SANTE MENTALE DES PERSONNES EXILEES :

une *souffrance invisible*

CENTRE PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS LA TORTURE

05 > *Résumé*

07

La *souffrance* psychique de l'exil

11

Une *violence* continue

Remerciements

L'équipe du Centre Primo Levi, ainsi que Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Maila Marseglia, Camille Gardesse, Forum réfugiés, Laure Wolmark.

15

Un enjeu de *santé publique*

- La santé mentale, grande absente du parcours d'asile
- L'arrivée dans les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et le recours aux structures associatives
- Vers qui orienter ? L'insuffisance des dispositifs de droit commun
- Les mineurs non accompagnés (MNA), le télescopage de l'adolescence et de la violence
- Un enjeu de santé publique insuffisamment pris en compte au niveau politique

31

Le désaccueil, un véritable *"trauma social"*

- Le grand paradoxe de l'accueil en France
- Des stratégies de dissuasion
- Nouer un lien pour construire l'espoir d'une écoute

43 > *Recommandations*

Avec le soutien financier de PARIS

Le Centre Primo Levi

Le Centre Primo Levi est une association de référence spécifiquement dédiée au soin et au soutien des personnes victimes de la torture et de la violence politique exilées en France. L'action du Centre Primo Levi est basée sur trois missions : soigner, transmettre, mobiliser.

Soigner

Dans son centre de soins situé à Paris, le Centre Primo Levi accueille chaque année plus de 400 personnes originaires de près de 50 pays différents. Ces personnes bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire : psychologique, médicale et kinésithérapeutique, ainsi que d'un soutien social et juridique. La prise en charge proposée dure en moyenne trois ans, dans le respect de la demande du patient et du rythme de son insertion en France.

Le suivi médical et kinésithérapeutique, le travail psychothérapeutique, l'accompagnement social et le soutien juridique s'articulent les uns aux autres et fonctionnent comme un espace dynamique. Il s'agit d'offrir un contenant physique et psychique aux personnes victimes de la torture et de la violence politique. L'entretien d'accueil est conçu comme une partie intégrante des soins.

Le Centre Primo Levi a, par ailleurs, dès sa création, posé la nécessité de prévoir la présence d'un interprète lorsque le patient le souhaite. Un espace enfants-adolescents est enfin spécifiquement dédié à l'accueil des jeunes patients, et notamment des mineurs isolés.

Transmettre

Le Centre Primo Levi a, depuis longtemps, fait le choix de partager et transmettre son expérience de soin et de soutien des personnes exilées victimes de la torture et de la violence politique. Cette volonté de transmission s'est traduite, en 2002, par la création d'un centre de formation destiné aux professionnels et bénévoles en lien avec les personnes exilées. Chaque année, plus de 700 personnes sont formées. En outre, soucieux de mettre en avant les problématiques rencontrées dans sa pratique clinique, le Centre Primo Levi publie une revue intitulée Mémoires. Celle-ci est pensée comme un espace de réflexion et de débat, ouvert à des contributions extérieures, sur les questions relatives aux effets de l'exil et du psychotrauma. La volonté de créer un espace de réflexion et de débat se traduit aussi par l'organisation, tous les deux ans, d'un colloque qui rassemble des professionnels du soin et de l'accompagnement, ainsi que des chercheurs, invités à partager leurs savoirs et expériences. Enfin, le Centre Primo Levi intervient régulièrement dans des espaces académiques et professionnels.

Mobiliser

Fort de son expérience, légitimé par son action concrète auprès des personnes exilées, le Centre Primo Levi mène, seul ou en réseau, des actions de plaidoyer, de sensibilisation et d'information pour témoigner des effets de la torture, promouvoir une prise en charge adaptée et défendre le droit d'asile. Il participe régulièrement à la rédaction et à la promotion de rapports de plaidoyer en lien avec d'autres acteurs associatifs. Il est également partenaire de campagnes d'information et de sensibilisation.

Enfin, le Centre Primo Levi intervient régulièrement dans le cadre de rassemblements, rencontres, débats ou projections organisés par des partenaires associatifs ou culturels, pour apporter son éclairage et son témoignage sur les effets de la violence politique et de l'exil.

Résumé

Depuis une dizaine d'années la santé mentale des personnes exilées ne cesse de s'aggraver, accentuée par les violences qu'elles subissent sur le chemin de l'exil, désormais omniprésentes et inéluctables. Torturées, emprisonnées, violées, ces personnes fuient leur pays et vont accumuler les traumatismes tout au long de leur parcours jusqu'en France, de la simple humiliation à la torture, en passant par les violences sexuelles. Cela n'implique pas une simple addition de la violence, mais une potentialité traumatique aiguë, d'autant plus qu'elle survient sur des personnes déjà fragilisées et éprouvées par la violence subie dans leur pays d'origine. Cette nouvelle configuration, structurelle aujourd'hui, et en premier lieu chez les femmes, éprouve considérablement les ressources personnelles et les capacités de résilience des personnes, et exerce une pression considérable sur les dispositifs d'aide et de soins, tout en rallongeant le temps de traitement.

La France est l'un des trois principaux pays d'accueil de demandeuses et demandeurs d'asile en Europe. Elle est appelée à être de plus en plus sollicitée par des personnes qui fuient les conflits armés et la violence, malgré les barrières physiques ou législatives mises en place ces dernières années. Ces personnes, qui demandent la protection de notre pays et dont la santé mentale se détériore, ont besoin d'être soignées. Au vu de la gravité de leurs troubles psychiques et de leur spécificité, du nombre de personnes concernées et de leurs fortes interactions avec la société, leur souffrance constitue une réalité incontournable et un véritable enjeu de santé publique. Il s'agit aussi plus largement d'un enjeu de société, car la majorité des personnes exilées arrivées en France ont vocation à y rester et à y travailler. La prise en compte de la souffrance psychique fait donc partie de l'accueil et des étapes vers l'intégration.

Pourtant, comme nous le soulignions déjà en 2018 dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* »[1], le système de santé actuel ne répond pas à cet enjeu. L'offre de soins en santé mentale pour les personnes exilées demeure largement sous-dimensionnée, notamment au niveau des prises en charge dites avancées, seule condition pour diminuer les troubles, les risques de décompensation et le coût à long terme pour la société.

Les équipes des structures d'hébergement sont en première ligne pour accueillir ces publics, mais repérer et accompagner la souffrance psychique est difficile en l'absence de formation. Même lorsque le trouble est identifié, les possibilités d'orientation vers les structures de droit commun sont minces : celles-ci sont saturées, sous-dotées et en majorité concentrées dans les grandes villes, particulièrement en Île-de-France. Le recours au secteur associatif devient ainsi incontournable. La majorité des structures en capacité de prendre en charge des personnes exilées souffrant de troubles psychiques sont en effet les centres de soins spécialisés, gérés pour la plupart par des associations, soit seulement une quinzaine de structures en France.

Faute de système de santé adapté, le dispositif d'accueil existant en France peut-il offrir un repos, à défaut de fournir un répit, à cette souffrance psychique ? L'ensemble des actrices et acteurs en lien avec les personnes exilées donne une réponse inquiétante : si des avancées ont été réalisées, les conditions de prise en charge sont aujourd'hui inadaptées aux besoins et aléatoires selon les régions. Les conséquences psychologiques sont considérables. L'incertitude, le manque de ressources, la vie en collectivité dans les centres d'accueil ou les hôtels sociaux, le changement très fréquent d'hébergement, la promiscuité importante, le manque d'intimité, parfois l'insécurité, ravivent le traumatisme et parfois même le créent. Ces « *attaques du réel* » sont ce qu'il y a de plus difficile dans la clinique du Centre Primo Levi, car elles empêchent de soigner la souffrance psychique originelle.

Comment une personne exilée peut-elle convaincre l'administration française du bien-fondé de sa demande d'asile sans soigner cette souffrance, qui se traduit par une amnésie, une perte des repères spatio-temporels et une difficulté à élaborer un récit détaillé et chronologique ? Comment convaincre en vivant dans un hôtel vétuste, saturé, en état d'hypervigilance permanente en raison de l'insécurité ambiante, sans pouvoir véritablement se reposer, ni dormir normalement ?

La santé mentale des personnes exilées est une souffrance invisible en France. Les lois sur l'immigration et l'asile se succèdent sans prendre en compte la spécificité psychologique, sociale ou économique de la situation des personnes exilées. Les mots « *santé mentale* » sont ainsi absents de la loi du 26 janvier 2024 « *Pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration* ». Le gouvernement français a fait le choix d'une politique de contrôle dans laquelle des dizaines

1 *Co-écrit avec Médecins du Monde.*

de millions d'euros sont chaque année investis. Pour quelle efficacité ? Un rapport de la Cour des comptes [2] a récemment souligné l'incohérence et le coût élevé de la politique de lutte contre l'immigration illégale, dépourvue de stratégie.

Les associations qui travaillent au quotidien avec les personnes exilées le disent depuis très longtemps : un accueil digne, humain et adapté est la réponse la plus efficace et la moins coûteuse à terme. En France, depuis 1998, 1,28 milliards d'euros ont été dépensés afin d'empêcher les personnes exilées de franchir la Manche, soit l'équivalent du budget annuel de 550 centres de soins comme le Centre Primo Levi.

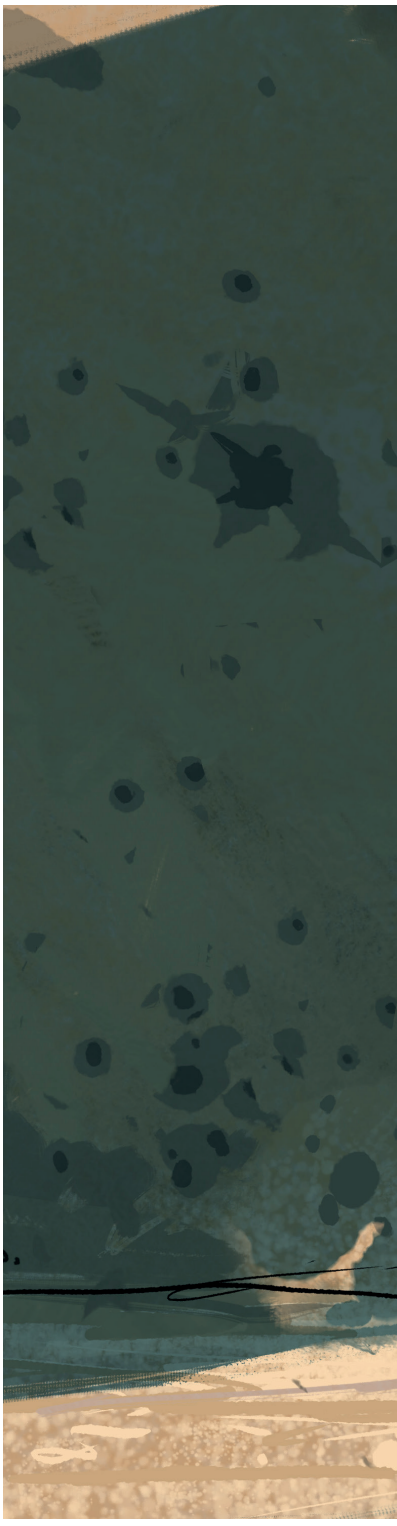
Le Centre Primo Levi a écrit le rapport « *Santé mentale des personnes exilées : une souffrance invisible* » pour alerter sur un enjeu de santé publique et de société devenu incontournable, et formule les recommandations suivantes :

Intégrer une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des personnes exilées à toutes les étapes du parcours de la demande d'asile.

Adapter le droit commun à la souffrance psychique des personnes exilées.

Placer les questions relatives à la santé, notamment mentale, des étrangers sous la compétence exclusive du ministère de la Santé et de la Prévention.

Proposer un accueil effectif aux personnes exilées.



2 *La politique de lutte contre l'immigration irrégulière*, Cour des Comptes, 2024.

La *souffrance* psychique de l'exil

Les ruptures brutales que la fuite a occasionnées et le parcours d'exil lui-même, semé de violences et de pertes, occasionnent une souffrance psychique grave.

Celle-ci est toutefois variable d'une personne à l'autre, et toutes les personnes exilées ne souffrent pas de traumatismes ou d'autres formes de troubles psychiques. Le terme de « *souffrance psychique* » désigne un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental majeur. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge médico-psychologique répétitive. Les troubles psychiques peuvent prendre des formes très variées. Les formes graves sont définies par un retentissement significatif sur la vie quotidienne.

Il n'existe pas de souffrance psychique spécifique de l'exil, pas de catégorie spéciale, tous les troubles mentaux peuvent être rencontrés, même s'il existe une grande prévalence des troubles liés au stress post-traumatique et des dépressions (troubles de l'humeur).

Les données publiées sont très hétérogènes, relativement rares, surtout en France, mais révèlent néanmoins une tendance : les troubles psychiques ont une prévalence plus élevée, sont plus fréquents et sévères chez les personnes exilées.

Selon l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une personne exilée sur cinq souffre d'un trouble psychique.[3]
Si nous rapportons ce chiffre aux 145 522 demandeuses et demandeurs d'asile en France[4] décomptés en 2023, 29 104 personnes sont susceptibles d'être touchées. ▼

1 personne exilée sur 5 souffre d'un trouble psychique

Source : INED

PAS DE DONNÉES CHIFFRÉES SUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EXILÉES

Il n'existe pas d'études épidémiologiques à l'échelle nationale sur les personnes exilées souffrant de troubles psychiques, pourtant nécessaires pour évaluer la nature et la mesure de leurs besoins, et pour ajuster les réponses de santé publique. Des études récentes ont néanmoins été menées sur le sujet au niveau international[5] ou plus local. On constate, par ailleurs, que les associations, sur le terrain, alertent et réclament la mise en place de recherches et d'études spécifiques.

En 2023, 29 104 personnes sont susceptibles d'être touchées en France

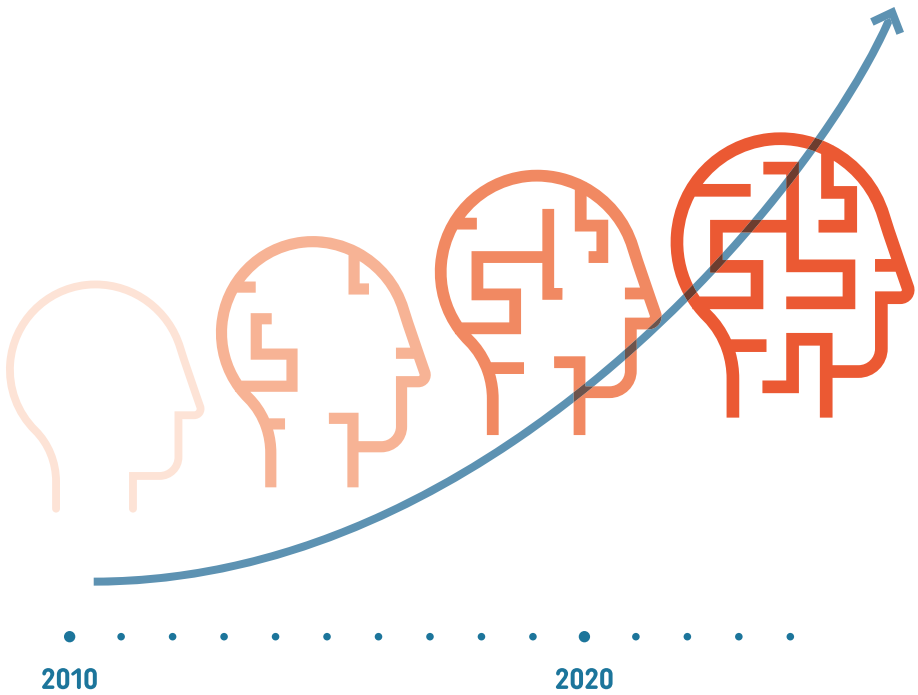
Les troubles peuvent s'installer durant des mois, des années, voire toute une vie en l'absence de prise en charge adaptée. Chez les personnes ayant vécu des situations traumatiques précoces ou à répétition, ou bien des violences extrêmes répétées, comme c'est le cas des patientes et patients du Centre Primo Levi, le psycho-trauma prend souvent une forme « *complexe* » : il entraîne alors une modification profonde de la personnalité, une dérégulation des affects et des somatisations. Ils peuvent conduire jusqu'à des états délirants ou des épisodes de confusion mentale laissant parfois penser à un état psychotique, alors même qu'il n'y a pas de décompensation d'un trouble psychotique constitué. Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté. Dans certains cas, ils se chronicisent ou modifient profondément la personnalité.

Le psycho-trauma entraîne une grande souffrance morale, liée à un certain nombre de symptômes. La personne peut être ainsi ramenée brutalement à l'événement traumatique et le revivre, souvent via une expérience sensorielle : une douleur, un son, une image (qui peut amener la personne à adopter un comportement de fuite ou d'évitement). Cela se traduit par des flash-back (des reviviscences), des rêves ou des cauchemars répétitifs. Le trouble psychique peut aussi se manifester par un syndrome dit « *d'évitement* », qui désigne le fait d'éviter tout ce qui se rapporte au traumatisme et risque de rappeler l'événement : sentiments, sensations physiques, activités, endroits, objets, moments, personnes, conversations ou situations (la foule ou les transports). La personne peut aussi développer un état d'hypervigilance, d'alerte et de contrôle, qui se traduit par des sursauts, des insomnies, des réveils nocturnes, une hypersensibilité, une irritabilité, des colères explosives, des troubles de la concentration et de l'attention. Il existe enfin des symptômes dissociatifs : perte de conscience de l'environnement réel, amnésie dissociative ou déréalisation, dépersonnalisation (sentiment d'être devenu un observateur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps).

3 *Migrants et Santé : soigner les blessures invisibles et indicibles*, Santé publique France, 2021.
4 *L'Essentiel de l'immigration*, Direction générale des étrangers en France, 2024.
5 *The Prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers. A systematic review and meta-analysis*, National Library of Medicine, 2020.

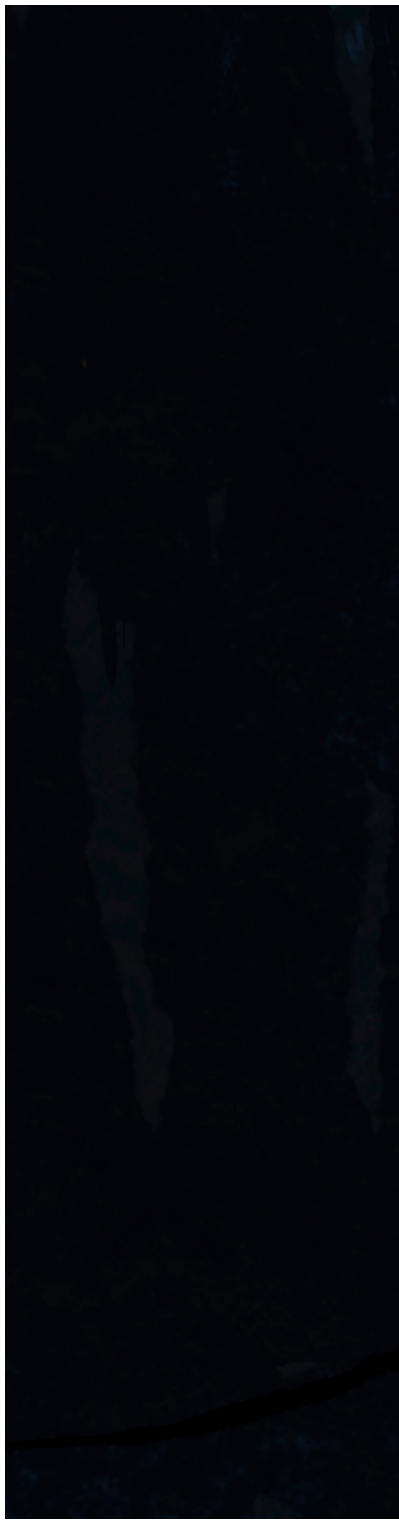
LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

Une aggravation de la souffrance psychique des patientes et patients du Centre Primo Levi



▲ Les cliniciennes et cliniciens de notre équipe constatent depuis une quinzaine d'années une aggravation de l'état de santé psychologique tout autant que général des personnes exilées, en lien avec la violence qu'elles ont subie sur le chemin de l'exil.

Notre équipe constate une accumulation de traumatismes tout au long du parcours, qui vont de la simple humiliation à la torture, en passant par les violences sexuelles et le trafic d'êtres humains. Ces observations cliniques n'impliquent pas une simple addition de phénomènes de violences ; chaque événement ultérieur acquiert une potentialité traumatique d'autant plus forte qu'il survient sur un individu déjà fragilisé et éprouvé par la fuite et les événements précédents. Cette nouvelle configuration, structurelle aujourd'hui dans l'observation clinique (et au premier chef chez les femmes, souvent seules ou accompagnées d'enfants parfois en très bas âge), depuis plus d'une décennie, non seulement éprouve considérablement les ressources personnelles et les capacités de résilience des personnes, mais impacte également les dispositifs de soins, le temps de traitement et requiert une mobilisation importante des acteurs de l'aide.



Une *violence* continue

De manière générale, les personnes exilées partent sans stratégie, quand la situation dans leur pays devient intenable, conséquence directe d'une instabilité politique, d'un contexte de guerre ou d'une situation de persécution dont elles sont les victimes directes. La décision est extrêmement difficile à prendre, elles savent que la violence sera au rendez-vous sur le parcours migratoire. Certaines vont fuir une répression politique, d'autres viennent de telle ou telle famille incriminée par l'État, ou sont de manière indirecte visées à travers les activités politiques d'un membre de leur famille. D'autres dénoncent des injustices, des affaires de corruption qui se politisent, d'autres vont fuir un mariage forcé, une menace de mutilation sexuelle, des violences conjugales, des violences basées sur le genre. Avec, dans leurs bagages, les traumas liés à ces abus, ces personnes prennent la route de la violence, sous la contrainte des passeurs et des membres de la police ou de l'armée des pays qu'elles traversent, où la réalité sera parfois pire que celle qu'elles ont fuie.

Devant elles se dresse la route migratoire de la Méditerranée centrale, considérée par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) comme la route migratoire la plus meurtrière au monde. Elle est aujourd'hui empruntée par la majorité des patientes et patients du Centre Primo Levi. On estime que plus de 22 414 personnes y sont mortes depuis 2014.[6] Un exil qui commence par le voyage à travers le continent africain lui-même et une longue traversée du désert du Sahara, responsable de la mort de près de 5 400 personnes entre 2014 et 2022. La *« route des Balkans »*, bien que moins empruntée et bénéficiant d'une réputation de moindre dangerosité, a fait, quant à elle, 1 071 morts depuis 2014.[7]

Jamais le nombre de personnes *« déplacées de force »* en raison de persécutions et de violations des droits humains, y compris de tortures, de conflits armés, de violences, n'a été aussi élevé dans le monde. D'après le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), à la fin de l'année 2023, leur nombre a atteint 120 millions, contre 89,3 millions en 2021.[8]

76% des migrantes et migrants en situation irrégulière ont subi des actes de torture et autres mauvais traitements sur leur parcours

soit environ
7 millions
de personnes dans le monde

la quasi-totalité
des patientes et
70 à 80%
des patients du Centre Primo Levi ont subi des violences sexuelles

6 *Les routes migratoires les plus dangereuses du monde*, BBC, 2022.
7 *Migration within Europe, International Organization for Migration (IOM)*, Missing Migrants Project, 2023.
8 *Le nombre de déplacements forcés dans le monde atteint des « niveaux historiques »*, Le Monde, 2024.

L'Organisation mondiale contre la torture (OMCT) rapporte, quant à elle, ce chiffre alarmant : 76% des migrantes et migrants en situation irrégulière ont subi des actes de torture et autres mauvais traitements sur leur parcours, ce qui équivaut à un total d'environ 7 millions de victimes dans le monde.[9] En France également, rapporte l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), une large part des personnes en demande d'asile fait état, en 2022, de tortures ou de traitements inhumains et dégradants.[10] Au niveau du Centre Primo Levi, la quasi-totalité de nos patientes ont subi des violences sexuelles, des violences qui touchent aussi entre 70% et 80% de nos patients.

Ces violences sont tellement systématisées et répétitives qu'elles en finissent par être banalisées ou considérées comme non répréhensibles. Leurs effets physiques varient d'une personne à une autre et surtout ne laissent pas de traces visibles. Que ce soit au niveau médical ou kinésithérapeutique, le rapport au corps des personnes reçues au Centre Primo Levi est modifié. Il ne semble plus leur appartenir, instaurant une forme de distance. Il semble abandonné, plus habité. Toute la difficulté repose alors dans la capacité pour le soignant à toucher ses patients. Souvent, ils ont été touchés pour la dernière fois par leur tortionnaire. Comment toucher un intouchable, une personne qui énonce ne plus vouloir être touchée, mais qui, paradoxalement, souhaite redevenir touchable ? Précisons que cette effraction du corps produit des effets similaires quel que soit le genre de la personne. En d'autres mots, les symptômes ne peuvent pas être sexualisés et varient d'une personne à une autre. La sphère la plus intime est touchée, atteignant au plus profond ce qui nous permet *« d'être »*, en tant que personne. Les personnes que nous accompagnons demeurent dans le silence, ne pouvant dire un mot sur ce qui leur est arrivé. Elles se disent dépossédées de leur corps. Lorsqu'elles en parlent, elles se sentent *« dégoûtées »*, *« abîmées »*, *« gâchées »*, sous-entendant une idée d'irrémédiable dans la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. L'espace thérapeutique leur offre alors un lieu sécurisé. Elles sont crues d'emblée dans ce qu'elles disent. Leur parole n'est pas mise en doute, et c'est leur vérité subjective qui compte.

LA FORTERESSE EUROPE

Si les personnes exilées prennent la route de la Libye ou de la Turquie, c'est qu'aucune autre solution légale n'existe depuis que l'Union européenne (UE) a verrouillé ses frontières en 2015 et mène une politique d'obstruction. Le temps où la possibilité de s'exiler en Europe par les voies légales existait, comme dans les années 1990, est révolu. D'abord, la France a fermé ses frontières, l'Espagne et l'Italie devenant les destinations de substitution. Puis, dans les années 2000, ces deux pays ont fermé à leur tour leurs frontières. L'UE a inauguré en parallèle un processus de renforcement de la sécurité aux frontières et d'externalisation de leur gestion dans certains pays de transit (Tunisie, Maroc, Algérie, Égypte ou Niger). Ce verrouillage des frontières a pour résultat l'obligation pour les candidates et candidats à l'exil de prendre des routes illégales et donc risquées, au vu et au su des gouvernements européens pleinement conscients des situations de violence et d'exploitation subies par les personnes exilées. Pour quel résultat ? La directrice de Frontex, Aija Kalnaja, a rappelé que les passages clandestins de frontières avaient augmenté de 200% en 2022.[11] Pour le réseau européen Migreurop, la violence que rencontrent les personnes exilées est le résultat de cette politique : *« Depuis des décennies, les "drames" se répètent sur le parcours migratoire. Ils ne relèvent en aucun cas de la fatalité, de l'irresponsabilité des exilé·e·s, du climat ou de l'environnement, de l'état de la mer, ou même d'abus de faiblesse de quelconques trafiquants, mais bien d'une politique étatique hostile aux personnes exilées, développée à l'échelle européenne, se traduisant par des législations et des pratiques attentatoires aux droits : systématisation à l'échelle européenne des refoulements aux portes de l'Europe, déploiement de dispositifs « anti-migrants » le long des frontières et littoraux (murs et clôtures), canons sonores, barrages flottants, barbelés à lames de rasoir (...), conditionnement de l'aide au développement à la lutte contre les migrations, criminalisation du sauvetage civil.[12] »*

9 *Les Routes de la torture*, Organisation mondiale contre la torture (OMCT), 2021.
10 *Rapport d'activité 2022*, OFPRA.
11 *Europe. Mortelles errances des politiques migratoires*, Orient XXI, 2022.
12 *« Contrôler » les migrations : entre laisser-mourir et permis de tuer*, CIMADE, 2023.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

La violence politique et la torture, le mal intentionnel

Les violences que subissent les personnes exilées ne sont pas isolées, ou le résultat du hasard, de la mauvaise rencontre, de l'aléa. Elles sont politiques, car la conséquence d'une intention délibérée des États, de leur complicité ou de leur inaction, depuis le pays d'origine jusqu'à leur arrivée en France. Les femmes et les hommes que le Centre Primo Levi accueille ont fait face à la cruauté, à la mort de proches, à la destruction de leur monde et cette expérience leur a révélé une autre dimension : celle du mal intentionnel, celle de l'arbitraire des tortures, de la perversité des bourreaux.[13] Cette expérience de la violence leur a fait connaître les limites de ce que le corps et l'esprit peuvent endurer.

La violence politique est une violence particulière, le plus souvent orchestrée, commanditée, voire soutenue par un État, elle touche au plus profond de l'intime, avec des répercussions importantes. En effet, au-delà des violences à la personne, elle interpelle le registre du groupal, du social. Elle prend à partie les interdits, les tabous, les conventions et usages, la filiation et la transmission, l'appartenance communautaire et collective. Elle a vœu le plus souvent à détruire un ordre symbolique, des vérités, des mythes, des certitudes sur lesquelles chacun adosse son existence, que le monde est secourable et régi par des lois universelles. Cet ordre symbolique est ce que les personnes exilées souhaitent ou espèrent retrouver en France, comme prémices à une reconstruction possible. C'est aussi ce qu'elles viennent chercher au Centre Primo Levi.

Cette rupture du lien de confiance avec la société comme avec l'État n'est pas sans conséquences sur le parcours des personnes à leur arrivée. Associée à une violence désorganisatrice, où parfois réel et imaginaire se confondent, cette défiance peut être très préjudiciable dans le parcours de soin (difficulté à entamer une démarche de soin) tout autant que dans le parcours administratif (défiance à l'endroit des représentants de l'État, des instances censées statuer sur leur situation). À ce titre aussi la torture et la violence politique font taire et désolidarisent les personnes exilées des nécessités qu'impliquent leur état de santé comme leurs intérêts en termes d'insertion.

Suite à leur admission au Centre Primo Levi, très rapidement, les personnes que nous accompagnons se sentent entendues et crues : il y a un transfert sur l'institution, un lien de confiance qui s'installe. Certaines chemineront longtemps parce qu'elles vont avoir d'énormes difficultés à parler de leur vécu. D'autres vont d'emblée tout raconter. Leur souffrance, souvent invisible, demande la mise en place d'un dispositif adapté, d'abord pluridisciplinaire, mais également très souple afin qu'elles puissent formuler une demande de soins. Un des effets importants des violences, des ruptures, des séparations qu'elles ont endurées est de les avoir coupées non seulement d'une certaine sensibilité à ce qui traverse leur corps comme leur pensée, mais aussi de la possibilité de parler, ou de se sentir autorisées à demander. Certaines des personnes accompagnées peuvent, par exemple, parfois attendre trois, six mois avant de pouvoir dire aux kinésithérapeutes ou aux médecins de notre équipe qu'elles ont une douleur au pied.

13 *Exil et violence politique, les paradoxes de l'oubli*, Éditions Érès, collection « *Centre Primo Levi* », 2019.

Un enjeu de *santé publique*

La France fait partie des trois principaux pays d'accueil de demandeuses et demandeurs d'asile en Europe. Elle est appelée à être de plus en plus sollicitée par des personnes qui fuient les conflits armés et la violence, malgré les barrières physiques ou législatives mises en place ces dernières années.

Les personnes qui demandent la protection internationale ont besoin d'être soignées, même si elles en sont déboutées : présentes en France, sans possibilité de retour au pays en raison des risques encourus, elles n'en partiront pas. Au vu de la fréquence des troubles psychiques et de leur gravité, du nombre de personnes concernées et de leurs fortes interactions avec la société, la souffrance psychique des personnes exilées constitue maintenant une réalité incontournable et un enjeu de santé publique.

Il s'agit plus largement d'un enjeu de société, car la majorité des personnes exilées arrivées en France a vocation à y rester et à y travailler. La prise en compte de la souffrance psychique fait partie de l'accueil, et donc des étapes vers l'intégration des personnes exilées ; un accueil fondé sur le contrat social fondateur de nos sociétés, c'est-à-dire sur l'accès de toutes et tous aux droits fondamentaux. Les personnes qui s'exilent en France ont d'ailleurs cette croyance en un *« pays des droits de l'Homme »* vite mise à mal par la réalité des conditions d'accueil. Un des premiers enjeux de cet accueil est de restaurer la confiance, le lien social et de redonner à la personne sa place de *« sujet citoyen »*. Menaces, tortures, génocides : toutes les formes de violences politiques dirigées vers un individu ou un groupe de personnes visent avant tout à détruire ce lien, le lien à l'autre, ainsi que ses représentations (mœurs, coutumes, valeurs, etc.), qui fondent une société. Lorsque les patientes et patients arrivent au Centre Primo Levi, les liens sont rompus, aussi bien par la violence subie que par l'exil. L'accompagnement des demandeuses et demandeurs d'asile ne peut se résumer à une simple démarche administrative. Il concerne des vécus humains effractés par la violence et la négation, confrontés à l'incertitude, la précarité, voire à la rue, qui tendent à aggraver la perte de repères et la désubjectivation inhérente à la violence intentionnelle. Outre une nécessaire protection juridique, le mieux-être de ces personnes repose sur l'accès aux soins, le rétablissement de la relation à l'autre, la réhabilitation de leur être au plus intime d'elles-mêmes, une présence continue et inconditionnelle pour, progressivement, dépasser les effets du traumatisme.

La Haute Autorité de Santé l'écrit : *« Proposer des soins et un accompagnement de qualité aux personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiques et favoriser ainsi leur rétablissement et leur insertion sociale répond à un enjeu de santé publique en contribuant à la lutte contre les inégalités de santé. Au-delà, c'est aussi plus largement un enjeu éthique et politique puisqu'il s'agit de permettre à tous d'accéder à des conditions de vie dignes, rendant possibles un exercice de l'ensemble des droits ainsi qu'une réalisation personnelle et citoyenne.*[14] »

Le droit d'accès à la santé des plus précaires, et notamment des personnes étrangères, a été rappelé en 2019 dans un rapport de la Défenseure des droits[15] : *« Doté d'une assise constitutionnelle et internationale, le droit à la protection de la santé suppose, pour être effectif, que des mesures soient prises pour permettre l'accès aux soins des plus démunis. Dans cet esprit, l'article 67 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions consacre ''l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies'' comme un ''objectif prioritaire de la politique de santé'' et prévoit que ''les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies''. Au-delà du droit à la protection de la santé de chacun, il s'agit, par la promotion de l'accès aux soins des plus fragiles, de servir des impératifs de santé publique érigés par le Conseil d'État au rang de nécessités d'ordre public. »*

A contrario, dans la situation des personnes exilées en France, le risque est que des milliers d'entre elles portent ou continuent de porter une souffrance psychique profonde qui peut les empêcher de reprendre pied dans une vie normale. Parler de leur santé mentale signifie d'abord accepter de reconnaître l'existence de cette demande différenciée des autres demandes ou besoins, alors que l'on ne peut mettre tous les événements de leur vie au même niveau de signification. Ne pas reconnaître pour ces personnes les risques ou les conséquences psychologiques de certains événements ayant mené à leur exil est déjà en partie dénier la réalité de ces événements. Une souffrance qui doit être aussi envisagée sur un long terme, car elle rejaillit sur les personnes exilées dans leur rôle de parents, et donc sur leurs enfants, dans un mouvement de transmission.

14 *Accompagner les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*, Haute Autorité de Santé, janvier 2024.
15 *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, Défenseur des droits, 2019.

Ne pas prendre en charge la souffrance psychique des personnes exilées revient également à leur faire prendre un risque en termes de santé, non seulement mentale, mais aussi physique. Plus la souffrance est grande, plus les conséquences somatiques, physiologiques ou psychiques sont importantes. Par exemple, le Centre Primo Levi accueille ainsi de nombreuses femmes victimes de violences sexuelles, qui, pour certaines, peuvent présenter des maladies chroniques, ou invalidantes (troubles neurologiques, fibromyalgie, troubles cardiovasculaires).

Il s'agit enfin d'un enjeu de santé publique car la prise en charge des personnes exilées présente des spécificités fortes qui compliquent une prise en charge de qualité et suivie dans le temps. Leurs troubles psycho-traumatiques ont des effets qui restent peu connus du personnel soignant. Les situations individuelles sont complexes et combinent des problématiques sociales, juridiques, administratives, somatiques et psychologiques interdépendantes. Pour leur apporter une réponse satisfaisante, il est indispensable de développer la pluridisciplinarité des équipes de soins, la nature sociale et juridique du soin étant maintenant au cœur des problématiques d'intégration. Par ailleurs, il est important de faire appel à des interprètes professionnels pour permettre une bonne compréhension de l'état de santé des personnes prises en charge et éviter des erreurs de diagnostic.

Pourtant, comme nous le soulignions déjà en 2018 dans notre rapport *« La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique »*, le système de santé actuel ne répond pas à cet enjeu. L'offre de soins en santé mentale pour les personnes exilées demeure largement sous-dimensionnée en France, notamment au niveau de la prise en charge précoce, seule condition pour diminuer les troubles, les risques de décompensation et leur coût à long terme. Le *« Plan Vulnérabilités »* mis en œuvre à partir de 2021 par le gouvernement propose des actions pour mieux accueillir, accompagner et intégrer les personnes (en demande d'asile et celles ayant obtenu le statut de réfugié) dites *« vulnérables »*, parmi lesquelles les femmes, les mineurs non accompagnés, les personnes victimes de traite ou de violence à raison de leur orientation sexuelle, en situation de handicap ou souffrant de psycho-traumatisme. Si les objectifs poursuivis sont pertinents, ce plan est sous-dimensionné et ne garantit pas des prises en charge effectives en termes de soins en santé mentale, laissant les centres de soins associatifs souvent démunis face à une demande croissante.

La santé mentale, grande absente du parcours d'asile

Pour comprendre cette absence de réponse du système de santé, il faut se plonger dans les nombreuses étapes et nombreux acronymes de la demande de protection. Pour demander l'asile en France, la personne exilée se rend d'abord dans une Structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). La SPADA informe sur la procédure d'asile et donne les documents d'information rédigés par l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration). Elle renseigne, avec la demandeuse ou le demandeur d'asile, le formulaire d'enregistrement, vérifie si le dossier est complet et prend un rendez-vous au guichet de la préfecture nommé Guichet unique pour la demande d'asile (GUDA). Ces premiers entretiens en SPADA sont, selon un rapport de France Terre d'Asile,[16] *« trop courts pour pouvoir détecter la détresse psychologique »*.

Arrive ensuite l'étape du GUDA, qui regroupe les services de la préfecture et de l'OFII. Il existe 34 guichets en France métropolitaine. La préfecture s'occupe du séjour et délivre une attestation de demande d'asile. L'OFII s'occupe elle des conditions matérielles d'accueil (CMA) et délivre *« un certificat indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France »*.[17] Il s'agit d'une visite médicale obligatoire où un examen clinique général est effectué par un médecin de l'OFII. La santé mentale n'est pas abordée, seul le corps est examiné. Les agents de l'OFII reçoivent aussi la demandeuse ou le demandeur d'asile en entretien personnel pour juger si la personne doit être considérée comme *« vulnérable »*. Or la notion de vulnérabilité telle qu'utilisée par l'OFII est restrictive, ne concernant que les vulnérabilités *« tangibles »* : handicaps moteurs ou sensoriels, besoins d'assistance, existence d'une grossesse. La santé mentale ne rentre pas en compte dans cette conception, même si la directive européenne, dite *« Accueil »*,[18] demande aux États membres de tenir compte *« de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que [...] les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle »*.

En 2021, le gouvernement a semblé prendre la mesure de cet enjeu, en mettant en place des *« rendez-vous santé »* dans les quatre mois suivant l'arrivée en France, une des mesures phares du *« Plan Vulnérabilités »*. L'objectif était d'*« adapter les soins délivrés aux vulnérabilités liées au parcours de migration (psycho-trauma, maladies infectieuses) »*.[19] Cette visite, qui est organisée de manière facultative en plus de la visite médicale *« obligatoire »*,[20] est, en théorie, librement consentie. Ces rendez-vous ont lieu entre une semaine et un mois après le passage au GUDA, et permettent d'établir une première évaluation de la santé globale, y compris au niveau de la santé mentale. Toujours selon France Terre d'Asile, *« pour les demandeurs d'asile passés par le dispositif du rendez-vous de santé, le constat de difficultés en termes de santé mentale est fréquent, et une première orientation vers un dispositif de soins peut être mise en place, notamment en cas de situation d'urgence. Néanmoins, dans la plupart des cas, aucun suivi n'est mis en place »*.

16 *Répondre aux besoins en santé mentale des demandeurs d'asile*, France terre d'asile, 2023.
17 Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.
18 Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013.
19 *Les « rendez-vous santé » pour les demandeurs d'asile : l'OFII en situation de conflit d'intérêt et de violation de la déontologie médicale*, Observatoire du droit à la santé des étrangers, 2023.
20 *Information relative à la visite médicale*, Office français de l'immigration et de l'intégration, 2022.
21 *Accueil des demandeurs d'asile : les vulnérabilités encore insuffisamment prises en compte*, Forum réfugiés, 2021.

DÉLAI DE CARENCE

Pendant trois mois suivant l'arrivée en France, les personnes en demande d'asile ne peuvent avoir accès à l'assurance maladie et ne sont éligibles qu'au dispositif de soins urgents et vitaux, dispensés en établissement de santé, au sein des services d'urgence des hôpitaux ou dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Un tel délai entraîne des retards de prise en charge, d'autant plus délétères en termes de santé mentale, et est en contradiction avec le droit européen qui impose, dès l'enregistrement de la demande d'asile, « *un accès au "traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves" (directive Accueil, article 19-1), la fourniture de l' "assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil, y compris, s'il y a lieu, des soins de santé mentale appropriés" (article 19-2) et la mise à disposition pour les victimes de tortures ou de violences du "traitement que nécessitent les dommages causés par de tels actes et, en particulier, qu'elles aient accès à des traitements ou des soins médicaux et psychologiques adéquats" (article 25)*[21] ».

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Intégrer une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des personnes exilées à toutes les étapes du parcours de la demande d'asile.

Généraliser la proposition d'un bilan de santé dans les premiers mois de présence en France des nouveaux arrivants réalisé par un service de prévention en santé, tout en assurant la garantie d'un consentement libre et éclairé.

Inclure lors de la visite médicale au niveau des Guichets uniques pour demandeurs d'asile (GUDA) la possibilité d'un rendez-vous avec un ou une psychologue de manière à détecter la souffrance psychique en amont de la procédure d'asile.

Assurer une orientation et un suivi effectif du soin en cas de détection d'une souffrance psychique au niveau des « *rdv santé* » organisés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) dans le parcours de la demande d'asile.

Placer les questions relatives à la santé, notamment mentale, des étrangers (évaluation médicale dans le cadre du droit au séjour pour soins, bilan de santé des demandeurs d'asile...) sous la compétence exclusive du ministère de la Santé et de la Prévention.

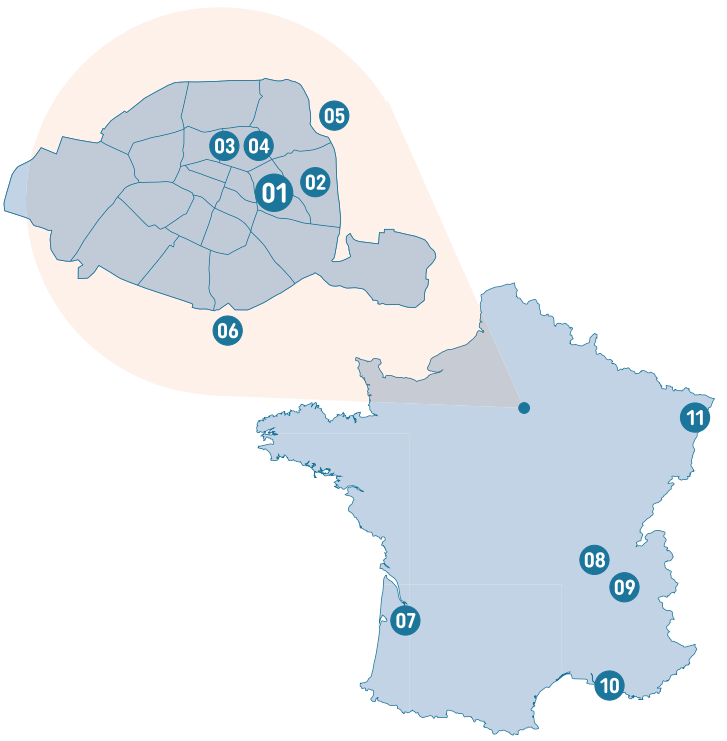
L'arrivée dans les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et le recours aux structures associatives

Les équipes dans les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), où les personnes exilées sont hébergées le temps de l'instruction de leur demande, sont en première ligne. Les premiers moments dans ces centres sont des moments de dialogue, où la personnalité des résidents est observée pour éventuellement aborder une orientation vers des soins spécialisés. Repérer (car cela n'a pas été possible en amont) et accompagner la souffrance psychique est difficile : certaines équipes, en l'absence de formation, peuvent se sentir démunies car l'évocation d'un possible psycho-traumatisme relève d'une intrusion dans l'intimité de la personne. Du côté des demandeuses et demandeurs d'asile, la question est aussi très délicate. Au-delà des représentations stigmatisantes ou angoissantes des soins en santé mentale, ces personnes manifestent de grandes difficultés à décrire leurs troubles, ce qui entrave leur demande de soin. Enfin, comme dans de nombreuses situations que le Centre Primo Levi rencontre, la souffrance psychique n'est pas la priorité pour les personnes exilées qui doivent faire face à des questions matérielles plus immédiates (hébergement, alimentation, prise en charge des enfants). La plupart de nos patientes et patients sont ainsi orientés vers notre structure plus d'un ou deux ans après leur arrivée en France.

Souvent, la détresse « *visible* » (troubles de la concentration, du sommeil ou de l'appétit) est celle qui va motiver une prise en charge vers une structure spécialisée. La souffrance invisible reste, elle, tue, au risque de s'enkyster et de s'aggraver, étant donné l'extrême isolement des personnes exilées et leur difficulté à aborder les questions qui touchent au plus profond de leur intimité. Les possibilités d'orientation dans les structures de droit commun sont minces, celles-ci sont saturées, sous-dotées et en majorité concentrées dans les grandes villes, particulièrement en Île-de-France. Le secteur associatif devient ainsi incontournable, les structures les plus adaptées à la prise en charge du public exilé souffrant de troubles psychiques sont en effet les centres de soins spécialisés, gérés pour la plupart par des associations régies par la loi du 1er juillet 1901. Elles sont toutefois seulement une quinzaine dans toute la France, avec, certes, une expertise en matière de prise en charge de la santé, et en particulier mentale, des personnes exilées, mais avec des capacités d'accueil limitées.

Centres de soins associatifs prenant en charge la santé mentale des personnes exilées en France

01 Centre Primo Levi (Paris 11°)
02 Centre Françoise Minkowska (Paris 20°)
03 Parcours d'exil (Paris 10°)
04 Réseau clinique international TRACES (Paris 10°)
05 Centre d'accueil pour mineurs non accompagnés de Médecins sans frontières (Pantin)
06 COMEDE (Le Kremlin-Bicêtre)
07 Ethnotopie (Bordeaux)
08 Centre de santé Essor de Forum réfugiés (Villeurbanne)
09 Association Le Caméléon (Grenoble)
10 Centre Osiris (Marseille)
11 Parole sans frontières (Strasbourg)



LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Intégrer une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des personnes exilées à toutes les étapes du parcours de la demande d'asile.

Assurer une présence régulière de psychologues et médecins dans les lieux dédiés aux personnes exilées (centres d'hébergement, centres d'accueil, etc.), pour l'accès rapide à une évaluation/orientation/prise en charge spécialisée de la souffrance psychique. [22]

Garantir la poursuite et le suivi du soin et de l'accompagnement dans le cadre de l' « *orientation directive* » [23] des personnes en demande d'asile, en tenant compte de leur situation personnelle et familiale, de l'existence de structures locales à même de les prendre en charge de façon spécifique et en assurant le lien avec la structure de soins d'origine.

Assurer dans chaque espace d'accueil et d'hébergement du Dispositif national d'accueil (DNA) une organisation de travail pluridisciplinaire (psychologique, médical, social et juridique) dès le premier contact avec les personnes exilées pour tenir compte des multiples dimensions de l'accompagnement nécessaire dès cette étape.

22 À travers le développement d'initiatives comme l'expérimentation « *CESaME 44, Collectif d'Entraide pour la Santé Mentale des Exilés* » qui propose des activités de médiation psychosociale individuelles et collectives dans les lieux d'hébergement, ou les Équipes de liaison Psychiatrie Précarité (ELPP), qui se déplacent dans des lieux d'accueils de jour associatifs.

23 *« L'orientation directive des demandeurs d'asile vise à équilibrer sur le territoire métropolitain le flux et l'accueil des primo-demandeurs d'asile en besoin d'hébergement afin de corriger certains déséquilibres géographiques enregistrés lors du dépôt des demandes d'asile. Cette orientation est prononcée par l'Office français de l'immigration et de l'intégration après examen de la situation et évaluation de la vulnérabilité des intéressés »*, Rapport d'information sur l'orientation directive des demandeurs d'asile, Assemblée nationale, mai 2023.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

Un besoin de formation important

Le besoin en formation est aigu au niveau des travailleurs sociaux, qui constituent le premier niveau d'accompagnement des personnes exilées. Comment accueillir la souffrance psychique de ces dernières ? Comment les orienter du mieux possible, comment mettre en place un suivi social ? Souvent, elles et ils témoignent de leurs difficultés (matérielles et théoriques) pour repérer les souffrances, adapter leur accompagnement face à une détresse psychologique forte qui n'a pas été prise en compte dans le dispositif d'accueil. La prise en charge psychologique des personnes demandeuses d'asile ne fait pas partie de leurs responsabilités. Ces professionnelles et professionnels sont pourtant en première ligne dans la détection de la souffrance et la mise en lien vers des services de soins adaptés. Leur besoin de formation se fait ressentir aussi au niveau structurel. Comment continuer et soutenir le travail d'accompagnement quand l'équipe d'un centre d'hébergement est ébranlée par un cas psychique lourd, qui peut désorganiser l'activité ? La formation permet de questionner la fonction de chacune et chacun dans une équipe, d'élaborer une réponse commune à un cas particulier, en travaillant sur la posture de l'accompagnatrice ou de l'accompagnateur. Les formations permettent une prise de recul indispensable sur la manière de faire et sur les effets des différentes pratiques. Cela veut dire reprendre son souffle dans un contexte professionnel difficile.

Dans les Centres de santé, le déficit d'information et de formation est aussi palpable. Nombre de soignantes et soignants font part de leur réticence à prendre en charge un public exilé faute de connaître et de savoir comment accompagner des troubles psychiques complexes et en particulier des syndromes psycho-traumatiques. En raison d'une similarité entre les symptômes du psycho-trauma et ceux de certaines psychoses, le traitement se limite trop souvent à une prescription de médicaments sans proposition d'accompagnement psychothérapeutique. La formation du personnel soignant peut permettre de revoir ses pratiques professionnelles et d'ajuster sa posture pour être davantage à l'écoute de l'origine des symptômes et éviter toute erreur de diagnostic. Enfin, cette nécessité de formation est aussi présente pour les professionnelles et professionnels du droit, qui doivent faire face à la souffrance psychique des personnes qu'elles et ils accompagnent, laquelle peut avoir des conséquences majeures sur leur parcours juridique en France.

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Former les accueillants et interprètes.

- Développer l'information et la formation à destination des professionnelles et professionnels de santé, du secteur social et des personnes intervenant dans les lieux d'accueil des personnes exilées sur les problématiques spécifiques qu'elles rencontrent.

- Encourager et soutenir les formations qualifiantes des interprètes exerçant en milieu sanitaire et social, améliorer et valoriser leurs conditions d'exercice.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

Vers qui orienter ? L'insuffisance des dispositifs de droit commun

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)[24] devant garder un rôle de première ligne et d'orientation, les principales structures à même de prendre en charge la souffrance psychique des personnes exilées sont les Centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques.[25]

Les Centres médico-psychologiques (CMP) permettent à toute personne en difficulté psychique de bénéficier de consultations médico-psychologiques et sociales. C'est à partir du CMP que s'organisent les actions ambulatoires et que s'élaborent les solutions pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et travailler sur l'intégration du patient. Les consultations y sont gratuites, mais les traitements prescrits imposent l'obtention d'une couverture maladie, ce qui, pour un public précaire, allophone, sans connaissance du dispositif de soins, reste très complexe. Rattachés à un hôpital public, les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé, ce qui est fréquemment un obstacle pour les personnes exilées qui se déplacent sur le territoire en fonction des aléas de leur parcours administratif et d'hébergement. En 2020, on dénombrait 3 100 CMP[26] (contre 3 700 en 2014) en France. Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) proposent eux des consultations gratuites aux enfants dès leur naissance et aux jeunes jusqu'à 20 ans présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil… Ils ont pour mission le dépistage, le diagnostic, l'orientation et le traitement des enfants ou adolescents.

Dans la pratique, ces structures sont totalement saturées, ce qui témoigne plus largement du défaut de prise en charge de la santé mentale en France, dont Anne Stambach-Terrenoir, députée de Haute-Garonne, s'était fait l'écho : « *Le manque de moyens est absolument criant dans tous les domaines de la santé, mais il l'est encore plus en psychiatrie. On est en permanence dans une situation de gestion de la pénurie alors que les besoins sont énormes. Selon les Centres médico-psychologiques (CMP), il faut entre six mois et un an pour obtenir un premier rendez-vous*[27]. » Pour les personnes exilées, trouver une place et un soin adaptés est particulièrement compliqué, passé le problème de l'ouverture des droits sociaux et de la sectorisation territoriale. Enfin, la plupart de ces structures ont peu recours à l'interprétariat ou ne s'estiment pas en mesure de soigner ce public considéré comme « *trop spécifique* ».

Par conséquent, face aux difficultés de prise en charge dans les dispositifs de droit commun, le recours aux soins arrive bien trop souvent tardivement (quand il arrive), lorsque les symptômes sont très envahissants. Certaines personnes décompensent et sont alors adressées directement vers les services d'urgences psychiatriques, parfois sous contrainte. Si les hôpitaux les prennent en charge en urgence, il n'est souvent pas simple d'assurer un suivi et une continuité dans la prise en charge. Quelle stabilité possible à la sortie ? Quelle observance dans le traitement et quel suivi de la prise en charge sont-ils possibles lorsque les besoins essentiels ne sont pas couverts ? Pour les personnes en situation de grande précarité, ces moments de sortie d'hospitalisation psychiatrique sont des périodes de fragilisation, marquées par des risques de rupture (retour à la rue, ruptures de soins…).

24 Structures implantées dans les hôpitaux publics accessibles aux personnes françaises ou étrangères sans couverture de santé.
25 Concernant la médecine de ville et en particulier les psychologues en libéral, seules les personnes en mesure de débourser une somme conséquente peuvent s'adresser à eux.
26 *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*, DREES, 2022.
27 *La députée Anne Stambach-Terrenoir dénonce « l'extrême tension de la psychiatrie publique en Haute-Garonne »*, La Dépêche, 3 décembre 2023.

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Supprimer le délai de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile afin de leur permettre un accès à l'assurance maladie, dès le dépôt de leur demande.

Renforcer des espaces de coordination entre le secteur public et associatif dans chaque territoire pour opérer une prise en charge plus ciblée des personnes exilées et développer une culture de soins commune, notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

« *Désectoriser* » les Centres médico-psychologiques (CMP) et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et renforcer leurs équipes de manière à réduire drastiquement les délais de prise en charge, et permettre un premier accueil avec interprète si nécessaire.

Déployer des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles pour repérer et aller au plus près des individus les plus éloignés des structures de soins. Proposer des consultations psychologiques et psychiatriques dans les PASS généralistes.

Développer les PASS psychiatriques incluant le suivi social et le soin, avec des délais de rendez-vous et une durée de prise en charge réduits pour redonner aux PASS leur rôle initial de bilan et d'orientation.

Diffuser et valoriser, aux différents points d'entrée des personnes exilées en France, des supports d'information sur le système de santé et sur leurs droits en matière de soins.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

L'interprétariat, l'autre grand absent du soin

Le recours à l'interprétariat professionnel représente un enjeu majeur, non seulement dans l'identification des besoins, mais aussi dans l'orientation vers les soins. Une grande partie des personnes exilées en France ne parle pas suffisamment le français pour bénéficier d'un suivi médical de qualité sans avoir recours à un interprète. En 2023, c'était le cas de 60% des patientes et patients du Centre Primo Levi. Cette nécessité a été largement négligée dans les politiques publiques de santé. Malgré la reconnaissance officielle [28] de la pertinence du recours à l'interprétariat linguistique par la Haute Autorité de Santé depuis 2017, l'interprétariat professionnel demeure très insuffisant dans les services de santé, ce qui entrave la qualité des soins. Le recours systématique aux interprètes professionnels est souvent considéré comme trop coûteux et trop compliqué. Pour ces mêmes raisons, les structures hospitalières n'ont pas recours systématiquement à des interprètes, ou font appel aux membres de leur personnel parlant une langue étrangère. Pourtant, il faut avoir en tête que, lorsqu'un médecin fait appel à un collègue ou même à l'enfant de la patiente ou du patient, cela soulève des enjeux importants de posture, de technicité et de confidentialité.

Au-delà du respect de la dignité des personnes à comprendre ce qui leur est expliqué, l'impact bénéfique de l'interprétariat a été prouvé : les personnes s'auto-médicamentent moins, adhèrent mieux aux traitements, recourent moins aux soins inutiles, et on observe moins de complications. De plus, lorsqu'ils peuvent communiquer avec leurs patients, les professionnelles et professionnels de santé prescrivent moins d'examens complémentaires et n'allongent pas les durées d'hospitalisation.

Le Centre Primo Levi a, dès sa création, posé la nécessité de prévoir la présence d'un interprète professionnel dans l'espace de soins [29] lorsque le patient ou la patiente le souhaite. C'est une des spécificités du Centre et un poste budgétaire important de l'association. Les médecins tout comme les juristes et les assistants sociaux auront besoin de précision par rapport aux faits et à la temporalité de la personne accompagnée. Pour un psychologue clinicien, c'est une autre précision qui va être recherchée, par exemple celle de la personne qui hésite, qui dit être sauvée par son père alors qu'elle voulait dire son « *frère* ». Si l'interprète restitue cette hésitation, le thérapeute pourra utiliser ce matériel clinique, questionner la patiente ou le patient. Il s'agit de se mettre dans la « *peau* » de l'autre, sans jamais imposer sa propre vision. Il ne faut pas altérer la parole ou en faire un résumé. Il faut rester le plus fidèle possible, garder aussi le ton avec lequel la personne s'exprime.

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Assurer le recours systématique à l'interprétariat professionnel.

- Assurer le recours systématique à l'interprétariat professionnel, notamment en renforçant le budget d'interprétariat alloué aux Agences régionales de santé (ARS), à destination du personnel soignant travaillant en hôpital, en Centres médico-psychologiques (CMP) ou autres structures de soins en santé mentale, ainsi que dans les cabinets privés qui sont amenés à prendre en charge des personnes allophones.

- Envisager le remboursement par la Sécurité sociale des actes d'interprétariat.

28 *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, Haute Autorité de Santé, 2017.
29 *D'une langue à l'autre. L'interprétariat au cœur du soin*, Mémoires, n° 87.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

Les mineurs non accompagnés (MNA), le télescopage de l'adolescence et de la violence

Selon l'UNICEF, à la fin de l'année 2021, les conflits, la violence et d'autres crises politiques ont causé le déplacement forcé de 36,5 millions d'enfants, dont près de 14 millions hors de leur pays, le nombre le plus élevé enregistré depuis la Seconde Guerre mondiale. En France, 14 782 mineurs non accompagnés (MNA) ont été pris en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance[30] en 2022, soit une augmentation de 30,64% par rapport à 2021.[31] Il est toutefois à souligner que l'UNICEF estime le nombre de mineurs étrangers isolés vivant sur le territoire français à 26 000 enfants.

En France, il s'agit pour la plupart de garçons. La majorité d'entre eux a entre 15 et 17 ans. Ils sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun, République démocratique du Congo, Nigéria) mais également d'Afghanistan, du Pakistan, du Bangladesh, d'Érythrée. Les raisons pour lesquelles ces enfants se retrouvent sur les routes de l'exil sont bien souvent les mêmes que pour les adultes : la fuite de la guerre, des violences. Comme pour les adultes, les raisons du départ sont multifactorielles et évolutives. On peut distinguer ceux qui souhaitent rester en France et sollicitent une protection de l'État français et ceux qui sont encore en transit et cherchent à rejoindre un autre pays d'Europe. Ces deux profils ne sont pas exclusifs et un mineur peut aspirer à rejoindre un pays tiers et finir par décider de s'installer en France, ou, à l'inverse, entamer une nouvelle séquence de migration faute de protection en France.

Les MNA sont une population particulièrement vulnérable, à plusieurs égards. Notamment du fait de leur minorité, de leur isolement, de l'accumulation de facteurs de vulnérabilités dans un moment charnière de leur existence, donc de leur exposition à des risques psychopathologiques. Comme les adultes, une grande majorité de ces jeunes a connu une violence continue, depuis leur pays d'origine, au cours de leur parcours d'exil ou à leur arrivée en Europe. Entre janvier et mi-septembre 2023, plus de 11 600 enfants isolés[32] ont traversé la Méditerranée centrale, soit une augmentation de 60% par rapport à la même période en 2022.

À leur arrivée en France, une partie d'entre eux présentent des traumatismes complexes, associant le plus souvent des troubles psycho-traumatiques importants et des troubles dépressifs, à un moment clef de leur vie, l'adolescence, cette « *si délicate transition de l'existence* ».[33] À la complexité du passage à l'adolescence, qui a une dimension traumatique de par le surgissement du corps, vient en effet s'ajouter l'horreur d'une violence sans limite et exercée en toute impunité. Ils peuvent avoir vécu le meurtre des parents, témoigner tout au long de leur parcours de scènes de viols ou d'autres exactions, quand ils n'étaient pas eux-mêmes objets de ces actes. À cela se rajoute l'exil qui impose une réelle rupture de tous les repères familiaux et sociaux, et des deuils compliqués, voire impossibles. Ainsi, là où des processus très délicats à l'adolescence sont déjà à l'œuvre, tendant vers une nouvelle organisation personnelle et l'affirmation d'une identité, la rencontre avec l'extrême violence de la réalité sociale et politique, et les différents systèmes d'oppression qui la traversent, fait courir le risque d'un profond préjudice en termes de santé chez ces jeunes.

30 *Mineurs étrangers non accompagnés : une augmentation des arrivées en France en 2022*, Vie publique, 2023.
31 Les associations estiment toutefois que ce chiffre n'est représentatif de la réalité, car il ne prend pas en compte celles et ceux dont la minorité n'est pas reconnue par l'administration française à l'issue d'évaluations sociales et médicales, qui sont très contestées.
32 *Le nombre de mineurs non accompagnés traversant la Méditerranée centrale pour se rendre en Italie a augmenté de 60%*, UNICEF, 2023.
33 *Les Travailleurs de la mer*, Victor Hugo.

Face à ces problématiques, émergent des réponses administratives qui placent les professionnels ou bénévoles dans des situations presque paradoxales.[34] D'un côté, c'est la rencontre avec un parcours d'exil violent vécu par un enfant seul. De l'autre, un usage du droit visant à débusquer de faux mineurs vient entraver l'accompagnement, dans un climat de suspicion, où la présomption de fraude sur l'âge est quasi systématique. Car l'enjeu administratif est là : seuls les moins de 18 ans ont droit à une prise en charge en application de la Convention internationale des droits de l'enfant. Certains Conseils départementaux - auxquels revient la compétence de la protection de l'enfance - tentent de se décharger du poids que représentent ces jeunes dont la problématique diffère de ceux habituellement pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance. Selon cette logique purement bureaucratique, sont évacuées toutes les questions liées à la rencontre de la violence durant la période de la construction adolescente. Une fois que les jeunes sont placés dans un dispositif de protection, les structures d'accompagnement sont prises dans une temporalité courte, où elles n'ont qu'une à deux années pour leur proposer un accompagnement centré sur l'apprentissage et l'accès à un emploi. Ce qui laisse peu de place aux autres aspects de l'accompagnement social.

S'ils sont considérés majeurs, alors que la détermination médicale de l'âge osseux n'est pas fiable scientifiquement et discutable au niveau de l'éthique (tel que rappelé dans une décision de la Cour de cassation du 12 janvier 2022), ces jeunes errent dans les rues, à la recherche de lieux où dormir, de nourriture, de liens. Le COMEDE et Médecins sans frontières ont décrit un tableau alarmant de cette politique de non-accueil : *« Ni mineurs ni majeurs, ils ne peuvent pas accéder à une mise à l'abri dans un foyer de Protection de l'enfance, ni aux dispositifs d'hébergement dédiés aux majeurs... les MNA en recours sont également méconnus des services de soins français, souvent démunis pour prendre en charge ces jeunes précaires, au statut administratif complexe.*[35] » Ils rencontrent par ailleurs, note le COMEDE, *« beaucoup de difficultés d'accès aux soins de santé mentale, dus notamment aux refus de soins et réorientations vers des "centres spécialisés", leurs parcours de soins sont souvent erratiques »*.

34 *Déboutés de l'enfance*, Marie Daniès, Mémoires, n° 82.
35 *La Santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Médecins sans frontières, COMEDE, novembre 2021.

Un enjeu de santé publique insuffisamment pris en compte au niveau politique

La frénésie législative (depuis 1945, la France a voté une loi sur l'immigration tous les deux ans en moyenne) se poursuit autour de textes qui ne prennent pas en compte la spécificité psychologique, sociale ou économique des personnes exilées. Efficacité, rapidité, équilibre, simplification, meilleure intégration, respect de la loi, les contours des 30 derniers textes de loi restent identiques. Les deux mots *« santé mentale »* en sont toutefois totalement absents, que ce soit dans la loi du 26 janvier 2024 *« pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration »*, la loi de 2018, la loi dite *« Cazeneuve »* de 2016 ou la loi *« Sarkozy 1 sur l'immigration »* en 2003. ▼

LE DROIT D'ASILE, TOUJOURS MENACÉ

L'asile est théoriquement protégé des agendas politiques, il est un droit humain fondamental, indivisible et inaliénable et est protégé par la Constitution à l'alinéa 4 du préambule de 1946. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dans laquelle il figure à l'article 14, lui confère son universalité. Le droit d'asile est également défini en droit international par le cadre juridique instauré par la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés.

Le législateur a au contraire détricoté, voire cherché à supprimer, l'accès des personnes exilées à la santé. Objet de beaucoup de fantasmes et de suspicions, l'Aide médicale d'État (AME) en est le symbole. Créée en 1999, elle donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers (dont psychiatriques) dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale et est spécifiquement dédiée aux personnes étrangères sans droit au séjour, une situation vécue par certaines patientes et certains patients du Centre Primo Levi, qui ne bénéficient pas du régime de droit commun dit de Protection universelle maladie (PUMA). Comme le décrit un rapport de l'Assemblée nationale en 2021, *« ce dispositif qui donne lieu à un financement budgétaire d'1 milliard d'euros, coût qui peut sembler élevé à certains, ne représente qu'un peu plus de 0,5% de la consommation totale de biens et services médicaux »*. Ce même rapport souligne que *« tous les bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale sont loin d'y recourir. Parmi les personnes éligibles à l'AME, un tiers n'en a jamais entendu parler et une partie importante qui y a déjà eu accès n'a pas procédé à son renouvellement – par absence de besoin ou par découragement face à la lourdeur de la procédure »*. L'AME est surtout décrite par les soignantes et soignants comme un *« outil essentiel à la santé des individus et à la santé publique. Les restrictions politiques ne feront qu'éprouver les corps, contribuer à la dégradation de la santé publique, compliquer la tâche des soignants et fragiliser un système de santé déjà exsangue*[36] ». Et prenant « *l'exemple malheureux de l'Espagne* », elles et ils ajoutent : *« La restriction de l'accès*

aux soins des étrangers en situation irrégulière votée en 2012 y a entraîné une augmentation de l'incidence des maladies infectieuses ainsi qu'une surmortalité. Cette réforme a finalement été abrogée en 2018. »
« Distribution d'aides incontrôlées », « appel d'air migratoire », « tourisme médical », les arguments pour justifier la mise en coupes réglées de l'AME restent les mêmes. Cette aide donne lieu à une sorte de rengaine parlementaire : chaque année est l'occasion d'un débat sur la réduction de son financement, la restriction de son accessibilité et, plus globalement, sur la légitimité du droit des personnes étrangères à se faire soigner. En 2004, est ainsi mise en place, pour son obtention, une condition de présence de 3 mois en France. En 2010, une contribution annuelle de 30 euros est demandée aux bénéficiaires, elle sera supprimée deux ans plus tard. La réforme de 2019 est la plus impactante : 3 mois d'irrégularité de séjour sont demandés, et non plus seulement 3 mois de résidence, certains soins sont exclus durant les 9 premiers mois de présence, et le maintien de la prise en charge des frais de santé pour les personnes perdant leur droit au séjour passe de 1 an à 6 mois. Retirée des discussions lors du vote de la loi Immigration en 2024, cette aide est toujours sous la menace d'une réforme.

Autre exemple de cette remise en cause du droit à la santé des personnes exilées : la volonté du Parlement, lors du vote de cette même loi, de restreindre l'accès au titre de séjour pour soins à l'absence de traitement disponible dans le pays d'origine, et non plus au défaut d'accès effectif aux soins (une décision censurée par le Conseil constitutionnel en 2024, car sans lien suffisant avec l'objet et les dispositions du projet de loi immigration initial). Un traitement médical peut pourtant être disponible sans être forcément accessible, de nombreux facteurs peuvent l'expliquer : difficultés d'accès aux soins de nature économique (coût des traitements en l'absence de couverture maladie adéquate), géographique (éloignement des lieux de soins compétents), ou encore liée à des situations de discrimination (orientation sexuelle, appartenance à un groupe social, etc.). Ce passage du défaut d'accès effectif aux soins à leur disponibilité dans le pays d'origine aurait de fortes conséquences pour les personnes souffrant de pathologies psychiques, les soins psychiatriques ou l'accompagnement psychologique étant très peu nombreux dans les pays d'où elles sont issues. Il n'existe, par exemple, que six établissements hospitaliers spécialisés dans les soins de santé mentale en République démocratique du Congo[37] (2ème pays d'origine des demandes de titre de séjour pour soins) pour une population de 100 millions de personnes. Restreindre l'accès au titre de séjour pour soins veut aussi potentiellement dire renvoyer vers leurs pays des personnes atteintes de stress post-traumatique en lien avec des violences subies sur place.

36 *L'appel de 3 000 soignants : « Nous demandons le maintien de l'aide médicale d'Etat pour la prise en charge des soins des personnes étrangères »*, Le Monde, 2 novembre 2023.
37 *République démocratique du Congo : accès à des soins psychiatriques*, Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 2022.
38 Avis du Défenseur des droits n° 23-07, 2023.

LOI IMMIGRATION, L'ASILE EN ACCÉLÉRÉ

Une des nouvelles mesures de la *« loi 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration »* vise à créer des pôles territoriaux *« France asile »*. L'intention est d'accélérer le processus de la demande d'asile par un premier entretien effectué par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) dans les préfectures en région (récolte des informations d'état civil, choix de la langue, formulaire). Cette volonté d'accélérer le processus de demande d'asile fait exister le risque que ce pré-entretien serve de base pour un premier filtrage dans l'examen des motifs de demande d'asile, sans que soient réunies des conditions du recueil du récit sécurisantes et confidentielles, avec la présence constante d'interprètes en présentiel dans toutes les langues sur l'ensemble du territoire. Raconter l'irracontable ne peut pas se faire de manière précipitée dans un bureau de préfecture avec une ou un interprète en visioconférence. Il faut pouvoir donner le temps nécessaire au cheminement psychologique de la personne exilée pour qu'elle parvienne à livrer son récit.

Autre changement prévu dans la loi immigration : la généralisation des jugements de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) par un magistrat unique. Cette mesure, qui vise aussi à réduire les délais d'instruction de la demande d'asile, porte en elle la menace de priver des garanties fondamentales d'une justice équitable (indépendance et impartialité). La Défenseure des droits estime *« qu'un regard collégial est absolument nécessaire pour apprécier les situations des demandeurs dans toutes leur complexité et que le recours au juge unique vide de sa substance le délibéré qui constitue un gage d'impartialité de la justice. Le principe doit demeurer la règle, et le juge unique l'exception*[38] *»*. Sans ces garanties de procédure, le risque est grand d'une justice expéditive et donc d'une multiplication des décisions de rejet. Les motifs de rejet sont fréquemment liés à des insuffisances dans le récit et à la façon de raconter. Les déclarations des demandeuses et demandeurs sont qualifiées de stéréotypées, d'invraisemblables, d'incohérentes, de non convaincantes, pas assez précises : *« récit sommaire et peu consistant »*, *« déclarations peu précises »*, *« propos hésitants, invraisemblables »* ou, sinon, *« trop récité et convenu pour être crédible »*. Tous ces mots sont incompréhensibles pour celle ou celui qui demande l'asile.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

Le choc psychologique et social du rejet de la demande d'asile

Les personnes déboutées de leur demande d'asile sont profondément touchées par le fait qu'on ne les croit pas. Un rejet est un coup de tonnerre psychologique et médical, dont pâtit l'état de santé de la personne concernée. Les personnes déboutées du droit d'asile sont confrontées à l'absence de reconnaissance de leur vécu traumatique et ont l'impression que ce qu'elles ont subi n'a pas eu lieu. C'est aussi un redoublement du sentiment de honte qu'éprouvent celles et ceux qui ont survécu à la torture et la violence politique et se sentent d'autant plus illégitimes que d'autres, des amis, de la famille, sont toujours détenus ou n'ont pas survécu. Une décision de rejet replonge la personne dans cette illégitimité et prolonge en ce sens le projet des tortionnaires. L'obtention du statut de réfugié aurait pu permettre de se regarder à nouveau dans un miroir, pour assumer le regard des autres, y compris celui de ses enfants.

Être débouté redouble l'état de stress post-traumatique dans la mesure où la personne ne voit pas d'issue à son vécu cauchemardesque. La dépression est le premier symptôme à se manifester après un refus d'asile, qui peut entraîner l'affaiblissement du système immunitaire, des troubles du sommeil ou des douleurs corporelles.

Au choc psychologique, déjà très fort, vient s'ajouter un changement total et immédiat de son statut juridique. De fait, la notification de rejet de la demande d'asile est suivie d'une obligation automatique de quitter le territoire français (OQTF) délivrée par la préfecture. La personne concernée cesse, par ailleurs, de recevoir toute allocation financière et doit quitter son lieu d'hébergement. Or, quitter un lieu où l'on a vécu plus d'un an implique une nouvelle fracture, d'autant plus quand on n'a nulle part où aller.

C'est un retour à la violence, sociale, économique, psychologique. Tout est à reconstruire, le soin, le réseau, la scolarité des enfants. À nouveau, ces personnes subissent l'absence de choix, une situation de survie et de vulnérabilité en permanence, avec une souffrance psychique accrue à laquelle le système de soins permet difficilement de répondre.

Le désaccueil, un véritable *“trauma social”*

Le rapport « *La Souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique* », publié par le Centre Primo Levi et Médecins du Monde en 2018, avait abordé la question du désaccueil. Six ans plus tard, l'ensemble des actrices et acteurs en lien avec les personnes exilées, adultes comme enfants, partage ce constat : les conditions institutionnelles et matérielles d'accueil, censées offrir un repos, à défaut de fournir un répit, créent de nouvelles souffrances psychiques chez les personnes exilées en France.

Santé publique France l'écrit : « *La santé des exilés, qu'ils soient immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière, [...] se dégrade rapidement, résultante non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie.*[39] » ▼

Le COMEDE témoigne de son côté d'une « *aggravation des troubles psychiques dans la population [...] notamment en lien avec des conditions d'accueil et d'accès aux droits et à la protection maladie de plus en plus dégradées. Le profil des patients est plus précaire et donc plus exposé à des violences, abus, difficultés d'accès à un logement et à la nourriture, beaucoup de patients sont à la rue* ». La synthèse par trois chercheuses suisses d'une quinzaine d'études parues entre 2007 et 2017 et menées dans différents pays européens corrobore aussi le fait que le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont aggravés, réactivés, voire provoqués par les conditions d'accueil difficiles réservées aux migrants[40] : « *Loin de résoudre les problèmes de la migration, le durcissement des conditions d'accueil génère au contraire une incompréhension, un épuisement et une importante détresse psychologique chez des populations déjà passablement vulnérables.* »

La santé des exilés se dégrade rapidement, non seulement en raison des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société.

39 *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, Santé publique France, 2021.
40 *L'impact des conditions d'accueil sur la santé mentale des migrants*, Université de Genève, 2017.
41 *Exilé.e.s : quels accueils face à la crise des politiques publiques ?*, Coordination française pour le droit d'asile, 2019.
42 Personnes demandant l'asile sur le territoire européen de la France pour lesquelles un autre pays européen se révèle responsable de la demande.
43 Personnes possédant la nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine sûr ou qui demandent le réexamen d'une première demande d'asile après son rejet définitif.
44 Celles-ci sont accueillies par les dispositifs de l'Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile (HUDA), des Centres d'accueil et d'orientation (CAO) ou le Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRADHA), qui ont comme objectif la préparation au transfert vers l'État européen responsable en lien avec la procédure « Dublin ». Tandis que les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et l' Accueil temporaire service de l'asile (AT-SA) sont spécialisés dans l'accueil des personnes en procédure normale.
45 Le nombre de CADA est passé de 63 en 1999 à 360 en 2020.
46 *L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères, Rapport public thématique*, Cour des comptes, 2020.
47 *Constats, analyses et revendications*, CIMADE, 2022.
48 Décision du Défenseur des droits, n° 2020-150.
49 Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013.
50 *La France condamnée pour avoir laissé à l'abandon des demandeurs d'asile*, CIMADE, juillet 2020.
51 *L'accueil et la prise en charge par l'État des réfugiés d'Ukraine en France en 2022*, Cour des comptes, février 2023.

Le grand paradoxe de l'accueil en France

L'accueil des personnes exilées en France est un grand paradoxe et le décalage entre théorie et pratique une constante. Ainsi, à compter de l'enregistrement de leur demande d'asile et tout au long du traitement de celle-ci, les demandeurs d'asile ont en théorie accès au Dispositif national d'accueil (DNA) pour bénéficier des Conditions matérielles d'accueil (CMA) comprenant l'accès à un hébergement en Centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA), et la perception de l'Allocation pour demandeur d'asile (ADA). L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) gère cet accès. Les personnes en demande d'asile n'étant pas autorisées à travailler durant les six premiers mois de l'examen de leur demande, cette allocation constitue, pour nombre d'entre eux, leur seule source de revenus.

Mais, en pratique, les conditions d'accueil sont beaucoup plus restrictives. L'accueil est tout d'abord temporaire. « *Dans le Dispositif national d'accueil,* dit la Coordination française pour le droit d'asile,[41] *l'accompagnement à la sortie de l'hébergement est l'une des missions principales des Centres et est préparée dès l'entrée dans celui-ci. Le gouvernement fait en effet de la "fluidité des sorties du parc d'hébergement" une de ses priorités en matière d'hébergement des personnes demandant l'asile. [...] Une pression importante, notamment financière, est mise sur les gestionnaires de structures pour mettre fin aux "présences indues" des personnes déboutées ou réfugiées qui se maintiendraient dans les Centres, au risque de remettre à la rue des personnes* ». Il existe ensuite un niveau de différenciation des conditions d'hébergement en fonction de la procédure dans laquelle s'inscrivent les demandeurs d'asile : en procédure « *Dublin* »,[42] accélérée[43] ou normale. Ce tri en fonction de leur situation administrative est problématique au regard de la qualité variable de la prise en charge selon le type de dispositif d'hébergement, au détriment des personnes en procédure « *Dublin* » et accélérée.[44] Enfin, le Dispositif national d'accueil (DNA) en France, qui est géré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), est directif. Ce qui signifie que, si la personne refuse l'orientation ou quitte le lieu d'hébergement qui lui est assigné, elle perd les Conditions matérielles d'accueil (CMA), à savoir l'allocation pour demandeur d'asile et la possibilité d'être hébergée.

Surtout, malgré des avancées et un accroissement significatif des capacités d'accueil,[45] les conditions d'hébergement et d'accompagnement sont largement dégradées, inadaptées aux besoins et très aléatoires selon les régions. La Cour des comptes[46] souligne elle-même le caractère insuffisant des conditions matérielles d'accueil en matière d'hébergement.

Les places d'hébergement manquent, malgré les créations tant dans le dispositif « *asile* » que généraliste : « *Le parc d'hébergement est structurellement saturé, ne permettant de répondre au mieux qu'à la moitié des besoins* »[47], selon la CIMADE. Sur ce point, le Défenseur des droits[48] avait émis un avis particulièrement sévère, qui rejoint ce que notre équipe constate dans sa pratique au Centre Primo Levi : « *Si le droit positif, européen comme interne, offre un arsenal de prise en charge des demandeurs d'asile relativement complet, il apparaît qu'en pratique nombre d'entre eux peine à en bénéficier de manière effective. Les défaillances pointées par le Défenseur des droits révèlent les immenses difficultés de perception de l'ADA dont le Défenseur des droits est très régulièrement saisi depuis plusieurs années, auxquelles s'ajoutent de nombreuses situations de retraits abusifs des Conditions matérielles d'accueil. Ces atteintes sont d'autant plus préjudiciables aux demandeurs d'asile qu'elles se réalisent dans un contexte de saturation du Dispositif national d'accueil, et les contraint à vivre à la rue avec de très faibles ressources.* »

Le droit européen[49] dit pourtant clairement les choses : « *Les États membres font en sorte que les demandeurs d'asile aient accès aux conditions matérielles d'accueil lorsqu'ils présentent leur demande de protection internationale [...] et que les mesures relatives [à ces] conditions assurent aux demandeurs un niveau de vie adéquat qui garantisse leur subsistance et protège leur santé physique et mentale.* » En 2020, la France a ainsi été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)[50] pour violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, pour avoir laissé durant des mois des personnes ayant demandé asile en France sans ressources et sans hébergement.

LA PRISE EN CHARGE DES UKRAINIENNES ET UKRAINIENS

115 000 Ukrainiennes et Ukrainiens ont trouvé refuge en France, principalement des femmes et des enfants. « *L'ensemble des dépenses engagées par l'État et la Sécurité sociale pour la protection temporaire des Ukrainiens devrait s'élever à environ 634 M€ pour l'année 2022* », écrit la Cour des Comptes.[51]

Des stratégies de dissuasion

En 2020, un collège de praticiens du droit des étrangers [52] composé de hauts fonctionnaires, universitaires, chefs d'entreprise, responsables associatifs et syndicaux, dénonçait *« la tentation récurrente des autorités politiques et administratives de recourir à des stratégies de dissuasion privilégiant la précarité plutôt que l'établissement de droits pérennes »*. Ce même collectif faisait état d'*« un nombre important et croissant de situations de "non droit" »*, notamment des difficultés d'accès à la procédure d'asile ou aux Conditions matérielles d'accueil (CMA), et soulignait *« la situation des dizaines de milliers de demandeurs d'asile qui tardent à être pris en charge, et dont entre la moitié et un tiers ne seront pas hébergés »*.

Ce que les assistantes sociales du Centre Primo Levi décrivent est un vrai problème d'accessibilité aux droits. La dématérialisation des services publics a entraîné la fermeture des points d'accueil du public : démarches à effectuer en ligne, rendez-vous à obtenir via le site Internet, etc. Or, les personnes exilées ne disposent très souvent pas de matériel informatique, de connexion adéquate, de possibilité de scanner des documents, ou des compétences techniques. Ce sont des personnes vivant une grande précarité, allophones, âgées, en situation de handicap ou en situation d'illettrisme, qui se trouvent entravées dans l'accès aux droits. L'impact est immense. Certaines personnes suivies par notre équipe voient leurs droits s'ouvrir après 6 à 9 mois de *« bataille »* auprès des administrations. Il existe aussi des situations où les droits sont interrompus. Faute d'accès aux administrations, il n'est pas possible de donner de délai pour que les droits soient effectivement ouverts, ce qui met en jeu le processus d'intégration. Même les personnes qui obtiennent le statut de réfugié sont de nouveau dans la survie, faute d'être suffisamment prises en charge par le régime de droit commun (difficultés linguistiques, temps insuffisant pour expliquer le fonctionnement de l'administration française, méconnaissance par les professionnels des besoins et réalités spécifiques des personnes réfugiées). Elles représentent plus de la moitié (52%) des personnes qui sollicitent nos assistantes sociales. Souvent, les personnes que nous accompagnons commencent par un parcours de rue, car, pour pouvoir déposer une demande d'asile, la procédure est longue et complexe : elle débute par un appel à une plateforme téléphonique de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) pour ensuite être orienté vers une Structure du premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). Mais il faut pour cela être informé, avoir la possibilité d'appeler, réussir à joindre la structure, attendre le rendez-vous, s'y rendre, puis attendre que les Conditions matérielles d'accueil (CMA) soient mises en place. Une patiente ou un patient du Centre Primo Levi sur quatre est à la rue ou dans une structure d'urgence.

Nos patientes et patients sont dans une temporalité de survie et une situation de vulnérabilité en permanence. Les situations que notre service social rencontre sont de plus en plus des situations d'urgence, la faim est maintenant présente chez les personnes que nous accompagnons. La Fédération des acteurs de la solidarité [53] l'indique dans un rapport : la majorité des personnes exilées qu'elle a interrogées (60%) fait appel aux dispositifs d'aide alimentaire pour se nourrir et plus d'un tiers (36%) se nourrit exclusivement via ces dispositifs.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

Les conditions d'accueil en France : le traumatisme continue pour nos patientes et patients

Notre équipe fait état d'un débordement de la question sociale dans les consultations (difficulté d'accès à l'hébergement, aux services d'hygiène, aux dispositifs de suivi médical, à l'information officielle, manque de ressources, isolement). La précarité des conditions d'accueil vient faire obstacle aux soins et donc à la reconstruction. Alors qu'elles n'ont pas pu dire *« non »* aux violences, les personnes prises en charge font de nouveau face à l'absence de choix. Ces *« attaques du réel »* sont ce qu'il y a de plus difficile dans la clinique du Centre Primo Levi, car elles empêchent de se préoccuper de la souffrance psychique originelle.

Les conséquences psychologiques sont considérables. L'incertitude, le manque de ressources, la vie en collectivité dans les hébergements, la promiscuité importante, le manque d'intimité flagrant, parfois l'insécurité, sont autant de risques que le traumatisme soit ravivé. Dans les hôtels, une chambre pour deux est souvent occupée par le double de personnes. Il est aussi souvent imposé aux parents exilés de dormir dans la même pièce, voire dans le même lit, que leur enfant, rendant toute intimité difficile. Autre situation problématique, celle de devoir dormir dans des chambres séparées, trop éloignées l'une de l'autre, parfois à des étages différents. Certaines chambres sont insalubres, avec la présence de cafards, de traces d'humidité, de punaises de lit, etc., ce qui vient raviver la peur et renforce les troubles du sommeil liés au traumatisme.

Nos patientes sont directement touchées par cette précarité. Prêter attention à sa peau, à ses cheveux, à la manière de se vêtir sont autant de moyens de se réapproprier ce qui a été détruit en soi, ce qui n'était jusqu'ici perçu que comme de la douleur ou du vide. Tout ce qui relève de la socio-esthétique, comme s'acheter de la crème, du shampooing, aller chez le coiffeur, se maquiller, *« se redonner un visage »*, et plus largement prendre soin de son corps sont des moyens de se recréer une apparence, de remettre un voile de pudeur là où l'effraction les a atteintes.[54] Mais la précarité des conditions d'accueil vient faire obstacle à ces différents enjeux de reconstruction et les confronte à l'absence de choix, à la soumission à une autorité. Dans le rapport à la maternité et paternité, le manque de moyens, empêche aussi une réponse adéquate aux différents besoins primaires de leur enfant : acheter du lait, des couches, du matériel scolaire, autant de petits gestes du *« prendre soin »* de l'enfant et d'elles-mêmes à travers cette fonction. Par ailleurs, l'absence de service de garde d'enfants dans les hébergements a des répercussions pour ces femmes en demande d'asile qui doivent se rendre aux rendez-vous administratifs, de santé. Il arrive qu'elles trouvent une solution en se liant avec des hommes, souvent de la même origine, ce qui est souvent perçu comme une forme de désinvestissement de leur rôle de mère.

L'instabilité dans l'hébergement est enfin une grand cause d'incertitude, il n'est pas rare que la personne exilée doive changer fréquemment de lieu. Elle peut être hébergée dans 5 ou 6 endroits différents souvent très éloignés les uns des autres, pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, avant que sa situation soit relativement stabilisée (dans le cas où la demande d'asile suit un cours normal et se termine par l'octroi du statut de réfugié). Chaque changement de lieu (qui n'est pas contestable par l'intéressée ou l'intéressé) est une nouvelle fracture psychologique, sociale, comme si l'exil, cette fois en France, se poursuivait. Autrefois cantonnée à une même région, cette valse du logement s'étend maintenant à toute la France. C'est l'objectif de l'orientation directive des demandeurs d'asile présent dans le Schéma d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration, une mesure qui vise à *« répartir sur le territoire métropolitain l'accueil des primo-demandeurs d'asile en besoin d'hébergement afin de corriger certains déséquilibres géographiques enregistrés lors du dépôt des demandes d'asile, et notamment une forte concentration en Île-de-France »*.[55]

52 *Pour des politiques migratoires conformes à toutes les exigences de la République. Faire reculer les situations de non-droit*, Collège de praticiens du droit des étranger, 2020.
53 *Les oubliés du droit d'asile*, Action contre la faim, 2021.
54 *Femmes exilées, une violence continue*, Centre Primo Levi, 2022.
55 *Rapport d'information sur l'orientation directive des demandeurs d'asile*, Assemblée nationale, Commission des Finances, de l'Économie générale et du Contrôle budgétaire, 2023.

48H POUR CHANGER DE VIE

Tout commence fin juin, Mme K. et Mme P. sont hébergées dans un CADA (Centre d'accueil pour demandeurs d'asile) en Île-de-France. Ces structures n'accueillent en théorie que des demandeurs d'asile, mais il existe une tolérance pour les personnes réfugiées, et celles qui ont été déboutées de leur demande d'asile. C'est le cas pour Mme K. et Mme P. qui bénéficient, temporairement, d'un accès à l'hébergement. Un dimanche après-midi, elles sont convoquées avec d'autres personnes dans leur situation. Il est expliqué que, sur consigne de la Préfecture, un hébergement leur est proposé en dehors de la région parisienne, afin de laisser la place à des demandeurs d'asile. La destination est le Sud-Ouest, Bordeaux. Elles n'ont pas vraiment le choix : elles acceptent cette proposition ou sont exclues du Dispositif national d'accueil (DNA). Nos patientes, devant la soudaineté de la demande, se plient à l'injonction, *« elles ont eu 48h pour faire leurs bagages et monter dans le bus »*, dit l'assistante sociale du Centre Primo Levi. 48h pour quitter une vie, des relations, une école ou un collège. Pour la fille d'une de ces femmes, la décision de partir intervient quelques jours avant de se présenter à l'examen du brevet, qu'elle ne passera pas. Cela remet aussi entièrement en question leur parcours de soin entamé dans notre Centre. *« Oui, c'est une véritable interruption, voire un retour en arrière, dans le soin »*, dit un des psychologues de notre équipe qui suivait une des patientes, *« nous avions construit un certain nombre de choses »*. C'est aussi une interruption dans le suivi juridique : *« Nous nous apprêtions à travailler sur une demande de régularisation pour une de nos patientes, dont la demande d'asile avait été rejetée, et qui était en France depuis plusieurs années. Sauf si elle revient à Paris, je ne pourrai pas continuer à la suivre à distance »*, témoigne la juriste du Centre Primo Levi.

L'incertitude domine. Nos patientes quittent leur CADA en bus et sont d'abord amenées dans un *« sas »* d'hébergement temporaire, un gymnase reconverti, en lisière de Paris, dans lequel elles restent deux jours avec leur famille (dont un enfant en bas âge) et leurs affaires. Au bout de ces deux jours, nouveau départ, cette fois pour Bordeaux, où elles sont de nouveau hébergées dans un *« sas »*, un ancien collège transformé en structure d'accueil. *« D'un coup, nos patientes sont transportées à Bordeaux, où elles sont plus ou moins bien accueillies, avec un fort sentiment d'incertitude quant à l'avenir : ce sentiment d'être tout de suite transportées d'un monde à un autre, du jour au lendemain. C'est un sentiment extrêmement violent, avec cette angoisse de ne pas savoir où elles vont, de ne pas comprendre ce mouvement qui les emmène vers le dehors »*, poursuit notre psychologue. Pour nos patientes, la violence continue. Une violence présente partout et tout le temps pour les femmes exilées de manière générale. *« Le projet de quitter l'Île-de-France aurait pu être intéressant »*, commente notre assistante sociale, *« mais pas dans ces conditions »*, soulignant ainsi la nécessité d'un accompagnement social et d'un accès continu aux soins pour permettre à ces femmes de dépasser les effets des violences et d'envisager, pour elles et leurs enfants, un processus d'insertion durable dans la société française.

Mme K. et Mme P. vont passer 10 jours dans le *« sas »* bordelais avant qu'on leur annonce leur destination finale. Ce sera Pau et Agen. 12 jours se seront écoulés depuis leur départ du CADA d'origine en Île-de-France. À Pau, notre patiente est logée dans un petit appartement, *« mais tout est à reconstruire, le soin, le réseau, la scolarité des enfants. C'est un départ à zéro. »*, décrit le psychologue du Centre Primo Levi. À Agen, notre autre patiente, avec deux enfants (dont un en bas âge), est envoyée dans un hôtel *« low cost »* en banlieue, où elle loge dans une chambre. *« Elle se retrouve là seule avec ses 2 enfants, dans un hôtel juste équipé d'un micro-onde »*, poursuit-il. *« Elle ne peut pas faire à manger et attend qu'une assistante sociale vienne la voir, peut-être pour l'aider à inscrire ses enfants à l'école l'année prochaine. On ne lui dit rien. Elle se retrouve complètement isolée, une nouvelle fois dans l'incertitude »*.

Nouer un lien pour construire l'espoir d'une écoute

Pour les personnes exilées, il est très difficile de comprendre la dissociation entre la présentation officielle de la politique d'accueil et la réalité. Les personnes qui s'exilent en France ont une image d'un pays des droits de l'Homme. Mais cet idéal ne tient pas à l'épreuve de la réalité de l'accueil, qui est, pour nos patientes et patients, l'effondrement d'un monde possible, solide, qu'ils pensaient trouver en Europe. Un monde avec un minimum d'humanité, de respect des droits. Il y a un déchirement du voile sur ce qu'est la réalité en France. Dans cette période d'arrivée en France, le sentiment d'isolement est très fort. Elles et ils sont sans cesse à la poursuite de leurs droits, avec un sentiment d'humiliation fort. Il s'agit donc pour nos praticiens et praticiennes de faire en sorte que ces personnes refassent confiance. Le travail sur la parole est alors très important. L'espace thérapeutique offre un lieu sécurisé. Elles sont crues d'emblée dans ce qu'elles disent. Leur parole n'est pas mise en doute et c'est leur vérité subjective qui compte. La mise en confiance passe aussi par la distinction de cet espace de ceux notamment liés à l'hébergement, à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) où une autre parole est sollicitée pour obtenir une protection administrative et juridique. Durant les consultations, il n'y pas lieu d'établir une vérité objective et événementielle, la version de l'histoire de nos patientes et patients est écoutée. Dès lors que cette posture bienveillante est au rendez-vous, la personne accueillie se met, le plus souvent, à parler de tout ce qui fait souffrance, à lister ses plaintes, à espérer des solutions. Avec des personnes traumatisées, effractées par la violence, désillusionnées par l'accueil, créer du lien, instaurer un cadre propice à la relation de confiance – préalable indispensable pour une prise en charge – est le début de la thérapie. Notre équipe va instaurer ce cadre, tisser des liens de qualité, donner à comprendre que le patient est une personne complexe au centre de nos considérations. C'est un travail de couture fine pour rétablir tous ces liens sociaux, la faculté d'agir de la personne.

L'HISTOIRE DE MADAME M.

Elle s'appelle Madame M., elle a 35 ans et menait une vie tranquille avec son mari et ses deux enfants jusqu'à l'éclatement de terribles violences dans son pays natal. La famille prend la fuite jusqu'à un pays voisin, pensant pouvoir revenir chez elle après quelque temps. Malheureusement, le retour est impossible. La famille décide de rester là où elle s'est réfugiée, mais elle subit rapidement des violences racistes. Un jour, le mari disparaît. Personne ne sait ce qui lui est arrivé. Ne se sentant plus en sécurité, Madame M. décide de reprendre la route avec ses enfants. Sur le chemin de l'exil, elle subit de nouvelles violences dont ses enfants seront témoins. À son arrivée en France, Madame M. fait une demande d'asile et est hébergée dans un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) qui l'oriente vers le Centre Primo Levi. Lorsqu'elle est reçue par un psychologue, elle est dans un état d'épuisement et de dépression sévère. Elle est hantée par les cauchemars et n'arrive pas à dormir. Elle n'a pas de nouvelles de son mari et ne sait que dire à ses enfants qui la questionnent. L'absence de son mari lui donne l'impression d'être amputée. Elle ne comprend pas ce qui lui est arrivé. Sa demande d'asile étant rejetée, Madame M. est orientée vers la juriste du Centre Primo Levi qui l'aide à déposer un recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Celui-ci est finalement rejeté et elle doit quitter le centre d'accueil. Madame M. est effondrée, elle a le sentiment que le sort s'acharne sur elle.

Les assistantes sociales du Centre Primo Levi et du centre d'accueil se mettent en lien pour trouver une solution afin que la famille ne se retrouve pas à la rue. Dans un premier temps, elle est déplacée d'un hôtel à l'autre, avant qu'un lieu stable soit trouvé. Il s'agit d'un hôtel, éloigné de l'école des enfants, où la famille vit dans une chambre exiguë, sans possibilité de se faire à manger. Depuis que sa demande d'asile a été rejetée, Madame M. n'a plus aucune ressource et dépend entièrement des Restos du Cœur pour se nourrir. Mais cela ne suffit pas pour subvenir aux besoins de sa famille. Lors d'un entretien avec l'assistante sociale, Madame M. explique qu'elle n'a pu avoir qu'une brique de lait et un peu de pain pour 3 jours. Elle cherche alors du travail ici et là et s'absente parfois pour aller faire des ménages et gagner de quoi vivre. À l'école aussi, elle sait que les choses ne sont pas faciles pour ses enfants qui se sentent différents. Ils portent toujours les mêmes habits, ils ne peuvent pas inviter d'autres enfants à la maison… Elle a eu des remarques des enseignants sur l'hygiène de ses enfants, mais aussi parce qu'ils n'avaient pas le matériel scolaire nécessaire ou qu'ils arrivaient en retard. Madame M. souffre beaucoup de cette situation qui renforce son sentiment de culpabilité et de ne pas être une bonne mère. Comme l'explique le psychologue qui la suivait, *« les conditions dramatiques dans lesquelles vivent beaucoup de mères seules avec enfants que je vois en consultation entraînent une déconstruction de leurs capacités maternelles. Alors qu'elles essaient de faire de leur mieux, elles ne peuvent y arriver car elles se heurtent à trop de difficultés, ainsi qu'à une forte stigmatisation ».*

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Proposer un accueil effectif aux personnes exilées.

Assurer la continuité, la dignité et l'adaptabilité de l'hébergement des personnes exilées dans le Dispositif national d'accueil (DNA), notamment en renforçant le nombre des places d'hébergement en particulier pour les personnes les plus vulnérables (femmes, familles avec enfants, etc.).

Proposer un accompagnement administratif, social et juridique pour chaque demandeuse et demandeur d'asile afin de faciliter l'accès des personnes à l'administration et ainsi garantir l'ouverture de ses droits.

Faciliter l'accès à l'emploi, afin de développer l'autonomie et de lutter contre l'isolement et la précarité : en ouvrant la possibilité de travailler dès le dépôt de la demande d'asile, en développant des formations à la langue française et en facilitant l'accès à des emplois en lien avec leur formation initiale et l'expérience acquise dans leur pays d'origine.

Favoriser la mise en relation avec des associations, des espaces visant à rompre l'isolement social, comme, par exemple, des ateliers à médiation (expression artistique, activité cuisine ou jardinage…) ou des groupes de parole collectifs.

Veiller à l'articulation entre les différents dispositifs en matière d'hébergement pour permettre une évolution vers le logement et éviter une saturation du dispositif.

LE CONSTAT DU CENTRE PRIMO LEVI

La demande d'asile, une douleur en plus

Fin 2016, un rapport du Centre Primo Levi alertait sur les failles de notre procédure d'asile[56] et notamment sur le fait qu'un bon nombre de personnes déboutées n'étaient pas reconnues réfugiées malgré leurs craintes fondées de persécutions en cas de retour dans leur pays d'origine, et ce parce qu'elles n'avaient pas été convaincantes. En 2023, les motifs de rejet de la demande d'asile montrent encore que tout repose sur la capacité des personnes concernées à bien présenter les faits étayant la demande, et donc à convaincre. Comment convaincre quand on a été victime de tortures, alors que ces violences extrêmes ont justement pour but de faire taire, d'anéantir toute subjectivité ? Comment convaincre alors que le psycho-traumatisme lié à ces violences se traduit par des amnésies, une perte des repères spatio-temporels et une difficulté à élaborer un récit détaillé et chronologique ? Comment convaincre quand on vit dans un hôtel vétuste, saturé, en état d'hypervigilance permanente en raison des effets associés à la violence et de l'insécurité ambiante, sans pouvoir véritablement se reposer, ni dormir normalement ?

Pour beaucoup, à défaut d'un temps de préparation et d'un accompagnement adapté, l'entretien à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) peut être appréhendé[57] et vécu comme un interrogatoire. L'audience à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) est vue comme *« un tribunal pénal »*. Sauf qu'aucune impasse ne doit être faite. La personne devra répondre précisément aux questions de l'officier de protection. Un *« je ne sais pas »* ou une présentation laconique peuvent avoir des conséquences négatives sur l'appréciation du motif de la demande d'asile et son acceptation par les autorités compétentes. Que peut-elle alors dire, que peut-elle s'autoriser ? Cela suppose, pour la personne exilée, de s'exposer, de prendre le risque de dévoiler sa vie, son histoire personnelle : *« Il est difficile de le faire quand on a été en état de survie et qu'on l'est encore - état qui laisse peu de place à la pensée -, surtout lorsqu'on a tout laissé derrière soi. Son récit ne peut alors être que parcellaire, surtout à l'étape du formulaire à envoyer à l'OFPRA. Après ce qu'elle a traversé, elle va devoir se justifier, elle qui a survécu à la mort et accomplit un exploit ! Le demandeur d'asile va devoir continuer le combat de sa survie, pour pouvoir se réfugier quelque part en toute légalité et sécurité... Il va parfois parcourir un long chemin pour obtenir cette reconnaissance si nécessaire à sa reconstruction psychique »*,[58] indique la juriste du Centre Primo Levi.

Il est par ailleurs demandé à la personne en demande d'asile d'attester de manière précise, circonstanciée, du caractère personnel des violences subies et des craintes de retour au pays. De nombreuses patientes et patients, déjà profondément affectés par leur parcours, sortent des entretiens de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) avec l'impression de douter quant à la perception de leur histoire, alors qu'auparavant le sentiment de menace était tel qu'elles et ils n'avaient pas hésité à tout quitter et à rejoindre les chemins exténuants de l'exil, pour survivre. Dans un état d'épuisement certain à la sortie de ces échanges, elles et ils peuvent finir par douter des épisodes vécus et des conduites tenues. Dans cette configuration, la personne exilée est renvoyée à *« une réévaluation constante des impressions et des interprétations qu'elle a faites des événements et donc des décisions et conduites prises dans ce contexte, et cela alors qu'il est encore marqué par les violences subies »*.[59]

Ce récit peut aussi venir parfois entrer en résonance avec le sentiment de culpabilité qui anime les personnes réfugiées. Si la culpabilité repose sur une faute avérée, réelle, le sentiment de culpabilité repose au contraire sur le principe qu'une personne est incapable de dire à quelle faute se rapporte ce sentiment. Mais, pour nos patientes et patients, indique un psychologue de notre équipe, *« ce manque à être ou à avoir été, à faire ou à avoir fait - qu'on l'appelle faute, manque ou perte - entraîne le plus souvent pour eux une impossibilité à légitimer leur vie au quotidien. Ils deviennent incapables d'indulgence ou de contentement, d'assurance ou de répit, comme figés à la période des événements traumatiques. Ainsi, ils s'obnubilent - en dehors de tout fait avéré - à rendre illégitimes les attitudes, les comportements ou décisions passés, et par là même le soulagement d'être encore là, la fierté ou le mérite de leurs actions. Les conduites ou attitudes, à l'époque déformées dans leur analyse, vont être éprouvées par le malade comme coupables ou synonymes de nullité ou de honte. On peut rencontrer ainsi beaucoup de sujets qui ont été en situation de victimes passives et qui ressentent pourtant un intense et durable sentiment de culpabilité à l'égard de la population, des parents ou des inconnus qui ont péri dans un événement auquel eux ont survécu »*.[60] Il faut ici rappeler que ce sentiment de culpabilité est aussi un élément recherché et visé par ceux qui

56 *La fabrique des déboutés*, Aurélia Malhou (juriste au Centre Primo Levi), Mémoires, n° 86.
57 *La fabrique des déboutés*, Aurélia Malhou, op. cit.
58 *Le recueil du récit... en toute ignorance*, Aurélia Malhou, Mémoires, n° 70.
59 *Récit d'asile : quelle(s) vérité(s) ?*, Jacky Roptin, Mémoires, n° 70.

exercent la violence politique et la torture, à savoir, faire de leur victime leur propre tourmenteur et perpétuer ainsi à l'infini leurs sévices.

Nos patientes et patients subissent ainsi deux temporalités parallèles : une temporalité « *administrative* », qui est celle de l'instruction de la demande d'asile, de vérification des faits et une temporalité « *psychique* », celle de la reconstruction, du soin qui est nécessaire pour élaborer le récit des violences subies au pays. Ces deux temporalités ne sont pas toujours compatibles et peuvent conduire au rejet de demandes a priori fondées, mais qui pourront être difficilement défendues par les personnes concernées en raison de leur état psychique. Voilà pourquoi la prise en charge psychologique, médicale et sociale est indispensable pour que notre service juridique construise avec elles une assise pour étayer leur discours, pour valoriser leur parole. Grâce à cet accompagnement pluridisciplinaire, 60% des personnes suivies par le service juridique du Centre Primo Levi obtiennent une protection internationale, soit un taux quasiment deux fois supérieur à la moyenne nationale.

LES RECOMMANDATIONS DU CENTRE PRIMO LEVI

Assurer, dans chaque espace d'accueil et d'hébergement du Dispositif national d'accueil (DNA), une organisation du travail fondée sur la pluridisciplinarité (psychologique, médical, social et juridique) dès le premier contact avec les personnes exilées, pour tenir compte de la pluridimensionnalité de l'accompagnement nécessaire à cette étape.

Garantir la prise en compte des violences subies par les personnes exilées sur le parcours de l'exil et du psycho-traumatisme qui en découle, affectant leur capacité à exposer leur récit devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Ces violences doivent aussi être prises en compte de manière générale dans l'issue de la décision de demande d'asile, et non plus seulement dans le cas où elles font courir un risque à la personne si elle retourne dans son pays.

60 *Récit d'asile : quelle(s) vérité(s) ?*, Jacky Roptin, op. cit.

LE CHOIX TRÈS COÛTEUX D'UNE POLITIQUE RÉPRESSIVE

Depuis une dizaine d'années, le gouvernement français a fait le choix de durcir sa politique migratoire, un choix qui coûte cher : selon un rapport de l'Assemblée nationale,[61] environ 160 millions d'euros par an sont dépensés pour dissuader la présence des migrantes et migrants, et pour évacuer les camps à Calais et sur le littoral de la Manche et de la mer du Nord. Les auteurs de ce rapport regrettent, par ailleurs, sur ce sujet, *« l'absence de données fines transmises par certains opérateurs sur les exercices budgétaires antérieurs »*. Or, 160 millions d'euros, rappellent les auteurs, est une somme équivalente à *« un an de dépenses publiques en faveur de l'intégration professionnelle des réfugiés »*. L' Assemblée nationale s'est aussi intéressée au coût des mesures d'expulsion[62] : *« Les rapporteurs estiment le coût global de la politique d'éloignement forcé des étrangers en situation irrégulière à 468,45 M€ en 2018, et le coût moyen d'un éloignement forcé aux environs de 14 000 € en métropole et en outre-mer. »* Une politique répressive dans laquelle des dizaines de millions d'euros sont chaque année investis, pour quelle efficacité ? Un rapport de la Cour des comptes a souligné l'incohérence et mis en cause le coût élevé de la politique de lutte contre l'immigration illégale, dépourvue de stratégie.[63] Les associations qui travaillent au quotidien avec les personnes exilées le disent depuis très longtemps : un accueil digne, humain et adapté est plus efficace, ou, si nous adoptons une vision économique de la question, coûte moins cher à la société française.
En France, depuis 1998, 1,28 milliard d'euros ont été dépensés afin d'empêcher les personnes exilées de franchir la Manche, soit l'équivalent du budget annuel de 550 centres de soins comme le Centre Primo Levi.▼

en France depuis 1998

1,28 milliard €

ont été dépensés afin d'empêcher les personnes exilées de franchir la Manche,

soit l'équivalent du budget annuel de

550 centres de soins

comme le Centre Primo Levi.

61 *Rapport d'enquête sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France, n° 4665*, Assemblée nationale, 2021.
62 *Rapport fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2018, Annexe 28, Immigration, asile, intégration*, Assemblée nationale.
63 *La politique de lutte contre l'immigration irrégulière*, Cour des Comptes, 2024.

Recommandations

Intégrer une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des personnes exilées à toutes les étapes du parcours de la demande d'asile.

Généraliser la proposition d'un bilan de santé dans les premiers mois de présence en France des nouveaux arrivants réalisé par un service de prévention en santé, assurant la garantie d'un consentement libre et éclairé.

Inclure, lors de la visite médicale au niveau des Guichets uniques pour demandeurs d'asile (GUDA), la possibilité d'un rendez-vous avec un ou une psychologue de manière à détecter la souffrance psychique en amont de la procédure d'asile.

Assurer une orientation et un suivi effectif du soin en cas de détection d'une souffrance psychique au niveau des « rdv santé » organisés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) dans le parcours de la demande d'asile.

Assurer une présence régulière de psychologues et médecins dans les lieux dédiés aux personnes exilées (hébergement, centre d'accueil, etc.), pour l'accès rapide à une évaluation/orientation/prise en charge spécialisée de la souffrance psychique.[64]

Garantir la poursuite et le suivi du soin et de l'accompagnement dans le cadre de l'orientation directive des personnes en demande d'asile, en tenant compte de leur situation personnelle et familiale, de l'existence de structures locales à même de les prendre en charge de façon spécifique et en assurant le lien avec la structure de soins d'origine.

Assurer, dans chaque espace d'accueil et d'hébergement du Dispositif national d'accueil (DNA), une organisation du travail fondée sur la pluridisciplinarité (psychologique, médical, social et juridique) dès le premier contact avec les personnes exilées pour tenir compte de la pluridimensionnalité de l'accompagnement nécessaire à cette étape.

64 *À travers, par exemple, le développement d'initiatives comme l'expérimentation « CESaME 44 - Collectif d'Entraide pour la Santé Mentale des Exilés » qui propose des activités de médiation psychosociale individuelles et collectives dans les lieux d'hébergement, ou les Équipes de liaison psychiatrie précarité (ELPP), qui se déplacent dans des lieux d'accueils de jour associatifs.*

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

Adapter le droit commun à la souffrance psychique des personnes exilées

Supprimer le délai de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile afin de leur permettre un accès à l'assurance maladie, dès le dépôt de leur demande.

Renforcer des espaces de coordination entre le secteur public et associatif dans chaque territoire pour opérer une prise en charge plus ciblée des personnes exilées et développer une culture de soins commune, notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

« Désectoriser » les Centres médico-psychologiques (CMP) et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et renforcer leurs équipes de manière à réduire drastiquement les délais de prise en charge, et un premier accueil avec interprète si nécessaire.

Déployer des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles pour repérer et aller au plus près des individus les plus éloignés des structures de soins. Proposer des consultations psychologiques et psychiatriques dans les PASS généralistes.

Développer les PASS psychiatriques incluant le suivi social et le soin, avec des délais de rendez-vous et une durée de prise en charge réduits pour redonner aux PASS leur rôle initial de bilan et d'orientation.

Diffuser et valoriser, aux différents points d'entrée des personnes exilées en France, des supports d'information sur le système de santé et sur leurs droits en matière de soins.

Placer les questions relatives à la santé, notamment mentale, des étrangers (évaluation médicale dans le cadre du droit au séjour pour soins, bilan de santé des demandeurs d'asile...) sous la compétence exclusive du ministère de la Santé et de la Prévention.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

Proposer un accueil effectif aux personnes exilées

Assurer la continuité, la dignité et l'adaptabilité de l'hébergement des personnes exilées dans le Dispositif national d'accueil (DNA), notamment en renforçant le nombre des places d'hébergement, en particulier pour les personnes les plus vulnérables (femmes, familles avec enfants, etc.).

Proposer un accompagnement administratif, social et juridique pour chaque demandeuse et demandeur d'asile, afin de faciliter l'accès des personnes à l'administration et ainsi garantir l'ouverture de ses droits.

Faciliter l'accès à l'emploi, afin de développer l'autonomie et lutter contre l'isolement et la précarité : en ouvrant la possibilité de travailler dès le dépôt de la demande d'asile, en développant des formations à la langue française et en facilitant l'accès à des emplois en lien avec leur formation initiale et l'expérience acquise dans leur pays d'origine.

Favoriser la mise en relation avec des associations, des espaces visant à rompre l'isolement social, comme, par exemple, des ateliers à médiation (expression artistique, activité cuisine ou jardinage...) ou des groupes de parole collectifs.

Veiller à l'articulation entre les différents dispositifs en matière d'hébergement pour permettre une évolution vers le logement et éviter une saturation du dispositif.

Assurer le recours systématique à l'interprétariat professionnel

Assurer le recours systématique à l'interprétariat professionnel, notamment en renforçant le budget d'interprétariat alloué aux Agences régionales de santé (ARS), à destination du personnel soignant travaillant en hôpital, en Centres médico-psychologiques (CMP) ou autres structures de soins en santé mentale, ainsi que dans des cabinets privés, qui est amené à prendre en charge des personnes allophones.

Envisager le remboursement par la Sécurité sociale des actes d'interprétariat.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

Former les accueillants et interprètes

Développer l'information et la formation à destination des professionnels de santé, du secteur social et des personnes intervenant dans les lieux d'accueil des personnes exilées sur les problématiques spécifiques qu'elles rencontrent.

Encourager et soutenir les formations qualifiantes des interprètes exerçant en milieu médico-social et en santé mentale, améliorer et valoriser leurs conditions d'exercice.

Intégrer les violences subies sur le parcours d'exil dans la demande d'asile.

Garantir la prise en compte des violences subies par les personnes exilées sur le parcours de l'exil, et du psycho-traumatisme qui en découle, affectant leur capacité à exposer leur récit devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Ces violences doivent aussi être prises en compte de manière générale dans l'issue de la décision de demande d'asile, et non plus seulement dans le cas où elles font courir un risque à la personne si elle retourne dans son pays.

Encourager la production de savoirs, de données et d'enquêtes concernant les personnes exilées, leur parcours et leur souffrance psychique.

Recommandation présente dans notre rapport « *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* » (publié en 2018) et non suivie d'effet.

CENTRE
PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

Santé mentale des personnes exilées : une souffrance invisible

- **Parution :** Juin 2024
- **Directeur de publication :** Antoine Ricard
- **Auteur :** Maxime Guimberteau
- **Mise en page :** Romain Laborde
- **Illustrations :** Floris Didden
- **Photos :** Jeanne Menjoulet / Centre Primo Levi

CENTRE
PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

107 Avenue Parmentier
75011 PARIS
T. 01 43 14 88 50
primolevi@primolevi.org
www.primolevi.org

Le Centre Primo Levi est une association d'intérêt général, habilitée à recevoir des dons, legs et donations.