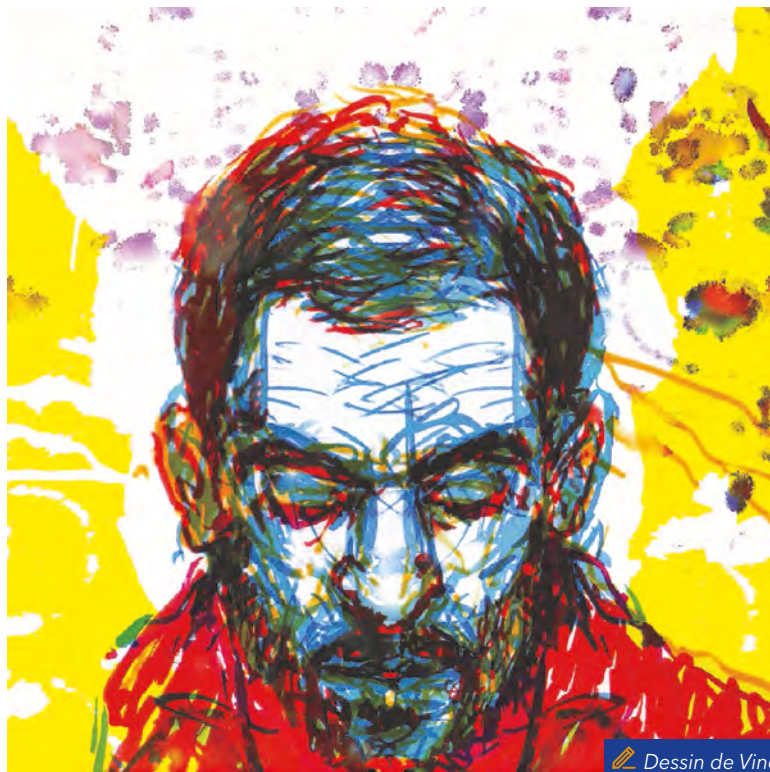


Identifier et soigner les psychotraumas



Dessin de Vincent Sojic

Sommaire

p2 _Asile

La prise en compte du trauma dans la procédure d'asile

p4 _La parole à...

Marianne Kedia
Action contre la faim

p5 _Zoom sur...

Le projet «Time for needs»

p6 _Intégration

La territorialité de l'accès aux soins

p7 _Réinstallation

La prise en compte du trauma dans la sélection des réinstallés

p8 _Les actualités juridiques et sociales

Édito

L'accès à la santé pour les demandeurs d'asile tient souvent du parcours d'obstacles. Pour les personnes souffrant de psychotraumatismes, cela peut, au contraire, ressembler à une traversée du désert. Non identifiés, donc non accompagnés, ou confrontés à la saturation ou au délabrement des dispositifs existants, la voie vers le soin et la guérison devient un lointain mirage.

France terre d'asile se mobilise depuis plusieurs années avec ses partenaires pour alerter et sensibiliser les pouvoirs publics, former les professionnels et construire des outils d'identification de la vulnérabilité. Des progrès ont été faits, c'est indéniable, au moment de la procédure d'asile. Mais, dans le même temps, le nombre de patients augmente. Outre les traumatismes à l'origine de la fuite, les migrants font l'expérience de la rupture et du deuil, réel ou symbolique. Les chemins de l'exil sont aussi souvent le théâtre de violences. Les migrants et notamment les femmes transitant par la Libye témoignent

de traitements inhumains sur leur parcours. En France, ils sont nombreux à faire l'expérience de la rue ou d'hébergements d'urgence précaires. L'attente et l'insécurité administrative aggravent encore les fragilités psychologiques.

L'incapacité à identifier rapidement et à traiter de manière adéquate ces souffrances ont un impact direct et durable sur la capacité de reconstruction et d'intégration des individus concernés. L'enjeu est donc sanitaire, d'intérêt collectif mais aussi et avant tout humain.

Pierre HENRY

Directeur général de France terre d'asile

La prise en compte du trauma dans la procédure d'asile

Ayant vécu des expériences traumatisantes dans le pays qu'ils fuient ou sur leur parcours d'exil, certains demandeurs d'asile nécessitent un accompagnement et une prise en charge particulière pour répondre à leurs besoins.

Il est généralement estimé que 5 à 35% des demandeurs d'asile sont des victimes de torture, 20 à 40% des demandeurs d'asile souffrent de trouble de stress post-traumatique et 30 à 70% souffrent de dépression. Il est donc crucial de prendre en compte la vulnérabilité des demandeurs d'asile victimes de torture et de violence, et d'adapter en conséquence la procédure d'asile et les conditions d'accueil.

Néanmoins, la prise en charge de personnes traumatisées n'appelle pas seulement la mise en place de dispositifs nécessaires, mais aussi un travail d'identification préalable, souvent difficile, les effets du traumatisme n'étant pas toujours « visibles ». La difficulté de cette tâche peut conduire à l'aggravation du traumatisme, en raison d'une incapacité à reconnaître les vulnérabilités ou d'une réponse insuffisante aux besoins.

Le risque d'aggravation du traumatisme par la procédure d'asile

Force est de constater que « *le statut de réfugié n'est pas un simple papier administratif : c'est à la fois le symbole de la reconnaissance publique des souffrances subies par la personne et sa famille, et celui de la protection offerte par le pays d'accueil* »¹. Dans le même temps, le statut de demandeur d'asile peut lui-même être source d'inquiétude et d'incertitude. Chez les personnes traumatisées, cette angoisse peut conduire à une amplification des souffrances et une fragilisation encore plus importante. Elles ont en effet souvent vécu leur traumatisme de manière récente, et en subissent les répercussions intensément ; elles n'ont pas encore été intégrées dans l'État d'accueil, ce qui les empêche de pouvoir accéder à certains mécanismes d'aide ; et elles sont dans l'incertitude sur leur avenir et vivent dans la crainte de devoir retourner dans leur pays d'origine et faire face à de nouvelles violences.

Alors que ces personnes sont dans une situation précaire, les difficultés d'identification de traumatisme et vulnérabilités psychologiques retardent le traitement qui peut leur être apporté et impacte le déroulement de la procédure d'asile. L'incapacité de pouvoir identifier les personnes vulnérables et traumatisées au plus tôt, ne permet pas non plus de



© Laëtitia Lesaffre

les orienter vers des dispositifs adaptés et appropriés pour leur situation, notamment en termes d'hébergement. Peu de CADA sont en mesure de recourir aux services d'un psychologue et le taux d'encadrement (un travailleur social pour 15 personnes) ne permet pas toujours un accompagnement spécifique des plus fragilisés. La situation est encore plus compliquée dans les hébergements d'urgence ou les dispositifs transitoires, comme les Centres d'accueil et d'orientation (CAO) où le suivi est moindre et les conditions d'accueil plus précaires.

En ce qui concerne la procédure d'asile, les souffrances « invisibles » peuvent aussi avoir un impact sur la crédibilité du récit du demandeur d'asile. Une personne souffrant de psychotraumatisme peut développer certains troubles du comportement tels que des troubles de la mémoire ou de la concentration, un syndrome dissociatif ou encore un sentiment d'être persécuté, qui se manifeste notamment lors de l'entretien et sont de nature à faire naître le doute des décideurs sur la vraisemblance du récit. L'entretien peut aussi constituer une épreuve pour le demandeur d'asile : en faisant part des raisons qui l'ont poussé à fuir son pays, le demandeur d'asile revit une nouvelle fois l'événement traumatique, ce qui peut influencer sur ses capacités à suivre l'entretien, à se rappeler de son histoire et à être convaincant².

² Cf. MONTAGUT M., « *L'emprise de la torture : les troubles langagiers des demandeurs d'asile face aux attentes institutionnelles* », *Langage et société*, vol 123, n° 4, 2016

¹ Centre Primo Lévi, *Persécutés au pays, déboutés en France*, 2016

Les mécanismes utilisés habituellement par la justice et l'administration lors des entretiens ne peuvent dès lors être utilisés, car «*le psychotraumatisme détruit toutes les règles ordinaires de l'entretien*»³. La formation aux problématiques liées au psychotraumatisme est en ce sens fondamentale pour ne pas faire perdurer le mythe du «*réfugié menteur*». L'Office de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) forme ainsi les officiers de protection, depuis 2013, au recueil de récits de souffrance.

La nécessaire mise en place de dispositifs spécifiques

Afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes traumatisées, leur identification est cruciale. Elle constitue aussi désormais une obligation légale issue du droit européen et plus spécifiquement de la directive Accueil. Celle-ci stipule que les États doivent initier une évaluation de la vulnérabilité «*dans un délai raisonnable après la présentation de la demande de protection internationale*» et «*veillent à ce que ces besoins particuliers soient également pris en compte [...] s'ils deviennent manifestes à une étape ultérieure de la procédure d'asile*»⁴. La réforme du système d'asile français de 2015 a transposé cette obligation mais

de manière insuffisante. L'évaluation de la vulnérabilité est réalisée par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), lors d'un entretien individuel, et par le biais d'un questionnaire portant sur les besoins particuliers en matière d'accueil, dont le contenu a été fixé par arrêté⁵. Toutefois ce questionnaire se limite à l'identification de vulnérabilités «*objectives*», telles que le handicap ou la grossesse. Or d'autres vulnérabilités, plus difficilement identifiables et notamment liées au trauma, nécessitent une prise en charge médicale le plus tôt possible⁶. Certains États membres développent donc des nouveaux instruments d'identification. C'est notamment le cas au Danemark, où l'organisation Dignity en association avec la Croix-Rouge a développé un nouveau projet qui vise à l'identification des personnes traumatisées parmi les primo-arrivants dans plusieurs communes danoises⁷.

Quant aux certificats médicaux pouvant être présentés aux agents de l'Ofii et de l'Ofpra, leur cadre légal est peu clair. Même s'il est prévu qu'ils soient «*examinés par un médecin de l'Ofii, qui émet un avis*»⁸ et que l'Ofpra prévoit notamment de les utiliser lorsque «*la santé mentale du demandeur d'asile affecte lourdement sa capacité à verbaliser ses craintes*»⁹, France terre d'asile et Parcours d'exil ont relevé que ces certificats sont analysés par le médecin de l'Ofii, sans que jamais celui-ci ne rencontre personnellement les demandeurs d'asile¹⁰. Cet avis est en outre émis tardivement dans la procédure, le demandeur ayant déjà fait l'objet d'une évaluation sur ses besoins en termes d'hébergement.

La réforme de 2015 a également prévu la possibilité pour le demandeur d'asile d'être accompagné à l'entretien Ofpra par un tiers, c'est-à-dire un avocat ou un membre d'une association agréée¹¹.

Si cette possibilité est une avancée, elle n'est que peu utilisée faute de ressources allouées pour sa mise en œuvre.

De plus, le traitement de leurs traumatismes par un spécialiste est également parsemé d'obstacles. Les demandeurs d'asile n'ont pas un accès systématique aux spécialistes de la santé mentale, et lorsqu'ils l'ont, encore faut-il surmonter les barrières linguistiques et culturelles. Certaines structures ont recours à des médiateurs culturels, qui sont non seulement des interprètes, mais permettent surtout la prise en compte des différences culturelles entre les médecins et les demandeurs d'asile. Cette pratique est notamment mise en place par le centre Françoise Minkowska à Paris qui privilégie la dimension culturelle dans le traitement des patients à travers un dispositif de médiation, d'accueil et d'orientation (Média-cor). La «*santé transculturelle*» demeure malgré tout encore peu connue et développée parmi les spécialistes, une étude menée en Seine-Maritime ayant montré que seuls 20% des médecins interrogés connaissaient ces dispositifs¹². Dans les faits, les professionnels se trouvent en outre obligés de refuser de recevoir des patients non-francophones parce qu'ils ne disposent pas des moyens de communication nécessaires, ou n'ont pas les moyens financiers pour un interprète¹³. Là encore, des associations peuvent faire appel à des interprètes volontaires, mais ils n'ont pas toujours les qualifications nécessaires pour être un véritable intermédiaire entre médecin et patient.

La réforme de l'asile de 2015 a permis des progrès dans la prise en compte du traumatisme dans la procédure d'asile. Mais des lacunes et des défaillances persistent pour la mise en œuvre pratique. L'amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins reste une priorité, mais sans un renforcement des procédures d'identification, de nombreuses victimes resteront invisibles, donc non soignées et susceptibles d'être indûment éloignées. ■

⁵ Article L744-6 et R.744-14 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

⁶ France terre d'asile, Parcours d'exil, [Identifier, accueillir et soigner les victimes de torture dans la procédure d'asile en France](#), Décembre 2015

⁷ FRA, [Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use](#), Février 2017

⁸ Article R-744-14 CESEDA

⁹ [Guide des procédures à l'OFPPRA](#), 2015

¹⁰ France terre d'asile, Parcours d'exil, opus cité

¹¹ Article L.723-6 du CESEDA

¹² GUIGENO S., LEBRUN C., «*Recours à l'interprétariat dans les services publics de psychiatrie de Seine-Maritime*», [Les cahiers de Rhizome](#), n°55, février 2015

¹³ BEAL A., CHAMBON N., «*Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes*», [Les cahiers de Rhizome](#), n°55, février 2015



© Laëtitia Lesaffre

³ Selon Serge Portelli, Président de chambre de la Cour d'appel de Versailles, témoignage recueilli par le Centre Primo Lévi dans le cadre de son rapport, opus cité

⁴ Article 22 de la directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection

La parole à...

Marianne Kedia



Marianne Kedia est docteure en psychologie clinique et psychologue du personnel terrain à Action contre la faim. Elle anime également des formations sur les psychotraumatismes chez les réfugiés.

Quelles sont les spécificités de la prise en charge d'un public migrant ?

Les migrants sont très exposés à des événements traumatisants, que ce soit chez eux ou durant leur parcours. Ils vont souvent présenter un trouble que l'on appelle le trouble de stress post-traumatique (TSPT ou PTSD en anglais), qui les affecte dans leur vie quotidienne et dans leurs relations avec les autres. Au-delà de la problématique d'adaptation culturelle et linguistique, il y a la difficulté, pour ces personnes-là, à pouvoir avoir confiance en l'État et en l'être humain en général. Quand on a une vie qui a été émaillée d'événements traumatisants, le récit de vie (étape de la demande d'asile consistant à raconter son histoire et donc notamment les raisons de son départ et le déroulement du trajet migratoire, *ndlr*) est par exemple quelque chose de très difficile à faire.

Quel est l'impact des psycho-traumas sur le quotidien des migrants et des réfugiés ?

Le TSPT fait que l'on a des flashbacks : tout l'état émotionnel qu'on a connu au moment où on a vécu un événement traumatisant revient. Les gens revivent régulièrement l'événement traumatisant dans la journée, dans la nuit sous forme de cauchemars.

Le traumatisme empêche également de faire des choses qui nous rappellent l'événement traumatisant, par exemple des démarches administratives dans le cas d'opposants politiques victimes de torture. Et puis c'est être sur le qui-vive en permanence, s'attendre à ce que quelque chose de grave nous arrive. Tout ça fait qu'on a du mal à créer du lien avec de nouvelles personnes. Or, pour des migrants, être capable de se faire un nouveau réseau social (au sens psychologique du terme), c'est très important ! Si on n'a personne à qui s'attacher, on finit par déprimer.

Pensez-vous que la procédure d'asile constitue une expérience traumatisante pour les demandeurs d'asile ? Comment les travailleurs sociaux et institutionnels peuvent-ils agir pour limiter cela ?

Je pense que la procédure d'asile est excessivement difficile pour les migrants qui ont été traumatisés. On a tendance à penser que si les gens ont vraiment vécu des choses très difficiles, ils vont très bien se les rappeler. Or, sur le plan psychologique, c'est exactement le contraire. C'est très contre-intuitif, mais en général, plus un

récit est confus, plus il est probable que la personne ait été lourdement traumatisée.

Ensuite, devoir raconter à un inconnu qu'on a été violé, qu'on a vu un inconnu être assassiné devant soi, etc., c'est excessivement difficile. Ce que les travailleurs peuvent faire, c'est être aussi bienveillant que possible. L'une des personnes les plus thérapeutiques que j'ai connues, c'était une secrétaire médicale du centre où je travaillais. Elle se souvenait simplement du nom des gens, était capable de les accueillir avec un sourire et de les traiter avec beaucoup d'humanité : des interactions toutes simples.

L'apport d'un ethnopsychiatre peut-il permettre de dépasser les barrières culturelles et linguistiques ? Est-ce quelque chose qu'il faut développer en France ?

C'est intéressant, mais avant de développer cela, je pense que le métier d'un psychologue – et c'est également vrai pour de nombreux métiers dans le secteur social, c'est d'être curieux de la personne qu'on a en face de soi. Évidemment, ça aide d'avoir des repères culturels, notamment via une formation sur le sujet. Mais si on a cette curiosité, même si on ne connaît pas la culture de la personne qu'on a en face de soi, on apprend à la découvrir, ce n'est pas insurmontable.

Cependant, former les intervenants est également important à cause de ce qu'on appelle le traumatisme par procuration : les travailleurs sociaux amenés à interagir régulièrement avec les migrants vont également être indirectement exposés au traumatisme. Être formé aide à mieux gérer la violence de tout ce qu'on entend.

Quelles seraient selon vous les solutions concrètes à mettre en place ?

Selon moi, il faut mieux former le personnel à ces questions et pouvoir orienter : ce sont les deux axes. Le gros problème à l'heure actuelle, c'est que très souvent, les seuls liens sociaux et donc affectifs que les migrants vont développer, c'est entre eux et avec les travailleurs sociaux qu'ils rencontrent. Il faut vraiment pouvoir augmenter le soin psychologique, soit en interne, soit en externe : ça veut dire trouver des bons correspondants psys, ou développer les réseaux psys au sein des associations. ■

Zoom sur...

Le projet « Time for needs »

France terre d'asile mène depuis 2008 des actions auprès des personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique. Le projet européen « Time for needs » s'inscrit dans la poursuite de cet engagement.

De nombreux demandeurs d'asile ont vécu des expériences traumatiques dans leur pays d'origine et au cours de leur parcours migratoire. Ces expériences ont des conséquences sur leur santé mentale et physique. Suite au constat de sérieuses insuffisances des législations et pratiques des États membres en termes de prise en charge des besoins de ce public, sept associations européennes dans six pays, dont France terre d'asile, ont décidé de collaborer dans le cadre du projet « Time for needs », co-financé par l'Union européenne. L'objectif de ce projet est d'organiser une meilleure identification et réponse aux besoins particuliers des personnes victimes de torture et de violence et d'harmoniser les procédures et pratiques au niveau européen dans ce domaine.

Depuis le début du projet en janvier 2016, France terre d'asile a mené plusieurs actions et notamment un travail de recherche afin de réaliser un état des lieux des lois et pratiques relatives à l'identification des besoins particuliers des personnes vulnérables. Ce travail de recherche a été alimenté par la mise en place de groupes de discussion, animés par une psychologue, avec des demandeurs d'asile et bénéficiaires de la protection internationale victimes de torture et de violence, autour de diverses thématiques, ainsi que des entretiens avec des acteurs clés de l'asile. Il ressort notamment de ce travail que l'absence d'une procédure formelle d'évaluation des besoins particuliers crée une inégalité de traitement entre les demandeurs d'asile. Le demandeur hébergé en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) sera accompagné pour informer l'Ofpra d'un besoin d'adaptation de la procédure, une aide qu'une personne suivie en plateforme d'accueil ne peut recevoir. Une procédure d'évaluation existe certes dès le guichet unique et l'évaluation est faite par un agent de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), mais celle-ci ne porte que sur les besoins d'accueil et ne prend en compte que les vulnérabilités dites « objectives »¹. Les vulnérabilités liées à des actes de tortures et de violences ne peuvent être détectées par cette procédure. Les victimes de torture et de violence ne seront donc pas orientées en priorité vers un hébergement par l'Ofii. Or, l'hébergement est un besoin primaire qui doit être satisfait pour ce public : aucun suivi psychologique ne peut être mis en place alors que la personne dort dans

la rue ou est dans une situation particulièrement précaire.

Par ailleurs, ce travail de recherche a permis d'identifier une série de besoins particuliers en termes de santé, d'accueil, de procédure et sociaux auxquels une réponse doit être apportée pour assurer une meilleure prise en charge de ce public tout au long de la procédure. Grâce à cette identification des besoins, les partenaires ont pu créer un questionnaire. L'objectif du questionnaire est d'identifier les besoins spécifiques des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale victimes de torture et de violence. Ce questionnaire vise également à sensibiliser les professionnels aux besoins particuliers de ce public, les amener à se questionner sur leurs pratiques et à stimuler la coopération entre les acteurs accompagnant ces personnes.

La diffusion de ce questionnaire a fait l'objet d'une formation, animée par la psychologue du projet, à destination de travailleurs sociaux de France terre d'asile et de l'Ordre de Malte afin notamment de les informer sur le psychotraumatisme. Ce questionnaire n'est qu'un exemple du travail produit par les partenaires européens : des standards communs minimaux et un recueil de bonnes pratiques ont également été élaborés afin de sensibiliser et d'informer les acteurs nationaux et européens. L'ensemble des résultats du projet feront l'objet d'une conférence, à Paris, le 10 octobre 2017, organisée par France terre d'asile. ■

Focus

Écouter, soigner, protéger

Le projet *Time for Needs* est coordonné par le Conseil italien pour les réfugiés (CIR). Les associations partenaires du projet sont Aditus (Malte), le Conseil portugais pour les réfugiés, le Conseil européen pour les réfugiés et les exilés (ECRE), le Conseil grec pour les réfugiés, le Centre Überleben (Allemagne) et France terre d'asile. Le projet est co-financé par le fond Asile, Migration et Intégration de l'Union européenne.

² Pour une définition des vulnérabilités « objectives », voir l'article « La prise en compte du trauma dans la procédure d'asile », pp 2-3

La territorialité de l'accès aux soins

Si de nombreux migrants ont besoin de soins psychologiques, l'accès à ce type de soins reste très difficile, et fortement dépendant du lieu de résidence.

En France, il existe un nombre limité de centres de soins spécialisés pour les exilés souffrant de psycho-traumas, localisés dans seulement quelques grandes villes. De telles structures existent à Paris, Marseille, Lyon, Strasbourg ou encore Bordeaux. Des équipes spécialisées y proposent des consultations et des traitements adaptés au cas particulier des migrants, mais elles effectuent également un important travail de recherche et de formation des professionnels. Les équipes de ces centres sont généralement composées de psychologues et de médecins, mais aussi d'interprètes, de juristes et d'assistants sociaux, afin de dispenser un suivi multidisciplinaire.

Ces quelques structures ne sont pas assez nombreuses pour répondre aux besoins de soins importants chez les migrants. À Paris, par exemple, le centre Primo Levi, a pu traiter 383 personnes en 2016¹. À côté de Lyon, le centre Essor de Forum réfugiés-Cosi a quant à lui traité 575 personnes en 2016, dont 52,5% à des fins de soins psychologiques². Toutefois, ces structures sont débordées et les délais d'attente se comptent souvent en mois.

La situation est encore plus complexe en dehors des très grandes villes, où l'on ne trouve pas d'établissements aussi spécialisés. Il existe parfois un centre pour la santé des migrants, comme à Rennes avec le Centre médical Louis Guilloux (CMLG), qui assure des consultations dans la langue maternelle des patients grâce à des interprètes. Mais ce type de centres s'occupe généralement de tout ce qui concerne la santé des populations migrantes, et ne dispose pas forcément de service spécialisé dans les soins mentaux. Le CMLG de Rennes propose pour sa part des consultations spécialisées en santé mentale, réalisées par des équipes mobiles³.

Les migrants ayant besoin de soins psychologiques peuvent aussi être orientés vers des centres de santé mentale « classiques », mais afin d'assurer une prise en charge adéquate, cela implique que certaines conditions soient remplies. Selon le centre Primo Levi de Paris, spécialisé dans les soins aux victimes de torture, il est ainsi nécessaire de travailler « avec des professionnels sensibilisés et avertis, [...] et bien entendu recourir aux services d'interprètes

professionnels »⁴. Malheureusement, ce n'est pas souvent le cas.

Face à cette forte disparité géographique, la prise en compte des besoins de traitement adapté, lors de la procédure d'orientation des demandeurs d'asile vers un logement, est souvent mise en avant comme une première réponse. Pour aller encore plus loin, la Croix-Rouge a ouvert en Belgique en 2007 un centre permettant de fusionner l'accueil et la prise en charge des demandeurs d'asile en souffrance mentale : le centre d'accueil rapproché pour demandeur d'asile (Carda) d'Yvoir, permettant notamment de prendre en charge les demandeurs d'asile ayant besoin de soins psychiatriques. Au total, 23 spécialistes prennent en charge jusqu'à 40 personnes, pour un coût de l'accueil journalier trois fois inférieur à celui en institution psychiatrique⁵.

Face à l'offre de soins insuffisante, un travail important retombe sur les travailleurs sociaux, notamment au sein des structures d'accueil, qui se retrouvent en première ligne pour gérer la charge affective liée au traumatisme⁶. D'où l'importance de former tous les professionnels travaillant avec les demandeurs d'asile, tout en donnant également des outils aux professionnels de la santé mentale pour mieux répondre aux besoins des exilés traumatisés. ■

Focus

Centres de soins spécialisés en France



Bordeaux

Clinique transculturelle Mana

Lyon

Centre de santé Essor (Forum réfugiés - Cosi)

Marseille

Centre Osiris

Paris

Centre Françoise Minkowska

Centre Primo Levi

Comède (Comité pour la santé des exilés)

Parcours d'exil

Strasbourg

Paroles sans frontière

⁴ Centre Primo Levi, « *137 000 victimes de torture en France* », juin 2017

⁵ Croix-Rouge de Belgique, « *Invitation : Carda, un centre d'accueil pour demandeurs d'asile en souffrance mentale* », juin 2015

⁶ Voir l'interview de Marianne Kedia dans *La parole à...* p.4

¹ Centre Primo Levi, *Rapport d'activité 2016*, p.2

² Forum réfugiés - Cosi, *Rapports d'activités 2016*, p.68

³ Centre médical Louis Guilloux, *Pôle Migrant*

La prise en compte du trauma dans la sélection des réinstallés

La réinstallation constitue un instrument de protection permettant de répondre aux besoins spécifiques de certaines catégories de personnes les plus vulnérables, parmi lesquelles les victimes de torture et de violences, qui nécessitent un encadrement et une prise en charge particuliers.

Le mécanisme de réinstallation du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), s'adresse aux réfugiés les plus vulnérables. Le HCR a donc établi des catégories de personnes dont les besoins de réinstallation sont les plus urgents. Parmi celles-ci se trouvent les victimes de torture et de violences, qui souffrent souvent de psychotraumatismes nécessitant un suivi et un traitement urgent. Selon les critères du HCR, afin de pouvoir bénéficier de la réinstallation dans ce cadre, il faut que la personne ait subi des actes de torture et/ou de violences dans son pays, qu'elle souffre d'effets physiques et psychiques, même sans trace visible, qu'elle risque de subir une aggravation de son traumatisme en raison des conditions d'asile, qu'elle nécessite des soins médicaux ou psychologiques qui ne peuvent être fournis par l'État de premier asile et qu'elle ait des besoins spécifiques qui rendent la réinstallation nécessaire¹.

Le HCR estime que la proportion de demandes de réinstallation relevant de cette catégorie a augmenté de 5 % en 2005 à 29 % en 2016, avec un taux d'acceptation de leur dossier de 93,2%². Les personnes victimes de torture et d'autres violences, notamment politiques, constituent désormais la deuxième catégorie la plus importante de personnes réinstallées. Selon l'agence, cette augmentation résulte notamment de l'amélioration de la formation et du renforcement de la capacité de ses employés.

Selon le Manuel de réinstallation du HCR, des mesures doivent être mises en œuvre afin de permettre une prise en charge appropriée des réfugiés concernés. Ainsi, lors de l'enregistrement, leurs besoins spécifiques doivent être pris en compte afin de leur fournir un accueil adéquat. Cela implique pour les officiers de protection du HCR d'obtenir les informations sur le vécu des réfugiés afin de pouvoir identifier les dispositifs de réinstallation nécessaires. Celles-ci sont par la suite normalement transmises aux organisations d'accueil, pour prévoir les conditions d'accueil conformes.

Ces informations, notamment médicales, sont cruciales afin de permettre une prise en charge adaptée de la personne réinstallée. De ce fait l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) assure une évaluation médicale de tous les réfugiés et une assistance médicale pour ceux qui en ont besoin avant, et durant le voyage, pour s'assurer que le réinstallé est apte à voyager et le fera dans des conditions appropriées.

Quant aux examens médicaux dont la personne a pu faire l'objet, le HCR recommande l'établissement d'un rapport par un médecin qui sera joint au formulaire d'enregistrement de réinstallation et accompagné d'observations d'un psychologue, si une telle évaluation a eu lieu. Toutefois, la prise en charge des personnes en attente de réinstallation n'inclut pas systématiquement un suivi psychologique et une évaluation efficace des traumatismes et des besoins³. Pourtant un suivi psychologique serait à ce stade de la procédure de réinstallation primordial au vu des bouleversements personnels que les réinstallés subissent, auxquels s'ajoute le stress engendré notamment par la préparation du voyage et le vol. Les services de santé étant limités sur le terrain, il faut donc assurer le suivi des personnes lors de leur arrivée, notamment par le transfert d'informations entre les différents acteurs, qui ont été au contact du réinstallé. Toutefois, dans la pratique, la coordination entre les acteurs impliqués (HCR, OIM, administrations nationales et opérateurs nationaux) manque encore d'efficacité et les données ne sont pas toujours systématiquement transmises, ou le sont au dernier moment et de manière parcellaire. En effet, les informations effectivement obtenues se limitent souvent à l'état civil, et n'incluent pas de détails sur la vulnérabilité ou l'état de santé des personnes⁴.

La prise en charge des réinstallés traumatisés subit encore des retards, malgré le risque d'aggravation des traumatismes en raison des troubles de stress post-traumatique (PTSD) qui peuvent être engendrés par la réinstallation⁵. Il est donc d'autant plus urgent d'assurer une prise en charge dès les premiers stades de la réinstallation, où les symptômes liés aux psychotraumas sont particulièrement accentués⁶. Cela implique aussi une évaluation des besoins particuliers avant le départ et une meilleure transmission des informations entre les acteurs concernés. ■

³ MURRAY K., DAVIDSON G., SCHWEITZER R., *“Review of Refugee Health Interventions following resettlement: best practices and recommendations”*, *The American journal of orthopsychiatry*, 2010

⁴ France terre d'asile, Forum réfugiés-Cosi SHARE II, ICMC Europe, *La réinstallation des réfugiés en France : état des lieux et voies d'amélioration*, rapport dans le cadre du projet Share, Juin 2015

⁵ NOSÉ M. et autres, *Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries : Systematic review and meta-analysis*, 2017

⁶ TRAN T. et autres., *«Nonlinear relationship between length of residence and depression in a community-based sample of Vietnamese Americans»*, *International Journal of Social Psychiatry*, 2007

¹ UNHCR, *Manuel de réinstallation du HCR*, 2011

² UNHCR, *Projected Global Resettlement needs 2018*, Juin 2017

Les actualités juridiques et sociales



Augmentation temporaire du montant de l'aide au retour

Par un [arrêté du 25 juillet 2017](#), le ministère de l'Intérieur a fixé le montant maximal de l'allocation pour l'aide au retour à 1 850 euros pour les demandes faites jusqu'au 31 décembre 2017. L'allocation était précédemment de 650 euros, auxquels pouvait s'ajouter une majoration de 350 euros pour un total de 1 000 euros. L'arrêté du 25 juillet précise en outre que cette aide au retour ne peut être versée aux ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, de la Suisse, d'Andorre, de Monaco, de San Marin, du Kosovo et de tout pays tiers pour lequel il existe une dispense de visa pour l'entrée en France.



Publication d'une enquête sur la perception de l'immigration et des réfugiés par les Français

L'Institut français d'opinion publique (Ifop) a mené une [enquête](#), en collaboration avec l'association More in Common, auprès de 2002 Français pour recueillir leur vision sur des questions relatives à l'immigration, aux réfugiés et à l'identité. 85 % des personnes interrogées considèrent ainsi qu'il y a eu une augmentation du nombre d'immigrés en France depuis les cinq dernières années alors qu'en réalité le chiffre est stable, une courte majorité des Français (56 %) ayant un avis négatif sur l'immigration. 45 % souhaitent la fermeture des frontières, même aux réfugiés, affirmant en outre que ceux-ci ne réussiront pas à s'intégrer. Par rapport à leurs voisins d'Europe de l'Ouest, les Français sont les plus réfractaires à l'accueil des réfugiés. 55 % reconnaissent toutefois qu'ils ont un statut particulier et 41 % considèrent qu'il faut les accueillir. 25 % déclarent en outre avoir œuvré en faveur des réfugiés, notamment par des dons, et 30 % assurent vouloir les aider davantage à l'avenir. L'Ifop en conclut qu'il faut un travail de promotion de l'intégration réussie auprès des Français et un débat national pour mettre fin aux idées fausses.



Calais : des mesures d'urgence face au risque d'exposition à des traitements inhumains et dégradants

Dans une ordonnance du 26 juin 2017, le juge des référés de Lille a estimé que les centaines de migrants à Calais, notamment les mineurs isolés, sont exposés à des traitements inhumains et dégradants. Il a ainsi ordonné la mise en place d'une maraude quotidienne, la création de points d'eau et de sanitaires pour assurer des conditions d'hygiène minimales et l'organisation de départ des migrants vers des centres d'accueil et d'orientation (CAO) sur l'ensemble du territoire. Ces mesures ont été [confirmées](#) par le Conseil d'État le 31 juillet (décision n°412125). Le ministre de l'Intérieur a alors annoncé la création de deux centres d'accueil et d'examen des situations dans la région, ainsi que la mise en place de points d'eau, qui ont commencé à être installés le 16 août. Mais, les associations [dénoncent](#) toujours l'absence de douches.



France terre d'asile publie son rapport d'activité pour l'année 2016

L'année 2016 a notamment été marquée pour France terre d'asile par son action dans le cadre des évacuations dans les camps à Paris pour assurer la mise à l'abri des migrants ou sa campagne « Réunissez-les » pour garantir la réunification des mineurs isolés étrangers (MIE) de Calais avec les membres de leur famille habitant au Royaume-Uni.

En 2016, France terre d'asile a assuré le premier accueil et l'enregistrement de 29 272 demandes d'asile dans ses dix plateformes d'accueil et développé son projet de maraude pour les migrants à la rue à Paris grâce à laquelle 4 530 personnes ont pu être informées et orientées. France terre d'asile a lancé un projet « France accueil accompagnement réinstallés », financé pour assurer le respect des engagements de la France pris dans le cadre du programme européen de réinstallation. France terre d'asile a également augmenté ses capacités d'accueil de 7 %, permettant l'hébergement de 6 943 personnes. 571 mineurs isolés étrangers ont par ailleurs été pris en charge dans les établissements d'accueil et d'accompagnement vers l'autonomie. L'association s'est également engagée par un travail d'expertise et de plaidoyer.



Plan d'action gouvernemental et déclarations du Président en matière de politique migratoire

Dans son Plan d'action annoncé le 12 juillet, le Gouvernement [insiste](#) sur l'importance de la solidarité entre les États membres et du renforcement des contrôles aux frontières extérieures. Au niveau national, le plan comporte cinq grandes lignes, annonçant la création de 7 500 places d'accueil pour demandeurs d'asile et 5 000 places en Centres provisoires d'hébergement pour les réfugiés. Le gouvernement souhaite aussi réduire les délais de traitement des demandes d'asile à 6 mois. En outre, il prévoit l'éloignement systématique des déboutés, ainsi qu'une réforme du cadre juridique de la rétention et un transfert plus efficace des dublinés. L'accent est également mis sur l'intégration, la nomination d'un délégué interministériel pour l'intégration des réfugiés étant prévue prochainement. Dans un discours sur l'intégration, le Président a [appuyé](#) ces différentes propositions, déclarant que plus personne ne devait se retrouver à la rue et promettant notamment des hébergements d'urgence sur l'ensemble du territoire. Il a aussi manifesté l'intention d'envoyer des missions de l'Ofpra dans les hotspots italiens et certains États africains, mentionnant notamment la Libye et le Niger, afin d'examiner les demandes d'asile. Un projet de loi pour la mise en œuvre de ces diverses mesures sera soumis en septembre.

LA LETTRE DE L'ASILE ET DE L'INTÉGRATION

Une publication de [France terre d'asile](#)

Directeur général : Pierre Henry

Comité de rédaction :

Bianca Bobsien, Jean-René Galaverna, Chloé Ledoux, Léo Lefeuvre, Fatiha Mlati, Leslie Morice, Fella Ould Hocine, Héléne Soupios-David.

Cette lettre est réalisée dans le cadre des projets européens soutenus par le fonds asile, migration, intégration.

ISSN : 1769-521-X

