



Soigner les victimes de torture exilées en France

Livre blanc

CENTRE | VIVRE APRÈS
PRIMO LEVI | LA TORTURE

Le Centre Primo Levi

Le Centre Primo Levi a été créé en 1995 avec le soutien de grandes associations parmi lesquelles l' Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT), Amnesty International – section française, Juristes sans frontières, Médecins du Monde, Trêve, toujours présentes dans son conseil d'administration.

Il propose via son centre de soins une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, kinésithérapeutique, sociale et juridique) aux personnes victimes de torture et de violences politiques réfugiées en France.

Il a développé de nombreux outils pour sensibiliser les professionnels en contact avec ces patients : un centre de formation agréé, la revue *Mémoires* et un centre de documentation spécialisé sur l'exil, la torture et la violence politique. Il mène seul ou en réseau (CFDA, ODSE, Réséda), en France et en Europe, des activités de lobbying pour promouvoir des soins adaptés aux victimes de torture et défendre le droit d'asile.



Le Centre Primo Levi remercie les membres du comité de soutien qui agissent à ses côtés.

Les membres du comité de soutien

Patrick Aeberhard, Jacques Attali, Miguel Benasayag, Paul Bouchet, Constantin Costa-Gavras, Laurent Gaudé, Robert Guédiguian, Olivier Le Cour Grandmaison, Louis Joinet, François Julien-Lafferrière, Jean Lacouture, Anicet Le Pors, Ariane Mnouchkine, Edgar Morin, Rithy Panh, Serge Portelli, Nicole Questiaux, Michel Rocard, Catherine Teitgen-Colly, Tzvetan Todorov, Annette Wiewiorka.

« Depuis lors, à une heure incertaine,
Cette souffrance lui revient,
Et si, pour l'écouter, il ne trouve personne,
Dans la poitrine, le cœur lui brûle. »

Primo Levi
Le Survivant (extrait)

Sommaire

Le mot du président	6
Mieux accueillir et soigner les victimes de torture et de violences politiques	8
Un environnement défavorable aux exilé.e.s et aux victimes de torture	12
Des réponses inadaptées et insuffisantes	16
Pour une politique de santé publique efficace	22
Nos recommandations	30
Glossaire et sigles	32
Bibliographie et sitographie	34
Annexes	36
Liste des centres de soins, des réseaux et des services d'interprétariat professionnel	
Chiffres 2010 des centres de soins	

Rédaction : Alix Béranger, Relations d'utilité publique – www.agence-rup.net
Conception graphique et secrétariat de rédaction : Hélène Spoladore, La Pirogue – lapirogueparis@gmail.com
Cartographie (page 19) : Émilie Roudier
Impression : ExpressionII, 10 bis rue Bisson, 75020 Paris
Achévé d'imprimer : **mai 2012**

Préface

Ma vie a été ponctuée de lourds silences que seuls certains mots ont pu ébranler. Il est toutefois un silence que rien ne viendra jamais rompre, celui des millions de voix qui se sont brutalement éteintes durant la Shoah. Parmi les rares survivants des camps, certains ont choisi de se taire, souvent pour épargner leurs proches. Silence de l'intime, posé comme un voile sur la réalité inouïe de ce que nous avons vécu. D'autres, comme moi, ont essayé de parler après la guerre, mais l'incrédulité, l'indifférence voire l'hostilité nous imposèrent le silence. On ne voulait pas, on ne pouvait pas nous entendre alors. Il fallut des années pour que ce crime immense et jusqu'alors impensable soit reconnu dans sa spécificité. Il fallut des années pour que les responsabilités soient clairement établies.

Contre ce silence, les mots de certains ont su résonner. Ceux de ma camarade Marceline Loridan-Ivens, crus, violents, frontaux, sans équivoque. Ceux de Shlomo Venezia, survivant des Sonderkommandos qui a su décrire la solitude, la douleur, la culpabilité du survivant. Ceux de Primo Levi, témoin exemplaire dont l'œuvre brille d'une exceptionnelle perspicacité. Et ceux d'historiens précurseurs comme Léon Poliakov, Raul Hilberg ou Saul Friedländer. Tous ces mots ont pesé et pèsent encore. Ils ont changé le cours des choses, pour leur auteur et ceux qui les ont entendus.

Cette alternance du silence et des mots se retrouve aujourd'hui encore face à la torture, à l'extrême violence. Comme par réflexe, l'homme veut se protéger de l'atroce, détournant le regard, refusant parfois d'entendre la parole des témoins. Par delà les époques et les drames, la sidération face à l'horreur, face à l'abject reste la même. Les survivants des massacres d'aujourd'hui sont eux aussi les porteurs d'une parole fragile qu'il faut recueillir, leur silence peut être refuge ou prison.

Aujourd'hui, en France, existent des endroits où leurs silences et leurs mots sont accueillis, écoutés, respectés. Où des médecins, psychologues, travailleurs sociaux, juristes... prennent le temps de s'attacher à ces silences et à ces mots d'hommes et de femmes qui ont survécu et cherchent un asile en France.

Que ces professionnel·le·s en soient ici remercié·e·s. Et que leur travail soit reconnu pour ce qu'il est : une œuvre d'humanité.



Simone Weil

Le mot du président

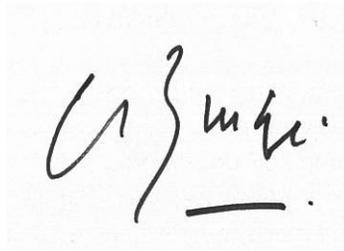
En choisissant le nom de Primo Levi, le Centre a fait, dès sa création, le choix de témoigner des effets de la torture et de la violence politique. Les patients reçus au centre de soins, hommes, femmes et enfants, arrivent dans un état de très grande souffrance physique et psychologique, doublement traumatisés par les persécutions subies dans leur pays d'origine et par leur douloureux parcours d'exil. Ces personnes qui ont souvent tout laissé derrière elles – famille, travail, communauté – et que les bourreaux ont voulu faire taire, sont dans une situation de très grande vulnérabilité. Ne pas entendre leurs souffrances, c'est laisser encore parler la torture. Savoir les accueillir, les écouter, recréer le lien que la torture a brisé, les aider à retrouver la confiance, leur rendre leur dignité, c'est le travail du Centre Primo Levi, comme celui des associations citées dans ce livre blanc.

En publiant ce livre blanc, le Centre Primo Levi veut avant tout sortir ces personnes de l'ombre. Reconnaître leur existence, parler de leurs souffrances, c'est une première victoire sur les bourreaux. Combien sont-elles, en France, ces personnes victimes de torture et de violence politique ? Où et comment vivent-elles ? De quel accès aux soins bénéficient-elles ? Comment sont-elles prises en charge par le système de santé de droit commun ? Par les centres spécialisés ? Autant de questions pour lesquelles ce livre blanc ne pourra pas apporter de réponses exhaustives, pour la simple raison qu'aucune étude, de quelque sorte, n'a été faite à ce jour sur cette population. Pourtant, comme nous le verrons dans ce livre blanc, nous estimons à plusieurs centaines de milliers le nombre de personnes qui ont été potentiellement victimes de torture ou de violence politique dans leur pays d'origine et qui se sont réfugiées en France, bénéficiant ou non d'une protection juridique. Or il existe une réelle carence dans leur prise en charge qui s'explique notamment par le manque de formation des professionnels, un système de santé publique parfois inadapté, des difficultés d'accès aux soins, une insuffisance des lieux spécialisés.

Une prise en charge appropriée de ces victimes représente un vrai enjeu en termes de santé publique. En effet, identifier ces personnes, repérer les séquelles de ces violences et les symptômes qui y sont associés, prendre le temps de les accueillir, de les écouter, et de leur offrir des soins adaptés, c'est prévenir une dégradation de leur état et, à plus long terme, prévenir l'impact parfois dévastateur sur leurs enfants et leur proches. On ne guérit pas de la torture, mais à travers une prise en charge appropriée, il est possible de vivre après la torture, de reconstruire une vie, de s'intégrer dans notre pays.

Ce livre blanc établit donc un état des lieux de la prise en charge sur notre territoire des exilé·e·s victimes de torture, souligne les carences et préconise de nombreuses recommandations pour améliorer cette situation. À l'initiative du Centre Primo Levi, il est le fruit d'une collaboration fructueuse avec les membres d'un comité de pilotage (voir la liste ci-contre) composé d'acteurs institutionnels et associatifs impliqués auprès de cette population. Nous remercions chacun d'entre eux pour leur collaboration active à cette publication.

Lors des élections présidentielles et législatives du printemps 2012, la question de l'immigration est revenue sur le devant de la scène, certains candidats n'hésitant pas, une fois encore, à remettre en cause le droit d'asile et donc l'accueil des victimes de persécutions en France. Dans cette même période, la diminution des dépenses publiques frappe de plein fouet les associations impliquées auprès des populations migrantes, alors même que l'impact social de la crise économique touche en priorité les personnes déjà extrêmement vulnérabilisées. Il est grand temps de rappeler à la France et à l'Europe leurs devoirs et leurs engagements en matière d'accueil et de soins aux personnes exilées victimes de torture, réfugiées sur leur territoire. Accueillir ces personnes ce n'est pas simplement leur donner un toit et leur reconnaître un statut de réfugié – dans le meilleur des cas... –, c'est aussi apaiser leurs souffrances, les aider à retrouver leur dignité et permettre leur insertion sociale et économique.



Michel Brugière, président du Centre Primo Levi

Liste des membres du comité de pilotage

Patrick Aeberhard (médecin, ancien président de Médecins du Monde, professeur associé santé et droit de l'homme, université Paris-8) • Sibel Agrali (directrice du Centre de soins Primo Levi) • Alix Béranger (consultante, Relations d'utilité publique) • Luc Bert (directeur du Cèdre-Secours Catholique) • Sixte Blanchy (médecin inspecteur, Association des médecins inspecteurs de santé publique) • Michel Brugière (président du Centre Primo Levi) • Vincent David (consultant, Relations d'utilité publique) • Mohamed Diab (directeur adjoint, Forum Réfugiés) • Bertrand Guéry (psychologue-psychanalyste, directeur du centre Osiris) • Laurence Janin (responsable de la recherche de financements Centre Primo Levi) • Isabelle Maitre (responsable de la recherche de fonds privés Centre Primo Levi) • Caroline Martinez (sociologue, anthropologue, cheffe de service du centre de santé de Forum Réfugiés) • Maria Melchior (chargée de recherche à l'Inserm U1018) • Eléonore Morel (directrice générale du Centre Primo Levi) • Elisabeth Murcia (chargée du pôle asile du Cada 77) • Bertrand Piret (psychiatre-psychanalyste, président de Parole sans frontière) • Richard Rechtman (psychiatre, directeur d'études à l'EHESS) • Jacky Roptin (psychologue clinicien, ex-directeur du Centre d'écoute et de soins de Médecins sans Frontières) • Maryse Simonet (médecin inspecteur, Association des médecins inspecteurs de santé publique) • Caroline Thibaudeau (psychologue clinicienne, Lieu d'accueil et d'orientation de Taverny-Croix-Rouge) • Arnaud Veisse (médecin, directeur du Comede) • Marc Vignal (consultant pour Samdarra) • Halima Zeroug-Vial (psychiatre au CH du Vinatier, responsable du réseau Samdarra).
Merci également à Nathalie Audier et François Lemore (présidente et coordinateur de l'association Awel), Claire Mestre (directrice médicale et scientifique de l'association Mana), Pierre Dutertre et Jérôme Boillat (directeur général et directeur du développement de l'association Parcours d'exil).

Mieux accueillir et soigner les personnes victimes de torture et de violences politiques

« En France, on estime que 20% des réfugiés, environ 150 000 actuellement, ont été soumis à la torture. La majorité des victimes sont ignorées et lorsque ces personnes expriment une demande de soins, elle est souvent indirecte, en tout cas toujours complexe et multiforme. Cette demande exige pour s'exprimer un accueil particulier respectant le silence de la victime dû à la honte, à l'humiliation subie, à la violation de son intimité, et adoucissant la souffrance des réminiscences des atrocités vécues provoquées par la demande même. Elle nécessite également des conditions de consultation ne rappelant d'aucune manière

les circonstances des sévices subis » écrivait, en 2005, Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé¹.

En 2012, le constat est le même. La torture, bien que condamnée internationalement, est encore pratiquée dans plus de la moitié des pays du monde et concerne des millions de personnes de façon directe ou indirecte. Ses effets sur les nombreuses victimes perdurent dans le temps, bien au-delà de l'arrêt des sévices.

Victimes directes de la torture au sens strict du terme ou exposées à d'autres violences d'ordre politique, telles que les persécutions, les intimidations et les menaces, nombreuses sont les personnes qui fuient leur pays et cherchent refuge parfois loin de chez elles (cf. encadré ci-contre).

Exilées d'un pays dans lequel elles ont très souvent dû laisser leur famille, des proches, un travail, un logement, des biens, ces personnes arrivent en France démunies et en grande vulnérabilité². Et parmi elles, un nombre important de mineur·e·s isolé·e·s.

Les demandes d'asile de personnes cherchant refuge en France ne se sont pas taries ces dernières années. Le besoin d'accueil et d'accompagnement adaptés est toujours d'actualité, or force est de constater que la France n'est pas à la hauteur de ces besoins.

Un accueil insuffisant et inadapté

Le constat des professionnels rencontrés dans le cadre de ce livre blanc, sur l'accueil et l'accompagnement des exilé·e·s victimes de torture ou de violences politiques, est sans

¹ Préface d'un guide réalisé conjointement par l'Association pour les victimes de la répression en exil (Avre) et le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

² Les mots suivis de * sont définis dans le glossaire p. 22-23.

Le statut de réfugié·e·s

S'inscrivant dans la droite ligne de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la Convention du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés, connue sous le nom de Convention de Genève, fixe le cadre réglementaire international du droit d'asile. Elle définit ainsi la personne réfugiée : « le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne [qui] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. »

appel. La situation s'est dégradée et il faut agir sans tarder pour remédier aux manques et aux insuffisances. Pour eux, cela nécessite avant tout une volonté politique forte.

D'après les professionnels, l'invisibilité de cette population est un premier fait significatif : soit on ne la voit pas et donc elle n'est pas prise en compte dans les politiques publiques, soit on l'ignore délibérément et le résultat est le même, rien n'est fait pour mettre en place des dispositifs adaptés.

Qu'est-ce qui explique cette invisibilité ? Les causes sont sans doute multiples. Toutefois, qu'elle soit volontaire ou involontaire, cette invisibilité des réfugié·e·s est l'une des conséquences du contexte politique marqué par des mesures restrictives en matière d'immigration et d'asile. La stigmatisation de l'« étranger » constitue l'un des freins principaux à une meilleure prise en compte des exilé·e·s fuyant la torture et les violences politiques.

En outre, les préjugés sont vivaces. Contrairement à une idée encore trop largement répandue, les exilé·e·s ne viennent pas en France à la recherche de l'Eldorado, ni d'ailleurs avec la volonté d'user, voire d'abuser, de notre système de santé. Ils recherchent, avant tout, protection et asile. La plupart du temps, ils découvrent, sur le territoire français, la ou les pathologies qui découlent des violences subies dans leur pays ou pendant leur voyage. Ainsi, au traumatisme des violences et de l'exil s'ajoute celui de l'annonce d'une maladie avec laquelle il faudra également composer.

À l'invisibilité et à la stigmatisation s'ajoutent également les obstacles administratifs et le manque de dispositifs publics. En effet, une fois sur le territoire français, le « parcours du combattant » pour faire valoir ses droits à l'asile et obtenir le statut de réfugié commence. Le dédale administratif, la barrière de la langue, les carences d'hébergement et la suspicion récurrente qui pèse sur les exilé·e·s constituent autant d'obstacles à un début de prise en charge médico-psychologique et sociale adaptée. L'insuffisance et l'inadaptation de l'accueil en France maintiennent beaucoup d'entre eux dans un sentiment d'insécurité et réactivent les effets des violences et des persécutions subies dans leur pays.

L'un des signes révélateurs de cette insuffisance est la non-transposition, en droit français, de la directive européenne qui encadre les soins aux demandeurs d'asile les plus vulnérables³.

³ Directive 2003/9/CE du Conseil de l'Europe du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres. Cette directive énonce les normes minimales de leur accueil afin de leur garantir un niveau de vie digne et de leur accorder des conditions de vie comparables dans tous les États membres.

« Les États membres font en sorte que les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres violences graves, reçoivent le traitement que nécessitent les dommages causés par les actes en question. »

article 20 de la directive européenne

« Accueil »

Par ailleurs, sur le territoire, aucune structure publique n'est spécialement dédiée aux personnes exilées souffrant de traumatismes multiples et très spécifiques, même s'il existe des consultations pour migrants dans certaines structures publiques (cf. Annexe 1 : Les centres de soins). Ce sont essentiellement des structures associatives qui accueillent, soignent et accompagnent cette population. En nombre insuffisant et peu soutenues, elles ne peuvent absolument pas faire face à l'immensité des besoins.

Faute de dispositifs publics dédiés et de structures associatives en nombre suffisant, les médecins généralistes sont très souvent les premiers acteurs de soin avec lesquels les exilé·e·s sont en contact. Or, les plaintes que ceux-ci expriment sont déroutantes pour qui n'a pas été formé ou sensibilisé aux effets de la torture. Les douleurs sont aiguës et/ou persistantes, physiques et/ou psychiques, souvent mouvantes. Ce sont, par exemple, des maux de tête récurrents que l'on ne peut pas soulager avec des antalgiques. Beaucoup souffrent en effet de psychotraumatismes* qui se révèlent à travers une variété de symptômes et de plaintes.

Un enjeu de santé publique

L'importance numérique de la population concernée, la spécificité de ses troubles – et donc des dispositifs à mettre en place – ainsi que l'impact psychosocial sur l'entourage, en font un enjeu de santé publique majeur.

Les effets très spécifiques de la torture et des violences politiques sur les victimes interrogent les dispositifs de santé sur leur manière de « faire avec » elles. Cela nécessite des formations pensées et adaptées par les organismes en charge de la formation initiale des futurs professionnels du soin ainsi que de leur formation continue. L'un des enjeux est de préparer autant que possible les intervenants professionnels de la santé à accueillir, soigner et accompagner les exilé·e·s victimes de violences politiques et/ou de torture. Pourtant, les formations médicales, juridiques et sociales ne prévoient toujours pas de volet spécifique sur la prise en compte de cette population.

Plus généralement, il n'y a pas de véritable politique de santé publique qui intègre les différents déterminants de santé au-delà du seul soin, en explicitant et en coordonnant les actions en direction des migrant·e·s. Or, pour les

professionnels interrogés lors de la rédaction de ce livre blanc, on ne peut pas appréhender le soin des exilé-e-s victimes de la torture selon une approche uniquement médico-psychologique. Bien que ce soit essentiel, la formation des professionnels du soin ne suffit pas, il faut aussi faire en sorte que les droits des victimes soient res-

pectés et que leur environnement permette et garantisse le soin. C'est toute la question de la promotion d'une approche pluridisciplinaire que nous aurons l'occasion de détailler dans ce livre blanc.

Des solutions existent

Il est tout à fait possible d'accueillir et d'accompagner, en France, dans de meilleures conditions, les personnes ayant un besoin spécifique de soins.

C'est notamment dans ce sens que travaille la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) qui rassemble des associations militant pour le respect et l'effectivité de ce droit. Dans son document *Les 10 conditions minimales pour que l'asile soit un droit réel*⁴, le collectif défend l'importance d'un accueil digne pour tous les demandeurs d'asile. L'autonomie des personnes doit être garantie pendant la procédure : le droit au travail doit être réel et l'accès à la formation professionnelle et à l'apprentissage de la langue française doit être immédiat.

Les aides financières et l'accès à l'assurance maladie doivent être assurés pour tous les demandeurs d'asile, et ce, dès la première démarche de demande d'asile et pendant toute la procédure. Le montant de ces aides doit respecter la dignité de chaque personne et lui permettre de vivre dignement, c'est-à-dire qu'il doit être au moins équivalent au revenu de solidarité active (RSA) en prenant en compte la composition familiale et le mode d'hébergement.

C'est l'objet de ce livre blanc que de donner un certain nombre de pistes et de préconisations pour remédier aux carences. Sans prétendre à l'exhaustivité, il propose des leviers d'actions et des mécanismes pouvant améliorer la prise en charge d'une population particulièrement vulnérable.

Ces recommandations s'appuient sur l'expérience des professionnels de terrain, d'acteurs associatifs, professionnels du soin et institutionnels rencontrés lors de la rédaction de ce livre blanc.



La torture et la violence dans le monde

Il est difficile de connaître le nombre exact de pays qui pratiquent la torture et le nombre de victimes. L'ampleur et la réalité du phénomène sont mal connues. Le travail mené par des organisations comme Amnesty international et Acat-France (Action des chrétiens pour l'abolition de la torture) dans de nombreux pays du monde permettent de rendre visible la torture et ses effets.

Selon son rapport *Faits et chiffres sur les droits humains 2011*, bien que 147 pays aient ratifié la Convention contre la torture adoptée par l'ONU en 1984, Amnesty International a dû enquêter en 2010 sur des cas spécifiques de torture et de mauvais traitements dans 98 pays, cas documentés soit par ses propres recherches ou enquêtes, soit par des informations fiables et crédibles reçues par Amnesty International.

Même constat pour François Walter, président d'Acat-France, qui dans le rapport 2011, *Un monde tortionnaire*, écrit : « Pour un observateur attentif des 194 États recensés sur notre planète, il s'avère que plus de 100 d'entre eux ont recours à la torture de façon régulière. Oui, plus d'un sur deux, c'est le constat accablant que nous faisons à l'Acat. »

La violence, selon l'Organisation mondiale de la santé est définie comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence ».

⁴ <http://cfda.rezo.net/10%20points.html>



Mme A., née au Cambodge

Récit d'un parcours

À l'arrivée des Khmers rouges au pouvoir, Mme A. a 17 ans. Son père est professeur, classé « intellectuel » : toute la famille est envoyée à la campagne pour cultiver le riz. À son arrivée au camp en compagnie de son mari et de son père, celui-ci est assassiné sous ses yeux. S'ensuivent alors **des années de famine, de travail forcé, de violence arbitraire, de propagande permanente, d'exécutions sommaires** ; elle voit mourir nombre de ses camarades dans des conditions atroces.

Elle tombe enceinte et accouche d'un premier enfant dans cet enfer. Il survit et grandit, malgré les privations. Quelques temps plus tard, elle donne naissance à une petite fille. À l'effondrement du régime, la famille fuit à pied vers le Vietnam. De là, elle parvient à rejoindre la France où s'est déjà réfugiée la sœur de Mme A.

On est en 1982 et la France accorde immédiatement le statut de réfugiée à Mme A. Une fois en France, hantés par ce qu'ils ont vécu ensemble, la violence extrême, l'exil et ses ruptures, Mme A. et son mari se séparent. Elle perd alors la garde de ses enfants, les services de l'Aide sociale à l'enfance estimant qu'en l'absence de revenus stables et suffisants, et parce qu'elle ne parle pas correctement le français et ne pourra donc pas aider ses enfants dans leur parcours scolaire, ceux-ci doivent être placés en famille d'accueil.

Mme A. continuera d'avoir des contacts réguliers avec ses enfants mais ce placement restera un des grands déchirements de sa vie.

Elle travaille par la suite comme ouvrière dans une usine textile. Elle souffre quotidiennement d'insomnies, de maux de tête et d'angoisses. Elle consulte plusieurs médecins qui, tous, lui prescrivent des traitements médicamenteux, antidépresseurs et tranquillisants pour l'aider à retrouver le sommeil. **Aucun, en près de trente ans, n'aura l'idée, devant cette femme cambodgienne arrivée en France dans les années 1980 et dont on pouvait soupçonner le passé chaotique, de l'orienter vers un psychologue.**

En 2009, elle perd son emploi lors de la fermeture de l'usine dans laquelle elle travaille depuis plusieurs années. Très isolée, elle vit cette perte d'emploi comme une nouvelle rupture qu'elle ne supporte pas. Elle reste enfermée chez elle toute la journée, ne voit personne, sauf ses enfants. Sa vie est envahie, bloquée par les années de violence ; elle est en permanence habitée par les souvenirs, les cauchemars qui resurgissent, les insomnies pires que jamais.

Un an après son licenciement, elle est orientée vers une association de placement de chômeurs de longue durée. C'est là, dans cette association, que pour la première fois, un travailleur social va s'apercevoir que cette femme a besoin de dire ce qu'elle a vécu dans son pays d'origine et va lui parler de la possibilité de bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique au Centre Primo Levi. **Trente ans après son arrivée en France, elle rencontre pour la première fois un psychologue spécialisé dans le travail avec les victimes de torture et de violence politique...**

Son objectif aujourd'hui : essayer de ne plus se laisser envahir par les souvenirs et la souffrance, et garder un lien avec ses enfants.

Un environnement défavorable aux exilé·e·s et victimes de torture

Un nombre sous-estimé

Chiffres. Le Conseil international pour la réhabilitation des victimes de torture (IRCT) a estimé en 2005 que parmi les réfugiés, 20 à 30 % ont été victimes de tortures. Si l'on inclut les personnes victimes de violences politiques, ce pourcentage augmente significativement. Ainsi le Comité médical pour les exilés (Comede) indique dans son rapport 2010 que 60 % des personnes reçues dans ses centres de soins ont été victimes de violences, dont 22 % de torture (cf. encadré ci-dessous).

Il est difficile d'avoir une idée précise du nombre de personnes réfugiées victimes de torture et de violence

politique présentes sur le territoire français. En effet la clandestinité à laquelle une partie d'entre elles est réduite fausse les données disponibles. Toutefois, le chiffre des demandeurs d'asile et des réfugiés statutaires permet d'estimer a minima le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de soins à ce titre.

En France, le nombre de réfugiés sous statut avoisine les 160 500 personnes¹. Au moins 50 000 d'entre elles seraient donc concernées par la torture. Ce chiffre est largement sous-estimé dans la mesure où il ne prend pas en compte les victimes d'autres formes de violences politiques, ni les personnes déboutées du droit d'asile, ni a fortiori celles n'ayant pas déposé de demande. Chaque année, sur les 50 000 demandes d'asile déposées, seules 15 % reçoivent un avis favorable². Une partie non négligeable des débouté·e·s restera sur le territoire plusieurs années encore, en situation irrégulière. Sur les dix dernières années, ce sont donc 500 000 demandeurs d'asile, soit 125 000 personnes victimes de la torture qui seraient concernées. Chiffre sans doute plus conforme à la réalité...

Impact transgénérationnel. Enfin, on oublie trop souvent que « le terme "victime" inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à la charge de la victime directe et les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher la victimisation »³. Les victimes indirectes, comme les proches, les parents, les enfants et petits-enfants de victimes, sont nombreuses. Ainsi, 20 % des patients du centre Primo Levi sont des mineurs, témoins directs de ce qu'ont vécu leurs parents et leurs proches (cf. Annexe 2 :

¹ Source : site de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra), données 2010, http://www.ofpra.gouv.fr/documents/Evolution_en_chiffres_site_internet3.pdf

² 27,5 % en 2010 si l'on compte les recours ayant abouti auprès de la Commission nationale du droit d'asile (CNDA).

³ Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoirs, adoptée par l'assemblée générale des Nations unies le 29 novembre 1985.

Observation du Comede

Le Kremlin-Bicêtre

« Entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du Comede, plus de 60 % avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psychotraumatismes à la première consultation était de 112 %. Il était le plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes, et variait selon la nationalité. Ces résultats montrent une forte prévalence des syndromes psychotraumatiques dans cette population, plus élevée que la prévalence des pathologies psychiques rapportée dans les études en population générale. »

Arnaud Veïsse, Laure Wolmark, Pascal Revault, « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 2-3-4, janvier 2012, p.36-39.

« Comment soigner les insomnies d'une personne qui ne sait pas où elle va dormir le soir ? »

Eléonore Morel,
directrice du Centre Primo Levi

part des mineurs reçus dans les structures). Pour Elisabeth Murcia, chargée du pôle asile du Cada* de Brou-sur-Chantereine (Seine-et-Marne), 24 des 70 personnes hébergées en 2010 ont été victimes de torture. « *Ce chiffre n'inclut pas les enfants, or ils ont bien souvent été des témoins. Si l'on compte les parents et les enfants, alors près de 80 % des personnes hébergées ont été des victimes directes ou indirectes.* »

Les effets de la torture ont des conséquences sur les générations futures. Dans son livre *Enfants de survivants*, Nathalie Zajde illustre, à travers des récits d'enfants de survivants de la Shoah, la répercussion des traumatismes à travers les générations et cherche à comprendre « *pourquoi, dans les familles juives, les enfants des rescapés de l'extermination nazie font-ils les mêmes rêves que leurs parents alors que ceux-ci ont gardé le silence sur le traumatisme qu'ils avaient vécu ?* » et comment faire en sorte qu'ils s'en libèrent. Même constat du côté de l'association OSE (Œuvre de secours aux enfants), qui accueille dans ses centres de santé et CMPP* des descendants des victimes de la Shoah affectés par ce qu'ont vécu leurs parents et grands-parents.

Ce sont donc plusieurs centaines de milliers de personnes qui sont concernées, victimes directes ou indirectes de la torture et/ou de violences politiques.

Les effets de la torture

Malheureusement on ne peut pas guérir des séquelles de la torture. Le traumatisme crée une rupture profonde dans l'histoire des personnes. Longtemps après, la souffrance physique et psychique des survivants perdure. Les séquelles, visibles ou non, font trace de ce qui a eu lieu et qui ne peut être oublié. Tout l'enjeu des soins est de soulager les souffrances, d'offrir des perspectives d'un « vivre après » la torture et de permettre la sortie du statut de victime. Il se situe également dans le travail de prévention pour éviter que les symptômes ne s'aggravent et ne s'enkystent* au point parfois de pousser les victimes au suicide. Essayer d'apporter un mieux-être – physique, psychique et social – suppose des soins appropriés. Réduire l'impact des traumatismes sur la vie des patients et de leur famille, les aider à retrouver leur dignité et une certaine autonomie peut signifier une prise en charge de longue durée.

La nécessité d'une reconnaissance des victimes et une meilleure prise en compte des souffrances physiques et psychiques constituent deux préalables à la prise en charge. Pour cela, l'adaptation des dispositifs aux spécificités des victimes est essentielle. La méconnaissance des dispositifs par les victimes et la méfiance qui caractérise leur rapport aux institutions limitent leur accès aux

droits. Les difficultés de communication des non-francophones sont un frein supplémentaire à une prise en charge de qualité⁴.

Soigner des symptômes sans les relier à un vécu, sans prendre en considération le contexte exceptionnel qui les a engendrés, ne peut rompre le cercle de l'incompréhension.

Ce qui rend les effets de la torture et des violences politiques singuliers, c'est la grande difficulté des victimes à parler de leurs souffrances et à trouver une oreille attentive. Le silence qui entoure le vécu traduit la honte ressentie par celles et ceux qui ont été atteints au plus profond de leur intégrité. S'ajoute parfois la culpabilité, d'avoir survécu, de n'avoir pas fui à temps ou pu défendre sa famille. Les survivant·e·s ont des séquelles physiques et psychologiques importantes, parfois très graves et très douloureuses. Leur souffrance est indicible mais leur silence ne fait que prolonger les effets des séquelles. Il faut donc savoir les inciter à en parler par une attitude empathique, une écoute attentive de leurs souffrances et de leurs antécédents, en posant les questions adéquates avec tact.

La reconnaissance des sévices par les soignant·e·s est donc essentielle, mais elle n'est pas suffisante. L'obtention du statut de réfugié dans le pays d'accueil qui reconnaît la demande d'asile comme légitime, qui confère un statut légal et qui permet la stabilité du séjour joue un rôle majeur dans l'état de santé des personnes exilées. Elle favorise leur accès effectif aux soins et rend efficaces les prises en charge soignantes. Il ne s'agit donc pas de rester centré sur les seuls soins somatiques ou psychologiques, mais de lier ces besoins aux questions sociales, administratives et juridiques. L'efficacité des soins dépend aussi de la reconnaissance du préjudice subi à tous ces niveaux et de la certitude de se savoir protégé dorénavant contre toute reprise des sévices.

La Convention internationale de l'ONU contre la torture, adoptée le 10 décembre 1984 définit la torture comme « *tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne* ». Cette définition reconnaît donc que certaines méthodes de torture ne laissent pas de traces ni de séquelles visibles, mais ont un impact psycho-

⁴ Voir à ce sujet Caroline Berchet, Florence Jusot, « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n°172, janvier 2012.

logique majeur avec des retentissements à court, moyen et long terme.

On considère en effet souvent, à tort, que la torture « se limite » à des violences physiques, exercées à un moment précis, dans le but de « faire parler » une victime. La torture commence en amont d'un acte physique potentiel, par des gestes, des mots, une attitude, un climat instauré par le ou les tortionnaires. Elle se poursuit bien après la fin des sévices, des mois ou des années plus tard, et s'exprime par la douleur et la détresse des victimes. La torture vise rarement à faire parler mais plutôt à museler l'autre, à le faire taire : c'est un « *processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle* »⁵. Il peut ne pas y avoir de violences physiques mais une arrestation arbitraire, l'isolement, la privation de nourriture, d'eau, de repères spatiaux et temporels, des séances d'interrogatoire... Dans ces cas-là, il arrive même que la victime n'emploie pas le mot de torture pour décrire son vécu, alors même que les séquelles psychologiques dues au traumatisme sont importantes.

De même, les persécutions politiques, le harcèlement policier, les intimidations, les arrestations arbitraires, les menaces, sont des violences politiques qui ont des retentissements importants sur la vie psychique des victimes, sans pour autant qu'il n'y ait eu d'actes de torture à proprement parler.

Les victimes expriment rarement le besoin d'une prise en charge psychologique. Ainsi, c'est parfois après plusieurs rendez-vous chez le médecin que la parole se libère et laisse entrevoir les causes réelles des plaintes somatiques exprimées. Faute de formation, il est difficile pour des professionnel·le·s de repérer les séquelles de la torture et plus largement des symptômes du psychotraumatisme*, et donc de nouer un dialogue qui pourrait faciliter cette parole et permettre une orientation rapide vers des soins médicaux, psychologiques ou psychiatriques.

Des conditions de vie dégradées

Un environnement précaire. Selon l'OMS, « *les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »⁶ à savoir le logement, le revenu, l'emploi et les conditions de travail, le niveau

d'études, le réseau social ou encore les structures de santé. Ces circonstances varient selon les individus. Meilleures sont les conditions de vie, meilleure sera l'espérance de vie en bonne santé* ou sans incapacité majeure. Un hébergement précaire, de faibles revenus ou encore l'isolement social sont des facteurs de risque pesant sur l'état de santé. Une accumulation de ces facteurs accentue la vulnérabilité face à la maladie et aux accidents de la vie. Ce sont les principales causes des inégalités sociales de santé.

Les facteurs de vulnérabilité* qui touchent les exilé·e·s sont nombreux : les antécédents de violences, les douleurs et les difficultés de l'exil, l'exclusion, la précarité administrative, les difficultés de communication et, parfois, la découverte de pathologies graves à l'arrivée. Démunies, isolées, sans statut, sans revenu et sans occupation, et pour une grande partie d'entre elles sans hébergement fixe, les personnes en exil sont donc particulièrement vulnérables. Et parmi elles, celles qui ont été victimes de violences et/ou de torture le sont encore davantage. Elles devraient pouvoir bénéficier d'un soutien renforcé.

Les exilé·e·s ont en outre un vécu important de deuils et de ruptures qui les fragilisent. Cette donnée devrait être prise en compte en termes de prévention, notamment lors de l'attribution des places d'hébergement. Or, dans les faits, les conditions de vie des exilé·e·s se résument bien souvent à l'errance et à la précarité.

Un hébergement insuffisant. Dans son XI^e rapport annuel⁷, Forum Réfugiés salue les efforts de l'État en matière de places d'hébergement en Cada* passées de 12 173 places en 2003 à 21 410 en 2010. Mais l'association souligne aussi que « [le nombre de places] *reste nettement insuffisant au regard des 48 074 demandeurs d'asile arrivés en 2010 et a fortiori des 52 762 demandes enregistrées par l'Ofpra* (apatrides, réexamens et mineurs accompagnants compris) dans le contexte d'un délai moyen de procédure de 19 mois* ».

Ainsi faute de places, la plupart des demandeurs d'asile sont sans domicile fixe, déplacés d'hébergement précaire en logements surpeuplés, ou logés en hôtel pour une durée indéterminée en attendant que d'éventuelles places se libèrent. Quand tel est le cas, il n'est pas rare que les personnes se retrouvent hébergées loin de leur premier point de chute. Le suivi administratif, social et médico-psychologique mis en place est alors rendu difficile à cause de l'éloignement.

Les professionnel·le·s observent une dégradation de la

⁵ Sibel Agrali, « Les séquelles psychologiques de la torture », *Un monde tortionnaire, Rapport 2010*, Action des chrétiens pour l'abolition de la torture, Paris, p 291-297.

⁶ Voir : http://www.who.int/social_determinants/fr/

⁷ Forum réfugiés, *L'asile en France et en Europe, état des lieux 2011*, XI^e rapport annuel, décembre 2011, La Dispute, p. 195.

situation en matière d'hébergement. Selon les équipes du Cèdre⁸, structure du Secours Catholique qui propose un accompagnement individuel administratif, juridique et social, « 50 % des personnes qui sollicitent notre aide ont des difficultés d'hébergement. Nous gérons environ 2 500 situations par an, pour une file active composée à 80% de demandeurs d'asile, et pour les 20% restants des déboutés et des réfugiés statutaires. Or les dispositifs sont saturés ou fermés aux demandeurs d'asile et personnes sans papier ».

Même constat dans le dernier rapport de Médecins du Monde qui indique que 13% des 19 881 personnes accompagnées dans les Caso* (centres d'accueil, de soins et d'orientation) ayant répondu aux questions sur leur logement sont sans domicile. Par ailleurs, un quart seulement des personnes disposant d'un logement le considérait comme stable en 2010, contre 37% en 2000.

Du côté des mineurs, la situation n'est guère meilleure, puisque « pour les 1 984 mineurs pour lesquels [la question du] logement a été abordé[e], 37% habitaient dans un logement précaire et 9% vivaient à la rue »⁹.

Comment instaurer et maintenir un accompagnement thérapeutique de qualité dans ces conditions ?

Des ressources incompatibles avec l'autonomie.

Elles varient selon la situation administrative et familiale de la personne. Les demandeurs d'asile hébergés via le dispositif national d'accueil (DNA*) reçoivent une allocation mensuelle de subsistance (AMS) de 202 euros mensuels pour une personne seule et de 311 euros pour un couple ou une personne isolée avec un enfant, ce qui est bien peu pour se vêtir, se nourrir, se déplacer, payer les frais de scolarité...

Ils ne peuvent obtenir d'autorisation de travailler qu'au bout d'un an s'ils n'ont toujours pas reçu la réponse de l'Ofpra* et à condition que leur dossier soit bien instruit. Le préfet est seul juge pour leur accorder cette autorisation. Mieux vaut que la demande soit accompagnée de la promesse d'embauche d'un employeur... À Paris, la préfecture n'accorde aucune autorisation alors que le taux dépasse les 50 % pour celle de la Seine-Saint-Denis, ce qui explique les migrations de demandeurs vers ce département. Ces entraves à l'accès à un emploi déclaré ont pour conséquence de maintenir les exilé-e-s dans une situation infantilisante et humiliante de précarité et de dépendance.

⁸ <http://cedre.secours-catholique.org/>

⁹ Synthèse du rapport 2010 (parution octobre 2011) de Médecins du Monde, téléchargeable : <http://www.medecins-dumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/>

« Nombreux sont les patients qui nous confient qu'ils n'osent pas nouer de lien avec quiconque, honteux de ne pouvoir offrir à l'autre ne serait-ce qu'un café. »
Sibel Agrali, directrice du centre de soins Primo Levi

Les demandeurs d'asile qui ne sont pas pris en charge dans le cadre du DNA reçoivent une allocation temporaire d'attente (ATA) de 330 euros. Ainsi, toujours selon les chiffres relevés par l'Observatoire de l'accès aux soins* de Médecins du Monde, au sein des Caso*, 98 % des migrants reçus vivent en dessous du seuil de pauvreté, dont un tiers sans aucune ressource ; sur un total de 17 607 personnes, un tiers seulement déclare exercer une activité professionnelle¹⁰. Dans ces conditions, comment se rendre aux rendez-vous quand on n'a pas les moyens de se déplacer et qu'on est loin de son lieu de consultation ?

Généralement, les exilé-e-s avaient un travail dans leur pays, étaient impliqués dans leur communauté et faisaient vivre leur famille. L'interdiction de travailler les place dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'État d'accueil. De soutiens de famille autonomes dans leur pays, ils deviennent dépendants, perdent l'estime d'eux-mêmes et craignent de perdre celle de leurs proches. Cette situation engendre un effet pervers que dénoncent les professionnel-le-s. Les gens n'existent plus qu'à travers leurs maladies puisque c'est le seul espace social qui leur est accordé. Certains d'entre eux sont donc malades en permanence.

À la dépendance s'ajoute l'isolement. Comment nouer des relations quand on ne peut exercer une activité professionnelle ou, tout simplement, une activité de loisirs ? L'isolement, l'inactivité contrainte, le sentiment d'inutilité et la perte d'estime de soi sont de réels facteurs de risque en matière de santé mentale.

¹⁰ Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH n° 2-3-4, janvier 2012) : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>

Des réponses inadaptées et insuffisantes

Le droit commun n'est pas à la portée de tous et toutes

Dans une étude réalisée par l'Anaem* à partir des fiches de visite médicale à l'entrée et à la sortie du dispositif national d'accueil (DNA*), intitulée *La santé des demandeurs d'asile hébergés en Cada et CPH en 2005*, le Dr Marc Wluczka¹ écrivait : « *La santé mentale et psychique des personnes hébergées reste malheureusement catastrophique puisque, comme en 2004, loin de régesser, la prévalence des pathologies mentales (la plupart liées à la souffrance psychique) passe de 1,22 % à 1,60 %, chiffre dont on peut de surcroît affirmer qu'il est sous-évalué [...]. Nous ne pouvons que répéter sans en changer un mot ce que nous écrivions il y a un an. Les causes de ce problème grave sont multiples et on peut avancer qu'il s'agit d'une conjonction de deux phénomènes. Le premier est la décompensation psychique lors de la mise en sécurité. Il est bien connu et bien documenté. L'autre est la défaillance presque complète de structures de soins psychiques, soit qu'elles sont en trop petit nombre (structures spécialisées), soit que, pour une raison ou pour une autre, elles s'avèrent incapables de proposer une aide thérapeutique à ces personnes (structures sectorisées).* »

Ce constat sévère de la part d'un médecin de santé publique, confronté quotidiennement à la réalité sur le terrain, est largement confirmé par les professionnels rencontrés lors de la rédaction de ce livre blanc.

Pour beaucoup, les dispositifs du droit commun sont à la fois insuffisants en nombre et inadaptés pour faire face aux besoins de cette population.

Méconnaissance. Les victimes des tortures sont tout à la fois méconnues des acteurs institutionnels et absentes des politiques de santé publique, des recherches épidémiologiques, des statistiques et des programmes de for-

¹ Médecin-chef du service de santé publique et d'assistance médicale de l'Anaem en 2005.

mation des professionnels. Pourtant, « *les probabilités pour qu'un praticien puisse être ou ait été confronté à un ensemble de pathologies qui relèvent des suites de torture sont importantes, et malgré cela, rien, dans les études médicales, n'y fait ne serait-ce qu'une allusion* » répondaient le Dr Hélène Jaffé et le Pr Lionel Fournier à la question « Pourquoi un manuel destiné aux praticiens face à une victime de torture ? »².

Le personnel médical n'est pas préparé à la prise en charge et au suivi de personnes ayant des parcours atypiques, faits de rupture, de déracinement, de deuils. Ces situations sont très éloignées de ce à quoi les acteurs du soin sont généralement confrontés. Il est fort compréhensible qu'ils soient dans l'incapacité de « faire avec » ce public sans un minimum de formation et de sensibilisation à ses problématiques. Mais ils ne sont pas les seuls responsables des carences du système.

Cette situation doit être examinée dans le contexte de la politique migratoire en France. À la décharge des praticiens ou des services de soin, les questions légales et administratives sont tellement complexes aujourd'hui et les discours publics à l'encontre des étrangers tellement stigmatisants, que les professionnels peuvent être dans une situation de grande confusion quant à l'appréhension de la situation d'un demandeur d'asile. Il leur est difficile de déterminer ce qu'ils peuvent s'autoriser ou ce qu'ils doivent s'interdire de faire. Les prérogatives du soignant s'effacent parfois derrière la crainte et la confusion véhiculées par le discours public.

La méconnaissance des besoins spécifiques de cette population est une entrave à l'accueil et aux soins et explique, pour une large part, les carences du système. Parfois, elle est même source de coûts inutiles. Déroutés par des symptômes changeants et atypiques, les médecins non formés prescrivent de nombreux examens médicaux qui n'apportent pas d'explication satisfaisante sur les dou-

² Association pour les victimes de la répression en exil (Avre), ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Le praticien face à une victime de torture*, 2005.

leurs et les plaintes du patient. Et pour cause !

Dès lors, il n'est pas rare que les associations reçoivent dans leurs consultations des personnes munies d'un épais dossier médical sans, pour autant, que leurs souffrances n'aient été entendues ni soulagées, sans même, dans certains cas, qu'elles ne sachent exactement quelles pathologies ont été diagnostiquées. Cette prise en charge coûteuse aurait pu être évitée par un diagnostic initial pertinent et des soins appropriés.

L'intégration des spécificités des exilé·e·s victimes de torture et de violences politiques dans la formation initiale et continue des professionnel·le·s ainsi que dans les politiques de santé sont des recommandations fortes de ce livre blanc.

Inadaptation et rigidité. Le système est inadapté et ne favorise pas le travail pluridisciplinaire et l'implication des différent·e·s intervenant·e·s. La rigidité de la sectorisation en matière psychologique et psychiatrique, le manque de flexibilité dans les rendez-vous, l'absence de subventions pour financer des interprètes sont autant de limites imposées par un système qui a peu évolué. Une salariée d'un Cada*, interrogée sur les possibilités d'orientation des adultes hébergés vers une prise en charge psychologique, explique les difficultés de partenariat : *« On travaille avec le CMP* de proximité vers lequel, depuis deux ans maintenant, nous parvenons à orienter des personnes. Mais à l'usage, on s'aperçoit qu'ils nous reprochent le fait que les gens n'honorent pas systématiquement leur rendez-vous³. Mais c'est bien là justement toute la problématique ! On le leur dit dès le départ afin qu'ils essaient de travailler là-dessus avec les personnes. Et ils refusent ceux qui ne parlent pas assez bien le français, ils ne veulent pas payer les interprètes. La réponse s'arrête souvent là. »* Ce témoignage n'est pas exceptionnel, il reflète les difficultés de la plupart des Cada* obligés de batailler ferme pour nouer des partenariats avec des structures de droit commun censées accueillir tout le monde sans distinction. Et il n'y a guère d'alternative car les CMP* et CMPP* sont les seuls lieux de droit commun où les soins psychologiques sont dispensés gratuitement.

Carence en interprétariat. Les structures de droit commun font rarement appel à des interprètes. Pourtant, la barrière linguistique est un obstacle majeur à l'accès aux

³ Cela peut être le cas pour raison de troubles de mémoire et de concentration, séquelles très répandues de traumatismes graves, ou bien de troubles spacio-temporaux, également assez répandus. Les patients oublient leur rendez-vous, arrivent très en retard, vont trop mal pour s'y rendre sans penser à décommander, etc.

« Les probabilités pour qu'un praticien puisse être ou ait été confronté à un ensemble de pathologies qui relèvent des suites de torture sont importantes, et malgré cela, rien, dans les études médicales, n'y fait ne serait-ce qu'une allusion. »

D^r Hélène Jaffé et P^r Lionel Fournier

soins, tout particulièrement au soin psychothérapeutique. Le dialogue entre le professionnel et le patient est essentiel. Comment, sinon, faire part du diagnostic, annoncer une éventuelle maladie grave, obtenir le consentement éclairé du patient pour des soins si la communication est impossible? Souvent, les difficultés de compréhension entravent la prise en charge des personnes non francophones pendant les consultations. À titre d'exemple, à Marseille, le recours à un interprète est nécessaire dans plus de 60 % des cas pour la PASS* et dans plus de 80 % des cas pour les patients reçus par l'association Osiris. Le recours à un interprète suppose également un temps de consultation plus long. D'une manière générale, la prise en charge des exilé·e·s victimes de torture allonge le temps d'accueil et d'accompagnement. L'absentéisme aux rendez-vous, lié parfois aux peurs et difficultés des patient·e·s, nécessite de la patience et une attitude proactive de la part du soignant sans être non plus harcelante. L'accompagnement thérapeutique dure également plus longtemps. Cette réalité n'est pas intégrée par les structures de droit commun qui ont des difficultés à « tolérer » que les patient·e·s manquent des rendez-vous. Il est absolument essentiel que la formation des professionnel·le·s et les financements de ce temps supplémentaire soient pris en compte par les pouvoirs publics.

Le tout curatif a ses limites

L'approche sanitaire française est essentiellement tournée vers le curatif au détriment du préventif. Or, lorsqu'il s'agit de lutter contre la torture, la reconnaissance des victimes en tant que telles est indispensable; on parle alors de prévention primaire*. L'identification des effets des violences et des tortures passe nécessairement par l'accès à des soins adaptés qui permettront de déclencher une réponse appropriée.

Si les effets de cette prise en charge ne peuvent être attendus que sur du long terme, la situation des victimes impose néanmoins de mettre en place des réponses immédiates. Ainsi, il s'agit de procurer, à temps, un soin de qualité et pérenne, mais aussi de permettre l'autonomie

et la réinsertion sociale des patient·e·s; on parle alors de prévention secondaire*.

Dans un souci de contrôle pérenne et proactif des dépenses de santé, selon les meilleures pratiques reconnues par l’OMS, le système de santé doit intégrer plusieurs approches et niveaux de prévention. En pratique, le système lié à la santé mentale ne déroge pas à la règle. Certes les soins psychiatriques restent relativement accessibles, mais trop souvent la prise en charge se limite à une prescription de médicaments sans proposition d’accompagnement psychothérapeutique. Pourtant la prise en charge précoce des troubles psychologiques a un impact favorable en termes de santé publique. En évitant que le traumatisme ne s’enkyste*, elle réduit les troubles somatiques et psychiques, et représente donc une économie financière non négligeable en limitant les examens et les hospitalisations inutiles. Elle participe de la prise de conscience des méfaits de la torture et, à ce titre, constitue un des moteurs de la prévention primaire*.

L’approche « segmentée » de l’individu, caractéristique des pratiques en France, pose un réel problème. Les récentes recherches sur les inégalités sociales de santé ont souligné que seule une approche globale des déterminants de santé, et pas seulement ceux liés aux soins, pouvait avoir un impact positif. La prise en compte des aspects sociaux, administratifs et juridiques est donc essentielle. Les centres qui accueillent les populations les plus vulnérables l’ont bien compris et l’appliquent avec succès depuis de nombreuses années.

Les centres et consultations spécialisés sont saturés

À situation exceptionnelle faut-il une réponse exceptionnelle? Les carences du système de santé de droit commun ont motivé un certain nombre de professionnel·le·s à ouvrir des lieux de soins ou des consultations spécifiques au sein d’associations accueillant des migrant·e·s.

L’exemple de l’association Parole sans frontière est à ce titre révélateur. Fondée en 1991 à Strasbourg, elle a mis en place, fin 2007, des consultations psychothérapeutiques pour victimes de torture, réfugié·e·s et personnes vulnérables, car il n’existait et n’existe toujours pas de dispositifs publics autres que psychiatriques à Strasbourg et dans tout l’est de la France. Même constat dans le sud-est où l’association Osiris, située à Marseille, reçoit des patient·e·s de toute la région et des régions limitrophes dépourvues de structure spécialisée.

En France, il existe cinq centres de soins dédiés aux victimes de la torture et/ou de violences politiques, et cinq autres qui accueillent plus largement les exilé·e·s, parmi lesquels un nombre important de victimes de torture ou de violences politiques. Pas plus de dix structures sur tout le territoire pour accueillir, soigner et accompagner plusieurs centaines de milliers de personnes! Les centres spécialisés et les consultations sont, par voie de conséquence, saturés. Dans la plupart, le délai d’attente varie de trois mois à presque un an (cf. Annexe 1). Ce qui explique que ces lieux, sollicités par des professionnel·le·s, ont dû mettre en place des formations et des espaces de documentation.

Ils sont rapidement devenus des centres de ressources très fréquentés. Le Centre Primo Levi a ainsi développé depuis plusieurs années des outils, notamment des formations, pour aider les professionnel·le·s à accueillir et accompagner ce public. Il s’engage en outre à soutenir le développement de centres de soins adaptés sur l’ensemble du territoire.

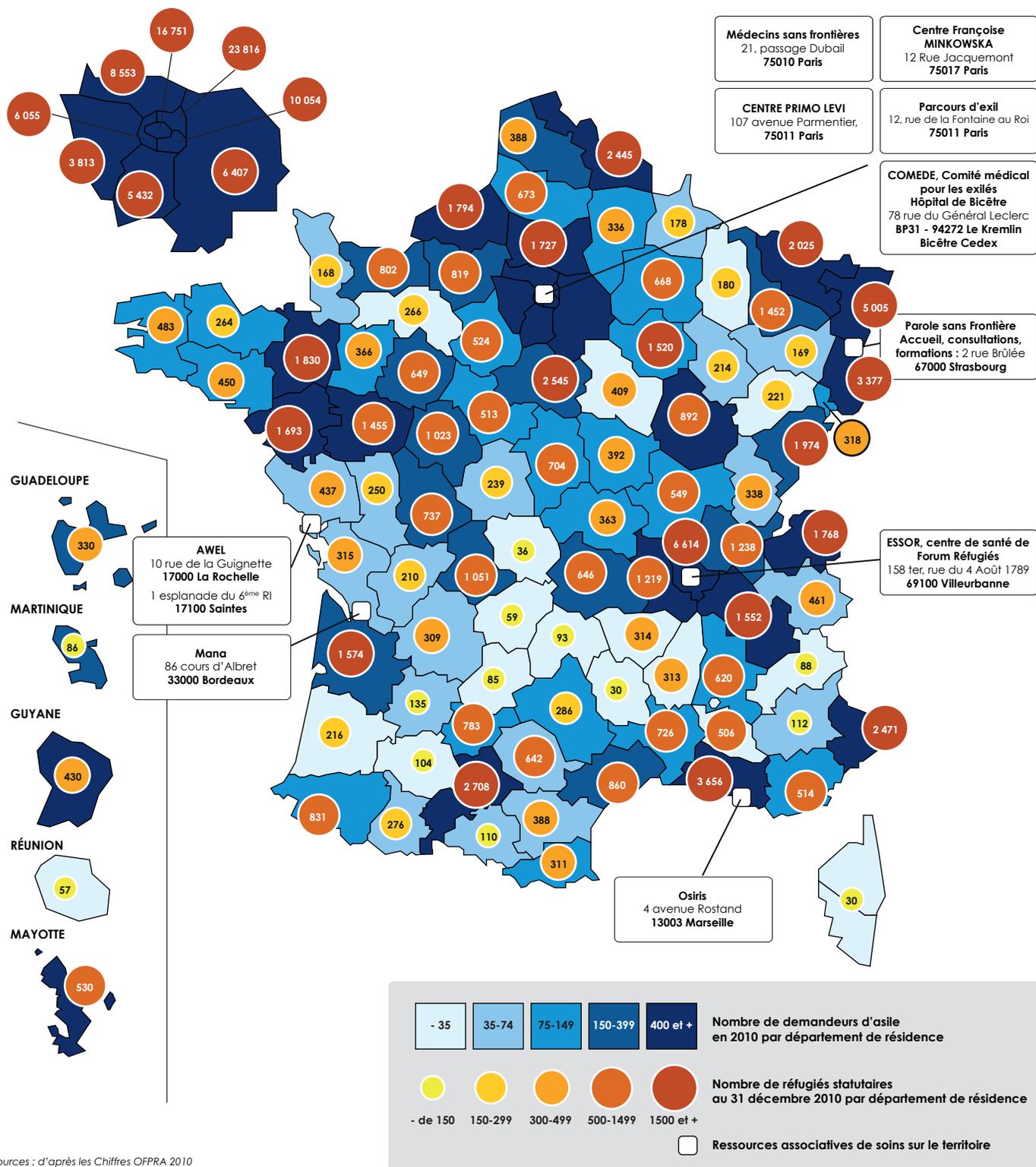
L’inégalité géographique est frappante. Dans certains cas, elle est liée à la disparité des flux sur le territoire. Certaines régions concentrent davantage d’exilé·e·s. C’est le cas de l’Île-de-France, de Rhône-Alpes et de PACA. Paris compte cinq centres et une consultation hospitalière, ce qui n’est pas suffisant au regard des besoins (cf. Annexe 2, délais d’attente), mais la situation est toutefois moins critique qu’en PACA ou Rhône-Alpes qui, bien qu’accueillant un grand nombre d’exilé·e·s, ne disposent chacun que d’un seul centre spécifique. En Bretagne, dans le sud-ouest ou encore dans le centre de la France, il n’y en a tout simplement pas (cf. carte de France ci-contre).

Alors que les besoins sont importants, certaines structures n’ont pas pu voir le jour malgré des équipes motivées. D’autres ont disparu, faute de soutiens et de financements suffisants comme l’Avre, dissoute en 2007 à Paris, ER à Grenoble en février 2011 et Geza Roheim à La Rochelle en mars de la même année.

Les besoins sur le territoire français sont disparates. Des dispositifs sont donc à penser en fonction des réalités et des besoins locaux (cf. « Pour une politique de santé publique efficace », p.22). L’expertise et l’expérience acquises par ces structures pourront concourir à la mise en place de bonnes pratiques sur l’ensemble du territoire pour peu qu’on les associe aux nécessaires réformes.

Par ailleurs, il y a un réel intérêt à rapprocher les patient·e·s des centres spécialisés puisqu’on ne peut pas les multiplier. Il s’agira donc de repenser l’hébergement des personnes en fonction de leurs besoins et de l’offre de soins disponible.

Victimes de torture : peu de centres de soins au regard des besoins



Sources : d'après les Chiffres OFPRA 2010
Réalisation : emilieroudier.com



Observatoire de la mission France de Médecins du Monde

Les 21 Caso (centres d'accueil, de soins et d'orientation) de Médecins du Monde sont en première ligne pour accueillir les personnes qui n'accèdent pas aux dispositifs publics de soins en France. En 2010, sur les 28 160 personnes reçues, 92 % sont étrangères dont 66 % présentes sur le territoire français depuis moins d'un an. 10 % des patient-e-s, soit 2 040 personnes, ont été victimes de violences dans leur pays, chiffre sous-estimé d'après le rapport, dans la mesure où la question n'est pas systématiquement abordée par les médecins et que les personnes hésitent à en parler. L'association insiste sur la nécessité d'élargir les dispositifs mobiles de psychiatrie-précarité ainsi que les PASS* psychiatriques car plus de 12 % des patient-e-s présentent une pathologie psychologique ou psychiatrique.

Les équipes constatent également une détérioration globale des conditions de logement : « *L'insuffisance du nombre de places en Cada conduit les demandeurs d'asile, dont des familles entières, à dormir dans la rue.* » L'association dénombre 28 % des demandeurs d'asile vivant dans un logement précaire et 19 % à la rue.

Source : Synthèse du rapport 2010 (parution octobre 2011) de Médecins du Monde.

Téléchargeable sur <http://www.medecinsdu-monde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/>

Des associations tournées plus largement vers les exilé-e-s et/ou les migrant-e-s accueillent et accompagnent également les personnes ayant été victimes de tortures et/ou de violences politiques. C'est le cas par exemple du Comede* ou du Centre Minkowska (cf. Annexe 1 : les centres de soins) qui comptent dans leur file active de nombreuses victimes. Ainsi, entre décembre 2011 et janvier 2012, sur 393 patients reçus en médecine et/ou psychothérapie au centre de santé du Comede⁴, 127 (32 %) ont subi des tortures (selon la définition de l'ONU) et 281 (72 %) ont subi des violences (selon la définition de l'OMS). Sur ces 393 patients, 307 étaient en cours de demande d'asile. Parmi ces derniers, 36 % ont subi des tortures et 80 % ont subi des violences.

D'autres structures accueillant les personnes vulnérables reçoivent également des victimes de torture et de violences. C'est le cas des Caso* de l'association Médecins du Monde, présents sur le territoire via 21 centres et 81 unités mobiles de proximité (cf. encadré ci-contre).

Enfin, il existe quelques consultations pour migrants dans les structures publiques. On peut citer par exemple la consultation de l'hôpital Avicennes à Bobigny ou la consultation transculturelle de l'hôpital Cochin. Ces structures offrent également un accompagnement avec interprète si nécessaire et prennent en charge les mineurs isolés. Ces dispositifs sont trop peu nombreux sur le territoire.

⁴ Données fournies par le Comede sur les antécédents de torture et de violence.



J., né en Colombie

Récit d'un parcours

J. a à peine 9 ans quand son père, agriculteur, est approché par **les FARC (Forces armées révolutionnaires de Colombie) qui le menacent de mort** s'il refuse de devenir chauffeur de camion pour eux. Depuis toujours opposé à ce mouvement, le père de J. refuse et est alors contraint de fuir. Il trouve refuge en Guyane française. Sa femme et son fils quittent leur maison, leur région et se cachent dans un territoire où les FARC sont moins présentes. Malheureusement, deux ans plus tard, alors que la famille commence à envisager de se retrouver et de s'installer dans cette région de Colombie, les FARC retrouvent la mère et son fils, et les menacent à leur tour.

Ils doivent de nouveau tout quitter et rejoignent eux aussi la Guyane. La famille décide alors de partir pour la France.

Ils arrivent en décembre 2011. Le père entend très vite parler du Centre Primo Levi et, notamment, de la possibilité d'y bénéficier de consultations psychothérapeutiques avec un psychologue hispanophone.

Leur installation en France est très chaotique. Alors qu'ils demandent l'asile et que la famille comprend un mineur, elle ne bénéficie pas de place en Cada*. En trois mois, les services du Samu social les envoient dans trois hôtels différents. Les parents et leur fils vivent dans une toute petite pièce, dans des conditions insupportables. Des hôtels de plus en plus éloignés de Paris et donc du centre de soins où la famille est suivie. Des hôtels de plus en plus insalubres, sales, infestés de cafards, dont les portes ferment mal, sans intimité, sans possibilité de faire la cuisine, au chauffage déficient, avec une salle de bains commune sur le palier.

Ces changements permanents d'hébergement et donc d'adresse ont empêché le petit J. d'être inscrit à l'école. Il est de plus en plus isolé, ne parle pas la langue, n'a aucun ami. Il lui est totalement impossible de s'inscrire socialement dans ce nouveau monde dans lequel il a été projeté. Chaque séance au centre de soins est ponctuée par ses pleurs et ses regrets, la situation d'isolement dans laquelle il a la sensation d'être emprisonné. Le psychologue tente de le faire progresser, de l'aider à comprendre et résorber ses insomnies, ses cauchemars, essaye de l'aider à reconstruire celui qu'il est profondément, celui qu'il était avant l'irruption de la violence dans sa vie, tout en l'aidant à grandir, dans cette période de pré-adolescence particulièrement complexe.

Mais tant que la précarité sociale le maintiendra dans un tel état d'isolement, l'empêchera d'aller à l'école, le forcera à vivre dans une petite pièce avec ses deux parents, à rester éveillé la nuit pour pouvoir chasser les cafards de son lit, quels progrès peut-il véritablement accomplir dans son travail avec ce psychologue ?

Pour une politique de santé publique efficace

En théorie, le droit à la santé n'est pas lié à une quelconque situation administrative. Qu'une personne soit réfugiée statutaire, en cours de demande d'asile ou sans papiers, elle doit pouvoir accéder à des soins. Or, dans les faits, la situation est tout autre. L'un des arguments utilisés par les pouvoirs publics pour justifier cette situation est que les personnes déboutées du droit d'asile et, plus généralement, sans papiers, n'ont pas « vocation » à rester sur le territoire. Pourtant, on sait aujourd'hui que la non-effectivité du droit à la santé ne dissuade pas les gens de rester, d'autant moins que, contrairement aux idées reçues, les exilé·e·s cherchant refuge en France n'y viennent pas pour user du système de santé mais, avant tout, pour fuir les persécutions. Il s'agit donc d'assurer l'effectivité du droit à la santé pour les victimes de torture et de violences politiques en élargissant des politiques de santé et en les adaptant aux spécificités de leur vécu. L'objectif est de créer les conditions optimales d'accès à des soins adaptés. Cet objectif n'est pas qu'une obligation éthique ou même sanitaire, c'est aussi la garantie d'une meilleure gestion des financements : une prise en charge précoce et de qualité limite les impacts médico-économiques liés à des pathologies laissées sans soins (cf. interview p. 24).

Élargir les politiques de santé publique

Actuellement, les politiques publiques en direction des migrant·e·s sont majoritairement orientées vers la prévention et le soin des maladies infectieuses (VIH, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, tuberculose). Désormais, des programmes spécifiques concernant la santé mentale doivent être développés. Pour cela, et il s'agit bien des prérogatives de l'État en matière de santé publique, il faut approfondir la recherche sur le sujet et identifier en tant que telles ces populations au titre des personnes vulnérables dans les programmes de santé publique. Car actuellement, les victimes de torture et de

violences politiques ne sont pas mentionnées dans le plan de santé mentale¹.

Financer la recherche publique. La production de savoirs, de données et d'enquêtes en population générale sur l'ensemble du système (public et privé) doit être encouragée. Il y a un déficit en matière de recherches médicale et épidémiologique. On observe tout particulièrement une carence dans le domaine de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire dans la mise en échange de disciplines qui doivent pouvoir dialoguer. En effet, observer un objet aussi complexe que la santé et ses déterminants requiert un nombre important d'éclairages. C'est une des raisons pour lesquelles l'impact des déterminants sociaux de santé est aussi difficile à appréhender. Ainsi, dans le champ de la santé mentale, la mesure de la santé reste à développer, en restant toutefois prudent quant aux instruments d'objectivation de la pensée.

Des projets de recherche intégrant les migrant·e·s, leur pays de naissance, leurs conditions de vie avant d'arriver en France, pourraient être financés via des appels d'offres spécifiques. Il s'agira de combiner épidémiologie et enquêtes qualitatives. Ces projets de recherche incluront les différents dispositifs : dispositifs de droit commun, associations spécialisées, réseaux ville-hôpital, réseaux psychiatrie et précarité.

Plus largement, une réflexion nationale sur la santé mentale des personnes ayant subi des tortures ou des persécutions, et sur leur prise en charge devrait être menée. Ce serait notamment l'occasion de préciser le champ et d'interroger la nosographie.

Des recherches en économie de la santé devraient également être suivies afin de mesurer l'impact financier que représente une prise en charge tardive. En effet les séquelles des tortures et violences peuvent s'avérer coûteuses en soins ou en hospitalisation. Ainsi, les patho-

¹ La version disponible à ce jour ne fait allusion qu'aux personnes sans domicile fixe. http://www.apmnews.com/documents/PPSM_document_de_travail_janvier2012.pdf

logies psychiatriques sont-elles aux premiers rangs des causes médicales d'arrêt de travail et d'affections de longue durée. Ces coûts doivent être impérativement réexaminés en regard de ce que coûterait une véritable politique de prévention.

Des recherches-actions* permettraient de documenter les prises en charge originales et de réfléchir à leur généralisation. Elles favoriseraient la collaboration entre le secteur associatif et la recherche.

Les résultats des recherches, si tant est qu'elles soient prises en compte comme outils d'aide à la décision, permettraient de dégager des priorités d'action et de leur allouer des ressources. D'ores et déjà, on sait que l'investissement pour la réduction des inégalités de santé dans la prévention, le recrutement, la formation et la gestion des ressources humaines (métiers de la santé notamment) sont des pistes prioritaires.

Il importe donc d'encourager la recherche en veillant à la diffusion des savoirs, à la production de recommandations et à la mise en place de formations en appui aux pratiques de santé publique et de soins. La prise en compte des enjeux de santé publique, autres que le soin, tels que le logement ou l'emploi, est également essentielle.

Réorganiser les soins

Si les centres spécialisés sont complémentaires des dispositifs de droit commun et en garantissent l'accès, ils ne peuvent absolument pas pallier les carences de prise en charge. Pour qu'une articulation effective et efficace entre le droit commun et les centres spécifiques soit possible, il faut au préalable renforcer les acteurs en présence, les coordonner et développer des outils.

Soutenir les centres et consultations spécialisés.

Les centres de soins associatifs sont en première ligne. Le travail, l'expertise et le professionnalisme de ces structures ne sont plus à démontrer. Elles ont su, tout en comblant une partie des lacunes des dispositifs de droit commun, formaliser et théoriser leurs pratiques, les documenter et les diffuser via des rapports, revues et colloques. Il existe ainsi une littérature riche et insuffisamment exploitée. Certaines sont devenues des références en matière de formation et de documentation comme le Centre Primo Levi à Paris, d'autres encore des spécialistes de plaidoyer en matière d'interprétariat comme l'association Parole sans frontière à Strasbourg. Or leur pérennité est menacée par leurs difficultés financières chroniques.

Le Dr Bernard Granjon, président d'Osiris à Marseille, écrit dans le dernier rapport d'activité de l'association :

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »
Constitution de L'Organisation mondiale de la santé, 1946.

« L'alerte aura été chaude : en septembre 2010, sans l'aide d'un certain nombre d'instances associatives et officielles sensibles à la qualité et à l'originalité de notre travail, nous n'étions pas en mesure de surmonter nos grosses difficultés de trésorerie ! La faute à qui ? Essentiellement à une subvention acquise il y a trois ans et toujours pas versée en dépit des promesses renouvelées de notre bailleur. Depuis, la situation s'est apurée en même temps que notre angoisse se dissipait. Pour autant cet épisode doit nous servir d'expérience en nous rappelant la fragilité financière d'une association comme la nôtre.² » Il conclut à la nécessité de diversifier les bailleurs pour garantir une solidité financière minimum. C'est la stratégie suivie par le Centre Primo Levi qui sollicite et reçoit l'aide de pas moins de 35 bailleurs chaque année, ce qui représente un temps considérable passé en rédaction de dossiers de demande de subvention et de comptes rendus d'utilisation des fonds alloués.

Les centres constatent à la fois une augmentation de leurs coûts en personnel, notamment social et juridique, et en interprétariat, et une baisse continue des aides publiques. C'est le cas des subventions européennes ; le retrait total de la direction des relations extérieures de l'Union européenne, prévu pour 2013, aggravera sans doute la situation. Les États sont censés prendre le relais mais, dans les faits, on observe une réduction des subventions de l'administration centrale sans que les collectivités locales puissent pour autant assumer ces transferts de charges.

Ces centres de soins sont pourtant de véritables observatoires de la situation sanitaire et sociale des exilé-e-s. Ainsi le Comede exploite les données recueillies au sein de ses deux dispositifs de soins et Médecins du Monde a mis en place, depuis 2000, un Observatoire de l'accès aux soins qui analyse les informations transmises par ses 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation, et ses 81 unités mobiles de proximité.

Soutenir le recueil et l'exploitation de ces données est essentiel. Mais faute de ressources suffisantes, il est difficile pour ces structures de poursuivre une mission qu'elles sont presque les seules à accomplir.

² Association Osiris, rapport d'activité 2010, p. 3.



La prise en charge des victimes de torture relève bien de la santé publique

Entretien avec Maryse Simonet, membre du conseil d'administration de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (Amisp)

Pour vous, en quoi la prise en charge des victimes de la torture et des violences politiques relève-t-elle de la santé publique ?

Sur le plan moral (éthique), et selon une approche individuelle, la primauté de l'accès à un soin de qualité pour les victimes de torture est incontestable au registre de la déontologie médicale. L'accès à un soin de qualité pour les victimes de torture est aussi une question populationnelle car elle touche la santé de l'ensemble de la population sur le territoire. Elle est une question de politique distributive, posée en période de rigueur sous l'angle de la performance du système de santé, qui implique alors d'élargir la solidarité nationale à cette population. En cela, elle interpelle positivement toutes les références éthiques et techniques de santé publique disponibles, pour penser la santé en population.

Sur quelle vision se fonde cette approche ?

Selon certains spécialistes de l'éthique en santé publique, le registre des droits de l'homme impose l'accès au soin, mais les droits inaliénables ne sont pas hiérarchisables et, en face, les ressources sont limitées. C'est le registre de l'utilitarisme objectif qui développe l'idée que la production d'années de vie en bonne santé reflète la performance d'un système de santé. Cette performance est maximale lorsque les problématiques de santé les plus graves, répandues et amendables par un traitement abordable ou une prévention, sont prises en compte¹. La mise en œuvre la plus aboutie, l'approche DALYS, récapitule les années de vie en bonne santé et pleine productivité, perdues par décès, morbidité ou handicap. Elle reste très globale, elle ne fournit pas à ma connaissance de données spécifiques à ce public. Elle permet de hiérarchiser au niveau global, voire national les priorités de santé en rapprochant coûts et efficacité en DALYS, par grands types de service de santé. Cependant cette logique plaiderait en faveur de la prévention et de la prise en charge des conséquences de la torture.

Selon cette approche, les victimes de la torture et des violences politiques seraient prioritaires ?

En effet, cette approche quantifiée mettrait probablement l'accès aux soins pour les personnes victimes de torture en haut des priorités de soin, compte tenu de la forte et précoce dégradation de l'état de santé de ces personnes, pour des affections curables. D'une manière générale, les actions de soins et de prévention gagnent en efficacité lorsqu'elles sont intégrées. Par exemple, c'est par l'accès aux soins que l'on peut faire le bilan des effets de la torture. Enfin, on retrouve aussi des corrélations statistiques entre, d'une part, différentes mesures de l'état de santé et, d'autre part, les inégalités, le respect des droits de l'homme ou la démocratisation qui plaident pour une approche multidimensionnelle des relations santé-torture. À chaque fois que des minorités sont maltraitées, c'est l'ensemble de la société qui est touchée.

Face à ce discours utilitariste une autre approche est développée, portée sur l'égalité...

Oui. Vous faites référence au discours égalitaire qui rejoint celui des utilitaristes, puisque la situation des victimes de torture s'inscrit au cœur des inégalités de santé dont on a reconnu le rôle néfaste pour la santé de tous, depuis les années 1990. D'ailleurs l'OMS a inscrit la réduction des inégalités de santé comme le principal déterminant de la performance d'un système de santé².

Autrement dit, chacun-e a intérêt à ce que les victimes de torture exilées en France aient accès aux soins, qu'il s'agisse d'un raisonnement humaniste ou d'un calcul d'efficacité et d'intérêts personnels. »

¹ Voir par exemple: Marc J Roberts, Michael R Reich : « Ethical analysis in public health », *The Lancet*, Vol. 359, 23 mars 2002. http://134.174.190.199/faculty/michael-reich/files/ethics_lancet.pdf

² Voir The World health report 2000, message from the director general www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Améliorer les dispositifs de droit commun. Il faut adapter les structures de droit commun (PASS*, CMP*, CMPP*) à la prise en charge des victimes de torture, leur donner les moyens d'agir réellement et efficacement sur tout le territoire en favorisant l'interdisciplinarité et l'interprétariat, et en accordant aux équipes le temps de consultation indispensable à une prise en charge de qualité.

Renforcer la pluridisciplinarité. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS*) offrent aux personnes démunies une prise en charge sanitaire et sociale. Elles sont censées faciliter l'accès de ces personnes aux services de droit commun, hospitaliers notamment, et aux autres dispositifs, associatifs par exemple. Elles ont pour mission d'établir ou de rétablir les droits administratifs des personnes accueillies. Les migrants, parce qu'ils sont plus vulnérables, représentent un public important pour de nombreuses PASS*. Leurs consultations peuvent tout à fait permettre de repérer les symptômes traumatiques et de réorienter les exilé·e·s ayant besoin de soins vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Dans les faits, les freins à l'accès aux PASS* pour des personnes vulnérables sont nombreux. Ainsi à Marseille, comme le souligne Reem Mansour, médecin à la PASS* du CHU, les conditions de travail (manque ou dispersion des bureaux et mauvaise signalétique au sein de l'hôpital), et le manque de personnel (seulement quatre demi-journées de consultations médicales) constituent les premières difficultés d'accès aux services proposés. Par ailleurs, il n'y a pas de liens privilégiés avec l'assurance maladie, et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en admission immédiate et l'aide médicale d'État (AME*) en soins prioritaires n'existent pas, ce qui rend impossible l'accès gratuit aux soins pour des personnes qui n'ont pas les « bons papiers ». Les disparités sont nombreuses sur le territoire ; une mise en cohérence des PASS* est en cours, qui mérite d'être soutenue si on veut que ce dispositif joue son rôle. La pluridisciplinarité permet de considérer l'individu dans sa globalité. Cela ne signifie pas qu'on ne prend pas en compte des plaintes spécifiques mais qu'on s'interroge sur le reste, ses conditions de vie, de subsistance, son sentiment de sécurité. Cela signifie aussi que dans une équipe multidisciplinaire, il n'y a pas une discipline supérieure aux autres. Le médecin n'est pas « au-dessus » du psychologue. Ce qui prime c'est le besoin de chaque patient·e, la hiérarchie des besoins se décidant au cas par cas. Pour être efficaces, les consultations pluridisciplinaires doivent s'appuyer sur des équipes réduites ; par conséquent, la file active est nécessairement limitée. La pluridisciplinarité suppose en effet que les différents professionnels

puissent échanger sur les patient·e·s pour décider de la prise en charge la plus cohérente en fonction des diagnostics établis par chacun des intervenants. Une équipe limitée garantit la qualité du dialogue et un temps raisonnable consacré aux réunions et à l'échange de pratiques. Les dispositifs publics devront intégrer cette nécessité avant toute création de services destinés à ce public.

Prendre en compte le temps du soin. La prise en charge des victimes de violences politiques et de torture nécessite du temps. Étant donné le vécu traumatique particulièrement lourd de ces personnes, la barrière linguistique et les facteurs psychologiques et culturels, la précarité sociale et administrative (absence de protection réelle), elle mobilise les équipes professionnelles sur une plus longue durée. C'est le manque de temps qui pose le plus de problème car, pour lutter efficacement contre les effets de la torture, le praticien doit écouter le patient et respecter son rythme. Ce qui suppose que le praticien adapte sa pratique et intègre également la possibilité d'un défaut de présence aux rendez-vous (absentéisme ou retard). La relation thérapeutique implique nécessairement la flexibilité des dispositifs et la patience du thérapeute. Prendre le temps, ne pas être intrusif, ne pas pousser la personne à parler de ce qu'elle a subi, la laisser exprimer ce qu'elle souhaite au moment où elle le souhaite. Certain·e·s mettent des années avant de raconter, d'autres ne parleront jamais de ce qu'ils ou elles ont vécu. Les financeurs doivent prendre en compte le temps nécessaire à ce type d'accompagnement (durée des séances et du suivi). L'allongement de la durée de consultation et de suivi des psychologues des CMP* et CMPP*, également induit par le recours à un interprète, doit être rémunéré.

Développer le recours à l'interprétariat professionnel. La question de la langue est un enjeu pour l'accès aux soins des personnes migrantes. Les associations font face à cette difficulté en recourant à des interprètes professionnels formés. Toutefois, le coût de leur intervention et de leur formation n'est pas négligeable.

Les membres du collectif PASS³ ont réaffirmé lors du colloque « Les PASS : une éthique des paroles aux actes », organisé le 26 janvier 2012, l'importance de l'interprétariat professionnel au sein des permanences, en indiquant que le coût initial du recours à l'interprétariat était largement compensé par les économies humaines et financières induites par une prise en charge précoce et adaptée. Les intervenant·e·s ont également rappelé que, dans

³ <http://collectifpass.org/>

les PASS*, bien souvent l'interprète accompagne la personne, après la consultation, vers tel ou tel service médical, et participe au remplissage de formulaires administratifs. Le temps d'accompagnement est donc parfois assez long et doit être financé à sa juste mesure.

Le développement et le soutien de l'interprétariat au sein des associations, des CMP* et CMPP*, ainsi que dans les PASS* et à l'hôpital, relèvent de la responsabilité politique. On ne peut que constater le manque d'interprètes formés en France du fait d'une dévalorisation du métier et d'une rémunération trop faible. Afin de permettre une prise en charge des exilé·e·s non francophones ayant besoin de soins psychologiques, les agences régionales de santé (ARS) pourraient doter les dispositifs accueillant ce public d'une enveloppe dédiée à l'interprétariat, conçu comme un véritable métier. Les crédits seraient dégagés en fonction de la file active ; leur utilisation ferait l'objet de procédures identiques aux autres crédits publics en matière d'indicateurs de résultats et de justificatifs financiers (introduits par la loi organique des lois de finances, LOLF).



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.

Renforcer la prise en charge dans le DNA. Dans son dernier rapport, Forum Réfugiés dresse un constat plutôt pessimiste de la situation des Cada*. Rigueur budgétaire oblige, les crédits alloués sont en baisse, des postes sont donc supprimés. Comme le rappelle l'association, « *l'enjeu est bien celui d'une prise en charge de qualité, adaptée aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile afin de garantir la continuité d'une procédure juste et équitable* ». Il faut à la fois renforcer les capacités d'hébergement en Cada* afin de garantir une stabilité nécessaire aux procédures administratives et aux soins, et allouer des crédits à la hauteur de cette mission. Les Cada* sont en effet en première ligne pour repérer les personnes ayant besoin de soins et les orienter.

En outre, dans la mesure où l'on ne peut démultiplier les structures très spécialisées, il est nécessaire de rapprocher les patients des centres existants. Les orientations en Cada* doivent prendre en compte les besoins des patient·e·s et la proximité de l'offre de soins.

Simplifier et encadrer les dispositifs de couverture

sociale. L'accès aux droits relève du « parcours du combattant ». Afin de simplifier les dispositifs administratifs (ce qui permet aussi de réduire les coûts de fonctionnement) et de favoriser ainsi l'accès à une couverture maladie – réellement universelle –, de nombreux professionnel·le·s appellent à une fusion des dispositifs de l'AME* et de la CMU. Cette aide serait accessible à toutes les personnes vivant en France sous le seuil de pauvreté.

En outre, ils et elles demandent également à ce que les droits à la sécurité sociale soient ouverts immédiatement dès le dépôt de la demande d'asile, et que les organismes de tutelle rappellent fermement aux personnels administratifs leur obligation de respecter la loi en ne demandant pas des justificatifs abusifs. Ainsi il n'est pas rare que certaines caisses d'assurance maladie exigent des traductions d'actes de naissance assermentées auprès des tribunaux, en parfaite illégalité. Quand ces documents ne leur sont pas fournis, elles refusent de délivrer la carte Vitale bloquant ainsi l'accès à des soins. Nombre de travailleurs sociaux témoignent de la violence institutionnelle à laquelle ils sont confrontés.

Renforcer les capacités des professionnel·le·s

Formation initiale et continue. Former les médecins généralistes, les personnels des CMP*, CMPP*, PASS* et hospitaliers en général, à recevoir des victimes de torture

et de violences politiques est l'une des premières mesures à prendre. Intégrer un interprète si besoin, disposer de connaissances sur le psychotrauma dû aux tortures et aux violences politiques, établir la confiance, allonger le temps de consultation, prendre en compte le rapport au corps altéré, être réceptif aux enjeux culturels et à la réalité du parcours d'asile aujourd'hui, sont des bases essentielles d'une formation initiale. La pratique des professionnels engagés auprès des victimes de torture depuis plus de 20 ans peut être valorisée et transmise lors de sessions de formation obligatoires pour le personnel confronté à ce public. Il est recommandé d'utiliser des méthodes qui ont fait leur preuve sur le terrain ou qui s'appuient sur des recherches sérieuses. En outre, la formation initiale des soignants, médecins ou praticiens hospitaliers doit également intégrer un module lié à l'identification et au soin du psychotrauma et des effets physiques et psychosomatiques des violences et de la torture. La formation rappelle que chaque prise en charge est unique et nécessite de sortir des stéréotypes et des a priori.

Des temps d'échanges doivent être prévus et financés sur fonds publics afin de faire progresser la compréhension des enjeux et la mise en œuvre de bonnes pratiques. Enfin le partage de pratiques et de connaissances doit se faire tout au long de la carrière des professionnels.

Vécu des équipes. Un temps de supervision des équipes par un-e psychologue doit également être intégré dans les lignes de financement des structures médico-psychosociales. Il est essentiel pour l'équipe de « *prendre du recul pour contrer, par ailleurs, l'épuisement qui guette les professionnels (le fameux "burn out"). Confrontée à la clinique de l'extrême, de "ce que l'homme fait à l'homme"*⁴, *l'équipe est inmanquablement traversée par les violences et les horreurs subies par les patients qui viennent consulter* » écrivait Sibel Agrali⁵. Ce temps d'expression et de retour sur la pratique par les intervenant-e-s en présence d'un tiers extérieur à l'institution permet d'améliorer la prise en charge des patient-e-s. La prévention des risques psychosociaux au travail est indispensable dans ce secteur du soin et de l'accompagnement.

« Prendre soin » des équipes qui accueillent et accompagnent les victimes de torture suppose de se préoccuper de leur état, mais aussi de « soigner » les recrutements en

⁴ Myriam Revault-d'Allonnes, *Ce que l'homme fait à l'homme. Essai sur le mal politique*, Editions Champs, Flammarion, 1999.

⁵ « Quand l'accueil et la protection sont bafoués, quel soin possible ? », in *De la violence politique au traumatisme, Errances et Solitudes*, sous la direction de Véronique Bourboulon et Eric Sandlarz, p.15-23.

amont et d'être attentifs aux conditions de travail pour protéger et soutenir institutionnellement chacun-e (favoriser les temps partiels, prévoir des temps et espaces institutionnels d'échanges et de remise en question – telles que les réunions hebdomadaires de synthèse, les réunions de supervision mensuelles, etc.).

Lutte contre la discrimination. Si la formation est essentielle pour faire reculer l'ignorance et le manque de savoir-faire et de savoir-être des professionnel-le-s, il n'est pas suffisant pour lutter contre la discrimination envers les populations étrangères. Le discours politique doit changer et la notion d'hospitalité faire l'objet de débat et de positionnement politique.

Les chartes des établissements médico-psychosociaux doivent intégrer les notions d'accueil inconditionnel, sans discrimination d'aucune sorte. Les recours des associations ou des Cada* qui orientent leurs usagers vers des CMP* ou autres structures publiques et constatent des atteintes aux droits, doivent être possibles et facilités auprès des organismes de tutelle. Les pratiques discriminatoires doivent être sanctionnées. L'Ordre des médecins doit aussi jouer son rôle. Les refus de soins liés à la CMU ou à la nationalité étrangère du patient doivent être sanctionnés sans délais.

Formation des interprètes. L'interprète n'est pas un « tiers » comme les autres. Il ne suffit pas d'être

“ Témoignage

Extrait du témoignage¹ de Mme B. suivie au Centre Primo Levi

« L'interprète, bien sûr c'est bien. En plus la mienne était très bien. Elle exprimait très bien mes sentiments. Je vois, je sens qu'elle interprète correctement mes sentiments. Je voyais qu'elle donnait les choses que je voulais donner, [pour] qu'il voit, qu'il sente. Si vous parlez et que, des fois, il y a des interprètes qui parlent comme un robot, qui ne donnent pas le même sentiment, [alors le thérapeute ne peut pas] comprendre. »

¹ Revue *Mémoires*, n° 49 avril 2010, p. 6.

bilingue. Des formations qualifiantes, sanctionnées par des diplômes, seraient les bienvenues. Formé aux questions relatives à la santé mentale et aux effets de la torture et des violences, ce professionnel doit bien connaître le public auprès duquel il intervient.

Il doit être ouvert aux émotions du patient et trouver la bonne distance, mais également être sensibilisé au rôle particulier qu'il joue dans cette relation à trois, entre le ou la patiente, le ou la professionnelle et lui. « *Les interprètes professionnels sont soumis à des règles déontologiques strictes. Fidélité dans la traduction, objectivité, secret professionnel et médical, etc. [...]. Ils ne doivent en aucun cas se substituer aux personnes en présence, le soignant et le patient* », expliquait, dans le colloque Migrants et PASS* en mai 2011, Aziz Tabouri, directeur de l'association ISM Interprétariat qui fournit des prestations dans le secteur médicosocial dans plus de 100 langues et dialectes (cf. Annexe 1. Les services d'interprétariat).

L'inclusion dans les équipes est un réel avantage car il permet à l'interprète de mieux appréhender ce qu'il

entend, de comprendre les enjeux et les cadres fixés par le centre de soins.

Travail en réseau contre l'isolement. Garantir l'accès aux soins pour toutes et tous en luttant contre les déserts médicaux est l'un des enjeux auxquels la loi HPST (« Hôpital, patients, santé, territoire ») était censée répondre, notamment via la mise en place des agences régionales de santé (ARS) chargées de piloter la politique de santé à l'échelon régional. Définition de plans régionaux de santé publique, coordination des acteurs institutionnels, associatifs, médicaux. Dans les faits, les agences tardent à fonctionner de manière optimale notamment en matière de coordination.

Les partenariats entre les structures de droit commun et les associations qui accueillent des exilé·e·s victimes de torture et de violences politiques, quand ils existent, reposent uniquement sur la volonté, l'engagement et le travail de quelques individus. La pérennité des réseaux formels et informels constitués repose sur la motivation de tel ou telle membre. Les professionnel·le·s du secteur témoignent tous et toutes de l'importance de la démarche partenariale. Une prise en charge de qualité ne peut reposer sur des acteurs isolés en raison du type même de prise en charge, complexe, parfois éprouvante, qui interroge les professionnel·le·s. Le risque d'usure est grand si l'isolement se prolonge. Les réseaux constitués (cf. Annexe 1, les réseaux) ont besoin d'un soutien politique et financier pour fonctionner. Dans les zones où de tels réseaux n'existent pas, les acteurs isolés doivent être soutenus pour les faire émerger. La faiblesse des dispositifs a un coût humain : les personnes engagées qui animent ces réseaux le font souvent sur du temps bénévole faute de moyens. Un pilotage territorial des acteurs concernés par l'accueil et l'accompagnement de ce public et des institutions faciliterait l'articulation des différents intervenants. Au niveau national, la collaboration avec les fédérations de psychiatres et de psychologues semble également essentielle, notamment dans une optique de sensibilisation et de réflexion.

Se pose la question du pilotage : une action concertée au plus haut niveau est essentielle. Toutefois c'est au ministère de la Santé et non à celui de l'Intérieur de piloter les politiques médico-psychosociales en direction des exilé·e·s victimes de torture et de violences politiques. À un échelon local, les associations plaident pour la mise en place d'une ou d'un référent « migrants et santé mentale » au niveau de l'ARS et des collectivités locales, qui serait chargé de faire le lien entre les institutions, les associations et les établissements publics.



Bonne pratique

Un guide à l'usage des praticiens

Le réseau Santé Mentale en Exil créé et animé par le Service de santé mentale Ulysse à Bruxelles (Belgique) a publié en 2011 un *Guide sur l'accès à l'aide en santé mentale en région bruxelloise pour personnes exilées*, destiné à tous les professionnels concernés (accueil, aide sociale, socio-juridique, santé et santé mentale). Le guide permet de « *déterminer les situations où une prise en charge psychologique ou psychiatrique est à envisager, mettre en place une aide en santé mentale pour des personnes dont l'avenir en Belgique est incertain, repérer les services spécialisés vers lesquels orienter ces personnes et envisager un travail de réseau, déterminer les éléments psychologiques, linguistiques, sociaux et juridiques dont il faudrait tenir compte, identifier les obstacles et les possibilités liées à l'accès à l'aide en santé mentale en fonction du statut de séjour provisoire ou irrégulier* ».

<http://ulyссе-ssm.be/guide-sur-l-acces-a-l-aide-en-sante-mentale-en-region-bruxelloise-pour-personnes-exilees>



Mlle C., née en République démocratique du Congo

Récit d'un parcours

En 2005, en rentrant du lycée, Mlle C. se retrouve prise au milieu d'une manifestation. La police intervient et l'arrête avec des dizaines de personnes. **Arbitrairement détenue, sans jugement, pendant plusieurs semaines, elle est violée à de nombreuses reprises et sauvagement battue** : son genou est totalement détruit par les coups puis plâtré rapidement par le médecin de la prison. De longs mois sans soins la laissent handicapée.

Relâchée, elle se réfugie dans son village natal auprès d'un oncle, seul membre survivant de sa famille. Quelques semaines plus tard, une manifestation est organisée dans son village. Elle n'y participe pas mais est tout de même arrêtée par des policiers qui la violent et la passent à tabac. Cette fois, son oncle craignant pour sa vie décide de l'aider à quitter le pays. Elle abandonne tout et part pour la France.

À son arrivée, abandonnée par les passeurs, elle se retrouve seule au milieu d'une banlieue dont elle ne connaît pas le nom, sans argent, sans connaissance, sans repères et sans parler correctement le français. Elle vit à la rue, tente de se débrouiller en demandant de l'aide aux passants. Plusieurs fois, elle est hébergée par des personnes qui abusent d'elle, notamment sexuellement. **Des mois d'une vie très misérable, de solitude, de peur, de stress, d'insécurité, de violence...**

Jusqu'au jour où, par hasard, en octobre 2009, elle aperçoit la plaque du Centre de soins Primo Levi.

À son arrivée au centre, le besoin d'un suivi médical est urgent. Elle n'a vu aucun médecin depuis son arrivée en France. Épuisée, dans un état de très grand délabrement physique et psychologique, elle souffre de son genou handicapé, mais aussi de troubles gynécologiques et gastriques, et d'une très grave anémie qui justifierait une hospitalisation. L'urgence est tout d'abord de la sortir de la rue et de lui trouver un hébergement.

L'assistante sociale du Centre, en coopération avec le médecin, monte un dossier de demande d'hébergement pour raisons médicales. La vie de Mlle C. commence alors à changer : elle retrouve une alimentation équilibrée et suffisante, dort mieux. Le médecin l'oriente également vers une gynécologue qui a l'habitude de travailler avec les patientes du Centre Primo Levi, dont nombre ont été victimes de viols et de violences sexuelles. **Quelques semaines après sa première consultation, alors qu'un climat de confiance s'est installé entre elles, le médecin lui propose d'entamer une prise en charge psychologique avec un des psychologues cliniciens du Centre.**

Son état s'améliore peu à peu mais son genou la fait toujours terriblement souffrir et l'handicape énormément. Le psychologue et le médecin envisagent de mettre Mlle C. en contact avec un chirurgien orthopédique ; ce type d'intervention est toutefois souvent psychologiquement délicat pour des patients souffrant de séquelles de torture.

Mlle C. se dit prête. En compagnie d'un interprète, elle rencontre le chirurgien qui a été sensibilisé à sa situation et son histoire ; elle écoute, pose ses questions. Après l'opération, elle passe un mois et demi dans une maison de rééducation spécialisée, puis est suivie par un kiné du Centre Primo Levi.

Les médecins qui l'ont suivie montent ensemble un dossier médical très complet, justifiant que ses lésions ne pouvaient être le fait que de violences extrêmes subies dans son pays. C'est notamment grâce à ce dossier, constitué avec la juriste du Centre, qu'elle obtiendra le statut de réfugiée politique.

Aujourd'hui, 18 mois après l'opération, Mlle C. se déplace sans boiter et suit une formation d'aide à domicile pour des personnes âgées et handicapées. Elle est en couple depuis un an et attend un enfant. Dans le cadre de cette grossesse, le suivi du Centre Primo Levi se poursuit en étroite collaboration avec son obstétricien, afin de prévenir ses peurs et angoisses liées à l'accouchement, à la douleur et aux réminiscences que celui-ci ne manquera pas d'occasionner.

Nos recommandations

Garantir l'accès aux soins* quel que soit le statut administratif des patient·e·s. On entend par soin non seulement une prise en charge médico-psychologique mais également un accompagnement social et juridique.

Reconnaissance et prise en compte des exilé·e·s victimes de torture et de violences politiques

Politiques publiques

→ Nommer un référent institutionnel à l'échelon national et l'échelon territorial, en charge de la santé mentale des migrant·e·s.

→ Inclure les victimes de torture et de violences politiques dans les plans, programmes et campagnes de santé publique au titre des personnes vulnérables et notamment dans le Plan de santé mentale.

Recherche

→ Encourager la production de savoirs, de données et d'enquêtes en population générale intégrant les migrant·e·s, leur pays de naissance, leurs conditions de vie avant d'arriver sur le territoire.

→ Identifier, documenter et promouvoir les bonnes pratiques.

→ Développer, soutenir et financer des programmes spécifiques concernant la santé mentale des migrant·e·s.

→ Promouvoir et financer la recherche en économie de la santé pour mesurer l'impact financier d'une prise en charge tardive en matière de soins.

→ Développer les recherches-actions afin de documenter les prises en charge originales et réfléchir à leur généralisation.

→ Organiser la diffusion de savoirs par des publications et le soutien à des événements rassemblant des professionnel·le·s.

Une prise en charge adaptée

Soutenir les centres de soins et les consultations spécialisées

→ Financer et appuyer l'existant.

→ Soutenir l'émergence de centres de soins pluridisciplinaires et de consultations dans les régions prioritaires.

Adapter et renforcer les structures de droit commun (PASS, CMP, CMPP)

→ Leur donner les moyens d'agir en faveur de cette population : locaux, financements, personnel, formations, accès à l'interprétariat.

→ Permettre le conventionnement avec l'assurance maladie afin de faciliter l'ouverture des droits CMU-C et AME.

→ Promouvoir les bonnes pratiques :

- la pluridisciplinarité (médico-psychosocial et juridique) ;
- l'interprétariat professionnel ;
- la prise en compte de la longueur des consultations et des suivis, et de l'absentéisme important (pas de sanctions en cas d'absences à des rendez-vous).

Renforcer les capacités des professionnel·le·s

→ Former les professionnel·le·s, en intégrant notamment dans les études de médecine et dans la formation continue, un module de sensibilisation et de formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de torture et de violences.

→ Financer des temps de supervision.

→ Soutenir le travail en réseau pour éviter l'isolement.

→ Publier et diffuser un guide de prise en charge à l'usage des professionnel·le·s en contact avec les personnes victimes de tortures et de violences politiques.

Des conditions de soin garanties

Logement

- Garantir un hébergement stable, salubre et à proximité des lieux de soins.
- Augmenter le nombre de places en Cada.
- Attribuer les places d'hébergement en priorité aux plus vulnérables.
- Doter les Cada de moyens suffisants pour un accompagnement de qualité.

Autonomie

- Assurer une prise en charge précoce : versement des aides dès les premières démarches et tout au long de la procédure administrative.
- Revaloriser les montants des AMS* et des ATA*, au moins au niveau du RSA avec prise en compte de la composition familiale.
- Autoriser, sans obstacle administratif, les demandeurs d'asile qui le peuvent et le souhaitent à travailler.

Droits

- Faciliter l'accès à l'assurance maladie dès l'arrivée sur le territoire.
- Sanctionner les pratiques discriminatoires de médecins qui refusent les patient·e·s CMU-C ou des administrations qui pratiquent l'abus de pouvoir (faciliter les recours).

Au niveau européen et international

- Faire du droit à la réhabilitation un droit fondamental pour toute personne victime de torture arrivée sur le territoire de l'Union Européenne ;
- Réformer le « Paquet asile » : révision du règlement « Dublin », peu efficace, coûteux et particulièrement discriminatoire. S'assurer également que le droit à la réhabilitation des victimes de la torture soit garanti dans la directive « Accueil ».
- Financements :
 - Intégrer dans le nouveau Fonds européen « Asile et migration » 2014-2020 le financement des centres de réhabilitation dans les pays européens et s'assurer que les fonds gérés par les États membres (FER notamment) parviennent effectivement aux destinataires et dans les délais raisonnables.
 - Encourager les États qui contribuent actuellement au Fonds des Nations unies pour les victimes de la torture à ne pas relâcher leurs efforts ; encourager les États non contributeurs à contribuer volontairement.

Glossaire

Cada

Le centre d'accueil des demandeurs d'asile est un dispositif d'accueil et d'hébergement pour les demandeurs d'asile sans ressources et sans possibilité de logement, pendant la durée de la procédure. Il a pour mission le soutien et l'accompagnement administratif et social, et l'orientation médicale, la scolarisation des enfants et l'aide alimentaire.

CFDA

La Coordination française pour le droit d'asile regroupe 25 associations œuvrant dans le domaine du droit d'asile et des réfugiés. La représentation du Haut Commissariat pour les réfugiés en France et la Croix-Rouge française sont observateurs des travaux de la CFDA.

<http://cfda.rezo.net/>

CMP

Le centre médico-psychologique est un centre de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires. Établissement public rattaché à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public), il regroupe des spécialistes (médecins psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et éducateurs spécialisés). Les soins psychologiques sont pris en charge par la Sécurité sociale.

CMPP

Le centre médico-psycho-pédagogique fonctionne sur le même modèle que le CMP. Il prend en charge les enfants et les adolescents, ainsi que leur famille. Ses missions principales sont le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique du jeune.

Débouté-e

Personne dont la demande d'asile a été définitivement rejetée après appel auprès de la CNDA.

Dispositif national d'accueil (DNA)

Créé en 1974, financé et piloté par le ministère de l'Intérieur, le dispositif gère l'hébergement des demandeurs d'asile sur le territoire français au sein des Cada.

Enkyster (s')

Le fait d'aller vers un état chronique ou pathologique.

Exilé-e

Personne qui a quitté sa patrie volontairement ou sous la contrainte. L'exil est un état social, psychologique, politique qui implique des contraintes importantes en matière de langue, d'insertion, d'identité.

File active

Nombre de patient·e·s suivi·e·s régulièrement à un moment donné.

PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

PRAPS

Créés par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins visent à favoriser, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des

problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Prévalence

Mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné.

Prévention primaire

Ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Elle est basée sur l'éducation et l'information auprès de la population.

Prévention secondaire

Ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle comprend le dépistage des maladies et le début des traitements.

Psychotraumatisme

Ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant 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, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences, avec mise en place de conduites d'évitement, d'hypervigilance, des conduites à risque et des conduites addictives anesthésiantes.

Recherche-action

Méthode de recherche scientifique fondée par Kurt Lewin. Elle propose un ensemble de techniques de recherche qui permettent de réali-

Sigles

ser des expériences réelles dans des groupes sociaux naturels. Ces techniques sont fondées sur l'idée que dans le cadre de l'expérimentation sociologique, la recherche et l'action peuvent être unifiées au sein d'une même activité.

Réfugié·e

Selon la Convention relative au statut des réfugiés et des apatrides dite Convention de Genève, c'est une personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle, qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou y retourner en raison de cette crainte.

Vulnérabilité

Désigne la situation fragile ou précaire d'une personne à un moment donné. En psychologie, cela désigne le potentiel de décompensation face aux événements que le sujet rencontre. Schématiquement, plus une personne a connu de traumatismes, plus elle est vulnérable.

Groupes vulnérables

La directive 2003/9/CE relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres de l'Union européenne indique que « *des soins médicaux et psychologiques spécifiques doivent être garantis aux femmes enceintes, aux mineurs, aux malades mentaux, aux handicapés et aux victimes de viol et d'autres formes de violence.* » Sont ainsi définis les groupes vulnérables.

Acat : Action des chrétiens pour l'abolition de la torture

AME : Aide médicale d'État

AMS : Allocation mensuelle de subsistance

Anaem : Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrants (devenue l'Ofii)

ASE : Aide sociale à l'enfance

ATA : Allocation temporaire d'attente

Cada : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CNDA : Cour nationale du droit d'asile (anciennement CRR)

CFDA : Coordination française du droit d'asile

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture maladie universelle

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'Homme

Comede : Comité médical pour les exilés

CRR : Commission des recours des réfugiés (devenue CNDA)

DGS : Direction générale de la santé

Gisti : Groupe d'information et de soutien des immigrés

HCR : Haut Commissariat pour les réfugiés (agence des Nations unies pour les réfugiés)

IRCT : Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (en anglais : The International Rehabilitation Council for Torture Victims)

ODSE : Observatoire du droit à la santé des étrangers

Ofii : Office français de l'immigration et de l'intégration (anciennement Anaem).

Ofpra : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OMCT : Organisation mondiale contre la torture

OMI : Office des migrations internationales

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

Bibliographie

Articles

Jacky Roptin, « Pour une politique de santé mentale des demandeurs d'asile », *L'Autre, cultures, cliniques et sociétés*, volume 12, n° 3, 2011, p. 352-357.

Caroline Berchet, Florence Jusot, « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, janvier 2012, n°172.

Sibel Agrali, « Les séquelles psychologiques de la torture », in *Un Monde tortionnaire*, Rapport 2010 de l'Acat-France, novembre 2010.

FRA, European Union Agency For Fundamental Rights, *Migrants in an irregular situation, access to healthcare in 10 European Union member states*, 2011.

Dossier « Soins aux victimes de la violence politique : Ensemble pour faire face », *Mémoires*, n° 28-29, octobre 2005, p. 10-17.

Eric Fassin, « La "vocation" de demandeur d'asile », *Mémoires*, n° 52, mars 2011, p. 4-5.

Ouvrages

Patrick Aeberhard, Jacques Lebas, Sonia Jedidi, Myriam Hachimi, Pierre-Henri Bréchat, *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*, Les Éditions Hospitalières, juin 2011.

Frédéric Ballière, *Le recours aux soins des demandeurs d'asile, Approche ethnographique de l'expérience de l'exil*, L'Harmattan, 2011.

Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, Éditions EHESP, 2008.

Didier Fassin, Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, « La bibliothèque des savoirs », 2007.

Arnaud Veïsse, Élodie Aïna-Stanojevich, « Migrations et santé », in F. Bourdillon, G. Brückner, D. Tabuteau (dir.), *Traité de santé publique*, 2^e éd., Flammarion, « Médecine-Sciences », 2007, p. 508-514.

Nathalie Zajde, *Enfants de survivants*. Éditions Odile Jacob, 2005.

Étude

Réseau Samdarra, *État des lieux national de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés au sein du Dispositif national d'accueil*, 2012.

Guides

Association pour les victimes de la répression en exil (Avre), ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Le praticien face à une victime de torture*, 2005.

Comede, *Guide de prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire*, 2008.

<http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008>

Rapports

Forum réfugiés, *L'asile en France et en Europe, état des lieux 2011*, XI^e rapport annuel, La Dispute, décembre 2011.

Vincent Girard, Pascal Estecahandy, Pierre Chauvin, *La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement citoyen*, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009.

Sitographie

Traités internationaux

Définition de la torture, traités et conventions internationales de la plateforme suisse d'informations Humanrights.ch

<http://www.humanrights.ch/fr/Instruments/ONU-Traites/Torture/index.html>

Informations générales sur la torture

« Human Rights Education Associates (HREA) est une organisation non gouvernementale internationale dédiée à l'éducation aux droits de l'homme, à la formation de militants et de professionnels, au développement de matériel et de programmes d'enseignement ainsi qu'à la mise en place d'une communauté virtuelle grâce aux technologies électroniques. »

<http://www.hrea.org/fr/education/guides/torture.html>

Rapports récents sur la torture dans le monde

Rapport 2011 de l'Association des chrétiens pour l'abolition de la torture (Acat)

http://www.acatfrance.fr/medias/files/actualite/Rapport_Torture2011_web_un_monde_tortionnaire.pdf

Rapport 2011 d'Amnesty International

http://www.amnesty.fr/sites/default/files/RA_2011_synthese_web_FR%20EMBARGO%2013%20mai%2001h01.pdf

Rapport sur l'asile

Rapport de l'UNHCR, agence des Nations unies pour les réfugiés : « Niveau et tendances de l'asile dans les pays industrialisés en 2010. Bilan statistique des demandes d'asile déposées en Europe et dans certains pays non européens ».

<http://www.unhcr.fr/4dd140c89.html>

La santé des migrants

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH n° 2-3-4, janvier 2012), intitulé « Santé et recours aux soins des migrants en France ».

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>

► Pour aller plus loin

Centre de documentation du Centre Primo Levi

Annexe 1

Les centres de soin, réseaux et services d'interprétariat

Les centres de soin

Les centres de soin spécifiques

Centre Primo Levi*

Vivre après la torture

Centre de soins pour les personnes victimes de torture ou de violence politique : prise en charge médicale, psychologique, kiné et accompagnement social et juridique avec interprète si besoin. Centre de formation. Centre de documentation sur l'exil et les traumatismes liés à la torture et à la violence politique.

107, avenue Parmentier, 75011 Paris

Tél. 01 43 14 88 50 / Fax : 01 43 14 08 28

Site : www.primolevi.org

Mail : primolevi@primolevi.org

ESSOR, centre de santé de Forum Réfugiés

Le centre de santé est un lieu d'accueil et de soin à destination des personnes en état de souffrance psychique liée à l'exil et des victimes de violences et de torture.

Consultations et suivi médical, consultations et suivi psychologique (individuel et/ou familial), kinésithérapie, art-thérapie à dominante musicale. L'interprétariat professionnel permet aux personnes de s'exprimer dans leur langue si besoin. Actions de prévention et de formation, travail partenarial dans le champ médicosocial.

158 ter, rue du 4 Août 1789, 69100 Villeurbanne

Tél. 04 78 03 07 59 / Fax : 04 72 65 65 87

Site : www.forumrefugies.org/fr/Sante/Le-Centre-de-sante

Mail : centredesante@forumrefugies.org

Médecins sans frontières

MSF dispense des soins médico-psychologiques aux demandeurs d'asile. En outre, le Centre d'écoute et de soins (CES) propose une orientation sociale à des personnes venues chercher asile et protection en France.

Mission France - Centre d'écoute et de soins

21, passage Dubail, 75010 Paris.

Tél. 01 42 05 54 44

Site : www.msf.fr/pays/france

Osiris*

Soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique. Centre de soins pluridisciplinaire d'orientation psychanalytique, à destination des exilés présentant d'importants troubles traumatiques conséquences de violences intentionnelles. Consultations de kinésithérapie, psychiatrie et de psychologie, individuelles, en couple ou en famille, avec l'aide d'un interprète si nécessaire.

Centre de soins : 4, avenue Rostand, 13003 Marseille

Tél. / Fax : 04 91 91 89 73 / Portable : 06 78 37 66 00

Site : www.centreosiris.org

Mail : centre.osiris@free.fr

Parcours d'exil

Accompagnement thérapeutique des victimes de torture.

Soins et activités thérapeutiques : consultation médicale, psychothérapie individuelle, art-thérapie, kinésithérapie. Pas de recours à l'interprétariat.

12, rue de la Fontaine au Roi, 75011 Paris

Tél. 01 45 33 31 74

Site : www.parcours-exil.org

Mail : communication@parcours-exil.org

Les centres de soins non spécifiquement dédiés aux victimes de la torture et des violences politiques

Awel*, Espace d'écoute, de soutien et d'accompagnement des personnes exilées

Consultations médicales, psychologiques et kinésithérapeutiques, avec interprète si besoin.

Siège : s/c Maison associative de la Santé,

10, rue de la Guignette, 17000 La Rochelle

Bureau permanent : s/c Maison de la Solidarité,

1, esplanade du 6^e RI, 17100 Saintes

Lieux de consultations aux deux adresses ci-dessus.

Tél. 05 16 10 10 43 (Saintes)

Mail : awelasso@voila.fr

Centre Françoise Minkowska

Centre médico-psychosocial d'aide aux migrants et réfugiés. Ce centre n'offre pas de prise en charge dédiée spécifiquement aux victimes de violences politiques ou de torture, mais dénombre chaque année une part de ses patients qui l'ont été. Consultations pluridisciplinaires délivrées par des psychiatres et des psychologues. Accueil par des assistants sociaux. Formations liées à l'anthropologie médicale clinique. Pôle « enseignement, études et recherche » (diplôme d'université « Santé, maladie, soins et cultures » à l'université Paris Descartes). Pôle « communication ». Consultations avec interprète si besoin.
12, rue Jacquemont, 75017 Paris
Tél. 01 53 06 84 84 / Fax: 01 53 06 84 85
Site : www.minkowska.com
Mail : paris@minkowska.com

Comede, Comité médical pour les exilés

Consultations au centre de santé (Bicêtre) : médecine générale, service infirmier et de santé publique, service socio-juridique, psychothérapie.
Consultations à l'Espace Santé Droit (Aubervilliers), partenariat Comede/Cimade : consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique.
Le centre de santé n'est pas dédié aux exilé·e·s victimes de torture mais estime à 60 % le nombre de patient·e·s dans ce cas reçu·e·s en 2010.
Hôpital de Bicêtre
78, rue du Général Leclerc BP31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 / Fax : 01 45 21 38 4
Site : www.comede.org

Mana*

Association de médecine transculturelle, soin psychothérapeutique et prévention auprès des populations migrantes.
Consultations de médecine transculturelle destinées aux personnes migrantes et à leurs familles, avec traducteur si nécessaire dans un cadre pluridisciplinaire ; activités de formation pour des professionnels, de recherche et d'enseignement (université Bordeaux 2). L'association mène aussi des actions de prévention auprès des femmes migrantes et des personnes âgées.
Le soin aux victimes de la torture et de la répression politique s'accompagne de médiations artistiques.
86, cours d'Albret, 33000 Bordeaux
Tél. 05 56 79 57 14 / Fax : 05 56 79 58 15
Site : www.associationmana.e-monsite.com
Mail : claire.mestre@chu-bordeaux.fr

Parole sans frontière*

Recherche, enseignement et dispositifs cliniques inter-culturels en lien avec la psychanalyse.
Siège : 5 rue Grandidier, 67000 Strasbourg
Accueil, consultations, formations :
2, rue Brûlée, 67000 Strasbourg
Tél. / Fax : 03 88 14 03 43
Mail : parole-sans-frontiere@orange.fr
Site : www.p-s-f.com

Toutes les structures marquées d'une * sont membres du réseau Réséda (cf. ci-dessous).

Certaines consultations hospitalières accueillent des migrant·e·s, parmi lesquels des victimes de torture et de violences politiques.

Consultation transculturelle de l'hôpital Avicenne

Consultations pour les familles migrantes et leurs enfants avec des traducteurs si besoin et avec des thérapeutes formés à la clinique transculturelle, consultations individuelles, en petit groupe ou en grand groupe en fonction des besoins. Accueille aussi les mineurs isolés. Il existe une consultation trauma transculturelle pour adulte et enfant.
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Hôpital Avicenne, AP-HP
129, rue Stalingrad, 93009 Bobigny cedex
Consultation du Pr Moro (mercredi), de Kouakou Kouassi (vendredi)
Tél. 01 48 95 54 74 / Fax : 01 48 95 59 70
Mail : marie-rose.moro@avc.aphp.fr ou amalini.simon@avc.aphp.fr
Consultation trauma (Pr Baubet)
Tél. 01 48 95 54 75 / Fax : 01 48 95 59 70
Mail : thierry.baubet@cch.aphp.fr
Site : www.clinique-transculturelle.org

Consultation transculturelle de l'hôpital Cochin

Consultations pour les familles migrantes et leurs enfants avec des traducteurs si besoin et avec des thérapeutes formés à la clinique transculturelle, consultations individuelles, en petit groupe ou en grand groupe en fonction des besoins. Accueille aussi les mineurs isolés.
Maison des adolescents de Cochin-Maison de Solenn
Hôpital Cochin, AP-HP
97, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris cedex
Consultation du Pr Moro (mardi), du Dr Radjack (mercredi)
Tél. 01 58 41 28 02 / Fax : 01 58 41 28 03
Mail : marie-rose.moro@cch.aphp.fr ou infirmières : consult@cch.aphp.fr
Site : www.mda.aphp.fr

Les réseaux

Réséda, Réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de la torture et de la violence politique

Les associations Primo Levi à Paris, Mana à Bordeaux, Osiris à Marseille et Ulysse à Bruxelles ont créé le réseau Réséda, dans le but de partager leurs expériences cliniques, encourager l'offre de soins et développer le plaidoyer et l'action pour dénoncer la violence politique. L'action conjointe de ces associations se veut engagée, particulièrement en cette période où les migrants sont montrés du doigt.

Site : www.primolevi.org/images/pdf/plateformereseda-juin09.pdf

RESPIRE, Réseau d'accueil psychologique des familles immigrées et réfugiées

Mis en place en septembre 2000 avec le soutien de l'association Migrations Santé, le réseau est animé depuis janvier 2001 par Parole sans frontière. Il coordonne et met en réseau des professionnel·le·s menant des actions sociales, psychologiques et de santé mentale en direction des personnes immigrées et réfugiées en Alsace.

Coordination : 03 88 14 03 43

Site : www.p-s-f.com/psf/spip.php?article6

Réseau SAMDARRA

Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes

Pôle Est - CH Le Vinatier

95, bd Pinel, 69677 Bron Cedex

Tél. 04 37 91 50 93 / Fax : 04 37 91 54 62

Mail : reseau.samdarra@ch-le-vinatier.fr

Site : www.samdarra.fr

IRCT– International Rehabilitation Council for Torture Victims

Borgergade 13 - P.O. Box 9049

DK-1022 Copenhagen K, Danemark

Tél. +45 33 76 06 00 / Fax : +45 33 76 05 00

Mail: irct@irct.org

Site : www.irct.org

Bureau de liaison de l'IRCT à Bruxelles

205, rue Belliard, 1040 Bruxelles, Belgique

Tél. : +32 2 230 15 04 / Fax: +32 2 230 15 49

Le Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture est une organisation indépendante et internationale de professionnels de la santé travaillant à la réhabilitation de ces victimes et à la prévention de la torture dans le monde. Fondé en 1985, l'IRCT est une organisation-cadre collaborant avec 146 centres de réhabilitation et d'assistance aux victimes de la torture et à leur famille, établis dans toutes les régions du monde.

Réseau européen des centres de soins pour les victimes de la torture

Ce réseau informel créé en 2003 rassemble, au sein des pays membres du Conseil de l'Europe, une centaine de centres ou de programmes spécifiques qui fournissent une assistance aux victimes de violations des droits de l'homme, des personnes soit en demande d'asile ou réfugiées dans un pays d'accueil, soit résidentes dans leur pays, victimes de régimes passés ou actuels.

La réunion annuelle du réseau est accueillie par un centre différent, dans un pays différent chaque année.

Plusieurs groupes de travail ont été constitués : plaidoyer, évaluation et documentation, recherche, discussion clinique, recherche de fonds.

Site : www.european-network.org

Les services d'interprétariat

ISM Interprétariat

251, rue du Faubourg Saint-Martin, 75010 Paris

Tél. 01 53 26 52 50

Mail : ism.interpretariat@wanadoo.fr

ISM Interprétariat (Inter Services Migrants) est une association non gouvernementale, à but social et non lucratif. Elle a été créée à Paris en 1970 par des personnes soucieuses de l'accueil et de l'intégration des personnes d'origine étrangère au sein de la société française. À cet effet, elle développe des prestations d'interprétariat en milieu social, de traduction écrite, d'information juridique et d'écrivain public.

Mana Bordeaux, CUB

L'association a une équipe de traducteurs formés et supervisés, pour les consultations médicales, psychothérapeutiques, psychiatriques et sociales. Plus de vingt langues sont disponibles. Ces traducteurs interviennent à l'hôpital et par conventions dans des services de psychiatrie, des associations, des foyers.

Mêmes coordonnées que ci-dessus.

Migrations Santé Alsace

L'association répond aux demandes d'interprétariat de ses partenaires dans quelque 35 langues de l'immigration. Elle missionne les interprètes ; elle s'attache à ce que les rendez-vous successifs d'une personne dans un même service soient assurés dans la mesure du possible par le même interprète.

Tél. 03 88 22 60 22 (du lundi au jeudi de 8 h 30 à 17 h, les vendredis de 8 h 30 à 12 h 30)

Fax : 03 88 22 60 09

Site : <http://migrationssante.org/rubrique.php?id=2&page=10#interpretariat>

Mail : rdvinterprete@migrationssante.org

Annexe 2

Les centres de soin en chiffres

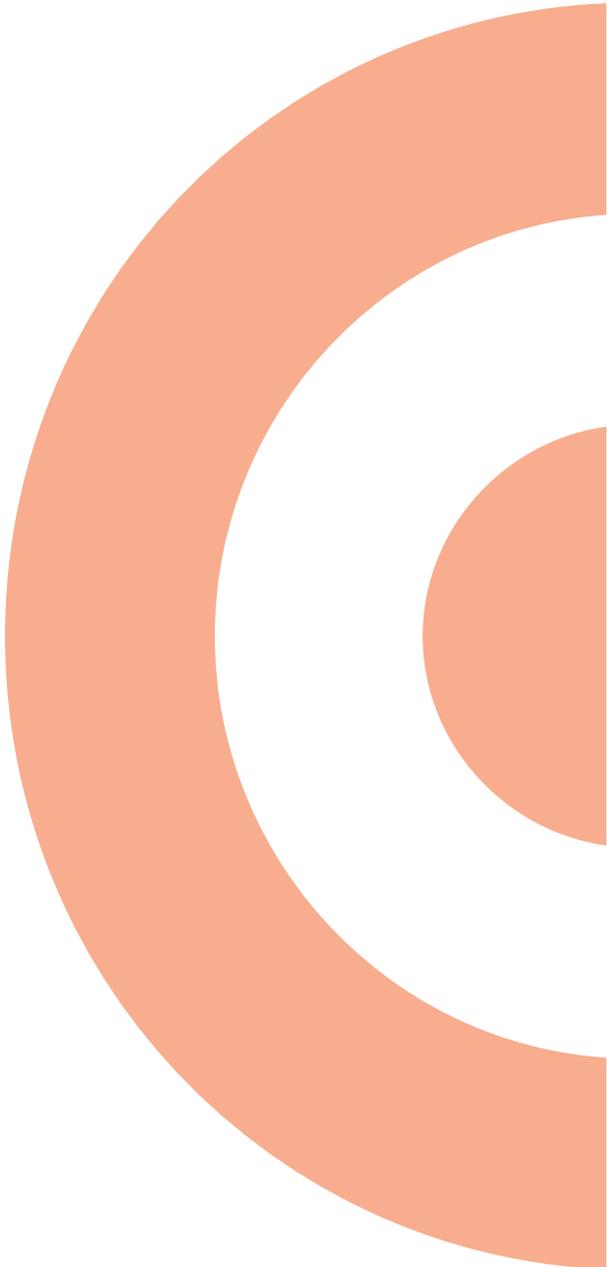
En 2010, la file active cumulée de ces centres de soins était de 6 170 personnes.

Centres	Centre Primo Levi	Comede	Essor	Mana	Osiris	Parcours d'exil
File active nombre de consultations en 2010	294	4 245	662	175	149	645
Nombre total de consultations en 2010	6 221	12 695	3 140	877	1 216	3 885
Nombre moyen de consultations par an et par patient	18	3	5	5	8	6
Dont consultations de psychologie	2 395	1 229	1 942	649	777*	566
Dont consultations avec interprète	26 %	45 %	66 %	70 %	90 %	0 %
Nouveaux patients 2010	79	2 930	338	23	54	305
Délais d'attente	1 à 6 mois**	3 semaines à 1 mois	1 mois	6 mois	1 an***	4 à 6 mois
Nombre de pays d'origine	41	92	49	44	21	57
Pourcentage de demandeurs d'asile	40 %	80 %	79 %	32 %	NC	90 %
Victimes de torture et/ou violences politiques	100 %	60 %	34 %	38 %	100 %	100 %
Mineurs	56	91	51	20	25	83
Sexe	F = 48 % H = 52 %	F = 27 % H = 73 %	F = 49 % H = 51 %	F = 69 % H = 31 %	F = 37 % H = 63 %	F = 38 % H = 62 %

*auxquels il faut ajouter 262 consultations psychiatriques.

** pour les personnes en liste d'attente, dans la limite de 20 personnes (au-delà la file d'attente est fermée). Mineurs prioritaires.

*** sauf pour les mineurs prioritaires.



Le **Centre Primo Levi** a bénéficié pour la publication de cet ouvrage du soutien de l'**Union européenne**, de la **Fondation Un Monde par tous** et de la **ville de Paris** (DPVI).



CENTRE | VIVRE APRÈS
PRIMO LEVI | LA TORTURE