnel des centres d'hébergement (rôle de "référent législatif et administratif" pour les gestionnaires des centres),
- informer les partenaires locaux en fonction des besoins repérés.

Les municipalités

La municipalité de Conflans, dès le début de l'opération, avait manifesté son intérêt pour participer à l'accueil. La préfecture a géré les relations avec la municipalité de La Queue Lez Yvelines suite à la proposition effectuée par les autorités nationales de la CRF de rouvrir le centre GUYNEMER.

Le Conseil Général

La PMI, sollicitée notamment sur les secteurs de Sartrouville et de La Queue Lez Yvelines (en relais du médecin bénévole [22]), a activement participé au dispositif dans le cadre de ses missions.

En revanche, les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du département ne se sont pas mobilisés pour l'opération [5, 18, 23, 34], estimant que cette dernière relevait du domaine de l'État.

Note : le Conseil Général a effectué un don de 400 000 F aux instances nationales de la CRF [5, 34].

3- LE PROJET D'ACCUEIL EN FAMILLES

Près de **trois cents familles Yvelinoises ont manifesté un élan de solidarité** en faveur des réfugiés. Après un courrier de remerciement pour cette participation, elles ont reçu une seconde lettre de la DDASS en date du 11 juin 1999, leur expliquant les suites données à leur demande.

En lien avec le SSAE, la DDASS a organisé des réunions collectives d'information. Des visites ont été effectuées chez les familles domiciliées autour des centres et volontaires pour de l'hébergement.

Au cours de la réunion de coordination du 28 mai 1999, les participants ont constaté qu'il n'y avait pas de demande d'hébergement de la part des réfugiés [58]. A donc été retenu le principe d'un accueil progressif, en développant plutôt les diverses formules de parrainage dans un premier temps.

Résultats des réunions d'information pour les familles présélectionnées :

- secteur de La Queue lez Yvelines (9/6/99) : quinze familles étaient invitées, cinq sont venues, trois ont maintenu leur proposition d'hébergement dont une à court terme. Les autres ont choisi de participer au réseau de parrainage qui a fonctionné avec le centre,
- secteur de Conflans (17/6/99) : vingt-quatre familles étaient invitées, six sont venues, deux se sont excusées mais sont demeurées intéressées par le parrainage.

Faute de volonté des Kosovars d'être accueillis par des familles françaises, cet hébergement n'a pu débuter. Le parrainage, formule modulable selon les possibilités et souhaits de chacun, a par contre fonctionné.

Un certain nombre de **familles**, ayant proposé d'héberger des réfugiés, ont **manifesté leur mécontentement** de ne pas voir leur offre se concrétiser. A titre d'exemple, la correspondance présentée en annexe n°17 reflète les difficultés qu'une DDASS (cf. réponse de la DDASS en annexe n°17 bis) a pu rencontrer dans la gestion de ce projet national d'accueil en familles françaises.

[58] Fin juin 1999, toujours aucune demande n'avait été exprimée par les familles kosovares (Source : « *Note sur la situation de l'accueil des Kosovars* », DDASS 78, 24 juin 1999)

4- LE CENTRE D'ACCUEIL GUYNEMER

Cette propriété appartenant à la CRF est un ancien centre de moyen séjour de rééducation orthopédique pédiatrique, fermé par les autorités sanitaires depuis le 30 juin 1997.

La **convention DDASS / CRF**, avec effet à compter du 22 avril 1999, a autorisé l'hébergement de 51 personnes et indiquait les prestations et le personnel (7,25 ETP) à mettre en place dont un chef de centre [18] et un interprète permanent [14].

La Croix Rouge a disposé d'un **délai d'une semaine pour réactiver le centre**, le directeur de l'IME Christian Lazard [1], établissement CRF situé sur la même commune, a organisé et coordonné la remise en route du centre grâce à l'aide de nombreux bénévoles de la commune et secouristes CRF. Les Kososvars étant de confession musulmane à 85% (10% d'orthodoxes et 5% de catholiques), la Croix Rouge avait préparé un espace de culte, mais celui-ci n'a jamais été utilisé par les réfugiés.

Les 42 premiers réfugiés sont arrivés le jeudi 22 avril 1999 dans la nuit, en provenance de Roissy.

Une permanence de sécurité 24 h/24 a été instaurée dès l'arrivée des premiers réfugiés et est restée effective jusqu'à la fermeture du centre. Cette permanence a été assurée par des secouristes CRF pendant les deux premières semaines, puis par une équipe tournante de quatre salariés (ETP).

Un interprète albanais bénévole [14] a été identifié par la Croix Rouge parmi ses bénévoles du département et a débuté ses interventions le samedi 24 avril 1999. A partir du mois de juillet 1999, il est devenu salarié CRF après avoir obtenu son statut officiel de réfugié politique par l'OFPRA. A leur arrivée les réfugiés lui sont apparus épuisés, désorientés et traumatisés psychologiquement, et refusaient de parler de leur parcours récent : « ***Il y a des choses dont ils n'ont pas parlé, qu'ils gardent encore en eux aujourd'hui***… ». Ces constats ont été confirmés par les représentants de la DDASS présents le soir de l'arrivée et par les équipes psychiatriques.

Le 12 mai 1999, par le même vol que les premiers réfugiés arrivés au centre de Conflans, le centre GUYNEMER a accueilli 7 nouveaux réfugiés :

- un couple avec 2 enfants,
- deux femmes seules de la même famille,
- un homme seul.

Ces personnes, à l'exception de l'homme seul, ont quitté définitivement le centre dès le lendemain, sans prévenir. Une communication téléphonique au centre le 14 mai a permis d'apprendre que la première famille s'était rendue chez des proches en Belgique.

Concernant la scolarisation des enfants mineurs, et à la demande de la préfecture, l'Inspection Académique a dégagé, dès le début du mois de mai 1999, un poste d'enseignant (une institutrice)

pour les 7 enfants âgés de 4 à 12 ans (période de mai à juin 1999). Puis, dès la rentrée scolaire de septembre 1999, les enfants ont pu rejoindre les écoles maternelle et primaire de la commune[59].

Au cours de la réunion de coordination du 28 mai 1999, les responsables CRF ont exprimé toute leur satisfaction quant à la mise en place et au suivi de l'**aide médicale**. Ils ont indiqué que les réfugiés faisaient preuve d'une bonne adaptation à la langue française et d'une bonne intégration à la vie collective du centre. Par contre, a été regrettée la **non-participation des adolescents à la vie collective du centre** (travaux d'intérêt collectif) et soulevée la question de leur avenir universitaire. **L'avenir scolaire et universitaire des jeunes et professionnel des adultes est apparue comme la question majeure**. **Les participants ont également retenu de faire remonter auprès de la DPM la nécessité de pouvoir disposer d'interprètes** professionnels dans les meilleurs délais.

Au cours de la réunion DDASS / CRF du 14 octobre 1999, il a été constaté par l'ensemble des participants que « **La situation d'urgence s'est transformée en cocooning… le but est de pousser les réfugiés à être autonomes et d'arrêter l'assistanat**… ». Il a donc été retenu d'effectuer un bilan-diagnostic des familles, au cas par cas, avec la participation du SSAE.

La formation linguistique pour les adultes n'a pu démarrer avant la fin du mois de novembre 1999 [18]. Cependant dès le mois de juin 1999, des bénévoles et trois étudiants stagiaires ont pu délivrer quelques notions élémentaires de français [23].

La plupart des réfugiés adultes ont trouvé un emploi (parfois sous qualifié[60]) avant la fin 1999, certains par contact direct avec l'employeur via les gestionnaires du centre, d'autres par l'intermédiaire de bénévoles, les annonces des journaux et le Minitel et un emploi grâce à l'ANPE.

Initialement prévue pour fin décembre 1999, la fermeture du centre a été reportée au 25 janvier 2000.

Au total, 90 réfugiés Kosovars auront été accueillis par le centre GUYNEMER (cf. annexe n°18).

5- LE CENTRE D'ACCUEIL DE CONFLANS-SAINTE-HONORINE

La **convention DDASS / ACR**, avec effet à compter du 12 mai 1999, a autorisé l'hébergement de 27 personnes et indiquait les prestations et le personnel (5 ETP) à mettre en place dont un coordonnateur de centre [28], un interprète et une maîtresse de maison.

Des **bénévoles** du **Secours Catholique**, du **Secours Populaire** et des interprètes bénévoles [24] ont également contribué à la vie du centre.

La **municipalité** a, en sus du centre, mis à disposition ses services social et médical du Centre de santé municipal.

[59] « *Certains enfants n'avaient pas encore acquis suffisamment de bases en français pour être intégrés directement dans une classe française, il aurait été souhaitable de poursuivre un enseignement plus individualisé au sein des écoles avant de les mettre en classe* » [18]

Les trois premières familles sont arrivées le 12 mai 1999, soit 16 personnes (7 adultes et 9 enfants).

Une famille [19] arrivée "spontanément" le 15 mai 1999 au centre a connu des difficultés de cohabitation avec les autres familles kosovares en raison de son appartenance à l'ethnie Goran.

La formation linguistique n'a pu débuter avant le 18 octobre 1999.

La plupart des adultes ont également trouvé des emplois (maçons, manœuvres, etc) le plus souvent grâce aux contacts établis par les bénévoles, mais aussi via l'ANPE (un électricien [19]).

La fermeture du centre est prévue pour fin juin 2000, soit à la fin de l'année scolaire.

Au total, 31 réfugiés Kosovars auront été accueillis par le centre (cf. liste en annexe n°19).

6- LE DISPOSITIF SANITAIRE D'ACCUEIL ET DE SUIVI

La DDASS a initié et organisé :

- le dispositif sanitaire (médico-psychologique) d'accueil et d'urgence
- le dispositif de couverture médicale,
- les visites médicales pour le compte d l'OMI au centre GUYNEMER.

Les responsables des centres ont rapidement signalé la prescription de médicaments non remboursés. Des sensibilisations des médecins libéraux de secteur ont donc été réalisées.

6.1- Au centre GUYNEMER

Le dispositif d'accueil (de nuit) des 42 premiers réfugiés[61] (jeudi 22 avril 1999)

- des élus locaux,
- un médecin généraliste bénévole [20],
- un pédiatre de l'IME Croix Rouge C. Lazard,
- deux infirmières de l'IME,
- le médecin-psychiatre responsable de la CUMP,
- des membres du groupe ERIC (service mobile d'urgence médico-psychologique, secteur GXI de psychiatrie des Yvelines),
- des représentants de la DDASS et de la CRF,
- des médias.

Le dispositif de bilan initial

Les **bilans médicaux de contrôle** ont été réalisés, pour le compte de l'OMI, par **les services de santé de droit commun du secteur** (centres hospitaliers de Rambouillet et de Houdan) et organisés,

[60] **Un professeur d'Université en comptabilité a trouvé un poste d'agent d'entretien dans un supermarché du secteur, une professeur de lettres pratique le repassage dans un pressing de la place, etc**
[61] On notera l'absence d'interprète

ainsi que les moyens de transport afférents, par la DDASS. Les bilans ont ensuite été transmis au MISP de la DDASS qui, après vérification, les a transmis à l'OMI.

Le dispositif de suivi et de prise en charge

Un **médecin généraliste bénévole** [20] a assuré quasi **quotidiennement l'ensemble des soins**, curatifs et préventifs, tant chez les adultes que chez les enfants, ainsi qu'un rôle de lien entre les divers intervenants sanitaires. A partir du mois d'août 1999, l'état sanitaire des réfugiés ne posant plus de problèmes particuliers, le relais a été pris par un médecin généraliste de la maison médicale de la commune, ainsi que par la PMI de secteur dans le cadre de ses missions.

La carte santé a pu être obtenue en moins de deux semaines [23].

Le dispositif de prise en charge psychiatrique

La psychiatrie de secteur a dû se mobiliser en 24 heures. La **commande de la DDASS** consistait en « une demande d'évaluation de la situation ainsi qu'en une identification et prise en charge des troubles immédiats urgents dans le cadre d'un dispositif léger ». Les équipes ont préféré intervenir également dans le moyen terme en proposant une offre de soins sur site (« ***Il était important d'aller vers les réfugiés, de les apprivoiser pour se faire accepter***… ») [25, 26].

Le soir de l'accueil et le deuxième jour, le psychiatre responsable de la **CUMP** a organisé des **"débriefing"** (écoutes groupales) avec l'ensemble des réfugiés du centre ainsi que la participation des équipes pédo-psychiatriques de secteur (cf. annexe n°20). Puis, pendant plusieurs jours, des permanences ont été organisées conjointement entre la pédo-psychiatrie, la psychiatrie adulte et le groupe ERIC. Un nouveau débriefing collectif, rassemblant seulement les adultes, a été organisé quelques jours plus tard. A ces différentes occasions, des **troubles symptomatiques classiques de PTSD ont été identifiés**, mais « *sans manifestation "explosive*", *ni trouble majeur* » [25, 26].

Ces équipes de pédo-psychiatrie (intersecteurs 4 et 5 [8]), rattachées à l'établissement public de santé CHARCOT, sont intervenues une fois par semaine puis toutes les deux semaines, et ont effectué un certain nombre de constats et propositions :

- voir en **annexe n°20** : les **commentaires et propositions d'organisation du médecin-psychiatre chef de service de l'intersecteur 4**,
- voir en **annexe n°21** :le **compte rendu d'activité de l'équipe de l'intersecteur 5** [8] (rapport publié dans le journal interne de CHARCOT en novembre 1999).

Pour la psychiatrie adulte [25], une psychiatre du secteur 16 a assuré la prise en charge et le suivi, une demi-journée par semaine, jusqu'au mois de juillet 1999. A partir du mois d'août, la prise en charge sur site n'est plus apparue nécessaire, le dispositif a donc été levé avec relais vers le dispositif classique de consultations en CMP.

L'équipe rapide d'intervention de crise (**groupe ERIC** [26]) assurait la **coordination** des différentes interventions, le travail institutionnel auprès de la Croix Rouge, les urgences (10 interventions en

urgence ont été recensées dont quatre véritables urgences psychiatriques) ainsi que les permanences de week-end.

Les vacations d'interprète ont permis l'intervention d'une interprète professionnelle assermentée, nécessaire pour la prise en charge psychiatrique sur place, dans le centre (deux jours par semaine).

« ***Tout le monde était un peu novice, y compris la CRF et nous aussi les psychiatres***… » [25, 26]

6.2- Au centre de Conflans

Le dispositif d'accueil des 16 premiers réfugiés (mercredi 12 mai 1999)

- représentants de la municipalité de Conflans-sainte-Honorine,
- un médecin généraliste du SMUR du CHI de Poissy-Saint-Germain (hôpital de référence du secteur),
- un médecin psychiatre du secteur et le médecin psychiatre de la CUMP,
- des représentants de la DDASS et de l'ACR.

Aucun problème médical urgent particulier n'est survenu le soir de l'arrivée, un suivi et une prise en charge ont cependant été organisés par le CHI pour une femme qui présentait une pathologie lourde.

Sur le plan psychiatrique, au-delà de l'observation des premières heures, une seconde visite a été effectuée par les mêmes médecins psychiatres le lendemain, jeudi 13 mai. Le vendredi 14 mai, un débriefing a été organisé ainsi que le lien avec la pédopsychiatrie de secteur.

Le dispositif de suivi et de prise en charge

- un médecin coordinateur du réseau santé / précarité, qui a assuré le rôle de lien avec les divers intervenants,
- les services du centre de santé municipal pour les soins curatifs,
- les médecins du RESO, volontaires en cas de nécessité.

7- UN CAS PARTICULIER : LE CONVOI SANITAIRE DE LA CHAÎNE DE L'ESPOIR

7.1- Le cadre général de l'intervention et de la prise en charge par la Chaîne de l'Espoir

- La gestion des rendez-vous avec les hôpitaux avec lesquels l'association travaille par convention (Broussais et Necker),
- La prise en charge des frais relatifs aux soins, interventions chirurgicales, suivis post-opératoires (notamment moyen séjour) et transports sanitaires des malades évacués,
- La non prise en charge des membres des familles et soins des malades, non directement liés à la décision d'évacuation,
- Le "parrainage", pour le temps des soins, par des familles françaises sélectionnées par l'association (Il est à noter que ce type de parrainage correspond à une notion différente de celle prévue par les notes de la DPM. De plus, tous les malades n'avaient pas de

"parrain" identifié. Se posait également, en terme de la gestion de l'accueil, la question du parrainage du reste de la famille du malade).

7.2- Le contexte et le dispositif

Le 13 juillet 1999 à 22 heures, est arrivé à l'aéroport de Roissy ce convoi sanitaire de 31 personnes, soit sept familles, dont les malades (un par famille) étaient pris en charge par l'association humanitaire la Chaîne de l'Espoir. Deux d'entre eux ont d'ailleurs été hospitalisés dès leur arrivée.

Ces malades, accompagnés de leur famille, présentaient des pathologies lourdes, principalement cardiaques et chirurgicales :

- communication interventriculaire chez un nourrisson de six mois,
- valvulopathie mitrale (opérée à Belgrade) décompensée,
- plaie thoracique par balles, pneumothorax, perforation gastrique, plaie paroi veine cave,
- atrésie anale avec fistule recto-vaginale chez une petite fille de 4 ans,
- insuffisance mitrale,
- angor instable.

Le choix de ce site (foyer AFTAM pour travailleurs migrants) a été effectué par la DPM, **la DDASS a été informée de l'arrivée de ce convoi 24 heures plus tôt**, soit le 12 juillet 1999.

L'arrêté préfectoral du 13 juillet 1999 a autorisé la création de ce « **centre d'accueil d'urgence temporaire** ».

La **convention DDASS / AFTAM**, avec effet à compter du 13 juillet 1999 a autorisé une capacité d'accueil de 40 lits et indiquait les prestations et le personnel (3,4 ETP) à mettre en place :

- un chef de service (0,1 ETP et supervisant plusieurs foyers AFTAM),
- un agent administratif du centre (0,2 ETP),
- un interprète permanent (1 ETP),
- un travailleur social (1 ETP),
- un veilleur de nuit (1 ETP).

Le médecin coordinateur du réseau santé / précarité était chargé d'effectuer le relais avec le système de soins du secteur.

La DPM nous a indiqué que les **Yvelines** ont été le **seul département à accueillir un convoi d'évacuation sanitaire**.

7.3- Les difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée par la DDASS pour assurer la bonne gestion de cet accueil, a été l'absence d'information préalable sur l'état sanitaire des personnes attendues : « En

conséquence, on s'interrogeait sur le dispositif et le suivi à mettre en place... Deux personnes ont été hospitalisées les deux premières nuits… »[62].

L'accueil d'un convoi d'évacuation sanitaire dans un foyer pour travailleurs migrants a soulevé de nombreuses autres difficultés :

- inadéquation et inadaptation d'un foyer pour travailleurs migrants "classique" avec l'accueil concomitant d'un convoi médicalisé de type "chirurgical lourd",
- inadaptation du foyer à l'accueil de familles comprenant des mères isolées et des enfants en bas âge,
- absence d'information préalable sur la nature et la gravité des pathologies permettant de préparer un accueil médicalisé adapté,
- inexpérience de l'organisme gestionnaire pour un accueil fortement médicalisé, d'où insuffisante prise en compte de l'aspect et des impératifs liés à la mise en place du dispositif sanitaire[63] malgré les rappels et injonctions de la DDASS et de la CRF
- inexpérience dans le domaine de l'accompagnement social de familles et de jeunes, notamment mineurs.

7.4- Les solutions palliatives

Ces divers points ont motivé, à l'initiative de la DDASS, la tenue d'une réunion de coordination spécifique le 5 août 1999, en présence de responsables nationaux de l'AFTAM, sur le type de dispositif sanitaire à envisager pour garantir au mieux la sécurité et la santé des patients et familles accueillis.

Dans ce contexte, et grâce à ses secouristes et professionnels médicaux et paramédicaux bénévoles, **la Croix Rouge a permis de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge sanitaire dans le centre de ce convoi humanitaire** (cf. la fiche de poste de l'infirmière coordinatrice CRF en annexe n°22).

L'active et immédiate participation de la PMI du secteur, sollicitée par la DDASS dans le cadre de ses missions (bilans mère-enfant : prévention y compris vaccinations et dépistage de la tuberculose par IDR chez tous les réfugiés) est également à souligner.

7.5- Le constat pour la DDASS

La préparation dans l'extrême urgence de cet accueil et les multiples difficultés présentées, ont nécessité un lourd investissement humain de la part de la DDASS pour garantir la sécurité et la qualité de cet accueil particulier.

[62] Source : « *Compte rendu de la réunion de coordination du 20 juillet 1999* », DDASS 78, 26 juillet 1999
[63] Dispositif sanitaire évoqué au sens large : dépistage, prévention, soins, accompagnement psychologique, permanences de nuit et de week-end, etc.

8- LES ASPECTS FINANCIERS

8.1- Le coût de l'accueil en centres au 31 décembre 1999 (sur la base de 155 F/j./pers.)

CROIX ROUGE	CONFLANS RENCONTRES	AFTAM SARTROUVILLE	TOTAL
1 778 949 F	**970 920 F**	**307 520 F**	**3 057 389 F**

A ce **coût direct** d'accueil en centre, **s'ajoutent les coûts des autres interventions** :

- la psychiatrie (CUMP, équipes des secteurs adultes et enfants, médicaments),
- les prestations des PMI,
- les prestations des centres de santé municipaux,
- les hospitalisations, soins courants, soins dentaires etc, pris en charge par l'aide médicale de lÉtat,
- les formations (linguistiques, à l'emploi, etc.),
- les frais liés à la scolarisation,
- les frais liés aux séjours en centres aérés
- les coûts induits liés à la participation active de nombreux bénévoles, notamment l'équipe médicale du centre GUYNEMER ainsi que le psychiatre de la CUMP.

A titre d'information, le **coût estimé** de la prise en charge et des interventions de la **psychiatrie** de secteur (enfants, adultes et urgences) **pour le centre GUYNEMER** s'élève à **68 300 F**[64].

8.2- Quelques commentaires évocateurs

« La question de délégation de crédits est récurrente et posée quotidiennement à mes services » [65].

« **A ce jour, aucune délégation de crédits n'est encore survenue. L'urgence de cette question est évidente**. »[66]

« ***Le processus budgétaire n'a pas été à la hauteur du processus d'accueil, plaçant la DDASS en situation difficile vis à vis des associations gestionnaires des centres, en termes de partenariat actuels et futurs***… »

« *Le ministère avait annoncé que des instructions seraient données aux services du ministère des Finances pour faciliter les choses et bénéficier d'une certaine souplesse, le TPG n'a pas été informé…* »

[64] Source : établissement public de santé Charcot, services financiers
[65] Source : « Note à l'attention de la DPM », DDASS 78, 3 juin 1999
[66] Source : « *Compte rendu de la réunion de coordination départementale du 28 mai 1999* », DDASS 78

«*155 F par jour et par personne, ce n'est pas large pour un accueil en urgence…* »

En pratique : le premier arrêté de mandatement pour la Croix Rouge n'a été visé par le TPG que le 5 octobre 19999, pour une ordonnance de délégation de crédits datant du 5 juillet 1999.

9- LE BILAN DE L'ACCUEIL DANS LES YVELINES

9.1- Le bilan pour les centres d'accueil

Après deux mois de fonctionnement (mai et juin 1999), les centres ont mentionné comme **principaux problèmes rencontrés**[67] :

- la difficulté à organiser des activités occupationnelles, notamment pour les hommes,
- la difficulté à occuper les grands adolescents pour la période d'été,
- la difficulté à gérer les tensions qui apparaissent, dues à l'inactivité des jeunes,
- la difficulté à trouver des formations linguistiques pour tous[68],
- la difficulté à faire comprendre le concept de parrainage aux familles kosovares,
- la difficulté à répondre aux questions sur la durée de séjour possible dans les centres,
- la difficulté à gérer la demande d'intégration dans la société française (recherche d'emploi, de logement autonome, alphabétisation…),
- la difficulté à répondre à certaines familles qui s'interrogent sur les modalités de retour au Kosovo pacifié.

Sur l'ensemble de ces questions, les centres ont donc sollicité une aide auprès de la DDASS et au-delà un accompagnement social des familles pour le passage à l'autonomie dans la société française : « ***Il s'agissait d'une mission que les associations gestionnaires des centres n'avaient pas pour vocation à assumer initialement dans le cadre du dispositif temporaire d'accueil*** **»**.

« ***Les chefs de famille ont pris la culture occidentale en pleine figure****… Les pères ont perdu leur autorité sur les jeunes…* » [23], « ***Nous referions la même chose si c'était à refaire***… » [23], « ***Les victimes d'aujourd'hui pourraient être les bourreaux de demain****…* » [23].

9.2- Le bilan pour la DDASS

La DDASS s'était fixé pour objectif de : **«** *Réaliser le meilleur accueil possible dont la DDASS aura à rendre compte devant le gouvernement français***…** » [34].
Elle a pleinement joué son rôle en se positionnant comme point de convergence, de coordination et d'harmonisation de toutes les demandes, commandes, injonctions, informations, etc. Tout en conservant en permanence le souci d'innover, d'être pragmatique et de

[67] Sources : **«** *Note sur la situation de l'accueil des Kosovars* », DDASS 78, 24 juin 1999 et « *Compte rendu de la réunion de coordination départementale du 22 juin 1999* », DDASS 78, 9 juillet 1999
[68] La note de la DPM relative à l'apprentissage linguistique date du 12 juillet 1999 [k]

prioriser les actions en tenant compte des impératifs de l'ensemble des intervenants [34]. « ***Le bon sens et la disponibilité sont les deux facteurs de réussite de ce type d'opération***. » [34].

Les **partenaires** (Croix Rouge, Association Conflans Rencontres, SSAE, municipalités de La Queue Lez Yvelines et de Conflans) ont **parfaitement rempli les missions** que leur a confiées la DDASS [5, 21, 34] : « *Ils ont exprimé la volonté de se hisser à la hauteur des enjeux fixés par le ministère* » [34].

La DDASS a également souligné l'active participation des autres acteurs (la CUMP et la psychiatrie adultes et enfants de secteur, les centres hospitaliers de secteur, les PMI de secteur, le centre de santé municipal de Conflans, le médecin et les infirmières bénévoles du centre GUYNEMER, le médecin coordinateur du réseau santé-précarité sans oublier les nombreux bénévoles "spontanés").

Cependant, la DDASS a regretté l'absence de participation des services de l'ASE du Conseil Général.

Les retards observés quant à la mise à disposition des crédits et les difficultés rencontrées pour l'acceptation des dossiers par les services déconcentrés du ministère des Finances, sont unanimement considérés (institutions et associations) comme les points faibles de l'opération.

Globalement : « ***Les choses se sont bien passées avec l'adhésion quasi militante de l'ensemble des acteurs, y compris des agents de la DDASS*** » [34].

9.3- Le bilan de la préfecture

« ***La coordination avec la DDASS a été optimale, la dynamique Préfecture / DDASS / associations a été de qualité et particulièrement efficace*** » [21].

10- CONCLUSION

Une telle **intervention d'urgence** reste cependant particulièrement **coûteuse et consommatrice en ressources humaines pour une DDASS**. Sa gestion s'est effectuée, de fait, **au détriment du traitement d'autres missions** (préparation de la campagne d'hiver pour les sans domiciles fixes,etc.) Cette opération d'accueil, confiée aux DDASS, soulève la difficile question de la limite de leurs capacités d'intervention, compétences et missions, en termes de :

- gestion collective ou individuelle,
- maîtrise d'ouvrage ou maîtrise d'œuvre ("**les DDASS font faire plutôt qu'elles ne font**").

Il convient de souligner la **satisfaction de l'ensemble des intervenants** d'avoir vu **de nombreuses familles trouver un emploi**, facteur indispensable d'autonomisation réelle.

Chapitre 5- L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO DANS LES DIFFÉRENTS PAYS

1- L'INTÉRÊT ET LA DIFFICULTÉ D'ÉTABLIR UNE COMPARAISON INTERNATIONALE

Ce chapitre a pour objectif de présenter de façon synthétique les principales caractéristiques des dispositifs d'accueil dans les différents pays [69] ayant accepter de participer à l'opération « Kosovo » et de pouvoir en dégager les éventuelles spécificités de l'accueil gouvernemental français au sein du dispositif international. Il nous semble qu'au-delà de simples éléments de comparaison, au demeurant peu aisés à réunir, le dispositif mis en place par chacun des pays est susceptible de refléter "la philosophie" de l'accueil envisagé en particulier et la politique en matière de droit d'asile en général.

2- LES PRINCIPAUX PAYS D'ACCUEIL[70]

1. Allemagne → 14 689 personnes
2. États-Unis → 9 198 personnes
3. Turquie → 8 340 personnes
4. **France ® 6 339 personnes**
5. Norvège → 6 072 personnes
6. Italie → 5 829 personnes
7. Canada → 5 438 personnes
8. Autriche → 5 080 personnes
9. Royaume-Uni → 4 346 personnes
10. Pays-Bas → 4 060 personnes
11. Australie → 3 969 personnes
12. Suède → 3 696 personnes
13. Danemark → 2 823 personnes
14. Suisse → 1 687 personnes
15. Espagne → 1 426 personnes
16. Portugal → 1 271 personnes
17. Belgique → 1 223 personnes
18. Pologne → 1 049 personnes
19. Irlande → 1 033 personnes
20. Finlande → 960 personnes
21. Luxembourg → 101 personnes

La France se situe, en termes d'effectifs, parmi les pays à avoir officiellement accueilli le plus de réfugiés.

[69] Sources : [VIII, IX]
[70] Nombre de personnes évacuées de Macédoine par le HCR du 5 avril au 30 juin 1999**, ces chiffres ne prennent donc pas en compte les réfugiés arrivés "spontanément"** (source : HCR, 1er juillet 1999)

3- LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCUEIL DANS LES DIFFÉRENTS PAYS

3.1- Allemagne

Après un premier quota de 10 000 personnes évacuées de Macédoine, les autorités allemandes ont annoncé un second quota de 10 000 réfugiés, avec priorité aux membres de familles déjà présentes en Allemagne. « 5 000 seront accueillis immédiatement, l'accueil des 5000 autres étant conditionné à "l'effort de solidarité" de nos partenaires européens » (**14 689** réfugiés en provenance des camps de Macédoine ont été finalement accueillis). Rappelons que **la communauté kosovare en Allemagne était de près de 300 000 personnes avant le début du conflit**. Les Kosovars se voient appliquer la **législation sur les réfugiés de guerre**, **exclusive du statut Convention de Genève auquel ils n'ont pas accès, contrairement aux demandeurs d'asile "spontanés"** qui peuvent choisir cette voie bien que l'instruction des demandes d'asile ait été suspendue. Les réfugiés se voient délivrer un titre provisoire de séjour de trois mois renouvelable avec droit au travail, mais une **liberté de circulation et des droits sociaux limités**. De très nombreux réfugiés arrivant "spontanément" aux frontières allemandes ne déposent pas de demande d'asile ; ils sont accueillis dans leur famille et bénéficient au mieux du statut très précaire de "tolérance" (Duldung). Les réfugiés Kosovars sont accueillis dans des centres existants d'hébergement pour demandeurs d'asile selon une clef de répartition régionale élaborée à l'échelon national (la question du séjour des réfugiés est de la compétence des régions ou *Länder* et non de la fédération). Les autorités allemandes ont déclaré que « **tous les ressortissants yougoslaves détenteurs d'un titre de séjour en Allemagne doivent rentrer dans leur pays** ». L'hypothèse de renvois forcés des Kosovars est déjà envisagée pour l'année 2 000. Il s'agit en principe de retour définitif. **Certains décrets régionaux prévoient cependant le principe du voyage exploratoire** (voyage d'orientation).

3.2- Autriche

L'Autriche s'est engagée à accueillir 5 000 réfugiés évacués des camps de Macédoine et 1 000 personnes au titre du regroupement familial (**5 080** réfugiés évacués de Macédoine ont été effectivement accueillis). Des demandeurs d'asile "spontanés" continuent de franchir la frontière slovène. Les réfugiés Albanais du Kosovo se voient accorder un régime de protection temporaire. **L'examen des demandes d'asile a été gelé**.

3.3- Belgique

La population albanaise du Kosovo actuellement présente en Belgique est estimée à environ 10 000 personnes, dont **1 223** ont été accueillies dans le cadre du programme d'évacuation du HCR. Le régime de protection temporaire prévoyant un titre de séjour de six mois renouvelable avec droit au travail s'applique uniquement aux Albanais du Kosovo arrivés dans le cadre du programme d'évacuation et aux parents proches des Albanais du Kosovo résidant déjà régulièrement en Belgique, sous réserve qu'ils soient entrés régulièrement sur le territoire belge. **Les Albanais du Kosovo, arrivés "spontanément" ou évacués de Macédoine, peuvent déposer à tout moment une**

demande d'asile même si l'instruction des demandes est suspendue. S'ils le désirent, les réfugiés du Kosovo peuvent être hébergés dans des centres d'accueil gérés par l'État pour une durée actuellement limitée à la durée de la protection temporaire (6 mois). Ils bénéficient de la liberté de circulation. **Un programme d'assistance aux Albanais du Kosovo est mis en place avec notamment la définition du profil socio-économique des réfugiés, afin de permettre de mettre en œuvre des programmes de formation et de réinstallation conformes aux besoins, tant en Belgique qu'au Kosovo, dans la perspective de leur retour au pays**.

3.4- Canada

Outre les 5 000 réfugiés (**5 438** effectivement accueillis) que le Canada s'est engagé à accueillir, les autorités canadiennes traitent sur place en Macédoine et Albanie les demandes de regroupement familial. A leur arrivée, les réfugiés sont accueillis dans les bases militaires avant d'être répartis dans les communes et pris en charge par des groupes de parrainage privés (associations ou regroupement de particuliers) dans le cadre d'un programme financé par l'État ou sur deux ans. Ces groupes de parrainage ont pour mission d'offrir "amitié et soutien" pour les aider à s'insérer dans la société canadienne (accès aux services, scolarisation, apprentissage de la langue, recherche d'emploi). **Les réfugiés ont la possibilité de rester et de s'établir au Canada de façon permanente**.

3.5- Danemark

Le gouvernement danois a annoncé l'accueil de 3 000 Albanais du Kosovo évacués des camps de Macédoine ou au titre du regroupement familial (**2 823** personnes ont été effectivement accueillies). Aux termes de la "loi d'urgence sur le Kosovo" régissant cet accueil, les Albanais du Kosovo arrivés "spontanément" ou dans le cadre de l'accueil gouvernemental se voient délivrer un **permis de séjour de six mois renouvelable pendant une période maximale de deux ans**. La loi ne précise pas les conditions sociales de ce **régime de protection temporaire moins favorable que le statut de réfugié Convention de Genève** (même traitement que les demandeurs d'asile). L'instruction des demandes d'asile a été suspendue. En outre, **l'assurance maladie et les soins médicaux seront couverts par l'État danois pendant un an après le retour au pays**.

3.6- Espagne

L'Espagne a accueilli **1 426** réfugiés évacués de Macédoine qui se voient accorder un **permis de séjour "à titre exceptionnel", au titre de personnes déplacées**, comme le prévoit la loi espagnole sur l'asile mais **sans droit au regroupement familial**. Il est question de modifier la législation régissant ce statut afin de leur accorder le droit au travail. Les Kosovars arrivés "spontanément" peuvent déposer une demande d'asile, même si l'instruction des demandes a été suspendue. En ce qui concerne les retours, les réfugiés exerçant des professions utiles à la reconstruction du pays sont en principe prioritaires[71].

[71] Voir l'allocution adressée aux réfugiés Kosovars par José Ramon Aparicio GOMEZ-LOBO, représentant du ministère espagnol de l'Emploi et des Affaires Sociales (cf. annexe n°23)

3.7- Finlande

Le gouvernement finlandais s'est engagé à accueillir 1 000 réfugiés évacués des camps de Macédoine (**960** réfugiés ont été effectivement accueillis). Ces réfugiés bénéficient du régime de protection temporaire prévoyant un **titre de séjour de six mois renouvelable pour une période maximale de trois ans**. L'instruction des demandes d'asile se poursuit. Les réfugiés placés sous le régime de protection temporaire sont hébergés dans des centres pour demandeurs d'asile de toutes origines ou en solution individuelle d'hébergement. Ils bénéficient des **même aides sociales que les demandeurs d'asile**. Ils ont le droit au travail comme les réfugiés reconnus, et la liberté de circulation sur tout le territoire. Le principe de voyage exploratoire est retenu si le retour s'effectue pendant la validité de la carte de séjour.

3.8- Grèce

La Grèce n'a pas participé au programme d'évacuation du HCR et n'a pris aucune disposition concernant l'accueil ou le retour des réfugiés.

3.9- Irlande

1 033 réfugiés ont été accueillis dans le cadre du programme d'évacuation du HCR. Ils bénéficient des dispositions du régime de protection temporaire (carte de séjour d'un an avec droit au travail) et sont hébergés dans des centres répartis sur tout le territoire. **Aucune mesure spécifique n'a été annoncée concernant le retour au Kosovo**.

3.10- Italie

L'Italie a revu sa politique orientée exclusivement vers l'assistance aux réfugiés dans les camps d'Albanie et a annoncé au début du mois de mai l'accueil de 10 000 réfugiés évacués des camps de Macédoine au rythme de 300 à 400 par jour, accueillis dans des bases de l'OTAN (**5 829** réfugiés évacués de Macédoine ont finalement été accueillis). Par ailleurs, 11000 personnes ont traversé l'Adriatique avec l'aide de passeurs, la plupart souhaitant poursuivre leur voyage vers l'Allemagne ou la Suisse. Tous les réfugiés provenant des zones affectées par le conflit reçoivent un titre de séjour de six mois renouvelable avec droit au travail et à l'éducation, ceux qui le souhaitent sont hébergés dans des structures collectives. **Ce statut est également accordé aux Roms et aux Serbes qui sollicitent l'asile en Italie.** L'instruction individuelle des demandes d'asile se poursuit. Les autorités italiennes ont entamé le rapatriement des candidats au **retour sans l'intervention de l'OIM. Aucune aide au retour** ne leur est accordée, en dehors des frais de transport.

3.11- Luxembourg

101 **personnes évacuées de Macédoine ont été accueillies. L'organisation des retours est confiée à l'OIM. Une aide au retour est prévue.**

3.12- Norvège

La Norvège a donné son accord pour un quota de 6 000 réfugiés évacués de Macédoine (**6 072** réfugiés ont été effectivement accueillis). Les réfugiés sont d'abord accueillis dans des centres de transit pour être relogés ensuite dans les communes selon un plan de répartition. Quelles que soient leurs conditions d'arrivée, les Albanais du Kosovo bénéficient du régime exceptionnel dit de "Protection collective" qui prévoit un **permis de séjour d'un an, renouvelable pendant quatre ans** avec droit au travail, à l'éducation et accès aux aides et services sociaux. **Les droits attachés à ce statut sont pratiquement les mêmes que ceux afférents au statut Convention de Genève**, y compris le droit au travail et au regroupement familial. Les réfugiés bénéficient de la liberté de circulation, mais le versement de l'aide sociale est lié à la présence dans le centre d'accueil où ils doivent résider.

3.13- Pays-Bas

Après avoir accepté un premier quota de 2 000 personnes, les Pays-Bas ont accepté un second contingent de 2 000 réfugiés (**4 060** personnes ont été effectivement accueillies). Tous ceux qui ont déposé une demande d'asile ont été admis au séjour au titre de la protection temporaire, selon les termes de la loi sur l'asile, avec délivrance d'un titre de séjour d'un an renouvelable deux fois avant délivrance d'un titre de séjour permanent et droit au travail à l'issue de la première année. **La protection temporaire n'est plus accordée depuis juin 1999 et tous les Kosovars, quelle que soit leur origine, sont traités comme des demandeurs d'asile "classiques"**. Ils sont hébergés pendant 4 à 6 semaines dans des centres ouverts à cet effet, puis transférés vers les centres « d'enquête et d'accueil » pour demandeurs d'asile de toutes origines où ils ont accès aux même aides que les demandeurs d'asile. Ils bénéficient de la liberté de circulation, mais ne sont en principe autorisés à quitter les centres pour vivre avec leur famille, qu'après six mois de séjour.

3.14- Portugal

2 000 réfugiés devaient être accueillis au Portugal (**1 271** personnes évacuées des camps de Macédoine ont été finalement accueillies) et bénéficier du régime de protection temporaire avec autorisation de séjour de six mois renouvelable, liberté de circulation et droit au travail. Ils sont hébergés dans des centres répartis dans tout le pays. **Les voyages retours ne sont pas autorisés et le retour entraîne la perte de l'autorisation de séjour au Portugal**. Les retours ne peuvent s'effectuer que par groupes familiaux entiers.

3.15- Royaume-Uni

Après avoir refusé les quotas, le Royaume-Uni a revu sa position et a accueilli 1 000 personnes par semaine en provenance des camps de Macédoine, sans quota annoncé (**4 346** personnes évacuées des camps de Macédoine ont été finalement accueillies). Ces réfugiés, arrivés dans le cadre de l'accueil gouvernemental, reçoivent l'admission exceptionnelle au séjour avec droit au travail après six mois de séjour. Les Kosovars arrivés "spontanément" peuvent déposer une demande d'asile. Les

10 000 Kosovars qui ont demandé l'asile avant les frappes de l'OTAN ont le droit de rester au Royaume-Uni à titre exceptionnel pendant 12 mois. L'examen de leur demande d'asile est suspendue et, contrairement aux autres demandeurs d'asile, ils ont droit à toutes les prestations sociales. **Cette décision a mis un terme au traitement différencié entre les réfugiés arrivés dans le cadre du programme d'évacuation du HCR et ceux arrivés par leurs propres moyens avant le début de l'intervention de l'OTAN**. Malgré l'accord de paix signé le 9 juin 1999 avec la République fédérale de Yougoslavie, les parents proches des réfugiés résidant déjà au Royaume-Uni pourront obtenir des visas au titre du regroupement familial. Les voyages exploratoires n'ont pas été autorisés au début de la phase de rapatriement.

3.16- Suède

La Suède s'est engagée à accueillir 5 000 à 6 000 réfugiés évacués de Macédoine ou d'Albanie, au rythme d'environ 240 personnes par semaine, en priorité les parents de familles établies en Suède et les cas vulnérables (**3 696** réfugiés évacués des camps de Macédoine ont été effectivement accueillis). Ces réfugiés bénéficient du régime de protection temporaire prévoyant un titre de séjour de onze mois renouvelable avec accès à la procédure normale de détermination du statut de réfugié et droit au travail. L'instruction des demandes se poursuit. Ils peuvent choisir d'être hébergés en centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou chez des particuliers (familles ou amis). Les Kosovars déboutés avant mars 1999 ont été régularisés dans le cadre de ce régime de protection temporaire. **40 000 Albanais du Kosovo sont déjà détenteurs d'un titre de séjour en Suède**. Les voyages exploratoires ne sont pas autorisés, mais les personnes rentrées au Kosovo peuvent revenir en Suède dans le délai de validité de leur carte de séjour. Dans ce cas, ils devront prendre en charge les frais de retour en Suède, mais ne seront pas obligés de rembourser le montant de l'aide au retour.

3.17- Suisse

Avant le déclenchement des frappes de l'OTAN, environ 250 000 Kosovars résidaient en Suisse, pays traditionnel d'immigration pour les ex-Yougoslaves. D'abord très réticente, la Suisse a finalement accepté de participer au programme d'évacuation du HCR pour 2 500 personnes, parents de Kosovars présents en Suisse (**1 687** personnes ont finalement été accueillies au titre du regroupement familial dans le cadre du programme d'évacuation du HCR.). Les Albanais du Kosovo bénéficient d'une admission temporaire avec droit au travail aussi longtemps que durera le conflit au Kosovo et ont accès à la procédure de détermination du statut de réfugié. L'instruction des demandes se poursuit. Sur la base de l'accord de réadmission entre l'Italie et la Suisse, les réfugiés Kosovars entrés en Suisse par la frontière italienne peuvent y être renvoyés. **Au premier semestre 1999, 20 000 Kosovars ont cherché refuge en Suisse, portant à 60 000 le nombre de demandeurs d'asile du Kosovo dans ce pays**. Les réfugiés qui souhaitent rentrer dans le cadre du programme d'aide au retour, recevront en sus de l'aide un "kit de reconstruction" pour la réparation provisoire d'un petit logement d'une pièce. Les réfugiés qui souhaitent rentrer au Kosovo par leurs propres moyens ne reçoivent ni aide financière, ni aide matérielle.

3.18- Turquie

En plus des nombreuses arrivées clandestines survenues entre mars et juin 1999, la Turquie s'est engagée à participer au programme d'évacuation du HCR et à recevoir 20 000 réfugiés évacués des camps de Macédoine (**8 340** réfugiés évacués des camps de Macédoine ont finalement été accueillis). Le camp d'accueil de Gaziosmanpasa à Kirklareli, ouvert il y a quelques années pour les réfugiés Bosniaques et prévu pour 4 000 personnes, a accueilli jusqu'à 7 260 réfugiés Kosovars en mai 1999, mais n'en comptait plus que 2 000 fin juillet 1999. Les réfugiés peuvent également être hébergés dans leur famille, **la Turquie comptant une forte communauté d'Albanais du Kosovo et de Turcs d'origine kosovare**. Les autorités turques semblent procéder à une certaine discrimination entre les Albanais du Kosovo et les Kosovars turcophones d'origine turque, accueillis comme des "rapatriés". Le HCR-Ankara a lancé un programme de retour organisé en lien avec les autorités turques et l'OIM, mais seuls les réfugiés arrivés avant le 21 juin 1999 peuvent bénéficier de ce programme.

3.19- USA

Les **9 198** réfugiés évacués des camps de Macédoine sont accueillis à leur arrivée à Fort Dix (New Jersey), puis pris en charge soit par un "parrain", soit par une organisation (généralement liée aux églises) qui leur trouve un logement et les aide dans la recherche d'emploi et l'apprentissage de l'anglais. En attendant de trouver un emploi, les réfugiés ont droit à une allocation spéciale pendant six à huit mois et ont accès à l'assistance médicale gratuite réservée aux nationaux sans ressources. Les réfugiés se voient délivrer un titre de séjour d'un an, à l'issue duquel ils recevront une carte de résident permanent, sauf menace pour l'ordre public. **Après cinq ans de résidence, ils pourront solliciter leur naturalisation**. Un programme d'aide au retour a également été mis en œuvre, conformément aux engagements pris lors de l'accueil des Kosovars fin avril 1999. Cette aide au retour est valable jusqu'au 1er mai 2000. Elle s'applique même lorsqu'une partie seulement de la famille a décidé de rentrer, les enfants mineurs devant suivre leurs parents ou tuteurs. Les réfugiés qui envisagent un retour aux États-Unis dans le délai d'un an après leur départ, doivent solliciter un "titre de voyage réfugié" avant leur départ. Un réfugié qui resterait plus d'un an sans revenir aux États-Unis serait considéré comme ayant renoncé à son statut de réfugié et ne pourrait être réadmis à ce titre.

4- LES RÉFUGIÉS ONT DES STATUTS VARIABLES PARMI "LES QUINZE"

L'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam le 1er mai 1999, a prévu le **transfert progressif des compétences d'octroi du droit d'asile des États vers l'Union Européenne**. Mais c'est surtout le contexte de l'exode des Kosovars qui est venu renforcer la demande urgente de certaines organisations d'une approche cohérente au niveau européen, dénonçant le « **patchwork déroutant des politiques des États membres** » [XXX].

En effet, il existe d'importantes disparités dans l'accueil, le traitement, la protection et le statut des réfugiés parmi les Quinze. Ainsi, dans certains pays, leur droit au travail ou au regroupement familial n'est pas clairement défini. Quelques pays leur accordent le droit au travail, tandis que

d'autres ne le font que sous certaines conditions. Pour ce qui est du droit au regroupement familial, certains pays ne le reconnaissent pas. Enfin, le régime de statut est tout aussi disparate en fonction du pays où les réfugiés se trouvent. **Les réfugiés du Kosovo sont en effet considérés selon les pays comme des "déplacés", des "réfugiés de guerre civile" ou comme des "réfugiés selon la Convention de Genève"** [XXX].

5- LE RETOUR AU KOSOVO DES RÉFUGIÉS D'EUROPE ET D'AMÉRIQUE DU NORD[72]

La résolution 1 244 adoptée le 10 juin 1999 par le Conseil de sécurité des Nations Unies a mis fin aux hostilités au Kosovo à des conditions très strictes. Outre le déploiement d'une force internationale civile, la MINUK (Mission intérimaire des Nations unies au Kosovo), à la tête de laquelle Monsieur Bernard Kouchner a été nommé le 15 juillet 1999, la résolution 1244 prévoit très explicitement « **le retour en toute sécurité et liberté de tous les réfugiés et personnes déplacées sous la supervision du HCR** ».

Le 8 juillet 1999, le HCR publiait ses recommandations en matière de retour des Kosovars ayant trouvé refuge dans les pays autres que les pays voisins d'Albanie et de Macédoine. Pour des raisons évidentes, le HCR a donné priorité absolue aux retours des personnes réfugiées dans les pays limitrophes et au Monténégro. **Entre le 28 juin et le 21 juillet 1999, 695 100 réfugiés sont rentrés au Kosovo** dont 421 000 d'Albanie, 215 500 de Macédoine, 51 000 du Monténégro et 6 800 de Bosnie-Herzégovine.

Le 15 juillet, le HCR annonçait officiellement les retours des réfugiés en provenance des autres pays d'accueil. Dans les faits, plusieurs pays, à la demande pressante des réfugiés eux-mêmes, avaient déjà entamé ces rapatriements avec l'aide de l'Office International des Migrations. Au 21 juillet 1999, 21 700 réfugiés avaient déjà quitté l'Australie, le Canada, les États-Unis et les pays d'Europe occidentale, y compris la Turquie (14 700 réfugiés auraient quitté spontanément a Turquie depuis la fin du conflit). Lors de la réunion du 12 juillet 1999 tenue à Genève sous les auspices du HCR et de l'OIM, les **30 États participants** se sont mis d'accord sur le principe et les modalités d'une coordination des retours volontaires des réfugiés kosovars et sur le versement d'une aide au retour (sans pouvoir s'entendre cependant sur un montant commun). Loin d'encourager ces rapatriements en l'état de la situation au Kosovo à l'époque, il est apparu que certains États (Espagne [73], Canada) ont attiré l'attention des candidats au retour sur l'instabilité de la situation au Kosovo, les difficultés de réinstallation et les risques liés à la présence de mines anti-personnelles.

Conformément aux recommandations du HCR et à l'accord conclu le 12 juillet 1999 à Genève, les pays d'accueil n'ont procédé au rapatriement des réfugiés que **sur la base du volontariat** et en coopération avec l'OIM, chargé de l'organisation matérielle des retours.

---

[72] Source : [IX]

[73] Voir l'allocution adressée aux réfugiés Kosovars par José Ramon Aparicio GOMEZ-LOBO, représentant du ministère espagnol de l'Emploi et des Affaires Sociales (cf. annexe n°23)

6- LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACCUEIL GOUVERNEMENTAL FRANÇAIS

Au vu de cette brève présentation récapitulative des dispositifs d'accueil des principaux pays ayant accepté de recevoir des réfugiés sous l'égide du HCR, nous pouvons dégager un certain nombre de spécificités qui ont caractérisé l'accueil organisé par les pouvoirs publics français :

- **Absence de quotas** (fixés par le HCR) du nombre de réfugiés à accueillir
- **"Les trois critères de sélection"** et principe du **volontariat** et de "non séparation" des familles (au départ des camps de Macédoine)
- **Dispositif** réparti sur l'ensemble du **territoire national** avec un principe d'**accueil de "proximité"** (faibles effectifs réunissant quelques familles au sein de chaque centre)
- Services déconcentrés du ministère de la Santé (**DDASS**) **"pilotes"** (pour la première fois) de l'**opération** dans les départements
- (L'un des rares pays à offrir la) **Possibilité** de déposer une **demande de droit d'asile** selon la Convention de Genève de 1951 [XXIII]
- Possibilité de partir en **"voyage exploratoire"** (seuls quelques Länders allemands et la Finlande à un moindre degré, ont également offert cette possibilité aux réfugiés)
- Politique de **retour non systématique** (à la différence de pays comme l'Allemagne, la Suisse ou la Norvège) [q]

Note : nous ne disposons pas d'information concernant la prise en charge sanitaire dans les différents pays, nous ne sommes donc pas en mesure d'effectuer des comparaisons ni de dégager des spécificités sur ce thème.

Chapitre 6- BILAN GÉNÉRAL, PROPOSITIONS ET CONCLUSION

1- LE "RETOUR DE L'ÉTAT" : UN BILAN GLOBALEMENT SATISFAISANT

La Macédoine a reçu un nombre considérable de réfugiés du Kosovo. Les conséquences auraient pu être lourdes sur ce pays dont l'équilibre ethnique reste assez précaire. Lorsque la "pression" est devenue trop forte**, le HCR a demandé à l'ensemble de la communauté internationale de l'aider à évacuer** (et non réinstaller) **100 000 à 130 000 réfugiés**.

La communauté internationale avait mandaté le HCR pour coordonner l'opération. Il s'est donc agi d'une **opération d'évacuation et d'accueil d'urgence humanitaire**.

1.1- Les points forts de l'opération

Plusieurs pays, en Europe d'abord puis dans d'autres régions du monde (États-Unis, Australie, Canada etc.), ont répondu favorablement. « Après quelques hésitations, la France a également accepté de participer à ces évacuations » [XVIII]. **Contrairement à d'autres pays, la France n'a pas fixé de quotas, ce qui est apparu comme un point très positif** et le HCR s'est déclaré « très satisfait de la réponse des autorités françaises qui ont mis en œuvre des moyens considérables pour cette opération depuis la sélection des réfugiés sur place, jusqu'à l'accueil en France… » [XXIII]. La France a accueilli officiellement, via le pont aérien, 6 300 réfugiés (auxquels s'ajoutent les arrivées dites "spontanées").

Le HCR avait également établi un certain nombre de critères qui ont été repris par la France. La première exigence était, bien entendu, **le caractère volontaire du départ**. Mais il était également souhaitable que **les familles ne soient pas divisées**, que **les cas vulnérables aient la priorité** et que **les réfugiés retenus viennent des camps macédoniens**. **Les autorités françaises ont également pris en compte dans leur choix l'existence de liens avec la France ou la présence en France de membres de la famille**. Le HCR opérait une première sélection, puis l'Ambassade de France et les autorités françaises, sur place, reprenaient les listes à la lumière des critères retenus.

Il faut se souvenir que les réfugiés qui vivaient dans les camps n'étaient souvent plus en possession de documents d'aucune sorte : « Près de 46 % de la population enquêtée a perdu ses papiers d'identité du Kosovo… » [V].

Les opérations d'évacuation organisées par les pouvoirs publics, l'armée française, le SAMU et la participation des associations humanitaires, se sont parfaitement déroulées.

En France, la mobilisation a été "générale" : administrations, population, associations, bénévoles, etc. Sous la coordination de la DPM et des DDASS, la France a pu accueillir en moins de huit

semaines plus de 6 000 réfugiés en mobilisant 75 départements et 215 centres d'accueil. Cette opération de grande ampleur a confirmé les capacités des DDASS et **le retour de l'État dans un domaine jusqu'ici plutôt investi par les organisations humanitaires** : « l'État a su s'approprier ou se réapproprier cette mission humanitaire : il a su trouver sa place, place que les services déconcentrés ont su assumer, sur le terrain, pleinement. » [XXXIV].

« Lorsque nous (HCR) avons discuté avec les autorités françaises et avons pris connaissance du statut qu'elles souhaitaient offrir aux réfugiés du Kosovo, nous avons été très satisfait » [XVIII]. Ce **statut dérogatoire** spécifique assurait aux personnes la protection contre le refoulement, leur assurait à terme une carte de résident, et leur permettait de travailler trois mois après l'arrivée, voire immédiatement dans certains cas, le droit à la couverture médicale a été immédiat. Mais surtout, ces personnes conservaient la possibilité de se voir reconnaître la qualité de réfugié en déposant une demande auprès de l'OFPRA. **La France a été l'un des rares pays qui ait permis aux Kosovars de déposer une demande d'asile classique**. L'Allemagne, par exemple les a reçus au titre de "réfugiés de guerre" ». Dans le **contexte européen**, la **position adoptée par la France** s'est avérée être **parmi les plus satisfaisantes** [XVIII].

Le séjour des réfugiés dans les centres d'accueil s'est également déroulé de façon satisfaisante, il convient de signaler la qualité du partenariat, au quotidien, entre les institutions (notamment DPM, DDASS, préfectures) et les associations gestionnaires des centres.

Un autre des aspects positifs et relativement inattendus de l'opération fut la réaction positive de la population française qui est peut-être maintenant plus sensible à la question des réfugiés [XVIII].

Parmi ses partenaires européens, la France est le seul pays où les pouvoirs publics ont adopté des mesures de voyages exploratoires et d'**aide au retour volontaire**.

1.2- Les points faibles de l'opération

Coté institutionnel

Si l'accueil en centre a été un succès évident, le projet d' **accueil en familles françaises** a été rapidement abandonné.

L'absence d'anticipation des besoins d'interprétariat a généré des difficultés dans la prise en charge des premiers jours.

Le premier point faible est inhérent à la conception initiale de l'opération et relatif à l'insuffisante prise en compte de la dimension **santé publique** de l'accueil, y compris la sous-estimation de la systématique et nécessaire prise en compte des aspects médico-psychologiques de cette population réfugiée de guerre (malgré la remarquable mobilisation des CUMP).

Le second **point faible** est d'ordre **"logistique"** et relatif aux retards dans la mise à disposition des **crédits délégués** au niveau des DDASS. Ce retard a été majoré par l'absence de facilités rencontrée, d'une façon générale, avec les services des Trésoreries départementales pour effectuer les mandatements correspondants aux délégations de crédit à l'attention des associations et organismes gestionnaires des centres. Ceux-ci ont donc été, de fait, amenés à **préfinancer** leur intervention.

Bien que d'intéressantes et novatrices initiatives aient été prises à l'occasion de cette opération, le troisième point faible est d'ordre "culturel" : la faiblesse de la circulation transversale de l'information et de la rétro-information.

En marge de l'accueil des Kosovars et **dans le même temps** sur le territoire français, se trouvaient plus de **2 000 réfugiés d'autres nationalités qui ne pouvaient être acceptés dans les centres d'accueil saturés**, faute de places, bien que la réglementation prévoie un tel hébergement.

Côté associations

Une tendance à "l'**assistanat"** est apparue dans la gestion par les associations de certains centres, et ce d'autant plus que la durée de l'accueil se prolongeait.

« Le secteur humanitaire exige de plus en plus une rigueur que seuls des professionnels peuvent assurer pour que le travail soit mené dans de bonnes conditions, mais aussi pour éviter qu'il ne fasse l'objet de récupérations politiques... **Une logique de concurrence préjudiciable s'est parfois instaurée entre les associations**. Il serait plus constructible que l'ensemble des ONG s'occupant de l'asile en France se rapprochent pour créer une structure commune… » [XVIII].

1.3- Un paradoxe difficile à lever

Entre, dans un premier temps, une **opération humanitaire d'urgence** et donc par vocation à court terme, **et** dans un deuxième temps une **volonté affichée d'insertion**, donc par vocation à long terme. « ***Quelle suite prévoir et donner à une opération humanitaire d'accueil de grande ampleur se déroulant, fait nouveau, sur le territoire national*** ? ».

2- PROPOSITION DE RÉFÉRENTIEL DE PRISE EN CHARGE SOCIO-SANITAIRE POUR UNE OPÉRATION D'ACCUEIL

Ce type d'opération revêtant, par nature, un caractère exceptionnel, il n'existe pas de "méthode" ni "d'outils" adaptés et prêts à être utilisés. Tout au plus peut-on s'inspirer des expériences actuelles et passées, des outils et méthodes employées sur le terrain par les organismes et associations humanitaires spécialisés dans l'accueil et la gestion de camps de réfugiés. Et tenter d'intégrer le tout le contexte français. Les règles et principes de base d'un accueil de populations réfugiées, maintes fois éprouvés et vérifiés, restent cependant les mêmes. C'est donc sur la base de ces différents éléments que nous proposons cet exemple de référentiel, l'objectif étant de pouvoir réactiver (en cas de nécessité) un dispositif basé sur des structures et circuits existants, plutôt que de le créer.

2.1- Deux préalables à la mise en œuvre de toute opération, nécessaires à la réalisation ultérieure d'un bilan et la capitalisation d'un savoir-faire

1) Déterminer des **objectifs quantifiés**, notamment en terme d'accompagnement et de prise en charge socio-sanitaire
2) Prévoir des **modalités** et des **indicateurs** de **suivi** et d' **évaluation** (qualitative et quantitative)

2.2- Référentiel médical, socio-sanitaire et de santé publique (cf. fiches-actions)

3- CONCLUSION

La politique de la DPM a été claire, les DDASS-État ont assumé leur rôle de pilotage et relayé sur le terrain départemental les orientations nationales, ce qui a garanti la cohérence du dispositif et facilité le travail de tous. La mobilisation de la société civile a largement contribué au succès de l'opération.

Cette opération a démontré **la réactivité des DDASS et le rôle majeur qu'elles jouent dans la coordination des actions au niveau départemental.**

Cependant, une approche populationnelle socio-sanitaire des différents aspects relatifs à la **santé publique** (de la population "accueillie" et de la population "accueillante") devraient faire **partie intégrante d'un dispositif et d'une politique globale d'accueil**. Une telle politique de santé publique nécessite une réelle **anticipation, organisation, surveillance et évaluation selon des modalités précises, définies au préalable, et qui pourraient faire l'objet d'un "référentiel"** éventuellement inspiré des propositions présentées.

Les **DDASS** ont prouvé qu'elles pouvaient largement contribuer à la mise en œuvre d'une telle politique, y compris dans l'urgence, dans la mesure où elles sont maintenues dans leur **position de maître d'ouvrage** de la **gestion collective** du secteur socio-sanitaire.

L'implication de l'InVS (et donc des CIRE) **dès la conception de l'opération** est recommandée, **ainsi que son rapprochement avec le service médical de l'OMI,** afin que les bilans de contrôle pratiqués puissent servir également de **diagnostic initial de situation**, base d'une réelle **surveillance épidémiologique** de l'état de santé des populations accueillies et "ciblée sur le **dépistage du risque**".

Des **dynamiques régionales** seraient à favoriser dans la gestion de ce type de dispositif, ainsi que le développement de la **circulation de l'information** : **diffusion transversale** (entre les régions et entre les DDASS d'une même région) et rétro-information entre tous les niveaux.

Dans l'objectif de capitaliser cette expérience, la DPM a récemment demandé aux DDASS de dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'action et de leur intervention. Une étude ultérieure du devenir des réfugiés Kosovars restés en France pourrait également utilement être effectué à terme dans une optique d'évaluation des politiques publiques d'accueil.

Il convient également de mettre en balance les **avantages et inconvénients entre l'accueil** de type "gestion de proximité", **tel qu'il a été réalisé** avec :

- de nombreux centres d'accueil répartis sur l'ensemble du territoire national,
- un accueil de faibles effectifs dans chaque centre,
- une mobilisation "intense" de l'ensemble du réseau national des DDASS,

garant d'une **qualité humaine de l'accueil,** mais impliquant une "lourdeur" de la mise en place et du suivi technique et administratif [74],difficile à maintenir sur la durée, et complexifiant la réalisation du suivi/évaluation etc,

et un type d'accueil plus "collectif" avec :

- un nombre plus restreint de centres,
- des centres à capacité d'accueil plus importante (80 à 100 personnes),
- situés dans un nombre limité de départements choisis en fonction de leurs potentiels et capacités d'intervention,
- une "concentration" des moyens alloués sur certaines DDASS et équipes interventionnelles sélectionnées en fonction de leur "savoir-faire",
- des facilités pour le suivi / évaluation administratif et socio-sanitaire, **capitalisation des savoir-faire sur certaines DDASS et équipes opérationnelles** (associatives, socio-sanitaires, médico-psychologiques, etc).

Les arguments d'ordre organisationnels et techniques plaident en faveur d'un accueil plus collectif (tout en veillant à **conserver**, en termes d'effectifs et de type de gestion **, la dimension humaine de l'accueil**), des arguments d'autre nature peuvent plaider pour un accueil moins "rassemblé".

Enfin, le médecin inspecteur de santé publique (le "**MISP**") et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (les "**IASS**") apparaissent comme de **véritables acteurs socio-sanitaires au sein d'une équipe pluridisciplinaire** tant au niveau central qu'au niveau des services déconcentrés.

4- LE MOT DE LA FIN

« Si l'accueil des Kosovars s'est bien passé, c'est également parce qu'il répondait à un intérêt politique flagrant : le Kosovo était à la une des journaux, la France était impliquée dans le conflit, l'épuration ethnique rappelait de douloureux souvenirs… » [XVIII]. Ce contexte disparaît : 700 000 réfugiés ont regagné leur pays, mais la question reste entière, rien n'est réglé au Kosovo entre Serbes et Albanais, et les rêves et espérances de réconciliation et de cohabitation pacifique s'amenuisent de jour en jour.

[74] **Chacun des 215 centres ouvert a nécessite le " montage" d'un dispositif spécifique** avec autant d'arrêtés préfectoraux d'autorisation d'ouverture, de conventions des centres avec les DDASS, de délégation de crédits à effectuer, d'équipes socio-sanitaires à mobiliser, de suivi spécifique de chaque centre à réaliser, etc.

RÉFÉRENTIEL MÉDICAL, SOCIO-SANITAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE POUR UNE OPÉRATION D'ACCUEIL DE POPULATIONS RÉFUGIÉES

(fiches-actions : dispositions présentées par ordre chronologique)

Note : pour la clarté de la présentation, les fiches sont arbitrairement séparées en trois catégories de dispositions (médicales, socio-sanitaires, santé publique).

DISPOSITIONS MÉDICALES	
1)	Assurer un **accompagnement médical urgentiste** (SAMU Mondial, CUMP, Sécurité civile, etc) et non urgentiste (Croix Rouge, Médecins du Monde, etc) pour les visites des familles réfugiées dans les **camps** (et prévoir **interprétariat**)
2)	Éviter de laisser prendre l'avion à des réfugiés fragilisés et âgés porteurs de pathologies lourdes, notamment cardiaques dont le traitement aurait été interrompu dans le contexte de guerre (prise en charge préalable dans les antennes médicales établies sur place)
3)	Assurer un dispositif d'**accompagnement médicalisé urgentiste** (SAMU Mondial et CUMP) dans les **avions** (et prévoir **interprétariat**)
4)	Mettre en place un **dispositif d'accueil**, au niveau des **aéroports**, dans ses différentes composantes (services de l'État, sécurité, associations humanitaires, SAMU, CUMP, etc)
5)	Assurer un **accompagnement** "léger" dans les **bus** transportant les réfugiés vers les centres d'accueil (travailleur social d'un organisme spécialisé type FTA ou SSAE, et **interprète**)
6)	Mettre systématiquement en place, via les DDASS, un **dispositif de premier accueil** "léger" au niveau des centres ("premières mesures d'urgence" : repas léger, repos et calme, **interprète**, équipe médicale d'urgence et CUMP prêtes à intervenir à la demande etc)
7)	Prévoir, via les DDASS, l'implication des **hôpitaux publics de référence** et des services publics d'urgence de secteur (hôpitaux, SAMU/SMUR, pompiers…) dans la prise en charge des urgences et des pathologies lourdes des réfugiés accueillis dans les centres
8)	Impliquer, via les DDASS et dans la mesure du possible, les **professionnels de santé de proximité conventionnés**, dans la prise en charge des problèmes médicaux courants (soins curatifs, soins dentaires, etc) après information et sensibilisation préalables (via les associations et les Ordres professionnels)
9)	Former (psychiatres, psychologues) et **sensibiliser les personnels** locaux intervenant auprès des réfugiés (assistants sociaux, personnels d'encadrement des centres, enseignants…), sur place, à la détection précoce des symptômes révélateurs de **troubles psycho-traumatiques** de guerre et aux soins afférents (cf. CUMP)
10)	Mettre, via les DDASS, systématiquement en place un **dispositif** de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge **psychiatrique** adapté et souple dès les premiers jours (CUMP intervenant sur site puis relais par les équipes psychiatriques et pédo-psychiatriques publiques de secteur : CMP, etc, préalablement formées)
11)	Prévoir modalités et facilités d'avances financières pour les premiers achats de médicaments dans l'attente de l'obtention de la "carte santé"
12)	Garantir, via les DDASS, un accueil en **centre médicalisé pour les convois d'évacuations sanitaires**[75]
13)	Prévoir, via les DDASS concernées, le transfert des dossiers médicaux (en garantissant le respect du secret médical) lors des changements de lieu de résidence de réfugiés

[75] Avec, dans la mesure du possible, identification préalable du type de pathologies évacuées et transmission de ces informations à la DDASS et au centre d'accueil concerné. **Les évacuations sanitaires nécessitent la mise en place de dispositifs médicalisés spécifiques** pouvant varier suivant les types de pathologies à traiter

DISPOSITIONS SOCIO-SANITAIRES	
1)	Prévoir, pour une durée de trois à six mois, un **accueil en centre collectif** permettant : - la phase de "**décompression**" pour les réfugiés - le **diagnostic de situation** (administratif et socio-sanitaire) pour les pouvoirs publics - l'accompagnement, la gestion, la prise en charge, le **suivi** administratif et socio-sanitaire
2)	Confier, via les DDASS et dans la mesure du possible, la gestion des centres d'accueil pour réfugiés de guerre, à des **associations (y compris caritatives) professionnelles de l'accompagnement socio-sanitaire** de populations en situation de précarité
3)	Transmettre, via les DDASS et dans la mesure du possible, quelques principales données **socio-culturelles** de base de la population à accueillir (religion[76], habitudes et interdits alimentaires, modes de vie familiaux, habitudes et principaux tabous culturels…) associations gestionnaires des centres d'accueil
4)	Transmettre, via les DDASS et dans la mesure du possible (car délais courts), avant l'arrivée des réfugiés dans les centres[77], **les données de base utiles à la préparation des dispositifs** sociaux et sanitaires d'accueil : - nombre de réfugiés, de familles, de membres de chaque famille, sexe et âge - éventuelles pathologies (y compris psychiatriques) lourdes et/ou nécessitant des soins urgents ou spécifiques, détectées au moment de la sélection dans les camps et/ou du transport aérien médicalisé et/ou de l'accueil à l'aéroport
5)	Mettre en place, via les DDASS, une "équipe **standard type** " de gestion des centres d'accueil (cf. à titre d'exemple : annexe n°24)
6)	Impliquer, via les DDASS, systématiquement les services de **l'aide sociale à l'enfance** des Conseils généraux, dans le cadre de leurs missions
7)	Maintenir les dispositions permettant de délivrer la couverture médicale dans les meilleurs délais (procédure d'admission immédiate à la **CMU**)
8)	Mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, la **scolarisation** des enfants ainsi que les actions d'**apprentissage du français** et y intégrer une dimension "apprentissage à l'environnement administratif, culturel et sanitaire français[78]"
9)	Prévoir de proposer aux réfugiés, via les DDASS puis les associations, un "**contrat de séjour**" (selon un modèle type à élaborer : droits et devoirs du réfugié, y compris sanitaires)

[76] Nous citerons à titre d'exemple les difficultés rencontrées par certains médecins français femmes pour examiner des hommes Kosovars et inversement pour les médecins hommes vis à vis des femmes kosovares

[77] Ces informations pourraient être recueillies au moment de l'accueil dans les aéroports et transmises aux gestionnaires et équipes médicales (en respectant le secret médical) des centres d'accueil

[78] Selon l'un des nombreux Kosovars que nous avons pu rencontrer : « ***En France, il y a beaucoup de papiers et les Kosovars ne sont pas habitués***… » (sic)

DISPOSITIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	
1)	Recommander, via les DDASS, aux **personnels des centres d'accueil** une vérification et mise à jour, le cas échéant, de leur propre **statut vaccinal** : - tétanos et polio (calendrier vaccinal français standard) - diphtérie (accueil des réfugiés) - hépatite B (accueil des réfugiés) - vérification de l'immunité anti-tuberculeuse (accueil des réfugiés) et revaccination par le BCG si nécessaire - en fonction du contexte épidémiologique : méningite et typhoïde
2)	Réaliser les contrôles et bilans médicaux initiaux OMI dans les meilleurs délais en leur conférant une réelle dimension de santé publique (**bilans OMI = diagnostic initial de situation sanitaire**, point de départ essentiel de la surveillance épidémiologique) grâce à un **partenariat à mettre en place avec l'InVS**
3)	Réaliser, dans la mesure du possible, le **bilan initial de contrôle médical uniquement avec les services** (ou les praticiens, dispensaires et hôpitaux publics conventionnés avec l'OMI) **de l'OMI**[79] (qualité et professionnalisme du dépistage individuel et des questions liées à la santé des migrants, application de la réglementation en vigueur (arrêté du 6 juillet 1999) et statistiques alors disponibles pour constituer le point de départ de la surveillance épidémiologique)
4)	Vérifier, conformément à la réglementation, le **statut vaccinal des adultes et des enfants** lors de la visite de contrôle médical de l'OMI et **évaluer la couverture vaccinale** de la population accueillie
5)	Assurer le principe de l'envoi systématique des bilans médicaux de contrôle (OMI) au MISP de la DDASS concernée
6)	Pratiquer, via la PMI, la **vérification de l'immunité anti-tuberculeuse** par IDR à la tuberculine chez tous les enfants d'âge PMI (sauf ceux présentant un certificat de vaccination par le BCG contrôlé par IDR positive moins d'un an auparavant)
7)	**Vacciner**, via la PMI, en l'absence de document officiel attestant de vaccinations antérieures et à jour, **systématiquement les enfants d'âge PMI** conformément à la réglementation [w] : DTCP / ROR et BCG chez les enfants IDR négatifs
8)	Prévoir de délivrer, via le bilan médical de contrôle initial OMI, un **carnet de santé** individuel (remis en mains propres), d'ouvrir et de transmettre un dossier médical (sous pli confidentiel portant la mention "secret médical") au MISP de la DDASS concernée
9)	**Impliquer** systématiquement, via les DDASS, les **services de PMI des Conseils Généraux** pour le dépistage et la prévention des problèmes de santé chez les mères et les enfants
10)	Instaurer, via l'**InVS**, les CIRE et les DDASS, un **dispositif léger et adapté d'alerte sanitaire et de surveillance épidémiologique** des maladies transmissibles des réfugiés accueillis en centres collectifs : ❑ Mise en place d'un formulaire de collecte de données simplifié utilisable par l'ensemble des intervenants du secteur santé ❑ Par exemple : relevé hebdomadaire les trois premiers mois qui suivent l'arrivée (et mensuel par la suite), des principales pathologies et maladies infectieuses / contagieuses: - à **fort taux de létalité chez les enfants** réfugiés, âgés de zéro à cinq ans (infections respiratoires aiguës, malnutrition aiguë, diarrhées, rougeole)

[79] Des équipes médicales de l'OMI peuvent se déplacer sur certains sites d'accueil, le cas échéant

	- à **potentiel épidémique**[80] (diarrhées, infections respiratoires aiguës, méningite, rougeole, gale, pédiculose, teigne…) - les éventuelles **épidémies ou infections collectives** (toxi-infections alimentaires collectives…) - les **grandes endémies** : sida, tuberculose[81] - les **principales actions de prévention** réalisées (IDR, vaccinations…) ❑ Y **intégrer** : les pathologies psychiatriques graves et les manifestations symptomatiques d'un **PTSD** (dans un objectif de dépistage et de prévention) Au niveau départemental ce dispositif sera nécessairement placé sous la responsabilité du MISP, géré et agrégé au niveau régional par les CIRE et au niveau national par l'InVS (**intégration du dispositif spécifique au système national de surveillance épidémiologique**)
11)	Prévoir une **évaluation à trois et six mois**, de la qualité du suivi thérapeutique de certaines maladies contagieuses nécessitant un traitement prolongé (tuberculose)

[80] **La vie en collectivité étant un facteur de risque supplémentaire de survenue d'épidémie chez une population déjà fragilisée et exposée après un séjour en camps de réfugiés**

[81] D'autant plus qu'il a été constaté une importante augmentation des cas de tuberculose détectés chez les populations étrangères désireuses de venir s'installer et travailler en France (cf. Chapitre 3 et l'OMI)

ANNEXES

LISTE DES PERSONNALITÉS INTERROGÉES

CARTE DE LA YOUGOSLAVIE

LE POIDS DE L'HISTOIRE

TÉMOIGNAGES DE RÉFUGIÉS ACCUEILLIS DANS LES YVELINES

ANNEXE N°1 :	Communiqué du 18 août 1999 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité
ANNEXE N°2 :	Droits des familles réfugiées du Kosovo et comparaison entre les "trois statuts"
ANNEXE N°3 :	Exemplaires type de contrats de séjour (France Terre d'Asile)
ANNEXE N°4 :	Correspondance de la municipalité de … à propos de "désagréments" provoqués par des réfugiés Kosovars
ANNEXE N°5 :	« Allô, je voudrais héberger des réfugiés du Kosovo… »
ANNEXE N°6 :	OMI : programme d'aide au retour et note d'information à l'attention des réfugiés Kosovars (en albanais avec traduction française)
ANNEXE N° 7 :	Tableaux de suivi et d'évaluation continue de l'accueil en familles et en centres (via messagerie)
ANNEXE N°8 :	Forum Intranet de suivi et d'évaluation continue de l'accueil en familles et en centres
ANNEXE N°9 :	Test du dessin de la famille sous la guerre
ANNEXE N°10 :	Dispositif d'accueil des réfugiés Kosovars au niveau des aéroports
ANNEXES N°11 et 11 bis :	Attestation médicale type pour le compte de l'OMI
ANNEXE N°12 :	Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique (CNUMP) : note d'information pour les familles réfugiées Kosovares (en albanais avec traduction française)
ANNEXE N°13 :	CNUMP : liste des facteurs traumatisants subis par les victimes de guerre au Kosovo (en albanais avec traduction française)
ANNEXE N°14 :	CNUMP : grille d'examen et d'évaluation des syndromes psycho-traumatiques de guerre

ANNEXES N°15 et 15 bis : CNUMP : inventaires-échelle d'auto-évaluation d'état post-traumatique, versions adulte et enfant (en albanais avec traduction française)

ANNEXE N°16 : CNUMP : inventaire-échelle de syndrome psycho-traumatique après viol (en albanais avec traduction française)

ANNEXE N°17 et 17 bis : Accueil en familles françaises : plainte d'une famille et réponse de la DDASS

ANNEXE N°18 : Liste (anonymisée) des réfugiés-résidents au centre GUYNEMER des Yvelines

ANNEXE N°19 : Liste (anonymisée) des réfugiés-résidents au centre de Conflans des Yvelines

ANNEXE N°20 : Premiers constats et propositions d'intervention de la pédo-psychiatrie de secteur du CHS de CHARCOT (Yvelines)

ANNEXE N°21 : Compte rendu d'activité de la pédo-psychiatrie de secteur du CHS CHARCOT(« Une expérience d'aide psychologique auprès d'enfants réfugiés Kosovars »)

ANNEXE N°22 : Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice Croix Rouge / convoi sanitaire Chaîne de l'Espoir / Sartrouville / Yvelines

ANNEXE N°23 : Allocution adressée aux réfugiés Kosovars par José Ramon Aparicio GOMEZ-LOBO, représentant du ministère espagnol de l'Emploi et des Affaires Sociales

ANNEXE N°24 : Exemple "d'équipe standard type" de gestion d'un centre d'accueil

LISTE DES PERSONNALITÉS INTERROGÉES

1. **ANDRE Michel**, Croix-Rouge Française, centre d'accueil Guynemer de La Queue Lez Yvelines, IME Christian Lazard, Directeur
2. **BORGNE Nathalie**, Assistance Publique / Hôpitaux de Paris, SAMU de Paris, SMUR de Necker, centre de réception et de régulation des appels, Cellule d'urgence médico-psychologique, cadre de santé
3. **COULOMBIER Denis**, Institut National de Veille Sanitaire, Unité des Systèmes d'Information et de Communication, Coordinateur, médecin
4. **CROCQ Louis** (Professeur), Assistance Publique / Hôpitaux de Paris, SAMU de Paris, Coordonnateur national des Cellules d'urgence médico-psychologiques, médecin général (C.R.)
5. **DEFFRASNES Véronique**, DDASS des Yvelines, Chef du service lutte contre l'exclusion et développement social, Inspecteur principal des Affaires Sanitaires et Sociales
6. **DELAVALLE Patricia**, Office des Migrations Internationales, Chef du service d'assistance médicale, Médecin Inspecteur de Santé Publique
7. **GALABRU Françoise**, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la Population et des Migrations, Conseiller technique, Médecin Inspecteur de Santé Publique
8. **GOEHRINGER Florence**, établissement public de santé Charcot, inter secteur V de psychiatrie infanto-juvénile des Yvelines, psychomotricienne
9. **GUERIN Madeleine**, DDASS des Yvelines, service lutte contre l'exclusion et développement social, assistante sociale
10. **GRANFAR Suzanne**, Associated press, journaliste
11. **GUYOT Sylvia**, DDASS des Yvelines, pôle santé publique, Médecin Inspecteur de Santé Publique
12. **HENRY Pierre**, association France Terre d'Asile, Directeur
13. **HIRTZ Madeleine**, Conseil général des Yvelines, Direction des actions de santé, espace territorial de Sartrouville, médecin PMI
14. **KOLA Perikli**, Croix-Rouge Française, centre d'accueil Guynemer de La Queue Lez Yvelines, réfugié politique demandeur d'asile depuis juillet 1997 (statutaire depuis juillet 1999), interprète albanais
15. **MAQUILLE (de) Christine**, Conseil général des Yvelines, Direction des actions de santé, espace territorial de Sartrouville, actions médico-sociales, médecin-chef
16. **MARSAUX Maria**, municipalité de Conflans, centre de santé municipal, médecin généraliste
17. **MATAJ Nazmije**, centre d'accueil Guynemer de la Croix-Rouge de La Queue Lez Yvelines, réfugiée Kosovar (arrivée avec sa famille par le pont aérien "officiel" le 22 avril 1999 à Roissy)
18. **MICHALON Fabienne**, Croix-Rouge Française, centre d'accueil Guynemer de La Queue Lez Yvelines, Directrice

19. **MUSKA Vekas**, foyer d'accueil de Conflans, réfugié Kosovar (Goran), arrivée "spontanée" en France et demandeur d'asile depuis 1997 (arrivée "spontanée" au centre avec sa famille venue du Kosovo le 17 mai 1999)
20. **PELLERIN Maguy**, Service Social d'Aide aux Émigrants, Conseiller technique
21. **PETREQUIN Luc**, Préfecture des Yvelines, Cabinet, Chef de service
22. **PLANCHENAULT An-Ninh**, hôpital local de Montfort-L'Amaury, médecin-chef, responsable médical bénévole du centre d'accueil Guynemer de la Croix-Rouge de La Queue Lez Yvelines
23. **PRUDHOMME Jacques**, Croix-Rouge Française, Conseil départemental des Yvelines, Vice-président
24. **PURAJ Omer**, foyer d'accueil de Conflans, réfugié politique statutaire depuis 1975, naturalisé français, interprète Monténégrin bénévole
25. **REGEL Isabelle**, établissement public de santé Charcot, secteur XVI, médecin psychiatre
26. **ROBIN Michael**, établissement public de santé Charcot, service mobile d'urgence médico-psychologique, Équipe Rapide d'Intervention de Crise (E.R.I.C.), responsable de service, médecin psychiatre
27. **SALAÜN Sylvain**, Service Social d'Aide aux Émigrants, Chargé de communication
28. **SAVADOGO Rasmata**, Association Conflans-Rencontres, foyer d'accueil de Conflans, Coordinatrice
29. **SEYMAN Christiane**, Office des Migrations Internationales, Délégation régionale de Paris-sud, service médical, médecin
30. **THEAUDIERE Martine**, Association Conflans-Rencontres, Directrice
31. **TISSOT Frédéric**, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, Cabinet, Médecin Inspecteur de la Santé Publique
32. **VALADE Hubert**, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la Population et des Migrations, Sous-direction des communautés immigrées, Sous-directeur
33. **VIALLE Arlette**, Office des Migrations Internationales, Délégation régionale de Paris-sud, Délégué régional
34. **YOUSSOV Serge**, DDASS des Yvelines, Directeur par intérim

LE POIDS DE L'HISTOIRE

UNE SITUATION HISTORIQUE [XXXVI]

L'ex-Yougoslavie était un état de droit doté d'une constitution fédérale reconnue par la communauté internationale. L'effondrement de l'URSS pendant l'été 1991 a ouvert la voie à tous les excès militaires pour résoudre le conflit politique qui opposait les républiques de la fédération à la recherche d'une solution confédérale aux problèmes économiques et sociaux.
Avant la guerre, les relations entre les nations étaient habituellement bonnes.
A l'exception de la Slovénie, dont la population est toujours restée relativement homogène (90 % de Slovènes), le fait yougoslave avait accentué la diversité de la population des différentes républiques.
Ainsi en Croatie trouve-t-on 75 % de Croates et12 % de Serbes. **Près de la moitié de la population de l'ex-Yougoslavie avait fait des mariages "mixtes" du point de vue des nationalités** (Bosniaques, Croates, Serbes et Slovènes principalement).
La médiatisation extrême des évènements a certainement contribué à la "diabolisation" des parties.

LA BATAILLE DU KOSOVO ET LE RETOURNEMENT MYTHIQUE FONDATEUR [II]

« **On peut rapprocher la politique serbe actuelle de "purification ethnique" d'un retournement de leur position victimaire vis-à-vis des Croates, des "Oustachis" des années 40, mais surtout d'une substitution mythique de la défaite du Kosovo en 1389 contre les armées ottomanes en une mémoire glorieuse fondatrice de la communauté serbe**. »

Après plusieurs tentatives, les Turcs annexent l'empire de Serbie, le 28 juin 1389, lors de la bataille du Champ des Merles au Kosovo Polje, centre de L'État et de l'Église serbes.
L'empire serbe fondé en 1346, qui comprend l'Albanie, la Macédoine, une partie de la Bosnie, de la Croatie et de la Grèce, est affaibli par les luttes internes entre chrétiens catholiques et chrétiens orthodoxes ainsi que par les rivalités des seigneurs féodaux, alors que l'empire ottoman est en pleine expansion.
Cette défaite signe, avec l'effondrement de l'empire serbe, une honte tragique. Il y a effraction du contenant communautaire serbe.
Le souvenir de cet événement est fixé dans la mémoire généalogique serbe de telle manière que la blessure traumatique reste vive. A son évocation, chaque Serbe répond présent.
Vuk DRASKOVIC, quoique leader de l'opposition serbe à MILOSEVIC, le rappelle [82] *: « Le Kosovo est pour les Serbes l'épicentre de leur culture, de leur foi et de leur mémoire nationale. Sur cet espace*

[82] Source : Le Monde diplomatique, avril 1989

relativement étroit, ils ont construit 1 500 églises et monastères. Là, le 28 juin 1389, ils ont affronté les forces ottomanes, trois fois supérieures aux leurs, et perdu la bataille. Cette région est devenue le symbole de la tragédie nationale, mais aussi celui d'une aspiration séculaire à chasser les Turcs ».
Le 28 juin 1389, date de la défaite la plus cruelle de l'histoire serbe, devient sans doute, précisément parce qu'en face du monde ottoman la survie identitaire de la jeune Serbie est d'autant plus menacée, un point de ralliement structurant la communauté serbe. Le 28 juin devient le jour de la fête nationale serbe. Il s'opère ainsi un retournement paradoxal d'une cruelle défaite en une victoire mythique.
En effet, selon la légende, la veille de la bataille s aint-Elie serait apparu en songe sous la forme d'un faucon et aurait demandé à Lazar HREBELJANOVIC, prince des serbes, de choisir entre une victoire terrestre et une victoire céleste : « *Si tu choisis l'empire céleste, fais communier toute ton armée car demain vous périrez tous ».* Le prince réunit la noblesse serbe dans son palais de Krouchévats et leur adjure *: « Mieux vaut pour nous mourir dans la gloire que de vivre dans la honte. Ne ménageons pas nos efforts, même si nous savons que notre sort sera de nous mêler à la poussière. N'épargnons pas notre vie, afin de pouvoir servir d'exemple éclatant aux autres. Mourons afin de vivre pour toujours. Il nous faut combattre l'Islam* ». Puis, on fit venir le patriarche avec ses douze évêques, et sous un temple de fortune, le prince et toute l'armée serbe communient pour la dernière fois. Le lendemain, les troupes du prince Lazar, du seigneur Vul BRANKOVIC et du roi de Bosnie, Tyrtko 1er affrontent l'armée de Murad 1er et de ses janissaires (mercenaires chrétiens islamisés) : 30 000 Serbes contre 100 000 Turcs. La noblesse serbe est quasiment anéantie. Les deux chefs héroïques périssent dans la bataille : le prince Lazar est décapité et le sultan Murad 1er est éventré. Les pertes sont considérables dans les deux camps. La mort du sultan laisse croire aux Serbes qu'ils l'ont emporté et à Paris déjà, les cloches sonnent à Notre-Dame pour célébrer la victoire des chrétiens, tandis qu'au même moment, Bayazid, fils de Mourad, prend le commandement de l'armée turque et remporte la victoire. Vul BRANKOVIC résistera jusqu'en 1392, puis le despotat serbe devient vassal de l'empire ottoman.
Pour les musulmans, le tombeau du sultan, érigé à l'emplacement du bivouac turc avant le combat, reste encore aujourd'hui un lieu de pèlerinage.
Le prince Lazar est proclamé saint, victime immolée à la foi chrétienne.
Cette défaite serbe du Kosovo sera interprétée par l'art religieux, par la littérature ecclésiastique, par la transmission littéraire et orale populaire, comme un sacrifice héroïque délibéré.
Depuis l'invasion ottomane de 1389, les luttes confessionnelles et ethniques n'ont jamais cessé. Au Kosovo, cohabitent des Albanais convertis à l'Islam et des chrétiens serbes. En 1912, pendant la première guerre balkanique, le Kosovo redevient serbe.
Tito, fondateur de la Yougoslavie, concilie les diverses aspirations nationalistes en 1946 par la création d'un statut de région autonome du Kosovo, dans la république serbe. La mort de TITO et la chute du mur de Berlin signent l'effondrement de l'équilibre national yougoslave. En mars 1989, le parlement serbe de Belgrade annule l'autonomie du Kosovo alors habité à 90 % par des albanais. Un million de Serbes célèbrent en 1989, le 600ème anniversaire de la bataille du Kosovo. Sur le monument élevé en sa mémoire est inscrit : « *Maudit soit le Serbe qui n'est pas allé combattre au Kosovo !* ».

En juillet 1990, à l'issue d'un coup d'État constitutionnel dirigé par Slobodan MILOSEVIC, alors président de la République serbe, le parlement et le gouvernement de Pristina sont dissous et la domination serbe s'impose. Les rivalités ancestrales sont ravivées. Le glissement mythique est illustré dans les manifestations nationalistes serbes, par la juxtaposition du drapeau national serbe, des portraits du prince Lazar 1er proclamé saint et de celui du président MILOSEVIC.
Au conflit identitaire se superpose la conquête nationale. Le *Journal officiel* de Serbie du 16 mars 1990 prévoit le repeuplement du Kosovo par les Serbes en leur facilitant l'accession à la propriété et des salaires préférentiels.
Depuis 1990, tout enseignement, tous les moyens de communication, radios, journaux, en langue albanaise sont interdits. La langue serbe est imposée à l'Université de Pristina.
Les Albanais du Kosovo résistent à cette volonté d'écrasement de leur identité. Clandestinement, après des élections considérées illégales par les Serbes, le Kosovo est déclaré en septembre 1991, République indépendante. Le Président élu, Ibrahim RUGOVA, philosophe, écrivain, leader de la ligue démocratique du Kosovo largement majoritaire lors des élections législatives illégales de mai 1992, est partisan d'un rapprochement avec le nouveau régime démocratique albanais de Tirana, qui a pour président Sali BÉRISHA, lui-même originaire du Kosovo, élu après la chute du régime dictatorial communiste albanais.
« *Ubi Serbii, ibi Serbia » : « Là où il y a des serbes, là se trouve la Serbie ».* Cette maxime légitime l'impérialisme serbe. Elle guide l'esprit de la purification ethnique. Le sperme ensemence l'appropriation du territoire.
Cette évocation historique et mythique montre l'importance préventive du "travail de paix", le respect des vaincus par les vainqueurs. On connaît l'effet désastreux de l'humiliation des allemands par le traité de Versailles et la manière dont s'en est servi Hitler pour mobiliser et radicaliser les aspirations nationalistes.

UN CONFLIT PRÉVISIBLE ET PRÉVU

« Si le tragique apartheid qui règne au Kosovo se muait en lutte armée, les risques de massacre semblent encore plus graves et massifs que dans les autres républiques d'ex-Yougoslavie, puisque plus de 90 % de la population est albanaise, et que les 10 % de Serbes restant sont représentés politiquement par les extrémistes nationalistes, surarmés et exerçant sur les populations civiles une terreur permanente. Les dossiers d'enquête internationaux sont unanimes sur l'inquiétude que provoque la gravissime situation politique dans cette région, aggravée depuis les lois d'exception imposées par Milosevic en 1989. » [83]

« Nous pouvons difficilement supporter l'impunité des crimes contre l'humanité liés à l'épuration ethnique en cours d'achèvement en Bosnie en cette rentrée 1993, en voie d'accentuation au

[83] Source : ALLAIN M.F., GALMISH X. (sous la direction), « *La question du Kosovo, entretiens avec I. Rugova* », préface d'I. Kadaré, Paris, Fayard, 1994 [XXVI]

Kosovo[84], ni l'usage de l'hiver comme "arme tactique[85]" utilisée par l'armée des nationalistes extrêmes serbes pour parachever leur stratégie de nettoyage[86] ethnique dans les enclaves bosniaques. »

« Guérir cette affreuse maladie des Balkans, cette sorte de maladie d'Alzheimer à rebours que caractérise une monstrueuse hypertrophie de la mémoire. Guérir ces malades qui vous parlent de la bataille du champ des Merles (1389) comme si c'était hier, qui ont tellement de mémoire qu'aucune humiliation, aucune blessure, aucune rancœur ancienne n'est oubliée ni pardonnée. »[87]

« D'autant que **l'inculpation par le Tribunal Pénal International de Slobodan Milosevic pour "crimes de guerre"**, a une nouvelle fois recentré la réflexion sur l'épuration ethnique. »

L'EMPREINTE GÉNÉALOGIQUE DU TRAUMATISME ET LA HONTE : génocide identitaire et femmes violées en ex-Yougoslavie [II]

Résumé : **le viol "systématisé et aggravé" en ex-Yougoslavie est analysé comme un génocide identitaire par attaque de la filiation et contamination de la généalogie communautaire.**

« Nous présenterons une hypothèse inscrivant la politique de purification ethnique, les enfants nés de viols en Bosnie, dans la transmission du traumatisme de la défaite du Kosovo en 1389, retournée en mythe fondateur identitaire serbe… Nous pouvons analyser ces conduites comme l'expression de l'utilisation d'une arme de guerre particulièrement sournoise et redoutable, celle de la honte. »

Avoir la honte

« Être victime de viol, d'une façon générale, et en particulier dans une culture islamique, c'est être souillée. Avoir la "Aar" comme on dit en arabe, c'est porter une marque indélébile sur le front. »

Être la honte

« Fait aggravant : la souillure contamine l'ensemble de l'entourage familial. Elle touche à un niveau actuel synchronique, les vivants, mais aussi à un niveau diachronique les ascendants, les aïeux, les descendants, et les non-nés. En ce sens la victime de viol devient la honte communautaire. La sanction introjectée est la mort par exclusion. »

[84] Source : Rapport d'Amnesty International, doc. Externe, Londres, sept. 1993, Index AI EUR 70/23/93 [XXII]
[85] Il faut savoir que le tuyau de gaz naturel qui approvisionne Belgrade et Sarajevo vient de Russie [XXII]
[86] Le même mot en serbo-croate peut être traduit par « purification » ou « nettoyage ». Le mot de génocide est juridiquement pertinent, comme le reconnaît un dossier d'enquête de l'ONU (mai 1994) [XXII]
[87] Source : PORQUET Jean-Luc, *« Les règles du jeu »*, in LE CANARD ENCHAÎNE, 1999, 23 juin, p 5

Porter la honte

« Du génocide par destruction physique systématique et par stérilisation, nous distinguons ici, avec le viol et l'enfant de la honte, une autre forme de génocide : le génocide par attaque de la filiation et par contamination. Il attaque le contenant généalogique communautaire, et provoque une implosion catastrophique de l'identité même de la communauté. C'est une mort identitaire du groupe. **C'est un génocide identitaire par la honte**. »

- « Notons que ceci est rendu possible dans la mesure où il y a, de part et d'autre, entre les communautés bosniaques, serbes et croates, qu'elles soient chrétiennes ou musulmanes, la reconnaissance d'une organisation patrilinéaire, alors que, dans le judaïsme, par exemple, c'est par la mère que se transmet la filiation d'appartenance communautaire. Cela explique peut-être que cette arme n'ait pas pu être systématisée lors de la Shoah. **A l'intrusion dans l'intérieur du corps des femmes, correspond l'effraction des lieux de mémoire, l'implosion du corps groupal communautaire**. »

POUR UN TRIBUNAL INTERNATIONAL : de l'humiliation à la honte et de la honte au pardon [II]

« **Avec la pratique du viol systématique et aggravé, on n'est plus ainsi dans le registre du crime de guerre, mais bien dans celui du génocide, du crime contre l'humanité**[88].

Le 22 février 1993, à New York, le Conseil de sécurité de l'ONU a décidé de créer, à l'unanimité de ses quinze membres, un tribunal international chargé de juger les responsables de crimes de guerre et de violations du droit humanitaire en ex-Yougoslavie. Cette initiative est la première de ce type depuis le tribunal militaire de Nuremberg en 1946, qui jugea les criminels nazis et celui de Tokyo en 1948. Les Nations Unies se portent ainsi partie civile pour une justice humanitaire. Ce n'est plus là le jugement des vaincus par une juridiction militaire des vainqueurs.

Le tribunal participe à assurer à "l'humain", une fonction de mémoire, une mise en scène ritualisée du témoignage. Le témoignage est un acte de langage, de restitution, de déconstruction reconstruction, de transmission pour gérer l'oubli, un travail de cicatrisation de la béance, de prévention de l'implacable répétition. »

[88] « C'est à dire l'assassinat, l'extermination, la réduction en esclavage, la déportation, et tout autre acte inhumain commis contre toutes populations civiles, avant et pendant la guerre ; ou bien les persécutions pour des motifs politiques, raciaux ou religieux, lorsque ces actes ou persécutions, qu'ils aient constitués ou non une violation du droit interne du pays où ils sont perpétrés, ont été commis à la suite de tout crime rentrant dans la compétence du tribunal, ou en liaison avec ce crime. Les dirigeants, organisateurs, provocateurs ou complices qui ont pris part à l'élaboration ou à l'exécution d'un plan concerté ou d'un complot pour commettre l'un quelconque de ces crimes ci-dessus définis sont responsables de tous les actes accomplis par toutes personnes, en exécution de ce plan. » (Source **: Tribunal militaire international de Nuremberg**, août 1945)

CONSTRUIRE UN PAYS A PARTIR DE RIEN [XI]

« **Au Kosovo, la communauté internationale s'est embarquée dans une incroyable aventure**. Nous nous apprêtons, sans en avoir l'air, à construire un État entier à partir de rien. Même en Somalie ou au Cambodge, Les Nations unies ne s'étaient jamais lancées dans une tâche aussi complexe. Chaque élément de l'État devra être littéralement construit sur des ruines… C'est la république fédérale de Yougoslavie qui conserve officiellement la souveraineté sur la province dévastée. Il s'agit là d'un véritable test pour l'internationalisme libéral de l'après-guerre froide… **Les priorités : rétablir l'ordre et scolariser les enfants**… Mais quelles lois faire respecter ? … L'économie est la condition essentielle du retour à la normale… La plupart des grosses entreprises sont toujours aux mains de leurs propriétaires yougoslaves. Et qui va fixer et collecter les impôts ? Comment se dérouleront la surveillance des frontières et les formalités de douane ? Et la monnaie ? Le mark allemand est la devise universelle, quoique officieuse. Pendant ce temps, les cafés de Pristina qui ont récemment rouvert, sont plein d'étrangers idéalistes et bronzés….Il y a six mois aucun ne savait exactement où se trouvait le Kosovo; aujourd'hui, ils le gouvernent… Toute une industrie locale voit le jour, uniquement vouée à servir les personnels étrangers…Il existe des désaccords permanents et des querelles de compétence entre les organisations internationales, à commencer par une rivalité exacerbée entre les différentes agences onusiennes. Les difficultés sont encore plus grande entre les États participants, y compris en raison d'absurdes questions de prestige…Pendant ce temps, les Américains annexent une rue entière pour y installer une « ambassade » forte de 50 personnes pour pouvoir diriger l'opération en coulisse. L'indépendance totale et officielle n'est pas la chose la plus urgente…Il existe un risque que les Kosovars se montrent incapables de s'autogouverner d'une manière organisée et civilisée. **Or, sur le long terme, la dépendance débouche sur l'irresponsabilité**. »

ESPOIR

« Particulièrement explicites sur les détails de "l'épuration ethnique" du Kosovo par les Serbes, mais sévères aussi pour **les exactions commises par des Kosovars** au lendemain de la guerre, les deux rapports de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE) –dont "Le Monde" (4/1/99) publie des extraits édifiants – se teintent, à un endroit, d'une coloration sympathique : ils font en effet état de quelques cas de Kosovars serbes qui "sont intervenus pour empêcher l'expulsion ou l'arrestation de leurs voisins (musulmans)". Et ils mentionnent même **quelques exemples de militaires serbes qui "ont quelques fois essayé d'empêcher des violations des droits de l'homme**". Ce sont des anonymes qu'on aimerait bien rencontrer. Ne serait-ce que pour les remercier d'exister. »[89]

[89] Source : CANARD Jérôme, « *Vite dit* », in LE CANARD ENCHAÎNE, 2000, 12 janvier, p 8

TÉMOIGNAGES DE RÉFUGIÉS ACCUEILLIS DANS LES YVELINES[90]

« Bekim, 24 ans, est étudiant en droit à Pristina, il lui restait un an avant de finir ses études. Il a dû quitter Ojilan à pied, avec sa sœur et sa femme. Ses parents et son frère sont restés là-bas « *parce que mon père a connu la deuxième guerre mondiale et il ne voulait pas abandonner sa maison ».* Il a pris la route de Peç, vers la frontière du Monténégro. Après une marche de 16 km, il a été attrapé par les militaires serbes qui l'ont forcé à monter dans un camion. Il a retraversé tout le Kosovo, puis a été déposé à la frontière macédonienne. Il a atterri au camp de Stankovac, où il a séjourné huit jours avant de s'envoler pour Paris *. « J'ai quitté ma ville, Ojilan à 46 km à l'ouest de Pristina, il y a trois semaines. Une nuit, on a vu et entendu des explosions. C'était les bombardements de l'OTAN. Alors, les militaires serbes sont entrés dans la ville et ils ont tué trois de mes voisins, dont une étudiante de 22 ans et une femme de 62 ans. J'ai appris ensuite qu'ils en avaient tué deux autres ailleurs. Le lendemain, vers 6 ou 7 heures du matin, les forces paramilitaires sont arrivées dans mon quartier, et elles nous ont menacés avec leurs armes en nous disant que nous avions deux heures pour quitter la ville. Mais la police nous a conseillés de ne pas le faire et on est resté. Douze heures plus tard, les milices ont commencé à brûler les maisons et les magasins. Alors je suis parti à pied, sans rien prendre. »*

Haxher (prononcer « Hajiri »), étudiante en langue albanaise à l'université de Pristina, n'a pas attendu l'arrivée des forces militaires ou paramilitaires serbes dans sa ville. *« J'ai quitté Ferizaj, à 30 km au sud de Pristina, il y a environ un mois. Ce sont les voisins qui nous ont conseillé de partir, car la région devenait dangereuse. Les Serbes sont restés trois jours dans un village situé juste à côté. J'ai juste eu le temps de prendre des vêtements et des documents, mes cours de l'université, et je suis partie en voiture avec un voisin ».* Mais la frontière macédonienne est fermée. Elle devra attendre 30 heures avant de pouvoir passer en compagnie de sa mère, de ses deux sœurs et de son frère. Son père et le voisin ont dû rentrer chez eux, puis ils sont revenus six jours plus tard pour passer enfin en Macédoine. La famille s'est retrouvée presque au complet au camp de Stankovac, où Haxhere a passé quatre jours. Ils ont dû s'envoler pour Paris sans la grande sœur, qui est restée là-bas. Mais Haxhaere a eu des nouvelles vendredi. Elle a pu passer en Macédoine et elle partira sans doute en Italie. S'ils se retrouvent en France, c'est parce que les réfugiés y ont de la famille… »

[90] Source : BOSSUT Olivier, *« 42 réfugiés du Kosovo accueillis dans les Yvelines »*, in LE COURRIER, 1999, 29 avril, p 2-3

« ALLÔ, JE VOUDRAIS HÉBERGER DES RÉFUGIÉS DU KOSOVO… »

« **L'accueil des réfugiés du Kosovo mérite d'être salué. Les pouvoirs publics ont su organiser, en un temps très court, un dispositif d'accueil opérationnel autour des DDASS, impliquant les associations spécialisées, les organismes gestionnaires des centres d'accueil et de nombreuses administrations et organisations.**

Les Français, dans leur ensemble, se sont largement mobilisés. Les associations caritatives ont recueilli des dons en quantité exceptionnelle. Des collectivités locales, des entreprises ont relayé les actions des organisations humanitaires. Des bénévoles ont apporté spontanément un soutien qui s'est révélé fort utile.

Répondant à l'appel des pouvoirs publics, qui avaient mis en place "un numéro vert", largement médiatisé, des personnes se sont également manifestées pour accueillir, quelque temps, des réfugiés à leur domicile. Le geste est des plus estimables. **Pourtant, il mérite d'être sérieusement pesé**. Les tensions qui peuvent résulter d'une cohabitation prolongée avec un proche sont couramment dominées. Mais **vivre au quotidien avec des personnes qui ont vécu un déplacement forcé, ont parfois tout perdu, connu des drames voire des atrocités**, a d'autres implications**… Au-delà d'un accueil, il s'agit d'un accompagnement lourd**. Les professionnels travaillant au quotidien auprès des réfugiés peuvent en témoigner.

Il y a quelques années, une opération, privée à l'origine, avait amené des Français à héberger des femmes et enfants Bosniaques. Ce précédent aurait pu être utilement examiné. Non que cette expérience ait été entièrement négative. Des relations riches en ont résulté. Mais **on sait que beaucoup d'accueillants n'avaient pas mesuré les conséquences de leur engagement et ont vécu cette expérience douloureusement**.

Sur le terrain, peu d'intervenants étaient convaincus de l'opportunité de **cet accueil en famille qui, de fait, n'a guère été utilisé**. Certes, dès
le départ, ont été prévues d'autres possibilités d'engagement: accueils ponctuels, "parrainage"…
A la demande des pouvoirs publics, certaines équipes du SSAE ont participé à un travail auprès des familles qui avaient appelé le numéro vert. Nous avions notamment suggéré que, dans un premier temps, soient organisées des réunions collectives avec l'ensemble de ces familles. Quand ces échanges ont été menés suffisamment tôt, ils ont permis aux personnes de mieux réfléchir à leur engagement et de s'investir éventuellement dans les solutions alternatives proposées. Ils ont aussi ouvert d'autres voies : des familles ont pu se réunir pour proposer d'autres types d'implication, par exemple des activités autour des centres d'accueil collectifs. Dans ce cas, le bilan est positif pour les familles françaises comme pour les familles de réfugiés.

Si cette approche avait été développée rapidement sur l'ensemble des sites, elle aurait évité des malentendus et une amertume bien compréhensible de la part de certaines familles dont le projet d'accueil n'a pu se concrétiser par quoi que ce soit.

Reste que cette offre d'hébergement aura montré que les Français sont sensibles à la situation des réfugiés. Il est réconfortant pour des associations spécialisées comme le SSAE d'entendre ce message, qui va à contre-courant d'une certaine indifférence ambiante. Il nous interpelle aussi sur notre capacité à capitaliser ces mouvements de sympathie pour qu'une fois la crise du Kosovo dépassée, la question de l'asile en France ne retombe pas dans l'oubli. »

Alain BACQUET,
Président du SSAE [I]

EXEMPLE "D'ÉQUIPE STANDARD TYPE" DE GESTION D'UN CENTRE D'ACCUEIL

(pour capacité de 80 à 100 personnes)

- un(e) "**coordinateur**" du centre et des interventions extérieures (non sanitaires) plein-temps (profil type : **travailleur social** avec compétences en gestion de structure collective)
- une **secrétaire** médicale plein-temps selon les besoins (gestion des courriers, des rendez-vous, des visites, des appels téléphoniques…)
- un **interprète** professionnel présent dès le premier jour et plein-temps le premier mois, puis variable selon l'évolution des besoins
- un(e) **infirmière** temps plein au début puis temps partiel selon l'évolution des besoins, **coordonnatrice des interventions sanitaires**, centralisatrice des informations médicales, responsable de la gestion des dossiers médicaux, du cahier de liaison médical, de la saisie des données de la surveillance épidémiologique et du suivi des prescriptions médicales
- un(e) psychologue vacataire
- une "**maîtresse de maison**" (facultatif, selon le type d'accueil envisagé)
- une permanence "**sécurité**" 24h/24 (notamment la nuit et les week end)
- accords ou conventions avec la **PMI** et les **hôpitaux publics de secteur** pour dépistage, prévention, soins, suivi médical et psychiatrique (interventions initiales des **CUMP** sur site, puis relais par les équipes adulte et enfant de secteur, puis retour au dispositif de droit commun : CMP, etc.) systématiques
- accords ou conventions pour l'accompagnement social (**associations** et/ou **Conseils Généraux**, etc)

☛ ***aucune action n'est possible sans interprète***[91]

[91] **En terme d'interprétariat**, et compte tenu de leur rôle, **il est particulièrement important de veiller à ce que soient prises en compte des exigences déontologiques : confidentialité, non-jugement, objectivité…** [XXVII]

BIBLIOGRAPHIE

PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES DE RÉFÉRENCE RELATIFS AU DROIT D'ASILE EN FRANCE

- Convention de Genève du 28 juillet 1951

- Code de la famille et de l'aide sociale (mesures d'aide sociale en matière d'hébergement et de réadaptation sociale, dispositions concernant les étrangers, aide Code de la famille et de l'aide sociale (mesures d'aide sociale en matière de logement et médicale), article 186 et décret du 2 septembre 1954

- Circulaire n°86/5 du 5 février 1988 relative à la mise en place de centres d'accueil pour les demandeurs d'asile dépourvus de visas d'établissement

- Circulaire n°91/22 du 19 décembre 1991 relative à la réorganisation du dispositif national d'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile

- Circulaire du 14 décembre 1992 relative au suivi des décisions de refus de séjour prises à l'encontre des étrangers hébergés dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile

- Circulaire n°94/21 du 14 juin 1994 relatives au fonctionnement, des centres provisoires d'hébergement, à l'évaluation de leur activité et à la préparation des budgets 1995

- Décret n°88/279 du 24 mars 1988 relatif à la gestion budgétaire et comptable et aux modalités de financement de certains établissements sociaux à la charge de l'État ou de l'assurance maladie

- Décret n°95/185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux

- Loi n°52/893 du 25 juillet 1952 modifiée par la loi n°98/349 du 11 mai 1998 relative au droit d'asile

TEXTES RÉGLEMENTAIRES et DOCUMENTS OFFICIELS DE RÉFÉRENCE RELATIFS A L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS KOSOVARS EN FRANCE (par ordre chronologique)

- **Ministère de l'Intérieur**

- **DLPAJ / SDECT / 4ème bureau : télégrammes**

A. N°776 du 27/03/98 (objet : *éloignement des Yougoslaves originaires du Kosovo)*
B. N°242 du 26/03/99 (objet : *situation au regard du séjour des ressortissants Yougoslaves originaires du Kosovo*)
C. N°324 du 15/04/99 (objet : *modalités d'accueil en France des ressortissants Yougoslaves originaires du Kosovo*)
D. N°1322 du 28/04/99 (objet : *accueil collectif des personnes déplacées sous l'égide du HCR , originaires du Kosovo*)
E. N°931 du 14/05/99 (objet : *modalités d'accueil en France des ressortissants Yougoslaves originaires du Kosovo / synthèse*)
F. N°1895 du 28/07/99 (objet : *organisation matérielle des retours des ressortissants de la communauté albanaise du Kosovo accueillis en France. Relations avec l'OMI*)
G. N°2295 du 12/10/99 (objet : *protection temporaire accordée par la France aux membres de la communauté albanaise du Kosovo*)

- **Autres**

H. DGA/Cabinet du 26/03/99 (objet : *aide humanitaire aux réfugiés du Kosovo*)
I. Directeur du Cabinet du 03/05/99 (objet : *accueil des réfugiés du Kosovo en France / Initiatives des collectivités locales françaises*)

➢ **Ministère de l'Emploi et de la solidarité**

- **DPM**

a) Note DPM/CI3 du 19 avril 1999 (objet : *accueil et prise en charge sociale de personnes déplacées originaires du Kosovo*)
b) Circulaire DPM/DM2-3/99/256 du 28 avril 1999 (relative à *l'accueil des personnes déplacées originaires du Kosovo)*
c) Note DPM/CI3 n°155 du 30 avril 1999 (objet : *dispositif exceptionnel d'accueil des réfugiés originaires du Kosovo- dispositions financières*)
d) Note DPM/CI3 n°157 du 30 avril 1999 (objet : *réfugiés du Kosovo – familles*)
e) Message DPM du 30 avril 1999 (relatif au *soutien de la France à l'action du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie*)
f) Instruction DPM/DM2-3/DAS/DSS/99/266 du 5 mai 1999 (relative à *la couverture maladie, maternité des ressortissants yougoslaves originaires du Kosovo*)
g) Note DPM/CI3 n°177 du 14 mai 1999 (objet : *dispositif d'accueil des réfugiés du Kosovo*)
h) Document de projet DPM/CI3 du 17 juin 1999 sollicitant le concours financier de l'Union Européenne (objet : *accueil des personnes déplacées originaires du Kosovo / projet du ministère de l'Emploi et de la solidarité – France*)
i) Note DPM/CI3 du 22 juin 1999 (objet : *demandeurs d'asile et réfugiés Kosovars statutaires - hébergement*)

j) Instruction DPM/DM2-3/DAS/DSS/99/383 du 1er juillet 1999 complémentaire à l'instruction DPM/DM2-3/DAS/DSS/99/266 du 5 mai 1999 (relative à *la couverture maladie, maternité des ressortissants yougoslaves, originaires du Kosovo*)

k) Note DPM/DGEFP/99/405 du 12 juillet 1999 (objet : *apprentissage linguistique des adultes Kosovars déplacés accueillis en France. Mobilisation des dispositifs d'accueil et d'insertion du service public de l'emploi*)

l) Note DPM/CI3 n°376 du 12 juillet 1999 (objet : *personnes déplacées originaires du Kosovo – financement de l'hébergement*)

m) Circulaire DPM n°99/428 du 21 juillet 1999 (relative aux *procédures de retour au Kosovo des personnes déplacées du Kosovo actuellement accueillies en France*)

n) Circulaire DPM-CI3 n°99/504 du 26 août 1999 (relative à *la poursuite du financement du dispositif d'accueil des personnes déplacées originaires du Kosovo*)

o) Note DPM/CI3 n°463 du 6 septembre 1999 (objet : *séjours des personnes déplacées du Kosovo au sein des centres d'accueil*)

p) Lettre de mission DPM/DAGPB à Mr. O. WICKERS du 14/09/99 (objet : *évolutions du dispositif d'accueil des réfugiés kosovars*)

q) Compte-rendu réunion technique DDASS/DPM du 27/09/99 sur le dispositif Kosovo (objet *: bilan et prorogation*)

- **Autres**

r) Circulaire DH/99/269 du 6 mai 1999 (relative à *la prise en charge de la participation de praticiens et de fonctionnaires hospitaliers à des actions humanitaires d'accompagnement sanitaires des réfugiés du Kosovo*)

s) Instruction Cabinet du 28 mai 1999 (objet : *parrainage et hébergement des réfugiés du Kosovo – mise en œuvre et processus d'évaluation*)

t) Circulaire DSS/4A/DPM/99/404 du 12 juillet 1999 (relative à *l'accès aux prestations familiales des ressortissants yougoslaves, originaires du Kosovo)*

PUBLICATIONS, RAPPORTS et PRESSE

I. **BACQUET Alain,** *« Éditorial : allô, je voudrais héberger des réfugiés du Kosovo… »*, in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, revue du SSAE, 1999, septembre, n°221, p 1

II. **BENGHOZI Pierre**, *« L'empreinte généalogique du traumatisme de la honte : génocide identitaire et femmes violées en ex-Yougoslavie »*, in LEBOVICI Serge, MORO Marie Rose, « Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme », Vendôme, Presses Universitaires de France, Monographies de la psychiatrie de l'enfant, 1995, décembre, pp 51-63

III. **BISSON Anne**, *« L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés en France »,* in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Paris, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 7-11

IV. **BORGNE Nathalie**, « *Rapport de mission Kosovo SAMU Mondial* », SAMU, Centre de réception et de régulation des appels, Paris, 1999, 28 juillet

V. **BROWN Vincent**, « *Exode massif du Kosovo : enquête au sein de la population kosovare réfugiée à Rosaye, Monténégro, 14-15 avril 1999* », Épicentre, Paris, 1999, 26 avril

VI. **CASTAGNOS-SEN Anne,** *« L'accueil des réfugiés Albanais du Kosovo en Europe »*, in FRANCE TERRE D'ASILE, 1999, juin, n°107, p 3

VII. **CASTAGNOS-SEN Anne**, *« Conditions de retour des Kosovars réfugiés en Europe et en Amérique du Nord »,* in Note du Service Actions européennes, FRANCE TERRE d'ASILE, Paris, 1999, 29 juillet, pp 1-12

VIII. **CROCQ Louis**, «R*apport de synthèse de l'activation des cellules médico-psychologiques lors des évènements du Kosovo* », ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat d'État à la santé, Comité national de l'urgence médico-psychologique, Paris, 1999, 10 juillet

IX. **DAB William**, « *La dimension sanitaire des risques majeurs* », in INIST CNRS, 1997

X. **DUARTE Loïc**, *« Les nouvelles dispositions sur l'asile »*, in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Paris, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 15-17

XI. **GARTON ASH Timothy**, « *Kosovo : les pièges de la paix* », in COURRIER INTERNATIONAL , 1999, juillet - août, n° 456 , pp 22-23

XII. **GAEREMYNCK Jean**, « *Éditorial* », in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Paris, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 3-6

XIII. **GOZLAN Yves, SALIGNON Pierre**, « *Soutien psychologique auprès d'ex-détenus* », in LEBOVICI Serge, MORO Marie Rose, « Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme »**,** Vendôme, Presses universitaires de France, Monographies de la psychiatrie de l'enfant, 1995**,** décembre, pp 73-87

XIV. **HELYNCK Brigitte et al.**, *« Éléments clés de la prévention d'une épidémie de rougeole chez les réfugiés Kosovars en Albanie »*, in RÉSUME DES PRÉSENTATIONS, Institut de Veille sanitaire, journées scientifiques, Saint-Maurice, 1999, 2-3 décembre

XV. **HENRY Pierre,** *« France Terre d'asile, le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés »*, in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Paris, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 36-38

XVI. **HENRY Pierre,** *« Humanitaire, guerre et paix »*, in FRANCE TERRE D'ASILE, 1999, juin, n°107, p 1

XVII. **KANNAS S., ROBIN M., POCHARD F., ABILLON A.F., REGEL I., MAURIAC F., WADDINGTON A.**, « *E.R.I.C. ou la mobilité comme forme alternative à l'hospitalisation* », in M. de CLERCQ Eds, « Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale », Masson, Paris, & Elsevier, 1998, pp 204-220

XVIII. **LAVANCHY Philippe**, *« Le Haut Commissariat pour les réfugiés, rôle et actions concrètes »*, in ÉCHANGES SANTÉ-SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Paris, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 26-29

XIX. **LAVANCHY Philippe,** « *HCR : une opération d'évacuation et d'accueil bien menée* », in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, revue du SSAE, 1999, septembre, n°221, pp 28-30

XX. **LECOURT Marcelle (avec la collaboration de VALADE Hubert et BISSON Anne)**, « *L'accueil des réfugiés du Kosovo : de Skopje à Roissy, une organisation efficace* », in ACTEURS MAGAZINE, 1999, juin, n° 36, pp 8-9

XXI. **LOUTAN Louis et al.**, « *Impact of trauma and torture on asylum-seekers* », in EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 1999, vol. 9, n°2, pp 93-96

XXII. **NAHOUM-GRAPPE Véronique**, « *Anthropologie de la cruauté* », in LEBOVICI Serge, MORO Marie Rose, « Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme », Vendôme, Presses Universitaires de France, Monographies de la psychiatrie de l'enfant, 1995, décembre, pp 23-50

XXIII. **NICOLLE Jean-Claude, PELLERIN Maguy, SALAÜN Sylvain**, « *L'implication du SSAE: une action diversifiée, un partenariat renforcé* », in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, revue du SSAE, 1999, septembre, n°221, pp 4-5

XXIV. **PACAUD Martine**, « *Activité : accueil des réfugiés du Kosovo au centre d'hébergement et de réinsertion sociale Les écureuils à Châteauroux* », in NOTE DE PRÉSENTATION promotion D3S 1999-2000, ENSP, Rennes, février 2000

XXV. **PEREA William**, « *Rapid needs assesment among Kosovars refugees hosted by albanian families and assesment of human right violation committed in Kosovo, Kukes town, Albania, april 29th 1999* », Épicentre in collaboration with the Institut Français de Veille Sanitaire, Paris, 1999, 10 mai

XXVI. **PICHON Sébastien**, « *Les réfugiés ont des statuts variables parmi les Quinze »,* in LA CROIX, 1999, 5 mai

XXVII. **POILLOT Laurent**, « *L'accueil des réfugiés du Kosovo : de Skopje à Roissy, une organisation efficace* », in ACTEURS MAGAZINE, 1999, juin, n° 36, p 9

XXVIII. **ROCHE François,** « *Coordination réfugiés : une légitimité à reconquérir* »**,** in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, revue du SSAE, 1999, septembre, n°221, pp 25-27

XXIX. **TASSART Michel**, « *Kosovo* », in LE TRAIT D'UNION 78, 1999, décembre, n°3, pp 2-3

XXX. **TERRAL Jean-François**, « *L'office français de protection des réfugiés et apatrides* », in ÉCHANGES SANTÉ- SOCIAL : « L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés », Pari s, La documentation française, 1998, septembre, n°92, pp 18-21

XXXI. **TISSOT Frédéric**, « *De la surveillance épidémiologique à l'intégration européenne* »*,* in EUROSURVEILLANCE, 1999, septembre, vol. 4, n°9, p 91

XXXII. **VALENCIANO M. et al.**, « *Surveillance des maladies transmissibles chez les réfugiés Kosovars en Albanie, avril-juin 1999 »,* in BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE , 1999, 28 septembre, n°39, pp 163-165

XXXIII. **VALADE Hubert**, « *DPM :huit semaines pour accueillir 7 000 réfugiés »*, in ACCUEILLIR, « Accueil des réfugiés du Kosovo : le service social spécialisé face à l'urgence », Paris, revue du SSAE, 1999, septembre, n°221, pp 31-33

XXXIV. **VEDEAU-ULYSSE Mireille**, « *L'accueil des réfugiés Kosovars : mobilisation des DDASS et retour de l'État* », in IASS LA REVUE, 1999, septembre, n°26, pp 11-13

XXXV. **VINCENT Michel**, « *Quelle santé mentale dans l'ex-Yougoslavie ?* », in LEBOVICI Serge, MORO Marie Rose, « Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme »**,** Vendôme**,** Presses Universitaires de France, Monographies de la psychiatrie de l'enfant, 1995, décembre, pp 117-125

xxxvi. **ZWI Anthony**, **FUSTUKIAN Suzanne, SETHI Dinesh,** « *Never again, once again : learning from the Kosovan tragedy* », in EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 1999, vol. 9, n°2, pp 81-82