



SANTÉ PSYCHIQUE DES EXILÉS

Une reconnaissance des traumatismes encore balbutiante

Alors que les parcours suivis par les personnes migrantes s'allongent et deviennent de plus en plus violents, la question de la souffrance psychique se fait plus aiguë. Mais les obstacles à la reconnaissance des troubles psychiques sont pléthore.





KAMBER AJDIN

INSOMNIE, DÉPRESSION, PERTE DE MÉMOIRE, DISSOCIATION, CAUCHEMARS, DOULEURS CHRONIQUES...

Les conséquences des violences subies par les personnes migrantes dans leur pays d'origine, sur le trajet ou même en France sont nombreuses. Selon une étude réalisée par le Comité pour la santé des exilés (Comede) – publiée en février 2017 dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* –, la prévalence des troubles psychiques s'élève à 16,6 % parmi la population accueillie dans son centre de santé du Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne). Entre 2012 et 2016, parmi les personnes reçues, 62 % ont déclaré des antécédents de violence, 14 % des antécédents de torture et 13 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Parmi les troubles psychiques relevés, il s'agit en majorité de syndromes psychotraumatiques (60 %) et de traumatismes complexes (8 %). Plus d'un quart des patients (27 %) ont présenté des idées suicidaires et 7 % d'entre eux se sont trouvés au moins une fois en situation d'urgence psychiatrique.

Et la politique de contrôle des flux migratoires à l'œuvre dans de nombreux pays européens n'y serait pas étrangère. Si le taux d'accord des demandes de protection en première instance a légèrement augmenté en France ces dernières années, il est toujours parmi les plus faibles d'Europe (26 % en 2018, contre 36 % en Italie et 50 % en Allemagne). En résultent un stress et une insécurité qui ne sont pas sans impact sur la santé psychique des demandeurs d'asile. « La position de

demande dans laquelle tombe le sujet est délétère psychologiquement, explique Elise Pestre, psychologue clinicienne, psychanalyste et maîtresse de conférences à l'université Paris-Diderot, lors d'un colloque organisé par le Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) sur la santé mentale des exilés. On rencontre des personnes angoissées par l'attente, elles ont un sentiment d'insécurité psychique qui perpétue l'état de détresse rencontré dans le pays d'origine. »

UN ACCUEIL DÉLABRÉ

Psychologue et coordinatrice des activités de santé mentale au Comede, Laure Wolmark complète : « On sait à quel point le rejet est dévastateur. Il peut être un facteur de décompensation très grave. On voit des personnes qui, à la suite du rejet de leur demande par l'Ofpra [Office français de protection des réfugiés et apatrides] ou par la Cour nationale du droit d'asile, sont hospitalisées parce qu'elles se sont livrées intimement, et obtenir une réponse qui dit que le demandeur n'a pas paru crédible, c'est un ravage psychique. » Pour sa part, Hakima Saadi, psychologue à la Case de santé (un centre de santé communautaire créé il y a treize ans à Toulouse), se souvient : « Il y a quelques années, on ne notait pas de tentatives de suicide chez les demandeurs d'asile qui venaient d'arriver. Elles se sont enfuies, ont déjà tenté de résister, de tenir, ont traversé des épreuves. Elles ont un désir de fuir, de vivre, de construire autre chose. Aujourd'hui, pourtant, on a des tentatives de suicide, non seulement en raison de ces parcours qui sont de plus en plus compliqués et violents, mais aussi parce que l'accueil se délabre. Ils n'ont pas un espace pour en parler. Passer à l'acte, c'est une manière de s'exprimer. »

À l'Ofpra, qui statue sur les demandes d'asile, un travail a été mené ces dernières années pour prendre en compte ces questions : des formations continues ont été mises en place pour savoir « accueillir les récits de souffrance » et créer un « cadre sécurisant » pour le demandeur d'asile. Des psychologues animent des groupes d'analyse de pratiques et un numéro a été mis en place pour que les officiers puissent consulter un psychologue de manière anonyme. Signe que la violence de certains récits peut également impacter la personne qui doit étudier la demande. Pourtant, selon Sarah Iribarnegaray, psychiatre, et Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, professeure d'anthropologie et psychologue clinicienne, qui ont lancé une pétition mi-mars adressée à la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, la procédure de la demande d'asile reste problématique pour des personnes souffrant de troubles psychiques. « Les patients souffrant de tels troubles, qui précisément devraient attester des violences subies et faire pencher le juge du côté de la protection française, ne peuvent parler avec "cohérence" et "spontanéité" des horreurs vécues, comme le souhaiterait une procédure tout entière fondée sur le récit. Un patient ayant subi un traumatisme grave peut se présenter perplexé ou détaché, son discours

→ parfois peu cohérent, voire contradictoire, sa mémoire troublée rendant les éléments biographiques (parcours de vie et de migration, événements traumatiques) difficiles, voire impossibles à verbaliser, du fait même de ses troubles et de leur gravité. La situation est paradoxale : les patients les plus gravement blessés par les expériences d'horreur qu'ils ont traversées sont ceux qui sont le plus souvent considérés comme menteurs et qui sont rejetés», dénoncent-elles dans un texte signé par près de 2 000 personnes, dont une trentaine de psychiatres et psychologues.

UN FREIN POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Pour Jean-Marc Sirejols, directeur d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) géré à Paris par France terre d'asile, l'état de santé mentale des personnes souffrant de troubles psychiques peut en effet constituer un frein pour mener à bien les démarches administratives. Dans son établissement qui accueille 200 adultes isolés, il estime à la moitié la population concernée par ce type de troubles. Si certains ont été repérés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) pour leur fragilité et orientés en priorité dans ce centre, d'autres l'ont été par les travailleurs sociaux du Cada au fil des semaines ou des

« Les patients les plus gravement blessés par les expériences d'horreur qu'ils ont traversées sont ceux qui sont le plus souvent considérés comme menteurs »

mois de prise en charge. « Des personnes se plaignent de très mal dormir, de faire des cauchemars, d'avoir des maux de tête incessants, de ne pas avoir d'appétit, d'avoir envie de rien. A travers leurs paroles, on peut penser qu'il y a un besoin d'accompagnement », explique Jean-Marc Sirejols. Or ces troubles, qui se traduisent souvent dans le centre par des comportements apathiques et d'importantes difficultés pour s'investir dans leurs démarches, peuvent avoir de lourdes conséquences, alors que la procédure pour le traitement de la demande d'asile a été raccourcie. « On ne dispose que de quelques mois pour mettre les choses en place, ajoute-t-il. Et entre le moment où on pressent qu'il y a un problème et le moment où on arrive à convaincre la personne d'avoir un premier entretien avec un psychologue ou un psychiatre, cela peut prendre du temps. Un certain nombre de personnes qu'on accompagne ont des a priori souvent très négatifs par rapport à la prise en charge psychologique ou psychiatrique. »

Passée l'étape du repérage dans ces centres d'accueil où on ne compte pas d'équipes médicales, les premiers rendez-vous auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre sont en général longs à obtenir. « A l'exception de quelques consultations hospitalières transculturelles et/ou spécialisées en traumatologie, les seules structures réellement adaptées à la prise en charge du public exilé souffrant de troubles psychiques sont les centres de soins spécialisés, gérés pour la plupart par des associations loi 1901. Mal réparties sur le territoire français, elles sont seulement une quinzaine et ont des capacités d'accueil souvent limitées », soulignent, dans un rapport publié en juin 2018, Médecins du monde et le centre Primo-Levi. Ainsi, au sein du pôle de soins de ce dernier, il faudra compter en moyenne six mois pour voir un psychologue spécialisé dans la prise en charge de personnes victimes de torture ou de violences étatiques. Ce délai peut même atteindre un an dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) destinés aux enfants dans une ville telle que Toulouse, selon Hakima Saadi.



LAURENCE GUENOUN

→ UNE NÉCESSAIRE PLURIDISCIPLINARITÉ

Précarité sociale et souffrance psychique sont souvent imbriquées. Les séances thérapeutiques peuvent être régulièrement envahies par l'urgence sociale. « Quand on est en consultation et que la personne nous parle des difficultés d'hébergement ou d'accès aux droits, on peut difficilement faire avancer la thérapie, estime Hakima Saadi. Il faut pouvoir manger, avoir un lieu où dormir, être reconnu, avoir des papiers, pour pouvoir travailler sur son histoire. » C'est pourquoi, à la Case de santé, la santé est vue sous son aspect global. Un pôle « santé-droit » jouxte le pôle « soins » depuis sa création. Promouvoir, dès le premier contact, le travail en réseau et la pluridisciplinarité (social, juridique, médical et psychologique-psychiatrique) fait également partie des recommandations de Médecins du monde et du centre Primo-Levi.

ABSENCE D'INTERPRÉTARIAT

Et, au-delà de l'attente, se pose la question de l'accès au dispositif, notamment à travers l'interprétariat. Dans leur rapport, Médecins du monde et le centre Primo-Levi soulignent que, en dépit de la prise de conscience revendiquée par les pouvoirs publics (1), les moyens humains et financiers ne suivent pas et le recours à l'interprétariat reste rare dans les structures de soins. « La question de l'interprétariat évolue

aussi beaucoup aujourd'hui, indique de son côté la psychologue de la Case de santé. La plupart des CMP [centres médico-psychologiques, qui regroupent des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés] accueillent avec des interprètes à Toulouse, mais dès qu'on sort des grandes villes, ce n'est plus possible. Aucun travail ne serait possible si je recevais sans interprète. Quand on prend le temps de recevoir une personne avec interprète, on évite que cette personne se dégrade et soit hospitalisée. Aujourd'hui, l'interprétariat devrait être obligatoire dans toutes les structures sur le volet médical et psychologique. Un infirmier d'un CMP débordé m'a déjà dit : "Mais vous imaginez si en plus on devait recevoir ces personnes-là !" L'absence d'interprète est parfois une barrière sciemment mise. On entend aussi : "Nous ne savons pas faire." Prendre en charge des exilés est certes un travail particulier; où il faut des connaissances particulières. Mais, en tant que professionnels, on doit pouvoir se former.» Et quand un CMP ne prend plus de patient faute de place, la personne est réorientée vers le libéral. «Dans le libéral, les professionnels ne travaillent pas avec un interprète, sinon ils devraient le rémunérer. Les personnes non francophones n'ont alors plus de lieu vers lequel se tourner», regrette-t-elle. L'orientation vers de l'«occupationnel», du bénévolat ou toute autre activité porteuse de lien social qui pourrait être bénéfique pour la santé psychique d'un patient se trouve également confrontée au barrage de la langue. Pour Médecins du monde et le centre Primo-Levi, plusieurs solutions pourraient être envisagées afin notamment de renforcer le repérage. «Il faut pouvoir développer les relais facilitant l'identification des personnes vulnérables éloignées du système de santé, c'est-à-dire non seulement mettre en place des interventions d'«aller vers», telles que des maraudes, mais aussi former les professionnels de santé de premier recours et les travailleurs sociaux en contact avec les personnes étrangères», recommandent-ils. Dans le Cada dirigé par Jean-Marc Sirejols, un partenariat a été mis en place il y a déjà quelques années avec l'association Parcours d'exil. Grâce au programme Protect, les travailleurs sociaux évoluant dans le secteur de l'asile peuvent apprendre à déceler les signes annonciateurs de troubles psychiatriques ou psychologiques pour mieux identifier et mieux orienter. Mais encore faudrait-il que les moyens suivent pour assurer prise en charge et suivi, alors que le secteur de la psychiatrie est sinistré depuis des décennies et peine à obtenir davantage de crédits. ● SARAH BOS

(1) En 2014, l'Afnor a octroyé une norme ISO4 à l'interprétariat médico-social. La Haute Autorité de santé a fait paraître en octobre 2017 un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention mettant en œuvre de l'interprétariat linguistique.



PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

LES TITRES DE SÉJOUR POUR SOINS PLUS DIFFICILES À OBTENIR

AVEC UNE FORTE AUGMENTATION ENTRE 2005 ET 2015 (DE 12,6 % À 22,7 % DES PATHOLOGIES ENREGISTRÉES),

la part des troubles psychiatriques est devenue dès 2009 le premier motif de demande des titres de séjour pour soins. En 2017, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) a recensé plus de 8 000 personnes faisant une demande de titre de séjour pour soins pour des troubles de la santé mentale. Or c'est aussi, en proportion, ce motif de demande de titre de séjour pour soins qui reçoit le plus de réponses négatives, avec un taux de rejet qui atteint les 75 %.

Un changement d'orientation a été acté depuis que la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France a confié l'évaluation des demandes de titres de séjour pour soins – qui incombait auparavant aux médecins des agences régionales de santé – aux collèges de médecins du service médical de l'Ofii, placé sous l'autorité du ministère de l'Intérieur. Entre 2014 et 2017, le nombre d'avis favorables, toutes pathologies confondues, est ainsi passé de 77 % à 52 % pour les premières demandes comme pour les renouvellements, alors que « les pathologies à l'origine des demandes et les nationalités des demandeurs ont peu varié », note l'Ofii dans un rapport rendu aux parlementaires en novembre 2018. L'office y soulignait « une grande similitude dans les certificats médicaux reçus [...] dans les récits et exactions rapportées (tortures, viols, menaces, sévices...), ainsi parfois qu'une corrélation entre discours rapporté et pays d'origine ». « Le problème de la réalité de l'affection se pose parfois, notamment quand le diagnostic repose essentiellement sur des éléments déclaratifs », ajoutait-il encore. Un rapport qui met « directement en cause la bonne foi et l'expertise des soignants qui suivent les demandeurs d'asile », selon Sarah Iribarnegaray et Marie-Caroline Saglio-Yatzmirsky, auteures de la pétition « Reconnaître le trauma psychique des réfugiés ». Et qui témoignerait, pour la Cimade, d'une « obsession de lutte contre la fraude ».

« Il est de plus en plus difficile de faire reconnaître nos patients qui présentent des troubles psychiatriques, parce que l'Ofii considère que le traitement est disponible dans leurs pays d'origine, souligne de son côté Hakima Saadi. On fait valoir le fait qu'il n'y a pas que les médicaments mais aussi l'accompagnement et le lien thérapeutique, qui ont beaucoup d'effet. On peut ne pas avoir de traitement mais faire une psychothérapie et aller beaucoup mieux. Mais même ce fait est nié. De plus, on sait que le retour au pays peut réenclencher le traumatisme que la personne a connu là-bas. » ☺ S. B.

ÉRIC SANDLARZ, DU CENTRE PRIMO-LEVI, À PARIS

« La confiance en l'autre est brisée, tout comme la confiance en soi »

Pour Eric Sandlarz, la question de la souffrance psychique des personnes migrantes peine encore à être prise en compte par les pouvoirs publics, et ce, à toutes les étapes de l'accueil et de la demande d'asile.



DR

REPÈRES

Psychanalyste et psychologue clinicien, Eric Sandlarz exerce au centre Primo-Levi (Paris) depuis dix-sept ans.

QUELS SONT LES PARCOURS DE VOS PATIENTS ?

Il y a eu les violences au pays qui les ont poussés à partir, et celles qui les ont démolis en chemin, notamment en Libye. Depuis quatre ou cinq ans, quasiment tous les jeunes qu'on reçoit sont passés par ce pays, ils y ont été torturés, violés... Des violences qui peuvent parfois se poursuivre en France. Au vu du temps que prend une prise en charge ne serait-ce qu'hôtelière, nous voyons beaucoup de mineurs non accompagnés qui sont à la rue très longtemps et sont alors très exposés. Je reçois beaucoup de jeunes filles qui ont été violées ici. Ce ne sont pas que des étrangers qu'on reçoit, ce sont des gens qui sont devenus étrangers à eux-mêmes, qui ont perdu toute confiance. La confiance en l'autre est brisée, tout comme la confiance en soi. C'est un lien qu'il s'agit de retisser. On doit reconnaître dans un premier temps que ces personnes sont victimes, qu'elles ont fait l'objet de sévices, et ensuite les aider à s'en extraire pour qu'elles redeviennent actrices de leur vie.

LA QUESTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EST-ELLE ASSEZ PRISE EN COMPTE ?

Cette problématique n'est absolument pas prise en compte dans le droit d'asile, que ce soit au niveau des politiques d'hébergement ou à celui du suivi juridique. Une des raisons pour lesquelles l'asile peut être refusé est de dire qu'une personne n'est pas assez impliquée dans son récit. Or, après un traumatisme, se couper de soi-même est l'un des moyens de défense. On a affaire à quelqu'un qui est anesthésié. Et pourtant, on va lui demander de montrer qu'il est affecté pour prouver la véracité de ses dires. C'est

contradictoire. L'Etat, les services publics mettent constamment à mal tout le travail qui peut être fait pour reconstruire ces personnes. C'est un gâchis monumental. Ces personnes ont une richesse affective, intellectuelle, économique qui est gâchée. On le constate tous les jours en prenant en compte ce qu'elles étaient avant, quels que soient leur classe sociale, leur engagement politique ou militant.

ESTIMEZ-VOUS AVOIR LES MOYENS POUR MENER VOS MISSIONS À BIEN ?

On travaille toujours à flux tendu. On essaie de faire en sorte que la liste d'attente ne dépasse pas six mois. Et on ferme la liste d'attente la moitié de l'année, en demandant de nous rappeler dans un ou deux mois. C'est une loterie. Quand on les rappelle au bout de six mois, on mesure combien leur situation a changé : il y en a qui étaient en foyer, et qui sont maintenant à la rue. La pression est énorme. Au centre Primo Levi, on fait beaucoup de formations et d'analyse de pratiques dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile, les maisons d'enfants à caractère social. Il est rarissime que je trouve des équipes en bonne santé. Comme les patients, ils sont exposés aux carcans du droit d'asile. Ils ont affaire dans leurs foyers et centres à des personnes dans un état déplorable, tout en étant toujours en sous-effectifs et non formés aux psychotraumatismes. Au bout de quelques années, on note les mêmes symptômes chez ces personnels que chez les patients : problèmes d'insomnie, irritabilité... A Paris, il y a peu de structures de relais, mais ailleurs, c'est pire : ils n'arrivent pas à remplacer les postes de psychiatres. Dans tous les lieux où je vais, les suivis psychiatriques sont très difficiles à mettre en place. ● PROPOS RECUEILLIS PAR S. B.