

**La souffrance psychique
des exilés**
Une urgence de santé publique



**CENTRE
PRIMO LEVI** | **VIVRE APRÈS
LA TORTURE**

5. INTRODUCTION

6. DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES GRAVES

6.	Des exilés aux parcours semés de violences
8.	Les mineurs non accompagnés (MNA)
10.	Des troubles aggravés voire créés par des conditions de vie indignes
13.	Les troubles psychiques les plus fréquemment observés
16.	Très peu de données chiffrées sur la santé mentale des exilés

17. UNE PRISE EN CHARGE DÉFAILLANTE MALGRÉ L'ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

17.	Les spécificités de l'accompagnement psychosocial des personnes exilées
18.	La nécessité de pluridisciplinarité et de travail en réseau
19.	L'insuffisance de financement et de recours à l'interprétariat professionnel
20.	Les troubles psychotraumatiques : des effets à connaître et une approche d'écoute à adopter
21.	L'accès difficile à une couverture maladie
22.	Repérage et orientation des personnes en souffrance psychique : le maillon manquant
22.	Promouvoir les bilans de santé, y compris de santé mentale
22.	Renforcer les dispositifs facilitant l'entrée dans le soin
24.	Développer la formation et l'information
25.	Une offre de prise en charge à renforcer et à coordonner
25.	Les établissements de santé spécialisés
25.	Les dispositifs de prise en charge de droit commun

27. NOS RECOMMANDATIONS

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. En ce sens, elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

La santé mentale, et plus largement la souffrance psychique, se situe dans l'exact angle mort des politiques publiques concernant les personnes exilées, encore majoritairement orientées vers le soin des maladies infectieuses et la prise en charge des urgences médicales. Elle constitue pourtant une urgence sanitaire et un enjeu de santé publique majeur.

Les violences multiples qui ont causé leur départ, les ruptures souvent brutales que cela a occasionné et le parcours d'exil lui-même semé de violences et de pertes peuvent occasionner des troubles psychiques graves. La très grande précarité sociale et administrative dans laquelle la plupart des exilés se trouvent renforce ces troubles, voire en crée de nouveaux, formant ainsi un cercle vicieux dont il devient très compliqué de sortir.

Certes, cet impact est variable d'une personne à l'autre et tous les exilés ne souffrent pas de traumatismes ou d'autres formes de troubles psychiques. Ils témoignent même souvent d'une forte résilience¹. Beaucoup, pourtant, présentent des troubles psychiques se manifestant sous des formes diverses et plus ou moins graves. Ces troubles ont des répercussions sur eux-mêmes et sur leur entourage.

Pour des personnes prises dans ce type d'engrenage et bien souvent non francophones, l'accès à l'offre de soin en santé mentale – globalement sous-dimensionnée, saturée et sans interprétariat – est particulièrement réduit. C'est en santé mentale que l'offre reste la moins développée, ce qui en fait « *une des principales préoccupations des gestionnaires de centres d'hébergement* » qui ne parviennent pas à orienter les personnes en souffrance, selon un rapport 2018 de l'Observatoire du Samusocial de Paris. Et là où des orientations peuvent être faites, les parcours de soin sont souvent éclatés et inefficaces et induisent un surcoût en raison des défaillances du dispositif de santé de droit commun, des erreurs de diagnostic auxquelles cela peut mener et du manque de coordination entre les acteurs.

Si la santé est censée être en France un droit inconditionnel, force est de constater que celle des personnes exilées demeure trop souvent un enjeu de polémique politicienne avant d'être considérée pour ce qu'elle est : un enjeu de santé publique. Alors que la politique de santé des étrangers devrait relever de la compétence exclusive du Ministère de la Santé, la loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France a ainsi transféré l'évaluation médicale des personnes demandant un titre de séjour pour soins des Agences Régionales de Santé, sous tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé, à l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration, sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur, plus animé par les objectifs de contrôle des flux migratoires que par la préservation de la santé publique.

Un signal a pourtant récemment été envoyé : interpellé sur cette véritable crise sanitaire par un ensemble inédit d'acteurs du champ médico-social, le Ministère des Solidarités et de la Santé a dit réaffirmer l'importance de la prise en charge des personnes migrantes indépendamment de leur statut et en faire l'une de ses priorités. Il a réuni un groupe de travail sur la santé mentale entre décembre 2017 et février 2018 dans lequel des associations ont porté leurs recommandations.

Dans ce contexte, le Centre Primo Levi et Médecins du Monde, tous deux engagés dans l'accueil et le soin des personnes exilées, ont voulu réunir leurs constats pour dresser un tableau sans concession de la situation et mettre en avant des propositions afin que soit enfin élaborée, au niveau national, une réponse adaptée à l'enjeu majeur que représente la santé mentale de ces personnes.

1. La résilience désigne l'aptitude à se remettre d'un traumatisme, à le surmonter pour continuer à vivre une existence relativement satisfaisante – aptitude caractéristique, selon le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, d'une « personnalité blessée mais résistante, souffrante mais heureuse d'espérer quand même »

DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES GRAVES

Le déséquilibre du monde jette un nombre grandissant d’hommes, de femmes et d’enfants sur les routes hasardeuses de l’exil. Ceux qui ont survécu aux violences dans leur pays d’origine et sur le parcours d’exil ne sont pas au bout de leurs peines : l’extrême précarité sociale et administrative les attend en France, aggravant encore souvent leur état de santé mentale, avec des impacts sur les aidants eux-mêmes. Le cercle vicieux qui s’instaure alors entre souffrance et précarité déborde leur capacité de résilience, créant ainsi les conditions d’une véritable urgence de santé publique.

Des exilés aux parcours semés de violences

6.

Terre historique d’exil, la France voit arriver depuis quelques années, mais dans une moindre mesure que d’autres pays européens, un nombre croissant de personnes fuyant les violences en tous genres, en particulier les guerres et la répression. En 2017, elle a reçu un peu plus de 100 000 demandes d’asile – chiffre qui reste faible au regard de la population française mais qui représente une augmentation de 17 % par rapport à l’année précédente – dont près de 74 000 premières demandes. Avec 32 011 protections accordées dont 13 592 protections subsidiaires, elle a accordé au total une protection dans 31,87 % des cas. Plus de 57 000 demandes ont quant à elles été déboutées².

Si le solde migratoire reste stable, l’émigration étant elle aussi en hausse, cette réalité n’en constitue pas moins un enjeu sociétal, économique, démographique et politique crucial de notre époque et des décennies à venir.

Les nombreuses polémiques et instrumentalisations dont l’asile et l’immigration font l’objet masquent une véritable crise humanitaire : **les violences multiples qu’ont pu subir ces personnes dans leur pays d’origine et/ou sur leur parcours d’exil semblent de plus en plus extrêmes, et les conditions d’accueil en France ne font qu’en aggraver les séquelles.**

Chiffre révélateur, 62 % des personnes accueillies au Comité pour la santé des exilés entre 2012 et 2016 ont déclaré des antécédents de violence³.

Migrants, immigrés, étrangers, demandeurs d’asile, réfugiés, déboutés, sans papiers, « *clandestins* »... parfois indifférenciés mais non moins lourds de sens et de conséquences, les termes qui sont utilisés sont nombreux. Davantage qu’un groupe démographique ou administratif, le terme d’« *exilé* » évoque les conséquences psychologiques des migrations forcées, qui peuvent être aussi bien motivées par des facteurs politiques, économiques, familiaux ou environnementaux. Ils viennent de pays en guerre, qui s’effondrent économiquement et socialement, ou encore marqués par une corruption massive et des violences sociales et intrafamiliales structurelles. Beaucoup y ont été emprisonnés arbitrairement, ont subi des violences extrêmes, ont été témoins de la mort de proches ou ont été eux-mêmes menacés de mort. A cela s’ajoutent des parcours qui paraissent de plus en plus longs, difficiles et violents, passant souvent par la Lybie ou le Maroc, où les violences physiques, la torture et les viols semblent massifs. La traversée en bateau est une épreuve supplémentaire dont les survivants ressortent rarement indemnes.

2. Chiffres du Ministère de l’Intérieur
3. Veisse et coll. 2017

QUELQUES DÉFINITIONS

MIGRANT : personne qui quitte son pays d’origine pour venir s’installer durablement dans un pays dont elle n’a pas la nationalité. Si le terme « *immigré* » favorise le point de vue du pays d’accueil et le terme « *émigré* » celui du pays d’origine, « *migrant* » prend en compte l’ensemble du processus migratoire.

IMMIGRÉ : selon la définition utilisée pour le recensement démographique, personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

EXILÉ : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

DEMANDEUR D’ASILE : au sens juridique, personne en cours de demande de protection au titre de la Convention de Genève de 1951.

REFUGIÉ : au sens de la Convention de Genève de 1951, personne « *qui craignant avec raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* ». Au sens juridique, personne ayant obtenu la reconnaissance et le bénéfice de ce statut par l’Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d’asile).

DÉBOUTÉ (sous-entendu « du droit d’asile ») : personne dont la demande d’asile a été refusée par l’Ofpra et, après recours, par la CNDA.

.7

Mme V. est Guinéenne. Pour sauver sa fillette de 2 ans de l’excision voulue par le père, elle décide de quitter le pays avec elle. Elle choisit de confier son fils jumeau à une tante et commence son périple migratoire : le Mali, le Burkina, le désert du Niger jonché de cadavres, la Libye. Violée de nombreuses fois en Libye, elle est enfermée avec d’autres femmes et traitée comme « esclave sexuelle ». Sa fille tombe malade et meurt ; elle enterre l’enfant en Libye. Un jour, sous la menace, elle est conduite avec d’autres en bord de mer, et dans un voyage sans retour possible, elle est embarquée sur un canot gonflable pour l’Italie. Reverra-t-elle son fils dont elle a appris qu’il est tombé gravement malade ? Est-elle séropositive ? Pourra-t-elle avoir un autre enfant un jour ? Et si elle n’était pas partie ? Ces questions l’assaillent et la culpabilité la ronge. Où aller ? D’abord à la rue, elle est rapidement hébergée au centre d’hébergement d’Ivry. Toutes les sérologies s’avèrent négatives. Les pathologies envahissantes qui s’étaient développées comme une cristallisation de son angoisse (thyroïde, fibrome) sont traitées dès qu’elle obtient l’Aide médicale d’Etat. « C’est à ce moment qu’elle m’a été orientée, raconte une psychiatre bénévole du Caso (centre de soins Mdm) de Paris. Son état psychique était très préoccupant, elle était envahie par la peur et les cauchemars. Malheureusement, au bout de 9 mois, elle a été transférée vers un centre d’hébergement en Alsace, presque du jour au lendemain. La thérapie a dû être interrompue et je n’ai eu aucune nouvelle depuis. »

QUI SONT NOS PATIENTS ?

Présent dans 15 régions en France, **Médecins du Monde** accueille et soigne les personnes en situation de grande précarité dans différents types de programmes : 15 centres d'accueil de soins et d'orientation -Caso- (ayant accueilli 24 338 personnes en 2017) dont 12 avec psychologues ou psychiatres, 31 programmes d'« *aller-vers* » (maraudes, cliniques mobiles se déplaçant notamment le long des routes migratoires, dans des bidonvilles ou campements urbains, squats, sur des lieux de prostitution...) et 4 programmes auprès des mineurs non accompagnés. Tous les programmes proposent un accueil inconditionnel et sans rendez-vous fondé sur une approche pluridisciplinaire (santé, social, soins infirmiers...), si nécessaire avec interprète. 97 % de la file active des Caso sont de nationalité étrangère. 98,5 % vivent en-dessous du seuil de pauvreté, 94 % sont sans logement personnel. Médecins du Monde intervient aussi en collaboration avec d'autres associations ou collectifs citoyens, notamment dans le Calaisis, le Dunkerquois, à Paris, à la frontière italienne ou encore dans la vallée de la Roya et la plupart des grandes villes de France. Médecins du Monde représente souvent le premier contact avec une offre de santé pour les exilés et chaque fois que cela est possible, une orientation est effectuée vers les dispositifs institutionnels adaptés (soin, social, hébergement...). Quand les personnes présentent des troubles psychiques sévères, elles peuvent être référées vers des structures spécialisées telles que le Centre Primo Levi, quand de telles structures existent sur le territoire concerné.

Situé dans le 11^{ème} arrondissement de Paris, le **Centre Primo Levi** accueille, soigne et accompagne environ 400 hommes, femmes et enfants victimes de la torture et de la violence politique exilés en France, sans distinction d'origine ni de statut juridique. Pour faire face à la complexité des troubles, une prise en charge pluridisciplinaire est proposée. Elle comprend des consultations auprès de médecins généralistes, un suivi psychothérapeutique, des soins de kinésithérapie ainsi qu'un accompagnement social et juridique, si nécessaire avec interprète. L'une des particularités du centre de soins Primo Levi réside dans le fait que les suivis sont très resserrés (19 consultations par an et par patient en moyenne) et durent en moyenne 3 ans.

Les mineurs non accompagnés (MNA)

Les enfants exilés et en particulier les enfants et adolescents non accompagnés constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires ou d'exploitation et aux troubles post-traumatiques.

En France, le nombre d'enfants et d'adolescents non accompagnés est impossible à connaître, faute de données fiables sur la question. Près de 15 000 ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance (Ase) par décision judiciaire en 2017, selon le Ministère de la Justice⁴. Toutefois, ils sont plus nombreux encore à se présenter auprès des services d'évaluation pour solliciter une protection. Seule la moitié sont reconnus mineurs et non accompagnés. Par ailleurs, certains échappent totalement à tout repérage : par méconnaissance, crainte des autorités ou parce qu'ils sont aux mains de passeurs et de réseaux, de nombreux enfants (parmi lesquels les plus vulnérables et notamment les filles) disparaissent en France et en Europe⁵.

En France, les enfants et adolescents non accompagnés sont pour la plupart des 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, RDC, Nigéria) mais également d'Afghanistan, du Pakistan, du Bangladesh, d'Érythrée, du Soudan, d'Angola, de Syrie et d'Europe de l'Est.

Les raisons pour lesquelles ces enfants se retrouvent sur les routes de l'exil sont bien souvent les mêmes que pour les adultes : fuyant la guerre, les violences ou les discriminations, ils cherchent un avenir meilleur. Comme pour les adultes, les raisons du départ sont multifactorielles et évolutives. Pour eux, la migration survient à un moment charnière de leur vie. Un certain nombre d'entre eux ont déjà de la famille en Europe, qu'ils viennent rejoindre. Parmi les enfants et adolescents non accompagnés, on peut distinguer ceux qui souhaitent rester en France et sollicitent une protection de l'État français (ce sont ceux que l'on retrouve sur les programmes MNA de Médecins du Monde) et ceux qui sont encore en transit et qui cherchent à rejoindre un autre pays d'Europe dans lequel ils ont des attaches. 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.

La santé mentale de ces mineurs est particulièrement dégradée en raison de leur parcours de vie souvent extrêmement douloureux : évènements traumatiques dans le pays d'origine (ruptures familiales, précarité, discriminations, violences, maltraitances, exposition à la mort, guerre, catastrophes naturelles...), au cours du parcours migratoire (violences, conditions de vie, perte de proches, incertitude, enfermements, viols, dangers...) et à l'arrivée dans les pays dits « *d'accueil* » (rejet, remise en cause de leur parole et leur identité, précarité, exposition aux réseaux...). Par ailleurs, ils vivent dans un climat d'insécurité permanent, nécessitant une adaptation à des contextes, des lieux de vies, des règles et des langues pour assurer leur survie. Enfin, ils sont particulièrement exposés en raison de leur âge, leur isolement et leur vulnérabilité.

Sur les programmes de Mdm, la très grande majorité des enfants et adolescents non accompagnés rencontrés présente des séquelles sévères en lien avec les violences subies : ils font état notamment de douleurs multiples, particulièrement des maux de tête et des troubles importants du sommeil. Il est impératif de porter une attention particulière à la prise en charge de leur souffrance psychique pour qu'ils puissent bénéficier d'un suivi et d'un parcours de soins adapté dans les structures du droit commun.

RECOMMANDATIONS

GARANTIR À TOUT JEUNE SE DÉCLARANT MINEUR NON ACCOMPAGNÉ :

- une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle ;
- une ouverture immédiate des droits à une couverture santé et un bilan de santé somatique et psychologique systématique aboutissant si nécessaire à une prise en charge ;
- un accueil de jour avec une information sur ses droits et une consultation médicale pour le repérage des situations d'urgence ;
- après sa mise à l'abri et avec son consentement éclairé, une évaluation bienveillante de sa situation de danger (et non uniquement de son âge ou de son isolement) dans le respect de la présomption de minorité et du bénéfice du doute ;

INTERDIRE TOUT EXAMEN MÉDICO-LÉGAL VISANT À DÉTERMINER L'ÂGE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS.

Senghor⁶ a 16 ans. Il a fui la Guinée avec sa tante, mais elle s'est noyée sous ses yeux durant la traversée en Méditerranée. Sa minorité étant contestée, il n'est pas protégé par l'Aide sociale à l'enfance. Après avoir connu la rue, il a fini par être recueilli par le réseau Hébergeurs solidaires : « Il fait froid, je dors dehors, je n'ai pas d'avenir, ma vie n'a pas de sens. Je ne sais pas pourquoi je suis là, pour quoi je vis, je me dis que si je meurs ce sera pareil. »

4. DPJJ, « Rapport annuel d'activité 2016, mission mineurs non accompagnés de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse », mars 2017
5. Europol

6. Les noms des personnes exilées ont été modifiés.

Des troubles aggravés voire créés par des conditions de vie indignes

Les difficultés d'accès à une procédure administrative de reconnaissance légale sur le territoire sont majeures. La complexité organisée de dépôt d'une demande de titre de séjour ou de demande d'asile, les multiples goulots d'étranglement (sous-dimensionnement des structures d'enregistrement), l'arbitraire, l'incertitude, la suspicion systématique, les impasses administratives, l'incapacité à déposer ou obtenir un statut... conduisent à placer les personnes dans des situations de vulnérabilité sociale, voire d'extrême marginalité. Après des parcours d'exil émaillés de violences de toutes sortes, les personnes se retrouvent aussi souvent confrontées à des conditions de vie extrêmement **dégradantes, voire déshumanisantes**. Aux multiples traumatismes déjà subis s'ajoute le choc de la désillusion face aux différentes formes de violences, institutionnelles, physiques, policières, symboliques, auxquelles elles sont confrontées en France. Selon les territoires, elles sont plus ou moins confrontées à une errance contrainte, à des conditions d'hébergement très dégradées, des périodes de vie à la rue ou en campement, des pertes ou destructions répétées des maigres biens personnels, des violences, interruptions répétées du sommeil par les forces de l'ordre... Nous voyons de nombreuses personnes épuisées, vidées par cette politique de harcèlement et d'invisibilisation qui les maintient sans existence légale ou dans une existence légale très fragile.

10 .

« Je parle pachto, dari, farsi, turc, anglais et suédois. J'essayais d'obtenir des informations auprès de quelqu'un qui me semblait être un accueillant du Centre de Premier Accueil [CPA], mais qui n'a jamais voulu me répondre autrement qu'en français. Cette situation m'a complètement désorienté parce qu'on est dans le flou complet. Je sais juste que tout commence par ce rendez-vous au CPA. J'ai fait des milliers de kilomètres à pied, à l'arrière de camions, dans le froid, dans les montagnes et les forêts, à travers les barbelés, abandonnant mon pays, ma famille, ma maison pour fuir la guerre, pour fuir la mort. En France, nous sommes accrochés à ces grilles [du CPA] toute la journée. Personne n'a pu entrer cette semaine. Les derniers qui sont sortis avec leur convocation ont enfin une date de rendez-vous fixée pour dans un mois. Qu'est-ce que l'on est censé faire d'ici là ? Nous n'avons aucune aide, aucun logement, aucune information. Notre seul contact avec la France, c'est à travers sa police qui nous traque et nous chasse indéfiniment comme des criminels. Comment leur faire comprendre qu'on n'est pas là par plaisir ? C'est vraiment dur d'être confronté à cet abandon et à cette hostilité de la France... de supporter le poids de nos sacrifices et le coût des épreuves de l'exil. » (traduit de l'anglais)

« Le poids de la détresse sociale sur la gravité des troubles psychiques chez les personnes exilées est à noter. En effet, les traumatismes complexes, les idées suicidaires, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que les troubles dépressifs sont plus nombreux chez les personnes en situation de détresse sociale. »⁷

Le concept de « *victimisation secondaire* », développé notamment par Martin Symonds, renvoie « à la douleur et aux blessures psychologiques infligées aux victimes par l'entourage et par les institutions judiciaires et sociales. Ces blessures résultent du manque de soutien auquel s'attend la victime de la part de ses proches, de la communauté, de la société en général. »⁸

L'isolement, le repli sur soi et les angoisses sont redoublés.

Selon les lieux, la violence policière semble plus ou moins intense et structurelle ; à Calais, à Paris et à la frontière italienne notamment, elle apparaît comme très installée. L'impact de ces violences est majeur. Elles peuvent conduire à des degrés divers à une dévalorisation importante de l'estime de soi, une résignation, une banalisation de la violence ou encore à des reviviscences traumatiques.

Une fois toutes ces étapes endurées, **le rejet de la demande d'asile que vivent deux demandeurs sur trois est l'une des violences administratives les plus dévastatrices**, car il est vécu comme un désaveu et met à terre tout espoir de reconstruction. Si la reconnaissance publique que constitue le statut de réfugié peut suffire à ce que les souffrances soient contenues, le rejet a souvent, à l'inverse, un effet pathogène, en particulier chez les personnes qui ont subi des actes de violence extrême.

Lorsque la demande d'asile est rejetée, « *c'est comme si les actes n'avaient pas eu lieu, au point d'atteindre une forme délirante chez certains patients*, explique Helena d'Elia, psychologue au Centre Primo Levi. *Au bout de deux ou trois rejets, certains finissent par douter de ce qu'ils ont vécu* ». Soumettre une personne à la torture et à la violence politique, c'est vouloir l'anéantir en tant qu'humain, affirmer son exclusion radicale de la communauté des hommes. Ceux qui survivent à la torture subissent souvent l'atteinte de l'anéantissement, et se sentent d'autant plus illégitimes dans le monde que d'autres, des amis, de la famille, n'ont pas survécu. Or, comme l'explique Armando Cote, également psychologue au Centre Primo Levi, « *le refus de la demande d'asile redouble ce sentiment de honte. En quelque sorte, il replonge la personne dans un processus de déshumanisation* ». ⁹

Le traitement des personnes placées sous procédure Dublin est lui aussi très dévastateur, de même que le refus de reconnaissance de la minorité, basé sur des critères subjectifs et très aléatoires. Ce refus s'apparente à un déni d'identité, avec des conséquences possibles, cliniquement constatées, d'anéantissement.

LES POLITIQUES MIGRATOIRES, UN MANÈGE QUI REND MALADE

Après avoir organisé une immigration de travail dans les années 50 et 60, la France met un coup d'arrêt à l'immigration. A partir des années 80, on assiste de façon continue à des restrictions croissantes aux possibilités d'entrée des étrangers en France, à l'accès au séjour et à la nationalité française, par une inflation législative considérable. Une véritable politique coercitive est mise en place par la multiplication des mises en rétention et des mesures d'éloignement, et se durcit de loi en loi. Le séjour des étrangers est également de plus en plus précaire, les titres de séjours délivrés de plus en plus courts, les cartes de résident de 10 ans délivrées de plus en plus difficilement ; **cette précarisation croissante du séjour complique de façon majeure l'accès et le maintien à tous les autres droits pour les étrangers, dont le droit à la santé**. Des étrangers présents depuis longtemps en France peuvent perdre à tout moment leur statut et endurer de nouveau les difficultés de l'irrégularité du séjour¹⁰.

Concernant l'asile, la dernière réforme de 2015, en ajoutant une étape supplémentaire dans le parcours du demandeur d'asile (plateformes d'accueil des demandeurs d'asile ou « *Pada* ») sans leur octroyer de moyens suffisants, a pour conséquence un allongement très important, selon les territoires, de la durée des délais de l'entrée dans la procédure de la demande d'asile, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. Un nombre considérable de personnes se retrouvent donc à l'orée de la procédure, pendant une longue période durant laquelle elles n'accèdent à aucun droit, notamment de santé, ni une reconnaissance légale d'aucune sorte, et dans des conditions de vie indignes. Même pour les personnes en cours de procédure, la Coordination française du droit d'asile, regroupant de nombreuses associations, constate « *partout en France la dégradation continue des conditions d'accueil des demandeurs d'asile et de l'examen de leur demande de protection internationale. L'accès à la procédure d'asile est un vrai « parcours du combattant »*. L'accès aux conditions d'accueil - hébergement, allocation de survie ou couverture maladie - est marqué par l'exclusion de catégories entières de demandeurs d'asile et par la pénurie d'hébergement tant dans le dispositif spécifique « *asile* » que dans celui d'urgence¹¹ »

[suite page 12]

. 11

7. Veisse et coll. 2017
8. Engel 1993

9. Centre Primo Levi, *Persécutés au pays, déboutés en France – Rapport sur les failles de notre procédure d'asile*, nov. 2016
10. DDD, *Droits fondamentaux des étrangers en France*, mai 2016
11. CFDA, *D'une réforme à l'autre. L'asile en danger*, fév. 2018

[suite de la page 11]

En vertu du règlement européen dit Dublin III, seul un Etat membre peut être responsable de l'examen de la demande d'asile, généralement le premier pays européen dans lequel une prise d'empreintes de la personne a été faite. **En 2016, la France a effectué 25 963 saisines d'un autre État en vue du renvoi de personnes en procédure Dublin, contre 11 657 en 2015, ce qui constitue une véritable explosion**¹². Celles-ci ont conduit à 1 293 transferts vers un autre État membre contre seulement 525 en 2015. Le sort des personnes relevant du règlement de Dublin III constitue ainsi un enjeu central, beaucoup se retrouvant soumises à des mesures coercitives (assignation à résidence, rétention) puis, au terme d'une procédure complexe, dans une véritable impasse administrative.

Enfin, dans son rapport sur *les Droits fondamentaux des étrangers en France* paru en mai 2016, le Défenseur des droits soulignait la tendance à la précarisation des étrangers malades. Ces derniers accèdent de plus en plus difficilement à un titre de séjour pour raison médicale, malgré les alertes successives de nombreuses associations ou collectifs comme l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) dont le Centre Primo Levi et Médecins du monde font partie. La mission d'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins a été confiée depuis janvier 2017 à l'Office français de l'immigration et de l'intégration, organisme sous tutelle du Ministère de l'Intérieur. Le nombre d'accords de titres de séjour pour soins a chuté de 37 % depuis cette réforme¹³. Les associations dénoncent une organisation axée sur la suspicion à l'égard des premières demandes comme des renouvellements pour des pathologies telles que le VIH ou le VHC.

La synthèse par trois chercheuses suisses d'une quinzaine d'études parues entre 2007 et 2017 et menées dans différents pays européens corrobore 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**. « *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, indique Betty Goguikian Ratcliff, de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève. La durée de la procédure d'asile et la crainte du renvoi, cumulées aux expériences pré-migratoires, créent un phénomène d'usure et débordent les capacités de résilience des personnes.* » Parmi les conséquences les plus courantes se trouvent les problèmes d'addiction et notamment d'alcoolisme, la dépression, les difficultés respiratoires ou les douleurs somatiques.¹⁴

L'équipe de l'ancien centre médical et social parisien de Médecins Sans Frontières faisait même le constat suivant : « **la sévérité de la souffrance psychique évaluée chez nos patients est considérée significativement comme aussi importante, sinon plus, que celle rencontrée sur nos terrains d'activité à l'étranger** ».¹⁵

Il n'est pas rare que la dégradation de l'état de santé mentale des personnes mène à des menaces vitales. Le Comede relève que plus d'un quart des patients reçus entre 2012 et 2016 (27 %) ont présenté des **idées suicidaires** au cours de la psychothérapie (et 4 % avaient fait par le passé une tentative de suicide). Le taux de suicide est d'ailleurs significativement plus élevé que dans la population générale¹⁶. Enfin, 7 % des patients s'étaient trouvés au moins une fois en situation **d'urgence psychiatrique** (indication d'hospitalisation, principalement en raison d'un risque suicidaire).¹⁷

RECOMMANDATIONS

Respecter les droits humains fondamentaux : un toit sur la tête, dignité humaine et intégrité, besoins alimentaires, santé. Répondre à ces besoins est un préalable indispensable à une bonne santé physique et psychique.

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

Les troubles psychiques les plus fréquemment observés

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 pourquoi il est plus large et plus juste que celui de santé mentale. 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 sanitaire.

Les troubles psychiques peuvent prendre des formes très variées chez les personnes exilées. Les formes graves sont définies dans le sens où elles ont un retentissement significatif sur la vie quotidienne. Sur 580 cas de troubles psychiques graves diagnostiqués par le Comede entre 2012 et 2016, les formes les plus courantes étaient des syndromes psychotraumatiques (60 % des patients), des symptômes dépressifs

(22 %), des troubles anxieux (8 %) et des traumas complexes (8 %). A noter, la prépondérance des syndromes psychotraumatiques était plus importante chez les demandeurs d'asile (64 %).

Le psychotraumatisme, appelé « *état de stress post-traumatique* » dans les classifications internationales et « *névrose traumatique* » dans la psychopathologie d'orientation psychanalytique, fait l'objet de débats et de constantes révisions. Il désigne généralement l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques pouvant se développer chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge.¹⁸

LES EFFETS DES SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES

Ces syndromes entraînent une grande souffrance morale liée à un certain nombre de symptômes dont les plus courants sont les suivants :

- **Le syndrome de reviviscence** peut se traduire par le fait d'être ramené brutalement à l'événement traumatique et de le revivre, souvent déclenché par une expérience sensorielle (une sensation de douleur, un son tel que le bruit d'une porte qui claque, une image telle que la vue d'un uniforme de militaire dans la rue...), ce qui peut amener la personne à adopter un comportement de fuite ou d'évitement afin de se protéger comme si l'événement allait se reproduire ; il peut aussi se traduire par des flash-back, des rêves ou des cauchemars répétitifs.

- **Le syndrome d'évitement** 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 (par exemple, évitement de la foule ou des transports). Ce syndrome peut aller jusqu'à l'évitement de toute pensée et au développement d'un monde imaginaire. L'évitement de toute situation douloureuse ou stressante peut entraîner l'émoussement des affects, le désinvestissement des relations interpersonnelles et la perte de l'anticipation positive de l'avenir.

- **Le syndrome d'hyperactivité neuro-végétatives** désigne un état d'hypervigilance, d'alerte et de contrôle. Il peut se traduire par des sursauts, des insomnies, des réveils nocturnes, une hypersensibilité, une irritabilité, des colères explosives, des troubles de la concentration et de l'attention.

- **Symptômes dissociatifs** : perte de conscience de l'environnement réel, amnésie dissociative, déréalisation, dépersonnalisation (sentiment d'être devenu un observateur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps).

12. <http://www.lacimade.org/application-du-reglement-dublin-en-france-en-2016/>

13. Januel 2018

14. <https://www.swissinfo.ch/fre/toute-l-actu-en-bref/la-sant%C3%A9-mentale-des-migrants-aggrav%C3%A9e-par-les-conditions-d-accueil/43612900>. Voir aussi Aragona et coll. 2012

15. Roptin 2011

16. En France, le taux de mortalité par suicide est de 16,7 pour 100 000 habitants d'après le Rapport 2016 de l'Observatoire national du suicide

17. Veïsse et coll. 2017

18. Le Centre Primo Levi continue par exemple à recevoir des personnes originaires du Cambodge ou d'Amérique latine plusieurs décennies après les événements traumatiques.

« Les syndromes psychotraumatiques ont **un impact sur la vie quotidienne des exilés**. Le syndrome de répétition empêche l’inscription dans le présent, ainsi que la possibilité d’envisager l’avenir. Les nuits agitées ou trop courtes épuisent. La mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. **C’est parfois tout le rapport au temps et à l’espace qui subit une altération**, la découverte d’un nouvel environnement demandant à l’inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques. Les personnes souffrent de ne pas « se reconnaître », de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d’exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d’échec.¹⁹ »

Les symptômes associés à ces troubles psychiques tels que les troubles de la concentration, de l’attention et/ou de la mémoire sont fréquents : ils concernaient 50 % des patients du Comede suivis en psychothérapie et étaient plus fréquents chez les demandeurs d’asile (54 %). Ces symptômes sont d’autant plus invalidants qu’ils **peuvent avoir un impact sur l’apprentissage d’une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d’asile à mettre en récit leur parcours d’exil** devant l’Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d’asile²⁰ (voir le cas de Mme B. ci-contre).

Les syndromes psychotraumatiques peuvent prendre une forme dite « *complexe* » ou sévère. Ils sont alors caractérisés par une modification profonde de la personnalité, la dérégulation des affects et la somatisation, et peuvent être rapprochés des états limites. Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes. Sur le plan clinique, les psychoses post-traumatiques se caractérisent généralement par des états délirants ou des épisodes de confusion mentale. La gravité des sévices subis ou vus – viols accompagnés d’actes de cruauté, tortures, massacres – semble être un facteur d’apparition de troubles évoquant un état psychotique, **même s’il n’y pas de décompensation d’un trouble psychotique constitué** (voir le cas de Mme K. page 15). Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté. Dans certains cas, ils se chronicisent ou modifient profondément la personnalité.

Mme B. était atteinte de graves troubles de la mémoire. « La première fois qu’elle m’a parlé de ses enfants, raconte Omar Guerrero, psychologue clinicien au Centre Primo Levi, elle m’a dit le prénom du premier, puis du deuxième. Mais au troisième, elle s’est arrêtée, incapable de s’en souvenir. Comme ça ne lui revenait pas, je l’ai rassurée et lui ai demandé le prénom du suivant. Même blanc. Celui du cinquième, en revanche, lui est venu tout de suite. Elle a fondu en larmes.

Quelques semaines et quelques consultations plus tard, je me suis aperçu que les deux enfants dont Mme B. avait oublié les prénoms étaient précisément ceux qui avaient été témoins des violences qu’elle avait subies, cinq ans auparavant. Ça n’était donc pas ce que l’on appelle un « trou de mémoire » mais au contraire une trace de son inconscient. En effaçant leurs prénoms, son inconscient cherchait à protéger ses enfants de l’obsène et ainsi à restaurer l’ordre normal des choses. Cet effet s’est manifesté en consultation, dans un climat de confiance. Mais dans une situation de stress comme à l’Ofpra ou à la CNDA, devant des personnes qui semblent n’avoir en tête que de chercher la faille, ce genre d’effets est décuplé et entraîne un fort risque d’être débouté et expulsé. »

Les aidants orientent généralement ces personnes vers des psychiatres qui, faute de temps et n’étant bien souvent pas formés aux effets du psychotrauma, auront pour réflexe de prescrire des antipsychotiques... alors que dans de nombreux cas, ces traitements risquent d’entraîner davantage de dommages que de soulagement.²¹

Les troubles psychotraumatiques représentent un enjeu d’autant plus important qu’ils ont un effet « *radioactif* »²² d’ailleurs reconnu dans la dernière version du DSM²³ : alors que jusque-là seules les victimes directes d’un « événement adverse » étaient considérées comme pouvant souffrir d’un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, la version de 2013 admet qu’un sujet puisse être traumatisé « du fait

de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu’il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles ». ²⁴ Les proches et les aidants (soignants, intervenants sociaux, juristes, interprètes, accueillants, enseignants, bénévoles, familles d’accueil, etc.) peuvent ainsi développer des « *traumatismes vicariants* », renforcés par le sentiment d’impuissance face aux situations d’extrême détresse et par les conditions de travail et la non-reconnaissance de ces aidants. On a ainsi observé chez certains bénévoles de Médecins du monde des insomnies, des cauchemars à répétition, une hypersensibilité, de la nervosité ou encore des comportements de repli sur soi et d’agressivité.

Mme K., d’origine congolaise, a été obligée de fuir son pays avec son enfant de trois ans, suite aux harcèlements constants puis aux agressions d’hommes en uniforme qui cherchaient son compagnon. À son arrivée en France, Mme K. décide de cacher sa souffrance et sa fragilité, de peur de devenir une proie : elle ne raconterait à personne les séquelles des agressions. Déboutée par l’Ofpra, elle dépose tant bien que mal un recours auprès de la CNDA. Alors que son avocate cherche à la préparer à l’audience en la questionnant en détails sur son histoire, Mme K. vit cette « mise en situation » comme une replongée dans l’horreur des scènes traumatiques.

Une semaine plus tard, l’audience arrive. Mme K se prête à ce qu’elle appelle « l’interrogatoire », en répondant même aux questions les plus inattendues : la couleur des murs de la pièce où les sévices ont eu lieu, le nombre de personnes présentes... Après cette longue séance hyperréaliste, elle sort épuisée.

La nuit suivante, les cauchemars reviennent l’assaillir. Persuadée d’être en danger, elle cherche à quitter le foyer en plein milieu de la nuit, pieds nus, son enfant dans les bras. Pour calmer la situation, le personnel du foyer appelle les pompiers. Le médecin de garde décide d’hospitaliser Mme K. en psychiatrie. L’enfant est confié à l’Aide sociale à l’enfance et placé en famille d’accueil.

Mme K. n’était pourtant pas psychotique, même si le fait d’être ramenée brutalement à la scène traumatique a ponctuellement entraîné des symptômes qui le laissaient penser. Cette erreur de diagnostic a eu de graves conséquences pour elle et sa fille : elle a reçu un traitement médicamenteux lourd pas adapté et sans suivi rapproché. Elle n’a pu revoir sa fille que six mois plus tard.

19. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, Comede, 2015
20. Centre Primo Levi, Persécutés au pays, déboutés en France – Rapport sur les failles de notre procédure d’asile, nov. 2016

21. Centre Primo Levi, Traumatisme... à la folie, Mémoires 67, 2016
22. Yollande Gampel, Colloque « Transmettre et témoigner, effets de la torture et de la violence politique », Centre Primo Levi, 2007
23. Publié par l’American Psychiatric Association, le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est l’un des deux modèles principaux de classification internationale des troubles mentaux
24. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46>

Les violences auxquelles les personnes exilées ont été exposées, elles-mêmes ou en tant que témoins, ont des effets sur le long terme, non seulement sur elles mais aussi sur les générations futures : **c'est l'effet transgénérationnel du psychotrauma.**

RECOMMANDATIONS

Prendre en compte l'état psychique dégradé et l'extrême vulnérabilité des personnes, entraînant de fréquents troubles de mémoire et de concentration, dans le cadre des récits pour le droit à une protection (asile, évaluation des enfants et adolescents non accompagnés).

BONNE PRATIQUE :

Pour prévenir et soigner les effets transgénérationnels des psychotraumatismes, le Centre Primo Levi a développé un accueil spécifique pour les enfants et les adolescents, qu'ils soient isolés ou accompagnés. Cet accueil passe par une thérapie adaptée à leurs besoins et par un important travail en réseau avec les milieux socio-éducatifs et le milieu familial qui entourent ces enfants : les parents, les associations, les institutions (école, éducateurs, centres de la Protection Maternelle et Infantile, Aide sociale à l'enfance, juges pour enfants, etc.).

Très peu de données chiffrées sur la santé mentale des exilés

Il n'existe pas d'études épidémiologiques à l'échelle nationale sur les personnes exilées souffrant de troubles psychiques. Celles-ci seraient pourtant nécessaires pour évaluer la nature et la mesure de leurs besoins, et ajuster les réponses de santé publique dans la prévention et la mise en place de dispositifs adaptés.

Comment expliquer l'insuffisance des études représentatives concernant ce public, là où de pareilles études ont été réalisées concernant les vétérans souffrant de traumatismes et où des dispositifs sont mis en place pour les victimes d'attentats en France ? Il existe sans aucun doute des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics.

Par ailleurs, ce type d'étude présuppose une bonne identification des troubles en question. Or il n'est pas toujours évident, en consultation de routine, d'aborder la question de la souffrance psychique. Souvent masquée par des troubles somatiques, difficile à exprimer par les patients, elle est rarement le motif de consultation, ce qui explique les faibles chiffres que l'on peut trouver dans les rapports de l'Observatoire de Médecins du Monde. Pour ces personnes qui cherchent souvent à « oublier » des humiliations et des violences

extrêmes et à cacher leur vulnérabilité pour ne pas en être doublement victimes, la souffrance psychique est probablement plus sous-estimée encore que parmi les autres publics.

L'étude publiée par le Comede en septembre 2017 offre sans doute l'état des lieux actuel le plus représentatif : celle-ci souligne que sur les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé dans son centre de soins entre 2007 et 2016, **la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élevait à 16,6 %, les femmes et les jeunes adultes (entre 20 et 25 ans) étant les plus touchés.**²⁵

En comparaison, selon une étude française sur la santé mentale en population générale datant de 2004, la prévalence ponctuelle d'état de stress post-traumatique serait de 7 %. Selon l'OMS, en 2000, sa prévalence ponctuelle dans la population générale est de 3,7 %.²⁶

RECOMMANDATIONS

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

25. Veïsse et coll. 2017

26. *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*, Comede, 2015

UNE PRISE EN CHARGE DÉFAILLANTE MALGRÉ L'ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Au vu de la gravité et des impacts des troubles, du nombre de personnes concernées à travers l'ensemble du territoire français et de leurs interactions avec les acteurs du secteur médico-social et plus largement l'ensemble de la société, il n'est plus à prouver que la santé mentale et le soutien psychosocial des personnes exilées constituent un véritable enjeu de santé publique.

Pourtant, s'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique (en ambulatoire, en hébergement, en hospitalisation, en action mobile), l'insuffisance générale de ces structures et les obstacles posés à la prise en charge des personnes exilées laissent les centres de soins associatifs à peu près seuls face à une demande croissante à laquelle ils ne peuvent plus répondre.

Les spécificités de l'accompagnement psychosocial des personnes exilées

La prise en charge des personnes exilées présente des spécificités fortes qui compliquent voire rendent impossible les prises en charges de qualité et suivies dans le temps. Certaines, à défaut d'être intégrées dans les pratiques professionnelles, peuvent aussi constituer des motifs de refus de soins :

- elles présentent des situations complexes avec des problématiques sociales, juridiques, administratives, somatiques et psychologiques interdépendantes. Pour apporter une réponse satisfaisante à ces situations, il est indispensable de développer la **pluridisciplinarité** des équipes –la situation sociale et, de façon croissante, juridique, étant le plus souvent au cœur des problématiques vécues par les personnes ;

- la plupart sont non-francophones, ce qui implique de faire appel à des **interprètes professionnels** ;

- Les troubles psychotraumatiques**, qui touchent une majorité d'exilés, ont des effets spécifiques qui restent peu connus des soignants.

Certains professionnels évoquent aussi un manque de compétences face à des patients venant de pays « exotiques ». En réalité, la question de la culture est un faux problème qui peut masquer des discriminations. A condition de faire appel à des interprètes professionnels, d'adopter une approche pluridisciplinaire et d'être formé aux effets du psychotrauma, tout psychothérapeute est en mesure de prendre en charge ce public.

La nécessité de pluridisciplinarité et de travail en réseau

Trop souvent, les approches restent très compartimentées, là où la précarité sociale et administrative appelle une approche transversale.

Que peut un médecin face à un patient qui ne sait pas où dormir ? Comment assurer la continuité d’une thérapie quand le patient est menacé de rétention et d’expulsion ?

Ces questions deviennent centrales au point d’envahir l’espace thérapeutique.

Le travail interdisciplinaire est indispensable et permet d’envisager en équipe les solutions possibles face aux difficultés multiples que vit le patient, qu’elles soient d’ordre social (conditions d’hébergement ou de vie, ressources…), administratif et juridique (séjour et asile, possibilité de recours contentieux ou gracieux, couverture maladie…), médical, psychologique…

De plus en plus, les équipes disent avoir besoin de recourir à des compétences juridiques spécialisées, juristes ou avocats, pour pouvoir accompagner les patients.

Des réseaux doivent également être développés entre les professionnels et les structures pour que l’orientation soit la plus fluide et la plus efficace possible : doivent être impliqués les spécialistes de la prise en charge en santé mentale (psychologues, psychiatres) et tous les autres acteurs pouvant être une aide pour le patient (généralistes, kinés, associations diverses…).

BONNE PRATIQUE :

En Bretagne, le réseau Louis Guilloux a organisé la mise en réseau et la coordination des acteurs à l’échelle de la région, en vue d’augmenter l’accès aux soins des migrants primo-arrivants, de développer des partenariats entre le médical, le social et le médico-social et de faire une évaluation précoce (infectieux et santé mentale). Un coordinateur a été nommé dans chaque département pour faire le lien.

Mme T. vivait en Angola. Son compagnon faisait partie des rebelles. Un jour, des hommes de l’armée sont arrivés chez eux. Ils l’ont battue, violée à trois reprises les bras attachés, puis ont torturé et tué son compagnon devant elle. Elle a profité d’un moment d’inattention de leur part pour fuir avec son bébé dans les bras, en sautant par la fenêtre. Traquée par les militaires, elle a réussi à se cacher dans les hautes herbes. Son errance l’a finalement menée jusqu’en France.

Le bras gauche de Mme T., dont elle a totalement perdu la sensibilité, lui rappelle sans cesse la scène traumatique. C’est pourquoi le kinésithérapeute, le médecin et le psychologue doivent travailler ensemble à soulager cette douleur et à l’aider à réintégrer son bras dans son schéma corporel. Mme T. présente aussi des troubles majeurs du sommeil et fait des cauchemars à répétition. Ses angoisses sont régulièrement ravivées par les démarches administratives qui la renvoient à son statut d’étrangère précaire. Elle redoute particulièrement d’aller à l’ambassade, où elle retrouvera nécessairement les mêmes uniformes que ceux qui la hantent. Le psychologue a donc besoin de s’appuyer sur la juriste et l’assistante sociale pour offrir à Mme T. le cadre le plus sécurisant possible et permettre à la thérapie de faire effet.

RECOMMANDATIONS

Promouvoir le travail en réseau et la pluridisciplinarité (social, juridique, médical somatique et psychologique/psychiatrique) dès le premier contact.

L’insuffisance de financement et de recours à l’interprétariat professionnel

Une grande partie des personnes exilées en France ne parlent pas suffisamment le français pour bénéficier d’un suivi de qualité sans avoir recours à un interprète : en 2017, c’était le cas de 54 % des patients du Centre Primo Levi.

Pour qu’elles puissent exprimer des souffrances relevant souvent de l’ordre de l’intime, de la culpabilité ou de la honte, mais aussi pour assurer la fidélité de la traduction, le secret professionnel et le respect de l’autonomie des deux parties, il est nécessaire de faire appel à des interprètes professionnels.

Cette nécessité a été largement négligée dans les politiques publiques. Faute de crédits, il est en général demandé aux personnes non-francophones de revenir avec un membre de leur famille – souvent un enfant car les enfants, étant scolarisés, ont souvent une meilleure maîtrise du français – ou un compatriote parlant le français.

Comment envisager de raconter des actes humiliants par l’intermédiaire de son propre enfant ? Nombreux sont ceux qui préfèrent renoncer à se faire soigner.

Au-delà du respect de la dignité des personnes à comprendre ce qui leur arrive et ce qui leur est expliqué, l’impact bénéfique de l’interprétariat a été prouvé : les personnes s’auto-médimentent moins, recourent moins aux soins inutiles et on observe moins de risques d’erreur de diagnostic et de complications de maladie. De plus, lorsqu’ils peuvent communiquer avec leurs patients, les professionnels de santé prescrivent moins d’examens complémentaires et n’allongent pas les durées d’hospitalisation. C’est un investissement sur l’avenir.

Une prise de conscience a récemment commencé à s’opérer en France. En 2014, l’Association française de normalisation (AFNOR) a octroyé une norme ISO4 à l’interprétariat médico-social²⁷. Comme prévu par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016, la Haute Autorité de santé a fait paraître en octobre 2017 un Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d’intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs d’interprétariat linguistique.

« Seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir, d’une part aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d’un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome, et d’autre part aux professionnels, les moyens d’assurer une prise en charge respectueuse du droit à l’information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. » la Haute Autorité de Santé²⁸

Et pourtant… en dépit de la prise de conscience revendiquée par les pouvoirs publics, les moyens humains et financiers ne suivent toujours pas et le recours à l’interprétariat reste rare dans les structures de soins.

BONNE PRATIQUE :

L’ARS d’Alsace soutient les interventions des interprètes de l’association Migrations Santé Alsace auprès de médecins libéraux via l’Union régionale des médecins libéraux d’Alsace (URMLA). Elle subventionne Migrations Santé pour l’ingénierie de l’interprétariat auprès des services publics (hôpitaux, services de santé des collectivités) et associations diverses (santé, social). Le financement permet de :

- développer la professionnalisation des interprètes (tests à l’embauche, organisation des formations initiales et continues, suivis),
- maintenir et faire émerger l’intérêt de l’interprétariat professionnel auprès des structures en veillant à améliorer les interactions interprète / professionnel (positions et fonctions de chacun),
- améliorer la qualité des dispositifs de mise à disposition d’interprétariat par le renforcement de la gestion administrative et informatique. Les prestations des interprètes sont prises en charge par les services demandeurs dans les organismes.

27. Norme ISO 13611. Interprétation - Lignes directrices pour l’interprétation en milieu social. Genève: ISO; 2014
28. HAS, Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, oct 2017

A suivre : La Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des réfugiés publiée le 5 juin 2018 propose des solutions concrètes et intéressantes pour promouvoir le recours à l'interprétariat professionnel : *« Des travaux sur les modalités de financement et d'organisation de l'interprétariat, dans les PASS et les autres structures concernées par la prise en charge des migrants (en établissements et en ville), seront conduits afin de favoriser son recours. Des mutualisations entre établissements d'un même territoire et la rationalisation des moyens techniques et humains notamment pour les langues rares seront encouragées. Enfin, l'information bilingue ou multilingue sera renforcée. Dans l'attente de la reconnaissance de leur diplôme, selon les procédures en vigueur pour les professions de santé, le recrutement de professionnels de santé migrants comme médiateurs dans les structures de soins sera encouragé. »*

RECOMMANDATIONS

Renforcer le budget d'interprétariat alloué aux ARS à destination des médecins généralistes travaillant en hôpital, en CMP ou autres structures de soins en santé mentale, ainsi que des spécialistes en cabinet privé qui sont amenés à soigner des personnes allophones.

Sanctuariser les budgets d'interprétariat et de médiation en santé pour les associations qui accueillent et accompagnent des personnes allophones.

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

Former les interprètes, améliorer leurs conditions d'exercice (notamment en leur permettant l'accès à des supervisions de pratiques).

Former les professionnels du soin à l'interprétariat physique, par téléphone ou par visio-conférence avec la possibilité de formations croisées.

Les troubles psychotraumatiques : des effets à connaître et une approche d'écoute à adopter

De nombreux professionnels refusent de prendre en charge ce public au prétexte qu'ils n'ont pas été formés à la prise en charge des troubles psychiques complexes et en particulier des syndromes psychotraumatiques. C'est ainsi que de nombreuses demandes de soins sont orientées vers les centres de soins spécialisés... par les services de psychiatrie publique eux-mêmes. **Le trauma est pourtant inscrit dans le champ de la psychopathologie depuis 1980, et est donc accessible à tout praticien²⁹.** Si les formations initiales dispensent en effet peu d'enseignements sur le sujet, l'offre de formation continue est très large en France et rendue accessible à tous par le Compte personnel de formation. Les centres de soins spécialisés dans la prise en charge des personnes exilées ont d'ailleurs presque tous développé une offre de formation destinée aux professionnels de tous les secteurs (du sanitaire au social, du public au libéral) pour transmettre leur pratique. Le psychotrauma nécessite une approche pluridisciplinaire basée sur des soins médicaux et psychologiques. En raison notamment d'une logique productiviste croissante dans le système de santé français, la prise en charge se limite pourtant trop souvent à une prescription de médicaments sans proposition d'accompagnement psychothérapeutique. Pour des personnes souffrant de traumatismes psychiques, **accueillir leur parole et reconnaître leur souffrance est déjà un acte thérapeutique.** L'approche psychologique doit ainsi être privilégiée aux traitements psychotropes, même si ceux-ci sont parfois nécessaires, temporairement et à dose minimale, pour calmer les crises d'angoisse et favoriser l'émergence de la parole. Le traitement par médicaments antidépresseurs est indiqué en cas de dépression confirmée, invalidante, avec retentissement fonctionnel et social important, mais n'est pas justifié dans les états de tristesse non pathologiques.³⁰

RECOMMANDATIONS

Renforcer les capacités de réponse des professionnels de santé, y compris libéraux, recevant les populations migrantes par la promotion et le financement de formations à la clinique du psychotraumatisme et à ses effets.

Faire rentrer la connaissance du psychotrauma dans les pratiques quotidiennes.

Augmenter la visibilité des centres spécialisés en psychotrauma et soutenir en particulier leurs actions de soins et de formation.

L'accès difficile à une couverture maladie

Les restrictions croissantes d'accès à un titre de séjour, à la nationalité française et au droit d'asile, ainsi que la précarisation continue du séjour se répercutent sur les possibilités d'accès aux droits de santé et donc d'accès aux soins pour les étrangers et exilés.

En 2017, plus de 86 % des personnes accueillies dans les Caso ne disposent d'aucune couverture maladie lors de leur première visite, alors que la grande majorité pourrait théoriquement en bénéficier.³¹ En 2016, un tiers des personnes éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) n'y recouraient pas³².

Face au grand problème de l'exclusion des soins, les pouvoirs publics ont mené depuis les années 90 une succession de réformes conduisant **à favoriser l'accès aux soins des Français et des étrangers en séjour stable... au prix de l'exclusion progressive des étrangers en séjour précaire.**³³ Ces derniers ont été isolés dans un système spécifique de couverture maladie, l'Aide médicale d'Etat, auquel il est difficile d'accéder. Le véritable parcours du combattant que constituent les démarches pour accéder à une couverture maladie se trouve ainsi renforcé à l'égard d'un public étranger qui ne maîtrise parfois ni la langue, ni les codes, et ne connaît pas l'organisation du dispositif de soins en France. Les primo-arrivants sont bien souvent à la rue et ont des difficultés à fournir toutes les pièces justificatives demandées. Ils peuvent également être victimes de la variabilité des informations données d'une caisse de sécurité sociale à l'autre. Les personnes méconnaissent bien souvent les démarches à effectuer pour accéder à des soins. Enfin, la fermeture des accueils physiques des caisses censées les accueillir constitue un autre obstacle de taille. Les délais importants pour obtenir une couverture maladie impliquent des retards et/ou des ruptures de traitements ou de prise en charge parfois très longs. Avec la réforme de la Protection universelle maladie (Puma), nombre de personnes pourtant éligibles à l'Assurance maladie sont renvoyées vers l'Aide médicale d'Etat (AME), ce qui implique un surcoût **en raison de la permanence de deux systèmes concomitants et distincts**, et une complexité administrative difficile à surmonter lorsque l'on ne maîtrise pas tous les rouages de l'administration.³⁴

PUMA, CMU-C ET AME : MODE D'EMPLOI

Protection universelle maladie (Puma) ou sécurité sociale : couverture santé destinée, depuis le 1er janvier 2016, à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière.

CMU-c : complémentaire santé gratuite destinée aux personnes en séjour régulier, ayant de faibles ressources et résidant en France depuis plus de 3 mois (les demandeurs d'asile sont dispensés de cette dernière condition) ; elle permet au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments.

Aide médicale de l'État (AME) : prestation sociale permettant une couverture maladie destinée aux personnes sans papier(s) ayant de faibles ressources, pouvant prouver plus de trois mois de résidence en France. L'AME couvre la part sécurité sociale et la part complémentaire CMU-C, mais avec un panier de soins plus réduit.

De surcroît, la complexité des démarches est régulièrement renforcée par des dysfonctionnements et des pratiques abusives des administrations (demandes de documents injustifiées, refus d'adresse déclarative, politiques restrictives d'accès à la domiciliation...). Parmi les patients reçus dans les centres de soins de Médecins du Monde, un tiers évoquent des difficultés administratives comme principal obstacle à leur accès aux soins et 23 % la méconnaissance de leurs droits. Près d'un tiers des patients n'ont pas de domiciliation administrative, indispensable pour tout accès aux droits. On constate souvent un désengagement des services publics, une non-application fréquente du droit et des procédures par le secteur institutionnel. Enfin, la dématérialisation des services publics constitue une véritable barrière à l'accès aux droits pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet.

RECOMMANDATIONS

Garantir un accès effectif et rapide à la Protection universelle maladie.

Fusionner l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale afin de donner à tous un accès effectif et continu aux soins.

29. Le PTSD a été intégré au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980 et à la Classification internationale des Maladies en 1992
30. Quand / quoi prescrire : voir *Santé mentale et soutien psycho-social, Prise en charge des patients dans les programmes de Médecins du Monde en France*, 2016

31. Mdm, Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2017
32. Fonds CMU-C
33. Veisse et Stanojevich 2007
34. <https://www.medicinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2017/06/30/integration-de-laide-medicale-detat-ame-au-systeme-general>

Repérage et orientation des personnes en souffrance psychique : le maillon manquant

Etant donné l'extrême isolement des personnes exilées et leur difficulté à exposer leur souffrance psychique, la question du repérage et de l'orientation est cruciale et pourtant encore peu investie. Faute de dispositifs d' « aller-vers », d'information des personnes et de formation des professionnels de première ligne, les souffrances restent souvent tues, au risque de s'enkyster et de s'aggraver.

L'ABSENCE DE REPONSE SANITAIRE A CALAIS (2018)

A Calais, les équipes de Mdm constatent une consommation importante d'alcool, principalement par des jeunes qui n'en consommaient pas ou très peu avant d'arriver en France. Ces jeunes cherchent par ce moyen à diminuer leurs angoisses, voire leurs éventuelles reviviscences traumatiques, à trouver plus facilement le sommeil ou à se donner du courage avant certaines tentatives de passage. Or cette consommation favorise des conduites à risques et des passages à l'acte hétéro-agressifs.

22 .

Par ailleurs, le manque de moyens humains, les délais d'attente, l'absence d'interprétariat et l'information quasi-inexistante ou inadaptée rendent inaccessibles les structures de soins en santé mentale présentes sur le littoral. Dernièrement, par exemple, un flyer a été réalisé par la PASS de Calais... en français et anglais exclusivement, et sans les coordonnées géographiques de la PASS.

Il n'y a pas non plus de structure de repérage en amont : l'équipe mobile précarité psychiatrie présente sur Calais n'intervient pas sur les lieux de vie et ne dispose pas d'interprète. A Grande-Synthe, depuis la fermeture du camp de la Linière, il n'y plus de dispositif mobile.

Promouvoir les bilans de santé, y compris de santé mentale

Des bilans de santé complets et gratuits sont proposés tous les 5 ans par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à tous les assurés (examens biologique, dentaire, médical et autre si nécessaire). Pour les personnes exilées assurées, l'accès à ces bilans reste cependant complexe dans la mesure où la connaissance de ce dispositif est faible et où les démarches

ne sont pas simples (questionnaires, langue...). Cependant, pour les personnes qui peuvent le réaliser, cela ouvre la possibilité de faire le point sur sa santé et d'entrer dans un parcours de soin. Or les personnes bénéficiaires de l'AME n'ont pas accès à ce type de dispositif systématique qui permettrait une orientation vers des consultations psychologiques.

RECOMMANDATIONS

Proposer un bilan de santé somatique et psychique permettant les examens de dépistage à toutes les personnes obtenant l'AME

Renforcer les dispositifs facilitant l'entrée dans le soin

Les dispositifs « d'aller vers » pour les personnes les plus éloignées du système de santé telles que les maraudes, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont en nombre insuffisant et ne sont pas toujours dotés de façon adaptée à ce public.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des permanences hospitalières médico-sociales, présentes dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. Censées servir de point d'entrée vers le système hospitalier pour les personnes démunies en les accompagnant dans l'ouverture de leurs droits notamment en matière de couverture sociale, elles ont en réalité du mal à les orienter vers le droit commun et doivent donc souvent assurer les suivis.

On compte plus de 430 Pass sur le territoire. 41 PASS psychiatriques ont été financées suite à une circulaire de 2009, dont seule une trentaine serait effective à ce jour.³⁵

En dépit de l'engagement des professionnels, les Pass présentent selon les territoires de nombreux dysfonctionnements : un repérage des patients en situation de précarité et un accès à un accompagnement social aléatoires, un accueil non systématique de tous les publics... Le recours à l'interprétariat est rarement assuré et des difficultés d'accès à la pharmacie et/ou aux traitements sont constatées. Enfin, dans les PASS généralistes, la question des violences et du parcours traumatique est peu abordée et la souffrance psychique est largement sous-estimée.³⁶

Selon la circulaire du 23 novembre 2005 qui pose leurs bases de fonctionnement, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) constituent quant à elles « un dispositif intersectoriel, complémentaire aux équipes de secteur, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients ».

La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » pour permettre une orientation, des modalités d'accueil... Aller vers les publics est essentiel et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie.

Les équipes mobiles ont aussi une fonction de tiers vis-à-vis des acteurs de première ligne (sanitaires, sociaux, éducatifs...) : en les informant, elles les mettent en capacité de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et d'analyser les demandes, et enfin de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. Elles exercent ainsi une fonction d'interface reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrite dans la durée. Cela permet à ces publics d'accéder à des parcours de soins plus cohérents et de bénéficier de prises en charge globales et continues, évitant des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

Cependant, les EMPP ne couvrent pas tout le territoire national. En 2015, il existait 118 EMPP en France métropolitaine et outre-mer, composées de trois personnes en moyenne.³⁷

« Les visites des EMPP sont très rassurantes pour les équipes sociales qui peuvent déléguer à une équipe de professionnels l'évaluation psychique des hébergés. Les échanges avec les soignants permettent alors aux équipes de mieux appréhender les problématiques psychiatriques liées à l'expérience de l'exil.³⁸ »

D'autre part, il faut pouvoir développer les relais facilitant l'identification des personnes vulnérables éloignées du système de santé, c'est à dire non seulement mettre en place des interventions d'aller-vers telles que des maraudes, mais aussi former les professionnels de santé de premier recours et les travailleurs sociaux en contact avec les personnes étrangères. L'OMS mène depuis plusieurs années des formations destinées à des non-spécialistes pour accompagner les personnes en situation de souffrance psychologique³⁹. Ces interventions, qui doivent néanmoins être suivies et accompagnées par des professionnels et qui sont conçues en complémentarité avec le système de soins existant, commencent à être diffusées auprès des réfugiés et demandeurs d'asile en Europe.⁴⁰

Enfin, les approches qui se réfèrent à la psychologie communautaire peuvent également répondre aux carences des services de base pour les personnes en situation de migration. Cette approche, qui « offre un cadre permettant d'agir auprès des individus exclus, en agissant sur le développement social et en mettant l'accent sur les valeurs de l'intervention communautaire, sur le travail participatif et sur la création d'alliances »⁴¹, s'avère particulièrement pertinente pour mobiliser les ressources nécessaires au développement du pouvoir d'agir des individus et des communautés⁴².

. 23

BONNE PRATIQUE

À Grenoble, Mdm travaille en collaboration avec l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité / PASS psychiatrique dans le cadre de la maraude. Les maraudes permettent à l'équipe de créer un contact et d'établir un lien avec les personnes rencontrées, d'évaluer la situation sociale et l'état de santé des personnes, d'informer, orienter, accompagner les personnes en fonction de leurs besoins. La mise en place des partenariats permet une prise en charge pluridisciplinaire des personnes. Un partenariat Mdm / EMLS / Le Fournil (association qui propose des repas et un accueil plus axé sur les problématiques psychiatriques) propose une permanence d'accueil de jour et est actif lors des dispositifs hivernaux⁴³.

35. Mdm, Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2017

36. Tapié de Céleyran et coll. 2017

37. Évaluation des EMPP réalisée en 2015 par la DGOS

38. Observatoire du Samusocial de Paris, Enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France, 2018

39. <http://www.mhinnovation.net/innovations/problem-management-plus-pm>

40. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20008198.2017.1388102?needAccess=true>

41. Burton Mark et coll. 2007

42. Dufort et Guay 2001

43. Santé mentale et soutien psycho-social, Prise en charge des patients dans les programmes de Médecins du Monde en France, janv. 2016

RECOMMANDATIONS

Améliorer la visibilité des PASS et des EMPP et veiller à leur maillage exhaustif sur le territoire. Au minimum, sanctuariser les moyens des PASS et des EMPP et améliorer la traçabilité des crédits fléchés par les ARS.

Déployer des 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.

Soutenir les aidants, y compris bénévoles, eux-mêmes impactés par les parcours jalonnés de violences des exilés : financer du temps de formation à l'écoute active, du temps de régulation et ou de soutien psychologique pour les équipes de « première ligne ».

Diversifier les approches et expérimenter des prises en charge innovantes : proposer des activités psychosociales collectives (pas uniquement des entretiens individuels), groupes de paroles, art thérapie, ateliers d'écritures, thérapie communautaire intégrative...

RECOMMANDATIONS

Former le personnel non médical en première ligne à la reconnaissance d'éléments évoquant une souffrance psychique, à condition que les personnes soient volontaires et que cela se fasse dans le but exclusif de les orienter vers une prise en charge adaptée.

Informers les professionnels de santé, notamment les médecins de ville, sur les besoins de santé et en particulier de santé mentale des migrants et sur les ressources disponibles pour les orienter sur le territoire (un recensement des structures et dispositifs existants sur le territoire serait un outil utile).

Diffuser, aux différents points d'entrée des migrants sur le territoire (plateformes d'accueil et guichets uniques pour demandeurs d'asile, préfectures, structures d'hébergement), des supports d'information sur le système de santé et sur leurs droits en matière de soins.

A suivre : plusieurs de ces recommandations liées au repérage et à l'orientation sont intégrées à la Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des réfugiés publiée le 5 juin 2018.

Une offre de prise en charge à renforcer et à coordonner

Selon une enquête menée en 2017 par l'Observatoire du Samusocial de Paris auprès de 75 « centres d'hébergement d'urgence migrants » franciliens, « la majorité des enquêtés se disent dépourvus face aux souffrances des hébergés et déplorent une prise en charge de soins en santé mentale approximative, qui n'aurait pas été pensée lors de la mise en place du dispositif d'accueil ». Que dire alors des autres régions où l'offre de santé est encore moins développée ?

Les établissements de santé spécialisés

A l'exception de quelques consultations hospitalières transculturelles et/ou spécialisées en traumatologie⁴⁴, les seules structures réellement adaptées à la prise en charge du public exilé souffrant de troubles psychiques sont les centres de soins spécialisés, gérés pour la plupart par des associations de loi 1901. Mal réparties sur le territoire français, elles sont seulement une quinzaine et ont des capacités d'accueil souvent limitées⁴⁵.

Ces centres proposent généralement une prise en charge médicale et psychologique associée le plus souvent à un accompagnement social et juridique, avec interprète si besoin. L'expérience de ces structures, de plus de 50 ans pour les plus anciennes, en font des centres de référence en matière de prise en charge de la santé, en particulier mentale, des personnes exilées. Toutefois, elles sont saturées et en nombre insuffisant pour répondre à la demande : il est donc nécessaire et urgent de **renforcer l'offre de droit commun tout en s'appuyant sur leur expérience, et de coordonner l'ensemble des structures pour que chacune puisse exercer son rôle selon ses spécificités**.

Les dispositifs de prise en charge de droit commun

Les PASS devant garder un rôle de première ligne et d'orientation, les principales structures à même de prendre en charge ce public sont les centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques.

Les centres médico-psychologiques (CMP) regroupent des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistants sociaux,

des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés et assurent des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé ; ils sont rattachés à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public). C'est à partir du CMP que s'organisent les actions ambulatoires et que s'élaborent les projets de structure alternative pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient.

Contrairement à une consultation chez un praticien libéral, les consultations en CMP sont gratuites. Toutefois, les traitements prescrits justifient l'obtention d'une couverture maladie.

En 2015, on dénombrait 3 654 CMP en France et DROM (psychiatrie générale et juvénile confondues) dont 2 187 CMP chargés uniquement de la psychiatrie générale (dont 1 857 dans des établissements publics de santé)⁴⁶

Les centres médico-psychopédagogiques (CMPP) proposent 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 s'inscrivent dans un réseau de partenaires et travaillent en lien avec les CMP, la PMI, les écoles, le service social et les médecins de ville. Ils ont pour mission le dépistage, le diagnostic, l'orientation et le traitement des enfants ou adolescents. Grâce à des équipes pluridisciplinaires, ils sont en mesure de proposer un certain nombre de réponses aux difficultés que rencontrent les enfants à travers ses différentes compétences telles que la psychomotricité, l'orthophonie, la médecine, la psychologie et l'aide scolaire.

Actuellement, il est particulièrement difficile pour les personnes exilées de trouver une place et une offre adaptée dans les CMP et les CMPP : **passé le problème de l'ouverture des droits et de la sectorisation, la plupart de ces structures sont globalement saturées (plusieurs semaines voire plusieurs mois d'attente pour un premier rendez-vous), ne disposent pas d'interprètes ou ne s'estiment pas en mesure de soigner ce public considéré comme « trop spécifique »**.

Par conséquent, le recours aux soins arrive bien trop souvent tardivement, lorsqu'il n'est plus possible de faire autrement, lorsque les symptômes

Les professionnels travaillant auprès du public migrant, qu'il s'agisse des professionnels de la santé, de l'accueil, de l'accompagnement socio-juridique ou des agents présents dans les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile, manquent de formation et d'informations pour orienter au mieux les personnes en souffrance psychique.

BONNES PRATIQUES :

Le Psycom a publié en avril 2017 une brochure recensant les consultations «santé mentale» en Île-de-France, avec le soutien de l'ARS. Santé publique France et le Comede diffusent un livret de santé bilingue en 23 langues dans les centres de protection maternelle et infantile, les urgences et les services sociaux des hôpitaux, les maternités, les associations concernées, les centres communaux d'action sociale, les centres de prévention et de dépistage, les centres médico-psychologiques.

44. Listées sur le site TraumaPsy.com
45. Les principales sont : Centre Françoise Minkowska, Comité pour la santé des exilés, Consultations Comede/ Cimade à l'Espace santé-droit, Mana, Centre MSF de Pantin, Parole sans frontière, EPOC, Centre Primo Levi, Parours d'exil, TRACES réseau clinique international, ESSOR, Osiris, Caméléon. La plupart de ces centres sont regroupés au sein du réseau Réséda.
46. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », 2016

sont trop envahissants et empêchent la survie dans ce contexte hostile. Certains décompensent et les personnes sont alors adressées directement dans les services d'urgence psychiatriques, parfois sous contrainte... Là aussi, si les hôpitaux prennent en charge les patients exilés, il n'est souvent pas simple pour les plus précaires d'assurer une suite et une continuité dans la prise en charge. Quelle stabilité possible à la sortie ? Quelle observance dans le traitement et le suivi dans la prise en charge possible lorsque les besoins essentiels ne sont pas couverts ?

Concernant la médecine de ville et en particulier les psychologues en libéral, le problème des ressources financières s'ajoute aux précédents obstacles : seules les personnes en mesure de déboursier en moyenne entre 50 et 60 euros par séance (ou de se faire rembourser cette somme par leur complémentaire santé) peuvent s'adresser à des eux.

A suivre : pour améliorer la prise en charge des patients et permettre une baisse du recours aux antidépresseurs et aux anxiolytiques, un dispositif inédit va être expérimenté pendant trois ans dans quatre départements. Pour les patients de 18 à 60 ans présentant des troubles en santé mentale « *d'intensité légère à modérée* », des séances chez des psychologues libéraux agréés vont être entièrement financées par la Sécurité sociale. Lancé en février 2018 dans le Morbihan, ce programme doit démarrer en mai 2018 dans les Bouches-du-Rhône et en Haute-Garonne et à l'automne 2018 dans les Landes. Selon les résultats de l'expérimentation, une généralisation au reste du territoire pourra être décidée, constituant une évolution majeure dans la prise en charge de la santé mentale en France.

RECOMMANDATIONS

Renforcer les CMP et les CMPP de manière à ce qu'ils accueillent sans délais et sans rendez-vous y compris les personnes « hors secteur », et à ce qu'ils proposent un premier accueil pluridisciplinaire, avec interprète si nécessaire.

Renforcer les moyens de la psychiatrie hospitalière (en grande difficulté) permettant de développer des consultations spécialisées pour la prise en charge du psychotrauma.

Penser une articulation entre les centres spécialisés et le droit commun.

Réunir, dans chaque territoire, les acteurs spécialisés - responsables de secteurs psychiatriques, d'EMPP, de PASS, d'associations - pour réfléchir aux réponses les plus adaptées pour la santé mentale des exilés et leur mise en œuvre, à l'instar de ce que peuvent proposer certains conseils locaux de santé mentale.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'ACCUEIL DES PERSONNES :

Respecter les droits humains fondamentaux : un toit sur la tête, dignité humaine et intégrité, besoins alimentaires, santé.

Placer les questions relatives à la santé des étrangers (évaluation médicale dans le cadre du droit au séjour pour soins, santé des demandeurs d'asile...) sous la compétence exclusive du Ministère des Solidarités et de la Santé. Prendre en compte l'état psychique dégradé et l'extrême vulnérabilité des personnes dans le cadre des récits pour le droit à une protection (asile, évaluation des MNA).

PROTÉGER TOUT PARTICULIÈREMENT LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS :

Garantir à tout jeune se déclarant mineur non accompagné :

- une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle ;
- une ouverture immédiate des droits à une couverture santé et un bilan de santé somatique et psychologique systématique aboutissant si nécessaire à une prise en charge ;
- un accueil de jour avec une information sur ses droits et une consultation médicale pour le repérage des situations d'urgence ;
- après sa mise à l'abri et avec son consentement éclairé, une évaluation bienveillante de sa situation de danger (et non uniquement de son âge ou de son isolement) dans le respect de la présomption de minorité et du bénéfice du doute ;

Interdire tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge des mineurs non accompagnés.

ENCOURAGER LA PRODUCTION DE SAVOIRS, DE DONNÉES ET D'ENQUÊTES CONCERNANT LES PERSONNES EXILÉES, LEUR PARCOURS ET LEUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE.

NOS RECOMMANDATIONS

PROMOUVOIR LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET LA PLURIDISCIPLINARITÉ (SOCIAL, JURIDIQUE, MÉDICAL SOMATIQUE ET PSYCHOLOGIQUE/PSYCHIATRIQUE) DÈS LE PREMIER CONTACT.

PROMOUVOIR ET FINANCER LE RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL :

Renforcer le budget d'interprétariat alloué aux ARS à destination des médecins généralistes travaillant en hôpital, en CMP ou autres structures de soins en santé mentale, ainsi que des spécialistes en cabinet privé qui sont amenés à soigner des personnes allophones.

Sanctuariser les budgets d'interprétariat et de médiation en santé pour les associations qui accueillent et accompagnent des personnes allophones.

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

Former les interprètes, améliorer leurs conditions d'exercice (notamment en leur permettant l'accès à des supervisions de pratiques).

Former les professionnels du soin à l'interprétariat physique, par téléphone ou par visio-conférence avec la possibilité de formations croisées.

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE ET LA PRISE EN COMPTE DES EFFETS DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES :

Renforcer les capacités de réponse des professionnels de santé, y compris libéraux, recevant les populations migrantes par la promotion et le financement de formations à la clinique du psychotraumatisme et à ses effets.

Faire rentrer la connaissance du psychotrauma dans les pratiques quotidiennes.

Augmenter la visibilité des centres spécialisés en psychotrauma et soutenir en particulier leurs actions de soins et de formation.

FACILITER L'ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE :

Garantir un accès effectif et rapide à la Protection universelle maladie.

Fusionner l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale afin de donner à tous un accès effectif et continu aux soins.

PROPOSER UN BILAN DE SANTÉ SOMATIQUE ET PSYCHIQUE PERMETTANT LES EXAMENS DE DÉPISTAGE À TOUTES LES PERSONNES OBTENANT L'AME

RENFORCER LES DISPOSITIFS FACILITANT L'ENTRÉE DANS LE SOIN :

Améliorer la visibilité des PASS et des EMPP et veiller à leur maillage exhaustif sur le territoire. Au minimum, sanctuariser les moyens des PASS et des EMPP et améliorer la traçabilité des crédits fléchés par les ARS.

Déployer des 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.

Soutenir les aidants, y compris bénévoles, eux-mêmes impactés par les parcours jalonnés de violences des exilés : financer du temps de formation à l'écoute active, du temps de régulation et ou de soutien psychologique pour les équipes de « première ligne »

Diversifier les approches et expérimenter des prises en charge innovantes : proposer des activités psycho-sociales collectives (pas uniquement des entretiens individuels), groupes de paroles, art thérapie, ateliers d'écritures, thérapie communautaire intégrative...

DÉVELOPPER LA FORMATION ET L'INFORMATION :

Former le personnel non médical en première ligne à la reconnaissance d'éléments évoquant une souffrance psychique, à condition que les personnes soient volontaires et que cela se fasse dans le but exclusif de les orienter vers une prise en charge adaptée.

Informers les professionnels de santé, notamment les médecins de ville, sur les besoins de santé et en particulier de santé mentale des migrants et sur les ressources disponibles pour les orienter sur le territoire (un recensement des structures et dispositifs existants sur le territoire serait un outil utile).

Diffuser, aux différents points d'entrée des migrants sur le territoire (plateformes d'accueil et guichets uniques pour demandeurs d'asile, préfectures, structures d'hébergement), des supports d'information sur le système de santé et sur leurs droits en matière de soins.

RENFORCER ET ADAPTER LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXILÉES :

Renforcer les CMP et les CMPP de manière à ce qu'ils accueillent sans délais et sans rendez-vous y compris les personnes « hors secteur », et à ce qu'ils proposent un premier accueil pluridisciplinaire, avec interprète si nécessaire.

Renforcer les moyens de la psychiatrie hospitalière (en grande difficulté) permettant de développer des consultations spécialisées pour la prise en charge du psychotrauma.

Penser une articulation entre les centres spécialisés et le droit commun.

Réunir, dans chaque territoire, les acteurs spécialisés - responsables de secteurs psychiatriques, d'EMPP, de PASS, d'associations - pour réfléchir aux réponses les plus adaptées pour la santé mentale des exilés et leur mise en œuvre, à l'instar de ce que peuvent proposer certains conseils locaux de santé mentale.

Sensibiliser les professionnels de la santé recevant les populations migrantes sur les représentations culturelles (celles des professionnels sur les personnes exilées, celles des patients sur la maladie...).

SIGLES UTILISÉS

- AME : Aide médicale d'État
- Ase : Aide sociale à l'enfance
- Cada : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
- Caso : Centre d'accueil, de soins et d'orientation
- CNDA : Cour nationale du droit d'asile
- CMP : Centre médico-psychologique
- CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
- CMU : Couverture maladie universelle
- Comede : Comité pour la santé des exilés
- EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
- Ofii : Office français de l'immigration et de l'intégration
- Ofpra : Office français de protection des réfugiés et apatrides
- PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

RÉFÉRENCES

Aragona Massimiliano et coll., « Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary case study », *Italian Journal of Public Health*, 2012

Burton Mark et coll., “Community psychology in Britain”, in Reich Stephanie et coll., International community psychology, New York, Springer, 2007

CFDA, *D'une réforme à l'autre. L'asile en danger*, 2018

Centre Primo Levi, *Persécutés au pays, déboutés en France - Rapport sur les failles de notre procédure d'asile*, 2016

Centre Primo Levi, *Soigner les victimes de torture exilées en France. Livre blanc*, 2012

Centre Primo Levi, *Traumatisme... à la folie, Mémoires* 67, 2016

Comede, *Traduire pour ne pas trahir, Maux d'exil* 49, 2016

Comede, *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*, 2015

DDD, *Droits fondamentaux des étrangers en France*, 2016

DPJJ, *Rapport annuel d'activité 2016, mission mineurs non accompagnés de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse*, 2017

Dufort Francine et Guay Jérôme, *Agir au cœur des communautés, la psychologie communautaire et le changement social*, Les Presses de l'Université de Laval, 2001

Engel Frema 1993 in Gaudreault Arlène, « La victimisation secondaire », op. cit.

Gaudreault Arlène, « La victimisation secondaire » in Lopez Gérard et Tzitzis Stamatios (sous la dir.), *Dictionnaire critique des sciences criminelles*, Dalloz, 2004

HAS, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*, 2017

InfoMie, *La souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère*, 2017

InfoMie, *Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger-e*, 2016

Januel Pierre, « L'Assemblée fait le bilan de la dernière loi sur l'immigration avant d'étudier la suivante », Dalloz, 2018

Mdm, Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2017

Mdm, *Santé mentale et soutien psycho-social, Prise en charge des patients dans les programmes de Médecins du Monde en France*, 2016

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », 2016

Observatoire du Samusocial de Paris, *L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France. Une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France, au printemps 2017*, 2018

« Plaidoyer interassociatif pour un accès à la santé des personnes exilées », février 2018

Roptin Jacky, « Pour une politique de santé mentale pour les demandeurs d'asile et exilés », revue *L'Autre* 2011/3 Vol. 12

Tapié de Céleyran Florence et coll., « Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 », *Bull Epidémiol Hebd.* 2017

Veisse Arnaud et coll., « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés », *Bull Epidémiol Hebd.* 2017

Veisse Arnaud et Stanojevich Élodie Aïna, « Repères sur la santé des migrants », *La santé de l'homme* 392, 2007



Association médicale indépendante et militante de solidarité internationale, Médecins du Monde s’engage depuis plus de 30 ans à soigner les populations les plus vulnérables ici et là-bas, à témoigner des entraves constatées quant à l’accès aux soins et à obtenir des améliorations durables des politiques de santé pour tous. En France et dans plus de 45 pays, ses actions ont pour but de faciliter l’accès au système de santé en travaillant sur 5 thématiques prioritaires structurant nos combats et nos plaidoyers : urgences et crises, santé sexuelle et reproductive, réduction des risques, migrations, droits et santé et santé-environnement. En France, Médecins du monde compte 68 programmes dans plus d’une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d’exclusion, dont l’objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins.

CENTRE | VIVRE APRÈS
PRIMO LEVI | LA TORTURE

Créé en 1995 avec le soutien d’Amnesty France, Médecins du Monde et l’Action des chrétiens pour l’abolition de la torture, le Centre Primo Levi accueille, soigne et accompagne les hommes, femmes et enfants victimes de la torture et de la violence politique exilés en France, sans distinction d’origine ni de statut juridique. Elle leur offre un suivi resserré et sur la durée par des médecins généralistes, des psychologues, un kinésithérapeute, des travailleurs sociaux et une juriste, si nécessaire avec interprète. L’association forme également les professionnels extérieurs en lien avec ce public et développe des actions de sensibilisation et de plaidoyer à tous les niveaux de la société en faveur des demandeurs d’asile et réfugiés politiques ayant été victimes de violences extrêmes.

DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES GRAVES CHEZ LES PERSONNES EXILÉES

100 000 demandes d'asile en 2017

dont 31,87% seulement ont été acceptées.



Des personnes confrontées à la violence, aux parcours de plus en plus chaotiques.

Parmi les personnes exilées diagnostiquées avec un trouble psychique grave,

60%

sont atteintes de syndrome psychotraumatique

en particulier les femmes et les jeunes adultes entre 20 et 25 ans (Données Comede).

DES IMPACTS FRÉQUENTS

sur les démarches administratives à effectuer

sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil

ou encore sur l'apprentissage d'une nouvelle langue

L'état de santé mentale s'aggrave une fois en France :



la précarité sociale et administrative, l'isolement, les incertitudes liées à l'avenir redoublent les troubles, voire en créent de nouveaux.

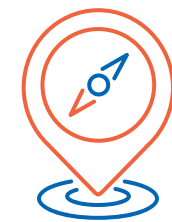


décompensation,
tentatives de suicide,
automutilation,
développement de troubles psychiatriques,
addictions (alcoolisme et autres)...

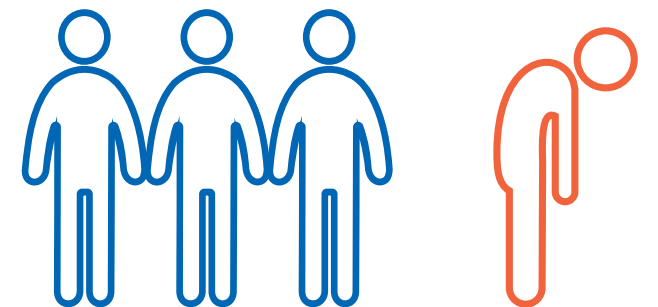
UNE PRISE EN CHARGE DÉFAILLANTE

86%

des personnes accueillies dans les centres de soins de Médecins du Monde ne disposent d'aucune couverture maladie lors de leur première visite.



Il existe peu de lieux de prise en charge spécialisés



Dans les structures de soin, un accueil saturé, une prise en charge difficile, des parcours de soins chaotiques, faute :



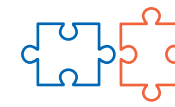
de conditions de vie correctes et stabilisées



d'un accès simplifié et effectif à la procédure d'asile et à un titre de séjour



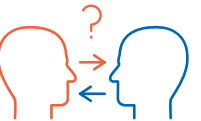
de formation des professionnels au diagnostic et au suivi du syndrome psychotraumatique et des autres troubles psychiques graves



de capacité suffisante des dispositifs de prise en charge.



d'offre disponible pour le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychique



de recours à l'interprétariat professionnel

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES EXILÉS :
UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE.

COMITÉ DE RÉDACTION :

(pour le Centre Primo Levi)
Sibel Agrali, Eléonore Morel et Joséphine Vuillard ;
(pour Médecins du Monde)
Delphine Fanget, Sophie Laurence et Christian Reboul.

MAQUETTE ET GRAPHISME :

Comme-quoi.fr
Pictos © Max Griboedov et Cube29/Shutterstock.com

PHOTO DE COUVERTURE :

Jérôme Sessini / Magnum Photos

IMPRESSION :

Imprimerie Jean-Bernard (IJB)
Juin 2018

REMERCIEMENTS :

**Merci aux différents professionnels de Médecins du Monde
et du Centre Primo Levi pour leurs réflexions et contributions
à la rédaction de ce rapport, et plus particulièrement à :**

Daniel Bréhier, Clémentine Bret, Marielle
Chappuis, Nicole Dagnino, Flore Ganon-Lecomte,
Maud Giacomelli, Omar Guerrero, Christian Laval,
Louise Larnaudie, Thierry Malvezin, Maria Melchior,
Catherine Montagne, Carine Rolland, Sandrine Simon,
Anne Urtubia, Jean-Michel Vermande



Médecins du Monde
62, rue Marcadet
75018 Paris
01 44 92 15 15

Centre Primo Levi
107 avenue Parmentier
75011 Paris
01 43 14 88 50