

Centre d'Ecoute et de Soins - Paris

Rapport d'Activité 2009



Tous les membres de l'équipe du Centre d'Ecoute et de Soins de Médecins Sans Frontières ont contribué à la rédaction de ce rapport

- Avril 2010 -

Médecins Sans Frontières Mission France Centre d'Ecoute et de Soins 21, passage Dubail 75010 Paris 01 42 05 54 44

SOMMAIRE

Historique	3
Introduction	4
I. Illustrations cliniques	
1. La médecine au chevet de l'asile : mots du sommeil et maux de nuit	7
2. Demandeurs d'asile mineurs : des isolés mais pas sans histoire	
3. Ecouter la torture, l'épreuve d'une impossible rencontre	
4. Dublin II, une grande salle d'attente	
5. Figures de déboutés	
II. Le dispositif du Centre d'Ecoute et de Soins	24
 Objectif général du CES L'orientation ou la demande de suivi psychologique 	
III. Analyse de la population prise en charge 1. Origine géographique des patients	25
2. Caractéristiques de la population en terme d'âge et de sexe	
3. Situation sociale des patients du CES	
4. Situation administrative de la population prise en charge	
5. Evénements rapportés ou cause de la fuite	
3. Evenements rupportes ou eurse de la ruite	20
IV. Analyse de l'activité du CES	
A. Analyse générale de l'activité	29
B. Activité médicale	30
1. Nature du suivi	30
2. Couverture médicale des patients suivis au CES	31
3. L'activité médicale	31
4. Pathologies organiques / plaintes somatiques	31
5. Les traitements psychotropes	32
C. Activité médicale auprès des éxilés du 10 ^{ème} arrondissement	33
1. Prise en charge de la gale	
2. Journées de consultations médicales pour les éxilés	
D. Activité psychologique	35
1. Caractéristiques à l'inclusion / sévérité de l'état des patients	
2. Manifestations cliniques / diagnostic prédominant	
3. Sorties / fins de suivi	
4. Activité psychologique auprès des Afghans vivant dans le 10 ^{ème} arrondisseme	
E. Activité sociale	
Anneve - Terminologie utilisée	<i>Δ</i> 1
A IMPYP - TPTIIIIMMODIP IIIMSPP	ZI I

Historique

Ouvert le 1^{er} mars 2007, le Centre d'Ecoute et de Soins (CES) de Médecins Sans Frontières (MSF) propose des soins psychologiques à des personnes en souffrance, fuyant des persécutions ou une zone de conflit, qui sont venues chercher asile et protection en France.

Parmi ce public, communément appelé « réfugié », le programme cible plus particulièrement les personnes sans titre de séjour¹ et non francophones, car davantage marginalisées et exclues des soins psychologiques.

Faisant suite à la fermeture des Centres médico-sociaux de Paris et Marseille (juillet et décembre 2006), l'ouverture du Centre d'Ecoute et de Soins est intervenue en réponse à nos difficultés à trouver des références psychologiques pour certains patients demandeurs d'asile ou déboutés, non francophones et difficilement sectorisables² (personnes SDF).

Certains patients sont arrivés en France récemment, d'autres sont présents sur le territoire depuis plusieurs années. Pour nos patients, comme pour la population générale des demandeurs d'asile, l'accès aux soins et services psychologiques existants est entravé par l'association de plusieurs facteurs : la nature et l'intensité des troubles (nécessitant parfois des prises en charge rapides et adaptées), la précarité sociale et administrative (l'absence de titre de séjour, de résidence fixe, de couverture médicale) ainsi que la barrière linguistique (nécessitant le recours à l'interprétariat dans la langue du patient).

Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le CES propose une prise en charge adaptée à chaque patient, le suivi thérapeutique étant étayé par des références et orientations médicales, sociales et juridiques.

Les patients pris en charge par les psychologues cumulent le plus souvent une histoire personnelle éprouvante, faite de traumatismes répétés et cumulatifs (dont l'exil), qui interagissent avec une situation sociale actuelle précaire, vécue parfois comme sans issue et pouvant constituer une « caisse de résonance » des violences précédemment vécues.

Si toutes leurs problématiques ne sont pas solubles dans le soin, nous considérons que celui-ci soulage, valorise, reconstruit, pose de nouveaux repères et perspectives, permettant la rémission ou l'atténuation des troubles les plus manifestes et invalidants.

Ce rapport est l'occasion de dresser à la fois un bilan de l'année 2009 et une synthèse depuis l'ouverture du programme en mars 2007.

¹ Les personnes sans titre de séjour, même provisoire (APS), notamment les personnes soumises au règlement Dublin II, ou déboutées de leur demande d'asile. Voir Annexe pour définition de la terminologie utilisée.

Dans le système public, les patients dépendent des structures rattachées au « secteur » où ils vivent. Voir Annexe pour définition de la terminologie utilisée.

Introduction

Malgré la longue histoire de présence de réfugiés en France, évoquer sereinement la question de leur santé psychologique n'est pas une évidence. Si leur santé est considérée, ce n'est souvent que sous l'angle de victimes atrophiées, sans défense. Par ailleurs, aux yeux du grand public, l'image du demandeur d'asile se confond dans la migration en général et se réduit à la seule perception de cette population sous l'angle de clandestins, de sans papiers. Cette représentation, qui prédomine aujourd'hui, tend à masquer et écraser les réalités humaines et les trajectoires, et à faire de cette population des sujets sans histoire et sans parole, pris exclusivement dans des contingences administratives ou économiques.

Après l'adoption de la Convention relative au statut de réfugié en 1951 et pendant la guerre froide, l'image des réfugiés était celle de la figure du héros, du dissident de l'est. Dans cet imaginaire, le combat politique prévalait. Mais si le combat collectif semblait porter aux nues, la condition ou la souffrance individuelle pouvait, elle, être déniée. De ce fait, certains réfugiés pourtant en grande détresse, jugeaient leur souffrance peu glorieuse et inavouable, parfois même à leurs proches.

De manière sous-jacente, règnerait encore l'idée que les troubles psychologiques comparés aux blessures physiques et somatiques ne sont pas sérieux et qu'ils traduisent une certaine faiblesse de l'individu. Dans le contexte actuel de tension vis-à-vis des questions migratoires, où les réfugiés ne bénéficient plus de l'aura qu'ils ont pu avoir, ce rejet traduit aussi le désir de maîtrise du phénomène asilaire et migratoire et un soupçon à l'égard de la parole de l'individu.

Parmi les migrants, tous les groupes ne sont pas les mêmes. Ceux qui seront cités dans ce rapport nos patients- ont été particulièrement éprouvés et ont le plus de difficultés à s'adapter aux changements qu'ils n'ont pas choisis.

Parler de santé mentale ici est à distance de tout discours de la pitié ou de toute politique émotionnelle. Parler de santé mentale des demandeurs d'asile, c'est d'abord rappeler que l'on ne peut mettre tous les événements de la vie au même niveau de signification. Ne pas reconnaître pour certains les risques ou les conséquences psychologiques de certains événements ayant mené à leur exil, c'est déjà dénier en partie la réalité de ces événements. Ainsi donner une écoute à cette souffrance, c'est -encore et toujours- travailler contre le refus d'entendre, contre le rejet dont ces personnes et leur histoire sont parfois l'objet. (voir article p.14)

La sévérité de la souffrance psychique évaluée chez les patients reçus par l'équipe MSF est significativement aussi importante, sinon plus, que celle rencontrée sur nos terrains d'activité à l'étranger. Au-delà de la violence sur leur territoire d'origine, les patients rapportent les difficultés éprouvantes liées au parcours d'exil, la rupture des liens familiaux, la perte de l'enveloppe protectrice communautaire, l'adaptation à un asile qu'ils n'ont pas choisi, l'isolement, une situation sociale dégradée, des représentations non sécurisantes de leur identité.

Les praticiens travaillant auprès des demandeurs d'asile rappellent que les événements souvent violents liés au vécu pré-migratoire ne déterminent pas seuls la souffrance de leurs patients. La santé des demandeurs d'asile aujourd'hui ne peut être dissociée des conditions de leur accueil.

Ces derniers temps, l'accueil des demandeurs d'asile -qu'ils soient isolés ou en famille- n'est pas à la hauteur de l'enjeu. En 2008, seulement 30% des demandeurs d'asile avaient accès à un Centre

d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)³. Depuis fin 2009, l'accueil des familles a été également significativement réduit. Pour nombre d'entre elles, ces familles avec enfants (de Tchétchénie, de Géorgie, d'Afghanistan ou de RDC) doivent attendre plusieurs mois (6 mois ou plus), avant de bénéficier d'un accompagnement social leur assurant un accès aux soins, à la procédure d'asile et à un service social minimum. Pour ces familles, la mission d'accompagnement à l'arrivée est maintenant réduite à une orientation vers des associations caritatives et vers le Samu Social (115) pour l'hébergement d'urgence. En tant qu'organisation médicale, nous estimons que ces situations sont d'autant plus inquiétantes que plus de la moitié des individus de la famille est constituée d'enfants. D'autre part, au-delà des difficultés liées aux événements survenus dans leur pays d'origine et à leur parcours d'exil, nombre de ces enfants - dans ce contexte de difficultés d'accueil - montrent des difficultés à s'adapter, face à la dégradation de l'image de leurs parents et aux sentiments d'érosion de l'autorité qu'elle entraîne.

Les mineurs non accompagnés, qu'on appelle aussi mineurs isolés étrangers, restent les plus vulnérables (voir article p.10). Paradoxalement ils connaissent souvent, comme les adultes, des difficultés d'accès aux soins. Pour ces jeunes que l'on reçoit au centre, souvent demandeurs d'asile, les méandres de leur prise en charge conduisent la plupart du temps à sous-estimer, voire à négliger la singularité de leur situation d'adolescent. Malgré la prise en charge associative ou par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), certains peuvent se vivre encore en exil, dans un non lieu d'appartenance.

La complexification des procédures administratives pour les demandeurs d'asile, tel le règlement Dublin II⁴, met aussi très fortement à l'épreuve les capacités adaptatives et de reconstruction de ces populations (voir article p.17). Ce règlement peut faire de ces personnes des colis en souffrance. L'expression est ici loin d'être usurpée, tant elle est évocatrice de l'attente, de la suspension de la parole et de l'histoire, du confinement, de l'isolement et de la souffrance écrasante que certaines situations d'asile peuvent générer.

Les médecins et les psychologues de l'équipe MSF sont régulièrement confrontés -chez certains de leurs patients- à un intense épuisement moral et psychologique (*voir article p.7*), avec parfois la nécessité du recours à l'hospitalisation⁵.

La perte du reflet de sa personne dans le regard de l'autre, excluant l'individu du champ de l'humain, rappelle également les paroles des demandeurs d'asile déboutés (voir article p.21) que nous suivons. Aujourd'hui, plus de 60% des demandeurs d'asile sont déboutés de leur demande (70% en 2008, après passage à l'OFPRA et à la CNDA). Il est reconnu actuellement que les demandeurs d'asile bénéficiant pleinement du dispositif d'accompagnement et d'accueil -dont un hébergement prévu par le Dispositif National d'Accueil (DNA) pendant leur procédure- ont un taux d'obtention du statut de réfugié plus élevé que ceux qui en sont exclus. Cette exclusion comprend les difficultés d'accès aux soins et notamment aux soins de santé mentale pour ceux qui le nécessitent.

Enfin, les soins de santé primaire sont aussi sous tension. En 2009, dans le cadre de notre objectif de veille sur des populations potentiellement exclues des soins, nous avons dû augmenter l'aide apportée à une population spécifique : les exilés du $10^{\rm ème}$ arrondissement, essentiellement des Afghans, beaucoup en demande d'asile. En plus de distributions hivernales de sacs de couchage, habits et tentes, nous sommes intervenus sur le plan des soins de santé primaire, les autres

⁵ En 2009, 9 patients ont été hospitalisés pour ces motifs.

³ France Terre d'Asile/News Press/ 20/01/2009

⁴ Le règlement Dublin II (adopté par le conseil de l'Europe en 2003) impose de demander l'asile dans le premier pays signataire traversé (voir modalités et explicatif article p. XX).

structures étant saturées (voir activités médicales p.33 et activité psychologique auprès des patients afghans p.37).

Face à ces insuffisances de prise en charge, nous rappelons que l'accès aux soins -dont celui de la santé mentale- est et doit demeurer un des piliers de l'accueil et de l'accompagnement des demandeurs d'asile. Sans une compréhension de la réalité et du vécu des demandeurs d'asile, ceux-ci resteront maintenus aux abords de la forteresse hôpital et de la société d'accueil.

Aujourd'hui, très peu de solutions existent en terme de soins psychologiques.

Admettre et reconnaître ces constats permet de rappeler que la santé mentale des demandeurs d'asile relève avant toute chose de la sphère pratique, de l'accueil et de l'accès aux soins. Il reste urgent de trouver les moyens d'agir, pour limiter à long terme les conséquences éprouvantes de ces difficultés sur cette population et sur son inscription dans la population d'accueil.

Jacky ROPTIN Coordinateur du Centre Psychologue clinicien



La médecine au chevet de l'asile : mots du sommeil et maux de nuit

Les troubles du sommeil sont une plainte fréquente chez les patients qui ont connu l'exil et le traumatisme de la fuite hors du pays d'origine⁶.

Il n'y a pourtant pas de normes quantitatives en matière de sommeil et l'impression subjective de mauvais sommeil -traduite par les mots des patients- est au moins aussi importante que les altérations objectives du sommeil⁷.

Ainsi, quand un patient emploie l'expression de "cauchemars éveillés" pour décrire ses journées, que peut-il dire de ses nuits ? Quels sont les mots choisis pour retranscrire les sentiments provoqués par le manque de sommeil, les cauchemars récurrents et les angoisses nocturnes ? La nuit -rythmée par l'appréhension de ne pas trouver le sommeil- est le moment où affluent les angoisses, où surgissent les souvenirs et d'où émergent les souffrances décrites en consultation, parfois à l'aide d'expressions à la limite de la réalité : "je ne dors plus", "je n'ai pas dormi depuis plus de quinze jours".

Les troubles du sommeil rencontrés chez nos patients sont assez stéréotypés et comportent de façon quasi-systématique des difficultés à s'endormir. Ainsi, le moment du coucher et les heures qui suivent deviennent un temps étirable à merci, comblé par des ruminations obsédantes: "les pensées m'empêchent de dormir". Aux pensées, presque toujours centrées sur les événements vécus au pays avant de prendre la fuite, viennent se greffer de lourdes préoccupations concernant l'avenir et les possibilités d'obtenir le statut de réfugié. Les patients -ainsi soumis à une sorte de maltraitance de la conscience qui ne saurait faire autre chose que tourner en rond indéfiniment- ne peuvent trouver l'apaisement propice à l'endormissement.

Une fois le sommeil trouvé (il n'est pas rare que cela n'arrive qu'au petit matin), il peut être agité par des cauchemars terribles, mêlant éléments du passé et complexité de la situation administrative présente.

Mme A. tchétchène, raconte les cauchemars terrifiants hantant ses nuits : " je retrouve la mallette qu'utilisait mon mari pour aller travailler – il a disparu en Tchétchénie, elle n'a plus de nouvelles depuis bientôt trois ans. En l'ouvrant, je trouve trois têtes coupées, des hommes, qui me fixent. Je cherche alors un endroit où je pourrai la cacher, mais je ne trouve pas et je me réveille".

M. B. guinéen de 24 ans, rêve lui sans cesse de fuites et de poursuites. Inlassablement, il fuit et se réveille alors qu'il va être rattrapé. M. A. tchétchène de 52 ans, raconte un de ses rêves, "scénarisé comme un feuilleton télé", selon ses propres termes, où il transporte des cadavres d'un lieu à un autre, les entassant dans une brouette. Lorsqu'il survient au milieu de tels cauchemars, le réveil est d'une violence difficilement descriptible, souvent accompagné de sensations physiques proches de celles provoquées par une grande terreur : sueurs, polypnée, sentiment d'étouffer. Si chacun a pu un jour faire l'expérience d'une terreur nocturne, c'est pourtant la répétition quasi-quotidienne de ces perturbations du sommeil qui met à mal les patients. Outre la fatigue intense, un des éléments quasi-constants du discours est l'absence totale de sentiment de détente ou de réconfort, normalement ressenti par tout un chacun après une nuit de sommeil. L'incompréhension est exprimée par nombre de nos patients. « Je ne comprends pas, je devrais pouvoir dormir, ici je ne risque rien. Avant je n'avais jamais eu de problèmes de sommeil, c'est depuis que je suis en France ».

_

⁶ Au Centre d'Ecoute et de Soins, 80% des patients évoquent des troubles du sommeil

Sateia MJ et Nowell PD « Isomnia » Lancet 2007; 364:1959-1973

Une autre particularité des nuits des patients ayant subi un psychotraumatisme est la poursuite nocturne de l'état d'hypervigilance diurne : le sommeil est brutalement interrompu au moindre bruit, le sentiment de peur envahit le sujet avant de s'atténuer lentement. Ces réveils en sursaut donnent généralement lieu à une nouvelle période de ruminations, entraînant les patients dans le cycle de l'insomnie.

De cette alternance de sommeil de mauvaise qualité et d'éveils tourmentés, le corps ne sort pas indemne. Des crises d'anxiété majeure peuvent surgir, au beau milieu de la nuit, s'accompagnant de nombreuses manifestations somatiques : sueurs, palpitations, douleurs thoraciques et sensations d'oppression, difficultés à respirer. Ces signes, s'ils sont parfois connus de certains patients les ressentant déjà en journée sont bien sûr vécus de manière beaucoup plus anxiogène dans l'obscurité et la solitude.

Difficile d'évoquer les troubles du sommeil sans prendre en compte les espaces de vie des personnes qui s'en plaignent. Ainsi, en médecine générale, on conseille aux patients souffrant d'insomnie d'appliquer une méthode dite du « contrôle par le stimulus », qui vise à réassocier la chambre à coucher avec le sommeil, en appliquant des directives simples : maintenir un environnement calme, sombre et confortable pour dormir, aller se coucher seulement quand on sent le sommeil venir ...etc. On imagine sans peine que ces conseils ne peuvent s'appliquer aux patients reçus au Centre d'Ecoute et de Soins, qui partagent souvent des chambres d'hôtel (à plusieurs) avec des inconnus, ou encore aux familles logées en chambre unique. Au-delà de tout ce qu'elle peut faire (ré)apparaître sur les plans psychique et physique, la tombée de la nuit est parfois aussi tristement ancrée dans une réalité matérielle violente : celle de l'absence de lieu où dormir. Pour beaucoup de nos patients qui vivent à la rue, c'est le moment de la confrontation avec l'absurdité et l'injustice, mais pas seulement : cela renvoie à la quête, à l'attente et à la perte d'identité : qui est-on lorsqu'on en est réduit à se trouver un morceau d'espace public pour dormir ?

La fatigue intense de l'insomnie et les troubles de la concentration qu'elle entraîne minent les activités diurnes des patients et favorisent l'émergence de sentiments d'auto dévaluation. En effet, le sommeil de l'insomniaque débute souvent en fin de nuit et nombre d'entre eux ratent ainsi des rendez-vous importants auprès des instances de l'asile. Ils souffrent alors du fait de devoir justifier leur absence par quelque chose qui s'apparenterait à une déficience, une attitude supposément hors des normes. Un patient rapporte ainsi une remarque faite à son égard sur son « penchant à faire des grasses matinées ». Un autre jeune afghan, qui suit des cours de français et y progresse de façon impressionnante, se fait régulièrement reprocher ses retards et son manque de concentration. En consultation, il décrit l'aggravation récente de ses troubles du sommeil et confie « je n'arriverai plus à faire des progrès en français, j'oublie tout, je suis mauvais ».

Souvent, les insomnies ont une telle répercussion sur la vie quotidienne que leur réalité est majorée par les patients, du moins dans les expressions utilisées. Le choix des mots est alors le reflet de leur souffrance et de leur perception du trouble. Tel ce jeune sri-lankais, interrogé sur le sens exact de sa phrase "je ne dors plus depuis un an, j'ai pris tous les somnifères possibles, aucun ne marche », qui fait finalement péniblement le décompte de ses quelques heures de sommeil arrachées aux aurores. L'absence de sommeil est perçue à travers le prisme de sa réalité à lui, qui est celle d'une insomnie totale et incurable, peu importe l'impossibilité physiologique d'une telle affirmation.

C'est donc sur cette réalité -celle des mots du patient- plutôt que sur une pratique médicale pragmatique qui objectiverait de façon presque mathématique un trouble « classifiable » (tel que dans le DSM IV⁸, par exemple), qu'il faut s'appuyer pour proposer le traitement le plus adapté. L'obtention de résultats se jugera d'ailleurs exclusivement à l'aune de ce que rapportera le patient.

_

⁸ DSMIV : manuel anglo-saxon de classification des troubles mentaux.

On voit donc que l'action thérapeutique reste dans le champ de la parole, à l'opposé de l'action curative d'un traitement dont les résultats seraient directement observables par le soignant (amélioration d'une dermatose par l'application d'une crème, disparition d'une angine par prise d'un antibiotique). Bien souvent, les anxiolytiques sont plus efficaces que les véritables somnifères (hypnotiques et apparentés), qui « écrasent » les patients et provoquent des effets indésirables non négligeables. « J'ai envie de dormir toute la journée, j'ai des vertiges » ; « je me sens comme si j'avais bu ». Des anxiolytiques légers comme l'hydroxyzine (antihistaminique sédatif), ou l'alprazolam à faible dose, permettent d'abaisser le niveau de tension et laissent ainsi une marge de manœuvre pour la reprise de phénomènes physiologiques compensateurs, sidérés par les troubles psychologiques. En effet, le sommeil, comme la faim ou la soif, sont nécessaires à la survie d'un individu en bonne santé, mais sont relégués au second plan lorsque des mécanismes psychologiques d'urgence sont en action.

Les troubles du sommeil sont une illustration parfaite de l'importance du travail pluridisciplinaire qui peut être effectué au Centre d'Ecoute et de Soins de MSF. Lorsqu'il est efficace, le traitement médicamenteux, du fait de cette marge de manœuvre qu'il dégage par l'apaisement de symptômes invalidants, agit en support de la psychothérapie, comme une béquille au travail des psychologues. Exposer les objectifs de soins aux patients de cette manière permet de minimiser les craintes relatives à la dépendance médicamenteuse et de mettre l'accent sur l'importance du suivi psychologique, comme l'a résumé un jour un jeune afghan : « docteur, faites en sorte que je puisse dormir pour pouvoir être capable de me soigner ».

Dr Laurie BELIN Médecin

Parmi les 527 patients suivis par les psychologues depuis l'ouverture :

- 35% reportaient de la torture,
- 15% de la violence sexuelle,
- 64% de la violence physique,
- 57% un membre de la famille tué.

Lors de l'évaluation à l'inclusion :

- 86% évoquaient des troubles du sommeil,
- 70% des reviviscences (cauchemars réitérant des scènes vécues) ou des cauchemars à thématique angoissante ou persécutrice,
- 60% des sentiments de culpabilité constants (d'avoir survécu, à l'égard de membres de la famille décédés ou restés au pays).

Demandeurs d'asile mineurs : des isolés mais pas sans histoire

Les mineurs isolés étrangers sont plusieurs milliers sur le territoire français⁹. Si certains étaient déjà isolés avant leur arrivée ou étaient envoyés par la famille pour travailler ou étudier, nombreux fuient également des contextes de conflits et de persécutions. Au CES de MSF, les mineurs isolés souvent en attente de demande d'asile- sont surtout afghans, érythréens, éthiopiens, tchadiens, srilankais ou bangladais. Au-delà du contexte général de leur départ, leur histoire est émaillée de ruptures précoces, de perte des figures parentales, parfois d'abandon, de rencontres souvent malheureuses avec des figures adultes (du geôlier au trafiquant ou passeur...).

Dire mineurs isolés n'est pas faire table rase du passé

Le poids des relations ou de leur absence, sur lesquelles ces mineurs se sont construits reste un élément essentiel à rappeler. Le poids de l'histoire relationnelle est marqué avant tout par les péripéties de leur parcours d'exil. Chez eux, le doute quant à l'image qu'ils renvoient aux adultes est d'autant plus fort que les épreuves subies les ont prématurément éloignés de l'enfance, arrachés à une tutelle parentale et que l'expérience de l'exil a été souvent subie sous le joug d'autres adultes. A l'image d'une jeune fille, R. 17 ans, ayant vécu dans un camp de rebelles en Afrique, référée au CES parce qu'elle se retirait de toute relation avec son environnement : « mon problème c'est que je ne peux pas avoir des relations normales avec les gens, j'ai toujours l'impression qu'il va se passer quelque chose... même quand on me parle bien, mais que l'on parle fort je me durcis... dans ma tête j'ai envie de donner des coups de couteaux à la personne, j'ai envie de faire du mal... Vous avez l'impression que vous allez être très violente... même les enfants j'ai l'impression que cela m'agresse...aujourd'hui les gens je ne les vois pas comme des humains, parfois je ne fais pas la différence avec ceux que j'ai connus au camp... ce n'est pas normal d'être comme ça à mon âge ».

Chez d'autres jeunes, les abus sur le parcours d'exil et l'absence d'identification parentale peuvent se conjuguer dans les difficultés actuelles.

Ainsi l'histoire de B. 16 ans, venant d'Ethiopie. Abandonné très jeune par sa mère, après l'assassinat de son père, il sera élevé par une grand-mère dont il dira « je la voyais pleurer presque chaque jour comme si j'étais une malédiction ». Parti à l'adolescence, il sera incarcéré plusieurs mois dans une geôle libyenne, avant de pouvoir un jour atteindre les rives de l'Europe. Pris en charge dans un centre d'accueil, il nous sera orienté pour des troubles du sommeil, des crises d'angoisse, des troubles de l'humeur : « dans le centre où je suis accueilli, j'ai l'impression parfois de me retrouver en prison. On ne te parle pas parce qu'on ne parle pas ta langue, mais on te dit ce que tu dois faire et où tu dois te mettre. Dans ces moments où on me parle comme si rien ne m'était arrivé, je m'énerve, je m'emporte. Tu as l'impression qu'ils sont indifférents, qu'ils ne te voient pas, que tu n'existes pas. Parfois je suis dur sans raison et je sais qu'ils ont l'impression que je suis méprisant. Je ne veux pas qu'ils le pensent mais je ne contrôle pas mes nerfs dans ces moments ».

Le mineur isolé étranger ne naît pas ou ne renaît pas à son arrivée en France. Dans son quotidien, l'adolescent s'engage en entier, répondant à la sollicitation et aux interactions de son environnement de la même manière qu'avec son monde imaginaire, sans toujours faire de distinction. Dans les signes ou les symptômes qu'ils nous adressent parfois (angoisse, séduction, revendication, agressivité, isolement), nous, les autres, les adultes sommes déjà présents. C'est ainsi avec ce « déjà là » des différentes figures adultes qui ont jalonné le parcours de ces jeunes, que nous devons définitivement composer.

- 10 -

⁹ Dans un article du Monde du 5 février 2010, Jean-Pierre Stroobants parle de plus de 5000 jeunes sur le territoire français et FTDA mineurs en a répertorié plus de 2000 uniquement en région parisienne. En 2008, parmi les demandes d'asile, seulement 410 ont concerné des mineurs isolés.

L'exil, entre nécessité et culpabilité

Concernant les figures parentales, une grande partie des jeunes patients que l'on reçoit au centre a perdu un ou plusieurs membres de sa famille, parfois dans des circonstances violentes. Certains de ces parents ont disparu, sans qu'on les retrouve, d'autres n'ont jamais pu bénéficier de funérailles, ou le jeune n'a pas pu y assister. Pour ces jeunes, la tristesse ne va rarement pas sans un sentiment plus ou moins fort de culpabilité à l'égard du parent décédé. Le jeune peut avoir l'impression de ne pas avoir suffisamment aimé le disparu, voire, avoir inconsciemment désiré qu'il disparaisse au cours de conflits avec lui. Pour ces jeunes, le défunt peut ne pas être enterré psychiquement et vient alors envahir l'espace psychique. Ceci peut se traduire par un sentiment de dévalorisation et une peur de perte de l'amour parental, conduisant à l'imagination d'une agressivité prêtée au parent décédé envers l'enfant. Pour certains, cette culpabilité peut aussi s'éprouver face au sentiment de responsabilité à l'égard de la famille restée au pays, parfois une mère ou un jeune frère, dont ils auraient dû avoir la charge, au regard des rôles prescrits dans leur communauté.

Pour eux, face à l'aiguillon quotidien de cette culpabilité, même infondée, il devient impossible de s'autoriser à profiter et se réjouir pleinement de leur asile. Au contraire, le poids de cette culpabilité peut exacerber les tensions vécues par l'enfant dans ses relations actuelles avec les adultes. Cette culpabilité peut également se manifester, au-delà des difficultés relationnelles, par des cauchemars angoissants ou à thème de persécution.

Le poids de la dépendance ou de l'attachement aux autres peut devenir lourd dans ces circonstances; le jeune va alors chercher à s'en détacher en s'isolant ou en essayant de le compenser par un surinvestissement de sa personne. Ce surinvestissement se manifestera par des attitudes oppositionnelles, revendicatrices ou des comportements de prestance qui ont plutôt valeur défensive contre l'angoisse de l'abandon. Des comportements ambivalents peuvent aussi se développer, où alternent dépendance affective et revendication à l'autonomie.

Du poids de l'histoire passée à la pesanteur du système de prise en charge

Chez les mineurs isolés étrangers, les doutes quant aux représentations qu'ils ont d'eux-mêmes, bien que dépendants de l'histoire passée, ne peuvent être isolés du cadre de prise en charge qui façonne également les images sur lesquelles ils se construisent à l'arrivée.

Aujourd'hui, leur accueil n'est pas à la hauteur de l'enjeu et la question de leur santé psychologique -si primordiale au regard de leur vulnérabilité et des enjeux de prise en charge- est quasi inexistante, si l'on excepte des initiatives associatives ¹⁰.

Pour une partie d'entre eux, l'accueil est encore aujourd'hui, trop aléatoire. Dans certaines situations, la prise en charge ne garantit pas toujours une protection suffisante pour l'enfant. Comme ce jeune de 17 ans, ne parlant pas le français, pris en charge au CES, ayant passé bientôt près d'un an à l'hôtel, sans qu'aucune scolarité ne soit engagée avant le 9ème mois et sans qu'une place en foyer ou en formation ne lui soit attribuée. Pour d'autres, il n'est pas rare qu'aucune couverture médicale ne soit mise en place avant 6 ou 8 mois.

A leur arrivée, ces jeunes font souvent l'expérience d'un accueil hybride (éducateur, juge, référent ASE, administrateur..), dont ils ne comprennent pas toujours l'ordonnancement ni les responsabilités respectives. Dans ces conditions, même l'investissement important au quotidien des éducateurs et des référents n'élimine pas le doute et l'angoisse chez le jeune quant à l'effectivité de sa prise en charge par les instances publiques.

-

¹⁰ A l'ASE, au sein de la cellule d'accueil des mineurs isolés, un seul psychologue officie.

Les carences de prise en charge observées parfois (absence prolongée de scolarité, mise à l'abri ou isolement hôtelier prolongé, absence d'information sur la demande d'asile, absence de proposition de projet éducatif et professionnel, placement peu adapté où peuvent se confondre parfois enfant en danger et enfant socialement dangereux) pourront, au-delà de différer leurs accès aux droits, avoir des conséquences importantes psychologiquement. Dans certains cas, elles peuvent conduire à construire des jeunes en errance et désolidarisés des nécessités de leur âge, ce qui peut perpétuer un parcours d'exil, où ils peuvent se sentir encore maintenus dans des espaces à la marge, à la frontière, à la limite du continent humain (faisant écho pour certains à ces espaces de confinement rencontrés sur la route, du camp de réfugiés au centre de rétention). D'autre part, ces négligences peuvent entraver toute capacité d'élaboration du mineur sur l'ambivalence de ses sentiments quant à l'exil, mais aussi sa nécessaire réflexion sur ses désirs pour l'avenir.

Ces vécus et sentiments de situations figées peuvent donc mettre à mal tout processus de reconstruction et toute prise en charge ultérieure. Ce n'est que dans le plein respect des obligations des institutions envers ces jeunes que ceux-ci seront à même d'éprouver et d'interroger les enjeux de leur exil et de leur responsabilité concernant l'investissement d'un projet. L'exigence souvent exprimée envers ces mineurs isolés ne peut se fonder que sur une même exigence préalable, quant à l'observation de leurs droits.

Le sentiment d'un lien aux autres fragile

Dans ces configurations, où les difficultés actuelles font écho aux souffrances précédemment vécues, l'angoisse et la culpabilité sont importantes. Si le suicide est rarement l'horizon de ces situations, il est souvent évoqué par ces jeunes. Il faut rappeler que pour ceux qui ont fui l'Afghanistan, le Sri Lanka, le Congo, l'Erythrée ou l'Ethiopie, ayant souvent passé des mois sur les routes de l'exil, la mort a parfois changé d'échelle. Elle a, pour certains dépassé leur capacité à la comprendre, à se la représenter, à la maintenir à distance.

La mort peut alors continuer à vivre en nombre d'entre eux et les débordements émotionnels qu'elle suscite peuvent en partie nous faire saisir leur discours suicidaire comme parfois le seul horizon d'un apaisement. Mais souvent, ces discours ne se font d'autant plus forts qu'en raison de la difficulté de ces jeunes à s'appuyer sur la qualité d'un lien relationnel consistant et fiable, à même d'apaiser ce sentiment de soi menacé. En ce sens, le discours suicidaire prend corps non seulement dans les événements vécus mais aussi et surtout dans la fragilité du lien à l'autre que ressent le jeune (au regard par exemple de la multiplication des acteurs et de la difficulté à se projeter dans un avenir sécurisant). L'absence d'un reflet de lui-même assuré dans le regard de l'autre peut faire basculer le jeune dans un sentiment d'abîme. Certains jeunes plus fragiles pensent alors que leur existence n'est plus nécessaire ou désirée.

Les conduites à risque peuvent ainsi être appréhendées non comme volonté d'en finir mais comme nécessité de séparation des autres, face à un lien et un avenir qui n'offre aucune garantie et est vécu comme trop angoissant. Dans l'imaginaire, ce n'est peut-être plus la mort qui se profile par le passage à l'acte, mais un affranchissement des autres, du poids du regard et de l'attachement.

Rappeler l'importance du tissu relationnel construit avec le jeune mineur isolé n'est pas le déresponsabiliser, mais amener à une meilleure compréhension de ses difficultés et à un certain respect vis-à-vis du personnage dans lequel il tente de se présenter, se construire à son arrivée. Le premier temps de la prise en charge ou de la rencontre avec ces jeunes est toujours un temps de sécurisation, de restauration d'une certaine estime de soi. Celle-ci devenant moins conflictuelle, la relation devient plus tolérable et l'abord de l'histoire et des conflits relatifs à l'enjeu inconscient de ces nouvelles relations, moins perturbant pour le jeune.

C'est seulement dans le creuset du langage et du dialogue, que l'enfant isolé peut, sans peur d'y chuter, déposer un monde intérieur et imaginaire morcelé. Le silence entourant la place à laquelle on les adresse, ou on les amène, peut être pétrifiant et entérine l'idée qu'ils sont encore hors de nos frontières.

Ainsi, la parole durant la consultation psychologique ne vient pas seulement soulager le jeune par l'écho de ce qui résonne en eux, mais elle permet aussi de le réinscrire à l'intérieur de nos frontières, par la rencontre et le dialogue qui s'y instaurent.

Jacky ROPTIN Coordinateur du centre Psychologue clinicien

Parmi les mineurs isolés ayant bénéficié d'un suivi médico-psychologique au CES :

- 20% étaient des jeunes filles
- 20% étaient SDF

Parmi les événements rapportés :

- 80% évoquaient des violences physiques,
- 75% un membre de la famille tué,
- 25% des violences sexuelles,
- 46% avoir été incarcérés,
- 37% rapportent avoir été torturés.

D'après l'évaluation médico-psychologique :

- 50% présentaient une souffrance qualifiée à l'inclusion de sévère ou très sévère,
- 40% manifestaient des troubles d'ordre psychotraumatique,
- 60% avaient évoqué des idées suicidaires,
- 75% disaient souffrir d'une perte d'estime de soi.

Ecouter la torture, l'épreuve d'une impossible rencontre

La rencontre avec des patients ayant subi des violences extrêmes révèle bien souvent, derrière le souci humaniste, des motivations inconscientes qui alternent entre fascination et sidération. Si, à l'épreuve du temps et de l'expérience, ces sentiments finissent par céder le pas aux raisons du travail d'accompagnement et de soin, il est possible de penser que ces premiers mouvements de «répulsion-attraction» sont constitutifs de ces rencontres et, en cela, évocateurs des difficultés de nos sociétés à accueillir et accompagner ces personnes.

De la même manière, l'expression «traitement inhumain», utilisée dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et reprise dans maintes conventions internationales, y compris la Convention contre la torture, pose un paradoxe qui n'est pas seulement d'interroger à quel champ « hors de l'humain » ces violences appartiendraient. Cette expression, en excluant le bourreau du champ de l'humain, en évacue également le plus souvent sa victime, en raison même d'un savoir sur cette violence, dont elle serait désormais dépositaire. Même certaines thérapies psychologiques, où il suffirait de nommer le traumatisme pour l'évacuer, semblent participer de cette mise à distance de ces personnes, de ce qu'elles interrogent de notre rapport à ce qu'elles ont vécu.

Pour tenter de saisir les motifs de ces résistances, l'analyse de ce que ces personnes ou de ce qu'elles manifestent provoquent en nous s'avère un questionnement nécessaire. L'épreuve provoquée par ces engagements au cœur du processus de destruction serait un passage obligé pour tenter de comprendre, de soigner et donc d'accueillir différemment des sujets profondément désingularisés et désolidarisés.

A travers l'exemple d'une situation clinique, on peut essayer -dans l'inquiétante étrangeté qu'elle décrit- de comprendre l'allure du rendez-vous impossible que ces rencontres évoquent parfois.

M. C, 17 ans est guinéen. En 2008, M. C et son père, opposant politique, sont arrêtés ensemble lors d'une manifestation. Un de ses frères parvient à prendre la fuite, l'autre est exécuté devant eux. Le père décède un mois après sa sortie de prison des suites de ses blessures. Lors de l'arrestation de M. C au domicile familial, sa mère est violemment battue et meurt deux semaines plus tard. L'incarcération de M. C durera deux mois, pendant lesquels il sera quotidiennement battu, mais aussi torturé. Un mois après sa sortie, en 2009, il arrivera en France. Il vivra d'abord dans la rue, avant de pouvoir faire valoir ses droits et, au regard de sa condition physique et morale, pouvoir être placé en hôtel en banlieue parisienne.

Suite à l'évaluation psycho médicale au CES, M. C est rapidement pris en charge, compte tenu d'un état de santé préoccupant. Mais, la psychothérapie qui lui est proposée donne lieu à une série de rendez-vous manqués ; le patient, malgré son carnet de rendez vous, oubliant les dates et ne venant qu'entre les séances.

Lorsque j'aperçois ce patient pour la première fois en salle d'attente, recroquevillé et effondré sur lui-même, la première impression est une sensation d'inconfort qui m'amène à redouter le moment de la rencontre. Au cours de notre première séance, quelque chose semble se refermer brutalement sur moi et ce patient. A la détresse psychique du patient, s'ajoute un aspect physique qui porte les stigmates d'une entreprise de destruction. Dans ces moments, je voudrais chercher à dissimuler mon regard dérangé, tout autant qu'à échapper à son regard troublé par ce qu'il ressent de mon malaise.

Les consultations irrégulières qui suivent suscitent toujours le même embarras, l'impuissance et la difficulté de la rencontre. D'abord, lorsque M. C s'installe face à moi, mon espace psychique

semble brutalement saturé, sous l'emprise d'un récit qui se répète à l'identique. Des mots se succèdent, sans ponctuation ni respiration.

«Je fais des cauchemars toutes les nuits, je ne peux pas dormir si il fait noir parce que j'ai l'impression qu'ils vont venir; je les vois dans la rue, j'ai des maux de tête et je vomis quand j'essaye de manger; j'entends des voix, des cris et des bruits, j'ai l'impression d'avoir passé toute ma vie en prison, d'être né en prison; chaque jour est comme le dernier».

Cette répétition à l'identique de ses cauchemars, de ses terreurs forme un cercle hermétique et sans espace pour d'autres mots et images, qui enclot le patient. Ces mots et ces images se dressent entre lui et moi comme des murs. Je deviens un témoin douloureux et impuissant d'une souffrance qui s'exprime à l'état brut. J'ai l'impression dans ces moments-là d'être forcé d'assister à des scènes de tortures qui se décrivent et se revivent dans une troublante et terrifiante réactualisation. Je ne me sens pas à ma place et songe à vouloir être ailleurs.

Qui est le destinataire de cette horreur qui frappe celui qui l'écoute, où les mots sont comme des coups portés à celui qui les entend ? Quelle est la fonction du langage lorsqu'il est extrait de toute relation ? Quel peut être le sens à chercher ou à construire face à un patient qui n'est pas fou mais qui en a les allures, dans ses impressions de persécution et ses manifestations quasi hallucinatoires ? Que signifie le terme de thérapie quand il n'y a pas de rencontre ?

Il devient de plus en plus difficile de rencontrer M. C, qui rate systématiquement ses rendez vous, disparaît pendant plusieurs semaines, se présente en dehors des jours de consultation ou à l'heure de fermeture du CES. A ces absences, qui provoquent en moi le sentiment inquiétant qu'il va « disparaître », s'ajoute un éprouvant constat : l'état de M. C ne s'arrange pas, il s'aggrave. Je ressens un sentiment pénible de culpabilité et d'échec. Parallèlement à une recrudescence des symptômes, M. C oublie tout ce qui a précédé sa première arrestation. Son histoire s'efface progressivement de sa mémoire, le précipitant dans la terreur permanente d'une pensée assiégée par les scènes traumatiques de son incarcération.

« Je crois que je suis musulman mais je ne prie plus... Je ne sais plus si j'ai été à l'école... Je sais que j'ai deux frères mais je ne me souviens plus de leurs visages... Je me force à ne pas penser, à rester vide... mais c'est ma tête qui devient une prison... J'ai l'impression que mes oublis vont me détruire, que ma fin est proche».

Parmi les diverses formes de violences politiques qui jettent un homme sur les routes de l'exil, la torture ne vise pas nécessairement à faire parler ou à faire taire, mais plutôt à tuer psychiquement celui qui l'a subie, à imprimer en lui le sentiment et la certitude de ne plus appartenir à l'Humanité. Car la torture est un acte de transgression absolue des valeurs et des tabous fondateurs de notre humanité, un acte d'effraction du corps dépossédé de ses limites, de son intimité, un corps livré à la scène publique. L'individu, objet de cette transgression, porte alors l'humiliation et la honte d'avoir éprouvé un interdit. Il porte alors une connaissance affolante d'un savoir sur lui-même et les autres, qui aurait dû lui rester inconnu et qui de ce fait l'exclut : un savoir sur la violence destructrice et parfois sans limite de l'humain.

Dans le cas présenté, le parcours fut long et difficile pour moi-même et l'équipe pluridisciplinaire, avant que n'apparaisse un signe de vie.

Au détour de ces consultations, une séquence s'organise progressivement, associant la peur du dehors à l'absence de ses frères. M. C exprime un sentiment fragile de confiance et de protection à l'égard du CES et de ma personne. Au cours d'une séance où M. C tente de me convaincre de la réalité de ses hallucinations persécutrices, je lui propose que la prochaine consultation ait lieu

dehors, dans la rue, en lieu et place de ses terreurs. M. C accepte cette proposition avec ce qui m'apparaît, à ce moment précis, comme l'expression d'une première rencontre.

Le jour venu, quelques semaines plus tard, nous nous engageons dans une consultation hors les murs. Dans la rue, M. C ne cesse de se retourner, balayant d'un regard terrifié l'horizon, à la recherche de ses geôliers. La conversation s'engage dans l'ici et maintenant de sa souffrance, autour de ses réactions, de ses pensées et de ses peurs.

De retour au CES, nous évoquons ensemble ce qui fut, pour moi, une expérience étrange et troublante ; pour M. C, peut-être, les premiers pas vers la subjectivation de sa détresse.

Au retour de M. C cinq semaines plus tard, celui-ci exprimera son souhait d'acquérir un téléphone portable, sa rencontre avec des compatriotes guinéens et enfin, ses promenades sur les bords de Seine. Le téléphone, les Guinéens et l'espace extérieur étaient -encore récemment- associés directement à la crainte d'être retrouvé, attrapé et tué.

Prendre soin de ces souffrances est une épreuve avec le désordre le plus obscur de l'humain et une traversée chaotique qui bouscule nos certitudes et nos illusions. Lorsque le thérapeute se trouve confronté à un désarroi si vertigineux, le travail d'élaboration clinique peut s'avérer difficile et incertain. Le soin réside en partie dans notre capacité à survivre et à supporter l'*agonie psychique* du patient ou du bénéficiaire que nous rencontrons. Être capable d'éprouver des sentiments extrêmes, pénibles et violents, tout en garantissant à celui qui nous les fait vivre une continuité et une empathie toujours garanties et mesurées.

Face à des sujets profondément déstructurés, les aspects contenants, sécurisants et bienveillants de l'accueil et de l'accompagnement se présentent comme des préalables indispensables au soin. Tout ce qui s'oppose au mépris et à l'indifférence a -pour ces personnes- une valeur réparatrice fondamentale.

Le soignant -qu'il soit travailleur social, médecin ou psychologue- offre au patient fracturé un miroir dans lequel celui-ci va pouvoir renouer avec cette humanité dont il a été exclu, afin qu'il puisse se re-connaître et se re-trouver lui-même comme sujet.

Les mouvements ambivalents que peuvent susciter ces rencontres n'indiqueraient-ils pas quelque chose qui nous serait familier? Une violence familière qui nous serait devenue étrangère, soumise à l'inentendable afin que puisse survivre en nous l'idée d'humanité.

Les arguments linguistiques, culturels ou diagnostiques -avancés par les institutions d'accueil ou de soin pour expliquer leurs difficultés à prendre en charge certains exilés politiques- ne masqueraientils pas une autre réalité, celle représentée par ces sujets, écrasés par ces violences radicales, porteuses d'une vérité intolérable pour nos croyances et nos illusions ?

Jean CRESP
Psychologue clinicien
Jacky ROPTIN
Coordinateur du Centre

Au CES, parmi les patients suivis par les psychologues :

- 45% des patients évoquent des tortures,
- 30% sont des femmes.

Parmi les mineurs isolés, 37% rapportaient également des actes de torture.

D'après l'évaluation initiale, 70% des personnes évoquant des faits de tortures manifestaient respectivement une souffrance qualifiée de sévère ou très sévère ainsi qu'une autodépréciation et une perte d'estime.

Dublin II, une grande salle d'attente

En 2009, au CES de MSF à Paris, 35% des demandeurs d'asile venant solliciter une prise en charge thérapeutique étaient « sous le règlement Dublin II ». Le règlement Dublin II (adopté par le Conseil de l'Union Européenne en 2003) impose de demander l'asile dans le premier pays signataire traversé (les 27 pays membres de l'Union Européenne ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein et la Suisse).

Les patients « sous Dublin II » pris en charge au CES sont surtout tchétchènes, afghans ou sri lankais, mais aussi parfois congolais ou guinéens et n'ont souvent pu atteindre la France que via la Grèce, la Pologne ou d'autres pays européens.

La France a six mois pour organiser leur transfert¹¹ vers ce pays responsable de l'examen de leur demande d'asile, à partir de l'acceptation de réadmission du pays dit responsable. Durant cette période, ces personnes se trouvent alors sous la menace permanente d'un renvoi (appelé réadmission ou transfert). Pour diverses raisons -par exemple, non présentation à une des convocations à la préfecture, où le risque d'interpellation et de renvoi est réel- la procédure peut être prolongée à 12 ou 18 mois.

Ces personnes n'étant ni admises au séjour, ni considérées comme demandeuses d'asile, elles rencontrent de nombreuses difficultés pour faire valoir leurs droits, notamment l'accès aux soins et à la CMU, l'accès à un hébergement stable et à une allocation temporaire.

Pour les personnes prises en charge au CES, qui évoquent des souffrances psychologiques importantes liées aux événements ayant motivé l'exil, cette période précédant la procédure d'asile longue et sans droit n'est pas sans influer sur leur santé déjà fragilisée.

Ainsi, si comme la plupart de nos autres patients, les aspects traumatiques et les souffrances de l'exil paraissent les premiers motifs de plainte ou de consultation, s'y conjuguent chez eux la forte précarité sociale et juridique, le sentiment d'exclusion ainsi que l'appréhension du renvoi et la difficulté à se projeter positivement dans un lieu et un avenir.

De la précarité d'une condition à un sentiment d'impasse

régime asile européen commun, Thierry Mariani 15/12/2009).

Pendant cette période d'attente, avant d'être autorisé à déposer leur demande d'asile ou être expulsé vers le 1^{er} pays traversé, seules quelques familles bénéficieront d'un traitement minimum eu égard à la protection de l'enfance. Ainsi un nombre limité sera pris en charge par une association qui assurera l'hébergement (en hôtel le plus souvent) et le suivi administratif; les autres iront grossir les rangs des invisibles au sein des services d'urgence du 115 ou de solutions alternatives (tel le logement dans des squats ou chez des compatriotes).

Les personnes isolées « dublinées » se retrouvent, elles, sans aucune aide spécifique autre que caritative ou humanitaire. Leur hébergement oscille entre urgence, mise à l'abri, passage à la rue et squat ou alternative communautaire. L'accès à une couverture médicale est difficilement assuré : les

- 17 -

¹¹ En 2009, 7000 personnes auraient été placées sous convention Dublin en France, 75% de plus qu'en 2008. Entre janvier et août 2009, sur les 4973 demandes de reprise en charge adressées par la France à ses pays voisins, seulement 2089 ont été acceptées et il n'y a eu que 917 transferts effectués ; ce qui représente en tout 20% des personnes placées sous convention de Dublin (données OFPRA 2009 ; rapport d'information sur la deuxième phase de mise en œuvre du

obstacles et les résistances des CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) à ouvrir les droits à une AME découragent les personnes dans leur volonté de faire valoir leurs droits.

Dans cette configuration, on note que certains de nos patients se retrouvent à fonctionner avec des stratégies adaptatives de survie.

Ce régime de survie est d'autant plus difficile à vivre qu'il ne permet le plus souvent pas -pour des personnes déjà fragilisées- de connaître un répit dans leur parcours ou de retrouver un sentiment de sécurité intérieur nécessaire à leur reconstruction.

Mme A vient de Tchétchénie. Elle est référée au CES car elle n'arrive plus à s'occuper de ses enfants. Elle évoque des moments de prostration et d'angoisse dont elle se sent incapable de sortir. Elle est arrivée récemment et avait fui suite à l'assassinat de son frère et de son mari et aux menaces qui pesaient sur elle et ses enfants : « Après que les soldats soient venus, le corps de mon frère a été retrouvé dans une décharge. Il n'avait pas été tué mais châtié à mort de la manière la plus cruelle et inhumaine qui soit. Après on m'a présenté un corps comme étant celui de mon mari. Je n'ai pu l'identifier tant le visage était défiguré et aujourd'hui je doute encore. Aujourd'hui je suis ici dans cette chambre depuis plusieurs mois avec mes enfants. C'est une vie de fou. J'attends toujours de savoir si on me laissera déposer ma demande d'asile ou si l'on m'expulsera. Je ne savais même pas quoi dire à mes enfants sur ce qui s'était passé au pays concernant leur père et je ne peux rien leur dire sur ce qui se passera demain. »

De l'attente à l'angoisse

Pour les demandeurs d'asile en général, les premiers mois d'arrivée dans un potentiel pays d'accueil constituent souvent le premier moment où ils prennent le temps de regarder en arrière. C'est un temps d'effroi où on comptabilise les coups, les pertes, le plus souvent irrémédiables. Pour beaucoup d'entre eux, le temps s'est figé à des moments douloureux du passé. Chez les patients sous Dublin suivis au CES, cet aspect est souvent redoublé par le sentiment que leur parcours d'exil est suspendu, avec l'impression d'être maintenu dans les couloirs de l'asile entre le pays d'origine et le potentiel pays d'accueil. Cet état de suspension rend la proximité avec les événements et les souffrances que l'on a fuis très intense et empêche souvent tout soulagement ou contentement d'être arrivé dans un pays de refuge.

M. B, 24 ans est afghan, isolé et sous Dublin, ne bénéficiant donc d'aucune aide. Il s'était présenté avec de fortes angoisses associées à des troubles du sommeil, des ruminations incessantes concernant l'assassinat de son père et de son frère auquel il avait assisté. Il vit dehors depuis 5 mois. Si cette situation de sans domicile fixe est intolérable au regard des restrictions subies, pour lui le pire est parfois ailleurs. « A certains moments, j'ai l'impression que mon passé me rattrape. Je revois les Talibans tuer mon père et emmener mon frère et ma mère hurler... J'ai l'impression de me revoir caché derrière la fenêtre, ma gorge se resserre et j'ai du mal à respirer ... Si j'avance pas, si je reste enfermé dans cette situation je vais m'étouffer et devenir fou... Etre Dublin c'est comme une grande salle d'attente. Vous avez l'impression que tout est suspendu, tout est immobile sauf que le passé vient prendre toute la place. On me dit que l'on ne peut m'écouter, que l'on ne peut m'entendre, que je peux être à tout moment expulsé ou refoulé vers un autre pays que je n'ai pas choisi et qui ne m'accepte pas ».

De l'angoisse à la culpabilité

Dans ces situations, la culpabilité et l'angoisse, associées à la peur d'être arrêté, renvoyé ou simplement la honte d'être « sous Dublin » font souvent écho à un sentiment de culpabilité luimême plus ancien : le « que vont-ils faire de moi » (à la préfecture) venant faire écho au « pourquoi moi » relatif aux événements subis au pays. Certaines personnes dans ces situations finissent par être dans une anxiété permanente, parfois une « peur sans objet ». Ils vivent avec l'impression, le fantasme, d'être dans la transgression, l'infraction. Ces patients s'obnubilent en dehors de tout fait avéré à rendre illégitime leurs conduites ou certaines décisions prises à l'époque de l'exil ou au

présent et par là-même à rendre illégitime le soulagement d'être encore là. Ces conduites et ces décisions déformées dans leur analyse vont être éprouvées par le patient comme coupable ou synonyme de honte et d'impuissance. Ils peuvent alors se présenter confus, ne sachant plus ce qu'ils peuvent s'autoriser ou s'interdire d'être, de dire, de faire ou de demander. Ce sentiment de culpabilité -pourtant sans fondement dans la réalité- est en fait souvent associé dans leur imaginaire à la culpabilité qui les avait envahis dans leur pays, quand ils étaient la cible de menaces ou de violences dont ils ne comprenaient parfois ni les mobiles, ni quand elles allaient frapper. Cet état peut générer des tensions très importantes dans leurs relations au quotidien et peut aboutir à un réel épuisement psychique. Ainsi, les angoisses associées aux événements de vie se déplacent confusément sur les éléments de la situation créée par Dublin II, vécus comme un châtiment ou comme le dernier avatar du destin.

M. D, isolé, vient du Caucase et vit dissimulé dans un squat en attendant que la période de Dublin ait expiré et qu'il puisse faire sa demande d'asile : « en Tchétchénie, je n'ai pas réussi à échapper aux arrestations et interrogatoires sous la torture... Parfois je me dis : 'aujourd'hui c'est fini, c'est du passé', et pourtant je n'arrive pas à évacuer ces peurs, elles me poursuivent. Dans ma situation d'asile, j'ai toujours l'impression que le pire est à venir, que le retour du pire est à venir. Dans mes déplacements quotidiens, j'ai l'impression que quelque chose va m'arriver, c'est angoissant, épuisant. J'ai l'impression d'avoir vécu comme cela depuis des années, je deviens fou ».

Ce temps suspendu comme un obstacle à la reconstruction

Cette impression de vie suspendue, entre parenthèses, peut aussi entraver toute capacité chez nos patients à élaborer un travail de deuil, de réflexion sur les événements passés et donc à dépasser les souffrances qui y sont associées.

En raison de ce qu'ils vivent comme une absence de répit, mais aussi d'accompagnement, certaines personnes associent directement le manque de soutien actuel à l'absence et à la perte des êtres chers (parents, communauté...etc) dont le manque est ravivé et les circonstances de perte (parfois violentes) remémorées. Ainsi, les angoisses et les aspects émotionnels associés à ces événements peuvent ressurgir avec un sentiment de les revivre avec la même intensité.

Face à cette angoisse ou cette culpabilité sans objet précédemment décrite n'apparaissent pas seulement des rêves traumatiques (répétant des scènes vécues), mais aussi des rêves ou cauchemars à thématique persécutrice. On y voit apparaître des figures terrifiantes qui évoquent le plus souvent des figures tutélaires (parentales ou communauté d'accueil) qui aujourd'hui feraient défaut et consentiraient donc dans l'imaginaire à la perte de celui qui attendait à être protégé.

Pour certaines personnes préalablement éprouvées par la vie, exclues du dispositif d'asile et se retrouvant à la rue, ces troubles du sommeil accompagnés de cauchemars ou de frayeurs nocturnes apparaissent souvent avec acuité au moment de la pleine conscience du sentiment d'errance, après plusieurs mois d'exil en Europe¹². Les figures terrifiantes rappellent aussi pour certains les sentiments de ne plus appartenir à aucune filiation et de ne plus pouvoir compter sur aucune solidarité. Ces cauchemars peuvent ainsi être l'expression de leur colère et leur agressivité envers ces figures tutélaires dont ils se sentent abandonnés. Cette agressivité, ne pouvant légitimement s'exprimer est le plus souvent retournée contre la personne elle-même sous le mode d'un état de tension permanente.

-

¹² Certains demandeurs d'asile souvent isolés peuvent passer d'un pays à un autre en faisant parfois plusieurs fois le même trajet sans se stabiliser en raison du règlement Dublin II, qui disqualifie leur présence sur les différents territoires. En 2007, nous avions comptabilisé parmi les familles reçues au centre, 24 dont les membres étaient séparés dans différents pays européens et pour certains pendant plusieurs mois. Ces séparations ne touchent pas seulement mari et femme, mais aussi parents et enfants. On observe ainsi se développer une migration flottante mise dans l'incapacité à se stabiliser, où l'exil et l'asile en Europe se construisent sur le mode de l'errance et de la fuite perpétuelle.

Dans ce retournement sur soi, le corps devient le contenant où tout est cumulé. Il subit tous les afflux, parfois débordés d'excitation, de tension dont l'excès peut avoir valeur traumatisante. L'individu semble impréparé, sinon impuissant à liquider ce trop plein d'émotion ou de sensation pulsionnelle. La personne semble ne pouvoir y répondre ni par une décharge adéquate, ni par une élaboration psychique suffisante. Pour le demandeur d'asile isolé, sans langue commune, en errance, la peur de la perte du contrôle émotionnel -entre lutte contre la passivité et résistance à son propre débordement- devient un miroir déformant où l'on peut douter de son identité.

Des personnes fragilisées prises entre réel et imaginaire

Ces corridors de l'exil dans lesquels ils ont l'impression d'être confiné et qui en font parfois des migrations flottantes au cœur de l'Europe, nos patients les vivent comme des espaces imprévisibles où tout semble pouvoir arriver dans leur imaginaire.

Quand on est « sous Dublin », le fait que les risques de renvoi soient moindres avec des enfants ne rassure pas. L'imagination fait bon train, le potentiel et le possible deviennent réels dans l'imaginaire de personnes pour qui les événements de vie ont déjà dépassé l'entendement.

M. A, 27 ans, daguestanais, avait conservé des séances de torture par étouffement des séquelles, telle une grande difficulté à s'exprimer et un bégaiement. Un jour de rendez-vous à la préfecture, fatigué après 4 heures d'attente et avec toujours la peur d'être arrêté, il a du mal à entamer la discussion. L'agent impatient rappelle à M. A qu'il doit faire un effort pour parler, que « c'est sa dernière chance ». Pris alors d'une angoisse panique avec une forte sensation d'étouffement, M. A s'enfuit en courant lorsqu'il voit l'agent appuyer sur un bouton : « c'était une telle angoisse que c'était comme une sensation de mort imminente ». Il racontera en consultation comment son esprit en une seconde a vacillé et il a cru, en était convaincu qu'on allait l'arrêter et le renvoyer chez lui.

Jacky ROPTIN Coordinateur du centre Psychologue clinicien

Parmi les 149 personnes sous règlement Dublin II ayant bénéficié d'un suivi psychologique au CES depuis l'ouverture (soit 35% des 527 patients), on retrouve toutes les nationalités prises en charge au centre. Mais du fait de leur forte représentation parmi nos patients, 59% sont tchétchènes et 18% afghans. En 2009, 30 des 56 nouveaux patients sous Dublin étaient afghans, soit 53%.

- 39% étaient des femmes
- 25% étaient sans domicile fixe (SDF)
- 40% étaient des personnes isolées

Pour les évènements vécus :

- plus de 60% évoquaient à l'origine de leur exil des violences physiques et/ou un membre de la famille tué,
- 43% avoir été incarcérés,
- 34% avoir subi des tortures.

L'évaluation médico-psychologique montre que plus de la moitié présentait un état de souffrance considéré comme sévère ou très sévère et 34% évoquaient des idées suicidaires.

Figures de déboutés

Chaque année, plusieurs dizaines de milliers de demandeurs d'asile sont déboutées de leur demande d'asile. Si tous ne relevaient peut-être pas de la protection due au statut de réfugié, nombreux sont ceux qui, en raison de l'insuffisance de l'accueil, de leur situation sociale dégradée ou en raison des événements vécus au pays ou sur les routes de l'exil ont été dans l'incapacité physique ou morale de faire valoir leurs droits. Au CES de MSF, certains patients sont déboutés au cours de leur prise en charge. D'autres nous sont orientés bien après cette décision. Tous ont l'impression que le refuge en France ne les a pas soignés, tant ils sont éprouvés par les événements violents associés à l'exil.

Pour les personnes suivies par les psychologues au CES, la non-reconnaissance de leur demande évacue souvent la réalité des traumatismes qui y sont associés. Pourtant, les signes qui les accompagnent continuent à faire souffrir et à s'exprimer : la peur, les cauchemars, l'angoisse, les ruminations, la culpabilité. Ces souffrances rendent souvent un retour au pays d'origine inenvisageable, soit en raison de la réalité des craintes, soit en raison de l'écho que ces traumatismes véhiculent encore aujourd'hui. Ces personnes se vivent comme « réduites au silence », la souffrance étant maintenue hors du langage, de même que la personne hors des frontières de la société.

Pour certains, l'ultime protection pour éviter l'effondrement et le morcellement de leur personne est alors le repli sur soi. Il s'agit de se raccrocher au corps comme seul porteur de son être; ce corps dont on continue à prendre soin à minima, en proposant à manger lors des distributions de nourriture, en donnant un matelas pour s'allonger ou en le vêtissant. La pensée est alors annulée car trop porteuse d'angoisse, ne pouvant plus être régulée ou prise en charge par un « moi » bien trop fragile. Le corps devient ainsi une limite de l'être, où la souffrance s'exprime comme sur un écran.

Mme R, 40 ans, est arrivée en France depuis 4 ans avec son fils de 12 ans. Elle a fui son pays, le Kazakhstan, à la suite de menaces et de la disparition de son mari, opposant politique. Elle est déboutée depuis plus de 6 mois et vit dans un hôtel, pris en charge par une association.

Depuis la décision du rejet de sa demande, Mme R manifeste des crises d'angoisse récurrentes et semble vivre « comme si » les pensées et les cauchemars qui l'envahissent n'étaient pas réels. Dans la journée, elle ne cesse de se remuer, espérant que son agitation maintiendra à distance ses pensées. Lors de notre première rencontre, elle peut à peine s'asseoir, se poser, sous peine de craquer totalement, comme si ce corps avec lequel elle semblait se confondre n'arrivait plus à contenir ses émotions : « je n'arrive pas à me rassembler, je suis totalement éclatée ». Tout le travail consiste alors à l'amener petit à petit à retrouver le chemin de ses pensées, à lui permettre de les accueillir et de les contenir, là où elle semblait réduite à ce corps en mouvement perpétuel. Ce travail prendra du temps et il faudra pour cela adapter le temps des entretiens, plus courts, afin de respecter ses mécanismes de défense, son besoin de contrôler ses pensées et de ne pas être débordée par celles-ci.

M. K, 34 ans, lui, a fui la Sierra Léone pendant la guerre. Il y a perdu toute sa famille. En France depuis 9 ans, il est débouté depuis 6 ans. Il n'a jamais été hébergé pendant sa procédure d'asile, il passe ses journées et parfois ses nuits dans la rue, lorsque le 115 ne peut lui proposer de solution. Il nous est orienté par une travailleuse sociale du 115, auprès de qui il se plaint de problèmes somatiques : tremblements, palpitations cardiaques, maux de tête, difficultés de sommeil et cauchemars angoissants. Lorsqu'on le reçoit en binôme avec le médecin pour l'évaluation, M. K explique sa situation sans affect, raconte son histoire comme si elle ne lui appartenait pas. Il parle de ses somatisations et maux de tête incessants, de ses problèmes de sommeil, de son isolement, presque mécaniquement, sans réellement demander de l'aide.

Je le reçois ensuite seule, il parle peu, raconte quelques cauchemars mais sans faire de lien. Sa pensée paraît sans épaisseur. Il raconte sa vie rythmée par la recherche de nourriture et d'un lieu

pour dormir. Il agit en mode survie ; seuls semblent compter ses besoins fondamentaux tels que manger, dormir, se laver et s'habiller. M. K fonctionne comme un sujet sans mémoire qui ne vit que dans un présent enfermant, mais où l'angoisse pourtant semble omniprésente : « je ne peux pas regarder derrière moi, j'ai peur de regarder devant, je suis coincé dans le présent ». Non reconnue par l'autre, sa souffrance est devenue inaudible, inaccessible à l'imaginaire du langage.

Dans les premières rencontres, il s'est agi d'un vrai travail de réanimation psychique. Ce travail consiste à repartir de sensations corporelles, somatiques -telles que les maux de tête, les palpitations cardiaques, les désagréments causés par les cauchemars- pour tout doucement éprouver les émotions associées et les verbaliser, avant de pouvoir évoquer l'histoire cachée derrière ces symptômes.

D'autres personnes -pour survivre à cette situation- vont manifester une adaptation excessive à cette position de débouté, essayant de se reconstruire autour de ce statut qu'on leur impose et qu'on leur rappelle d'ailleurs dans les déplacements quotidiens.

Mme D, âgée de 51 ans est en France depuis 4 ans et déboutée depuis 2 ans. Elle a fui la Guinée après avoir été emprisonnée, torturée et violée pendant plusieurs semaines. Elle vit aujourd'hui dans un foyer associatif.

En consultation, Mme D parle peu et revient sans cesse sur les cauchemars qu'elle fait toutes les nuits et qui l'empêchent de dormir. Il s'agit tout le temps du même cauchemar « je suis dans une cellule, très petite et sombre, il y a une autre fille avec moi, elle est assise par terre et pleure, j'entends des bruits, un homme en tenue militaire vient vers moi, je crie et je me réveille ». Lorsque je lui demande d'associer autour de ce cauchemar, elle répond de manière totalement détachée qu'il s'agit de ce qu'elle a vécu. Aucune émotion n'y est associée. A chaque entretien, elle revient sur sa demande que ce cauchemar cesse. J'ai rapidement le sentiment que mes paroles, mes interprétations se brisent sur elle et n'ont aucun effet. C'est comme si nous étions dans un décor factice, comme si la scène de notre rencontre se répétait, comme si la parole n'avait pas de sens et aucune incidence. Mme D est silencieuse, on pourrait ne pas la remarquer, elle va là où on lui demande d'aller, fait les démarches qu'elle doit faire, c'est la déboutée idéale. La seule chose qui parle encore et qui fait du bruit, c'est ce cauchemar récurrent. C'est l'ultime présence du sujet vivant, qui couve sous ce fauxself, c'est-à-dire ce moi virtuel derrière lequel elle s'efface pour se protéger. Ecouter devient alors entendre ce cauchemar, comme ce qui fait signe de sa singularité devenue inaccessible. Le travail thérapeutique consiste alors à permettre au sujet de s'exprimer, de s'exposer sans crainte de ce qui sera fait de cette parole. Il faut être un autre qui écoute, qui accueille et qui contient.

Pour les patients reçus au centre, le traumatisme vécu a déjà asséné un coup destructeur au tissu relationnel entre la personne et son environnement. L'autre -que ce soit l'autre d'une même culture, d'une même langue ou celui qui n'a pas entendu les conséquences de cette violence- est vécu comme persécuteur.

M. A, âgé de 38 ans est en France depuis 2005. Il a fui le Togo après avoir été arrêté, emprisonné et torturé pendant plusieurs jours. Il est seul en France et a laissé sa mère et sa fille au Togo. Il est débouté depuis 2007. Dès notre premier entretien, M. A se montre très méfiant, avec le besoin d'être rassuré sur le lieu et les fonctions du CES. Il se montre très anxieux, se plaint de cauchemars récurrents qui le réveillent dans un fort état d'angoisse. Il raconte ses difficultés liées à ses angoisses et ses ruminations incessantes : « ils sont très puissants, j'ai eu à faire à des monstres ; je ne fais confiance à personne et j'évite le contact avec les gens, mais aujourd'hui j'ai l'impression que dans ce monde où je n'ai nulle part où me cacher, je vais devenir fou ». Dans sa situation de débouté avec la peur d'être arrêté, M. A semble revivre en écho les mêmes peurs qu'il avait ressenties au moment des faits ayant motivé son exil. Il ne peut rester en présence de personnes en uniforme et change de trottoir dès la vue de policiers dont il pense qu'ils le recherchent. Le seul

soulagement qu'il ait trouvé c'est l'alcool, mais cela le rend violent et il craint d'être interpellé lors de ces moments d'alcoolisation.

Le travail avec lui consiste dans un premier temps en une réassurance, à lui faire vivre un autre à l'écoute, un autre qui à la fois tienne le coup et ne soit pas destructeur. Il s'agit d'être présent, d'entendre la violence vécue et de pouvoir la contenir. Il s'agit de l'aider à reconstruire un rapport aux autres moins destructeur.

Lors de nos premiers entretiens, il raconte en détail son histoire, les violences subies, les angoisses qui l'envahissent et son incapacité à y faire face autrement qu'en s'isolant ou en buvant. Lors d'un entretien, il raconte d'emblée un cauchemar survenu la nuit précédente. Ce cauchemar l'a réveillé dans un état d'anxiété qui l'a empêché de se rendormir : « je sens une présence derrière moi qui me soulève par la ceinture. Je demande à la personne d'arrêter. La personne me donne deux coups de couteaux dans le dos, j'arrive à prendre le couteau et je me coupe le ventre en deux ». Je lui demande s'il reconnaît cette personne : « oui, il s'agit d'une femme blanche ». J'évoque le fait que cela puisse être moi. Il est gêné et finit par me dire qu'il s'agit bien de moi. Nous évoquons alors le fait qu'il ait déjà dit beaucoup de choses lors de nos précédents rendez-vous et qu'il manifeste peut-être maintenant, par ce cauchemar, l'angoisse de m'avoir fait confiance. Le travail thérapeutique fonctionne et permet petit à petit à M. A de reconstruire des liens avec d'autres personnes et d'investir notamment un groupe de prière.

Pour les patients déboutés et pour lesquels le temps ou l'absence d'accompagnement n'a pas permis d'amoindrir les souffrances liées à leur exil, le rejet de leur demande a une incidence forte sur leur vie. Ce rejet des frontières de l'asile vient raviver le traumatisme vécu et ses effets destructeurs. Il met le sujet parfois « hors d'atteinte » de soi et de l'autre. Il l'efface et ne lui donne plus de place. Devenir débouté pour ces personnes ne signifie pas seulement rejoindre des espaces hors asile, mais peut évoquer aussi un retour à un monde imaginaire, n'appartenant plus ni au monde où ils résident ni à celui d'où ils viennent ; ceci fait des dépouilles de chacun d'eux : un espace vide d'autre.

Elodie FLECHER
Psychologue clinicienne
Jacky ROPTIN
Coordinateur du Centre

99 déboutés ont été pris en charge au CES, soit 19% de la totalité depuis l'ouverture. Ils sont de toutes nationalités – guinéenne, congolaise, afghane, tchétchène, etc.

- 30% sont des femmes,
- 50% sont SDF oscillant entre le 115, la rue, les squats, etc.
- 35% ont encore des enfants au pays,
- 30% étaient sans couverture médicale.

Lors des entretiens médico-psychologiques,

- 25% reportaient avoir subi des violences sexuelles au pays,
- 51% un membre de la famille (parent, frère ou enfant) tué,
- 45% évoquaient une période d'incarcération,
- 36,5% des faits de torture.

Selon l'évaluation de l'équipe médicale, 58% évoquaient des idées suicidaires et 59% présentaient une souffrance subjective d'intensité sévère ou très sévère.

II. Le dispositif du Centre d'Ecoute et de Soins.

1. Objectif général du Centre d'Ecoute et de Soins

<u>L'objectif du Centre</u> est d'accueillir, orienter, et/ou prendre en charge des personnes ayant fui une zone de conflit ou des violences politiques, sur le plan médico-psychologique. L'accès de cette population aux soins psychologiques existants est en effet entravé par l'association de plusieurs facteurs : nature et intensité des troubles, précarité sociale et administrative et barrière linguistique.

Notre restons également en alerte face aux difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes en situation irrégulière et autres catégories exclues du système de santé en France.

L'équipe pluri-disciplanaire est composée de 4 psychologues (équivalent 2,5 temps plein avec le Coordinateur du CES, psychologue clinicien), 2 médecins (équivalent 1 temps plein), 1 personne en charge des orientations juridiques et sociales (OSJ), 1 personne responsable de l'accueil ainsi que de la compta et l'administration, 2 interprètes MSF mi-temps, ainsi qu'un coordinateur général et un coordinateur médical. 80 à 90% des consultations et entretiens se font en langue étrangère 13.

2. L'orientation ou la demande de suivi psychologique

Si certains patients se présentent spontanément au centre, la majorité des patients nous est référée par d'autres acteurs travaillant avec des demandeurs d'asile ou d'autres populations vulnérables : Si certains patients se présentent spontanément au centre, la majorité des patients nous est référée par d'autres acteurs travaillant avec des demandeurs d'asile ou d'autres populations vulnérables :

- 36% sont référés par des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (FTDA-les plateformes et FTDA mineurs, CAMIE, CAFDA, le kiosque EMMAUS-FTDA)¹⁴; à noter que 7% sont référés par directement par des CADA, le double par rapport à 2008;
- 30% se présentent spontanément (bouche à oreille), en majorité des afghans et tchétchènes, ceci représente néanmoins un tiers de pus qu'en 2008 ;
- 14% sont référés par d'autres structures de prise en charge psychologique et médicale (associatives-tels le COMEDE et MDM ainsi que des praticiens privés et les PASS), ceci comprends les références faite par les praticiens de l'équipe pluri-disciplinaire lors de maraudes ou d'interventions médicales ponctuelles ;
- 9% par des associations de défense des droits humains (Amnesty International ; ACAT, CEDRE ; CIMADE, GISTI) ou les accueils de jour et collectifs (CAMRES, EMMAUS, Comité Tchétchénie, Collectif des Exilés du 10ème)
- 8% par des centres d'hébergement/hôtel d'urgence ou stabilisation (115, CHU/CHRS, hébergement pour mineurs—ASE, foyers).

Généralement, les orientations se font par téléphone ; le professionnel téléphonant au coordinateur du CES pour donner les premiers éléments concernant la condition médicale et psychologique du patient potentiel. Un rendez-vous pour une première consultation est alors fixé (évaluation par un binôme médecin et psychologue), en conclusion de laquelle une référence vers un des psychologues de l'équipe ou une orientation extérieure sera effectuée, en fonction de la demande et du besoin.

¹⁴ Voir annexe pour définition des sigles utilisés

¹³ En plus des interprètes MSF, il y a une trentaine de vacations par mois d'autres interprètes, essentiellement ISM.

III. Analyse de la population prise en charge

1. Origine géographique des patients

Europe de l'Est, Caucase, Ex-URSS	Nb	%	Afrique	Nb	%
Tchétchénie	19 4	37	Guinée (Conakry)	36	7
Ingouchie	12	3,5	RDC (Congo-Kinshasa)	28	5, 5
Arménie	9	2	Erythrée	13	2, 5
Daguestan	6	1	Côte d'Ivoire	11	2, 5
Russie	5	1	Nigéria	9	2
Georgie	5	1	Ethiopie	8	1, 5
Autres: Biélorussie (2), Azerbaïdjan (2), Tatarstan (2), Moldavie (1), Kazakhstan	8	1,5	Congo (Brazzaville)	7	1, 5
(1)			Mauritanie Togo	5	1
Asie	Nb	%	Sierra Léone	5	1
Afghanistan	76	14,5	Algérie	3	0,
Sri Lanka	32	6	Burundi	3	0, 5
Iran	10	2	Angola	3	0, 5
Bangladesh	7	1,5	Rwanda	3	0, 5
Autres Asie : Pakistan (2), Cambodge (2), kurde iraquien (1)	5	1	Autres Afrique : Cameroun (2), Libéria (1) Somalie (1), Comores (1), Madagascar (1)	6	1
Amériques	Nb	%			
Haïti	10	2	Non renseignés	3	0, 5

Calculé sur les 527 dossiers informatiques des patients pris en charge par les psychologues depuis l'ouverture du CES.

Au cours des années, les différentes nationalités reçues au CES ont évolué principalement pour les personnes de nationalité afghane et tchétchène. Nos actions médicales auprès des exilés afghans et l'analyse de leur situation nous ont rapprochés de cette population, ce qui a mené à une augmentation de nos activités médico-psychologiques à leur intention (voir détails des activités médicales p.33 et activité psychologique auprès des patients afghans p.37). La diminution du nombre de Tchétchènes est due en partie à la baisse du nombre de primo-arrivants en 2009, ainsi qu'à une re-priorisation de nos actions autour des demandeurs d'asile les plus précaires (isolés et dans la rue, ce qui n'est pas le cas de beaucoup de demandeurs d'asiles tchétchènes souvent en famille).

Nationalités des nouveaux patients pris en charge par les psychologues					
% (nombre de patients)					
Nationalités 2007 2008 2009 total					
Afghane 5,1% (8) 5,3% (11) 35,9% (57) 14,5% (76)					

Tchétchène	41,1% (65)	41,8% (87)	24,2% (39)	36,9 % (194)
Guinéenne	6,3% (10)	5,8 % (12)	8,7% (14)	6,9 % (36)
Ethiopienne & Erythréene	3,1% (5)	4,8 % (10)	3,8 % (6)	4 % (21)
Sri lankaise	3,8% (6)	8,7 % (18)	5 % (8)	6,1 % (32)

2. Caractéristiques de la population prise en charge en terme d'âge et de sexe

Calculé sur les 527 dossiers informatiques des patients pris en charge par les psychologues depuis l'ouverture du CES.

sexe	%
H	59
F	41

Si les deux premières années le sexe-ratio connaissait une certaine parité, l'inclusion de nombreux exilés afghans entre 2008 et 2009 tous de sexe masculin a modifié cet équilibre.

Age	Nombre (% de la totalité des patients)
Total mineurs	60 (11%)
< 5 ans	1
5 à 10 ans	3
10 à 15 ans	7
15 à 18 ans	49
Dont mineurs isolés	42 (8%)
Total majeurs	527
18 à 25 ans	110 (21%)
25 à 35 ans	180 (34%)
35 à 45 ans	102 (19%)
> 45 ans	75 (14%)

La moitié des patients reçus au centre a donc entre 18 et 35 ans.

Sur les 60 mineurs, 18 étaient des enfants de demandeurs d'asile présents en famille et 42 étaient des mineurs isolés. Les mineurs isolés sont de nationalité afghane, érythréenne, éthiopienne, sri lankaise, tchadienne, bangladaise et guinéenne. Ils nous sont orientés par des plateformes d'accueil et de mise à l'abri, ainsi que des foyers d'accueil ou des secteurs de l'ASE (voir article sur les mineurs isolés étrangers, p.10).

3. Situation sociale des patients du CES

Parmi nos patients, il y a une forte présence de personnes isolées dont des mineurs, des familles ou des personnes isolées ayant laissé des enfants au pays et des familles monoparentales avec enfants en France. Ceci nous rappelle que pour la majorité des personnes prises en charge au CES, la cohésion de la cellule familiale a été fortement affectée.

Situation sociale et familiale actuelle	% patients pris en charge par les psychologues (nombre)
Personnes isolées*	51,6% (272)
Ayant des enfants mineurs en France	38,1% (201)
Ayant des enfants mineurs au pays	16,9% (89)
Mineurs isolés	8% (42)

^{*} ne bénéficiant pas du soutien en France d'un proche majeur (membre de la famille ou compatriote). Parmi ces isolés, 10% ont des enfants mineurs en France.

4. Situation administrative de la population prise en charge

Situation administrative des patients à l'inclusion au CES	2007	2008	2009	% total (nombre patients individuels)
Aucune démarche effectuée (y compris les mineurs isolés)	8,9%	9,1%	7,5%	8,5% (45)
Attente préfecture	3,8%	15,9%	2,5%	8,2% (43)
Sous règlement Dublin II	27,2%	22,6%	35,4%	28,2% (149)
Procédure prioritaire	1,2%	2,4%	1,8%	1,3% (7)
Procédure normale (avec APS)	29,2%	33,6%	38,5%	33,8% (178)
Déboutés	29,1%	16,3%	12,4%	19,3% (102)

Calculé sur les 527 patients pris en charge par les psychologues depuis l'ouverture du CES

Il faut noter que les mineurs isolés sont inclus dans la catégorie des personnes n'ayant effectué aucune démarche, puisqu'ils nous sont souvent orientés par les structures « intermédiaires » (FTDA-mineurs et EMDH) avant leur prise en charge par l'ASE (voir article p.10 sur mineurs étrangers isolés).

La forte augmentation en 2008 de personnes en attente d'une réponse de la Préfecture (c'est-à-dire l'admission dans la procédure ou la mise « sous Dublin II ») est liée à l'augmentation du nombre d'Afghans pris en charge, qui ne savent pas encore dans quelle procédure ils se trouvent. La plupart sera « dublinée » (voir article p.17 sur l'impact du règlement Dublin II sur nos patients).

La diminution du nombre de déboutés est essentiellement liée à l'augmentation de la prise en charge de personnes sous Dublin (voir article p.21 sur les patients déboutés).

66% des personnes prises en charge au CES étaient donc sans titre de séjour au moment de leur inclusion pour une prise en charge psychologique. Ceci a un impact sur leur état psychologique, puisqu'ils sont à risque d'être interpellés et reconduits vers le « pays responsable » pour ceux sous Dublin II ou vers leur pays d'origine pour les déboutés.

Depuis l'ouverture du CES, 36 de nos patients (sur 527 pris en charge par les psychologues) ont été interpellés, dont 24 placés en CRA (Centre de Rétention Administrative) pour des durées allant de 3 à 32 jours (certains ont été reconduits en moins de 24 heures, notamment des Tchétchènes reconduits en Pologne). Au total, sur les 24 passages en CRA pour lesquels MSF est intervenu (parfois avec des certificats médico-psychologiques, parfois simplement en faisant le lien avec l'association qui suit la personne sur le plan juridique) :

- nationalité : 12 étaient afghans (dont 11 arrêtés en 2009), 7 tchétchènes (dont 1 en 2009), 2 daguestanais, 1 sierra léonais, 1 burundais et 1 algérien.
- statut administratif: 18 étaient sous Dublin II et 7 étaient déboutés.

Tous ont été libérés, sauf une partie d'une famille tchétchène reconduite en Pologne la nuit-même de son interpellation. Le Burundais et le Sierra Léonais auraient été reconduits, sauf que leurs gouvernements respectifs n'ont pas émis de laisser-passer.

Les objectifs de prise en charge s'orientant vers les personnes les plus précaires et isolées, on peut s'étonner de voir que plus de 30% de nos patients sont en procédure d'asile dite « normale » et ont une APS. Ils devraient donc avoir droit à une place en CADA, un accompagnement social et juridique, une Allocation Temporaire d'Attente (ATA)¹⁵ et ainsi posséder d'autres recours et réseaux pour des prises en charge médico-psychologiques. Il s'avère que l'accès aux soins -

_

¹⁵ Voir Annexe pour définition de la terminologie utilisée.

notamment de soutien psychologique- est extrêmement compliqué pour certains, malgré un dispositif national d'accueil.

Les patients en procédure normale et possédant donc un titre de séjour (APS) ont été inclus selon divers critères :

- une forte précarité, notamment l'absence d'hébergement ou de résidence fixe (15% sans domicile fixe), ainsi que l'absence de soutien familial (50% isolés);
- problèmes de langue : 80% des patients ne parlaient ni anglais ni français, ce qui rend leur réorientation vers des services de droit commun difficile sinon impossible ;
- en raison de la sévérité de leur condition (45% évoquaient des idées suicidaires), ainsi que des événements vécus rapportés par les patients (par exemple, un sur deux disait avoir subi de la torture).

Parmi les facteurs de précarité des nos patients, il faut noter que **27% sont sans domicile fixe**, alternant entre hébergement précaire chez des compatriotes, au 115 ou dans la rue. Sur ces 27%, 20% ont une APS.

5. Evénements rapportés ou causes de la fuite

A l'origine de la fuite, il y a généralement un événement traumatisant ou une situation décrite comme devenue trop dangereuse, intenable, conduisant le patient à chercher protection pour luimême ou sa famille en Europe. Tous nos patients se déclarent victimes de persécutions, en raison de leur origine ethnique, appartenance politique ou religieuse et souhaiteraient se voir reconnaître le statut de réfugié.

La plupart des patients inclus vient de zones actuellement ou récemment en conflit.

Evénements rapportés par le patient	Nombre de patients rapportant l'événement (%)
Violences physiques	338 (64%)
Mort violente d'un proche (membre de la famille)	304 (57,7%)
Passage en prison	227 (43,1%)
Faits de torture	184 (34,9%)
Violences sexuelles	75 (15%)
Rapportant au moins 4 parmi les 5 événements précédents	136 (25,8%)

Les caractéristiques et statistiques reportées proviennent de l'analyse epidata de 527 dossiers¹⁶

_

¹⁶ Informations compilées par les psychologues à l'aide d'un logiciel en épidémiologie.

IV. Analyse de l'activité du CES

A. ACTIVITE GENERALE

Depuis l'ouverture du CES en mars 2007, plus de 800 personnes ont été reçues pour un volume de plus de 11642 consultations.

La répartition selon les praticiens s'effectue ainsi :

	Nombre de nouveaux patients inclus			Total	Nombre de consultations			Total
	2007	2008	2009*		2007	2008	2009	
Suivi médical	211	271	210	692	700	913	1115	2728
Suivi psychologique	167	198	162	527	1300	2354	2379	6033
Suivi social	149	158	89	396	873	1126	642	2641
Consultations spontanées					70	91	79	240
Total					2943	4484	4215	11642

^{*} La baisse du nombre d'inclusions de nouveaux patients en 2009 est liée au départ de plusieurs de nos psychologues; à une période où un psychologue ne prenait plus de nouveaux patients, son remplaçant n'étant pas encore arrivé.

Les médecins participent à toutes les évaluations initiales (généralement avec le psychologue) et font aussi exceptionnellement des consultations médicales simples pour des personnes se présentant sans rendez-vous (notamment des membres de la famille de nos patients). Tous ces patients ne sont pas référés vers l'équipe psychologique pour un suivi, puisqu'une partie peut être réorientée à l'extérieur, que ce soit pour une consultation médicale, une consultation psychologique ou psychiatrique ou pour un soutien juridique et social. L'équipe privilégie les références vers d'autres services pour des personnes en procédure normale (avec APS), en hébergement stable, parlant le français et dans une condition de santé les rendant à même de se saisir d'un autre dispositif, tel un dispositif de droit commun.

Les patients bénéficient en moyenne de 10 consultations psychologiques et 4 consultations médicales pendant la durée de leur suivi (voir détails par activité ci-dessous).



B. ACTIVITE MEDICALE DU CES

Les consultations médicales du CES s'effectuent principalement dans le cadre pluridisciplinaire des évaluations et suivis des patients pris en charge par les psychologues. Des consultations médicales ponctuelles peuvent être dispensées pour des difficultés particulières d'accès aux soins.

Une seconde activité médicale a été mise en place fin 2009 (voir partie C, p.33). Elle consiste en des consultations de médecine générale à destination de la population des exilés du $10^{\text{ème}}$ arrondissement, en majorité afghane. Cette activité fait suite à plusieurs interventions médicales ponctuelles, notamment contre la gale ayant eu lieu courant 2009.



1. Nature du suivi des patients

Toute personne orientée au CES est reçue par un binôme médecin-psychologue, qui évalue l'état de santé global du patient et l'adéquation entre sa demande, ses besoins et les services proposés au CES. Si la demande de soin ne correspond pas à nos critères de prise en charge, une référence adaptée peut lui être proposée. Certains peuvent ainsi être orientés vers les PASS des hôpitaux pour des consultations de médecine générale ou les centres médico-sociaux. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques, dont la nature et la chronicité des troubles nécessitent un suivi spécifique souvent au long cours sont orientées vers des services spécialisés, mais souvent avec des difficultés, en raison de la langue et de la précarité de leur condition.

Si l'inscription dans les services médicaux de droit commun reste un objectif à long terme, cette orientation est soumise à des pré-conditions (évaluation du projet de soin avec l'équipe, traitement en ambulatoire des pathologies découvertes au CES, traitement et suivi des psychotropes).

Le suivi médical des patients du CES s'articule autour de deux axes principaux :

- la prise en charge des douleurs somatiques
- le traitement psychotrope.

Le médecin agit comme « débrouilleur » de symptômes souvent multiples et intenses, mêlant douleurs corporelles non systématisées, symptômes en rapport avec l'angoisse et séquelles physiques de maltraitance préalable. Il réalise finalement une sorte de « tri » des plaintes, permettant de « remettre de l'ordre » dans le corps et l'esprit du patient, en priorisant les actions. La consultation médicale devient un lieu où la souffrance psychologique via son inscription somatique peut être entendue, en soutien au suivi psychologique.

Le patient inclus bénéficie d'un suivi psychologique régulier dans sa langue, ainsi que de consultations médicales et d'une assistance socio juridique pour ceux qui les nécessitent.

2. Couverture médicale des patients suivis au CES

Au début de leur prise en charge au CES, 24% (121 personnes sur 527 suivis pas les psychologues) n'avaient pas de couverture médicale. Parmi elles :

- 28 % étaient sous règlement Dublin II,
- 26 % n'avaient encore fait aucune démarche administrative,
- 21,5 % étaient déboutés,
- la plupart des **mineurs isolés** pris en charge au centre, dont certains sont en France depuis de nombreux mois ne bénéficient pas encore de couverture médicale, bien qu'étant sous la responsabilité de l'ASE (ou par délégation d'une association).

3. L'activité médicale pour les patients du CES

En 2009, sur les 210 personnes pour qui les médecins ont ouvert un dossier médical, 162 ont bénéficié d'un suivi psychothérapeutique. Pour les consultations liées à l'activité médicopsychologique, 1115 consultations médicales ont été dispensées.

Pour les patients reçus en 2009, le nombre de consultations se répartit comme suit :

Nombre de consultations	Nombre de patients
1	60
2 à 5	95
6 à 10	30
Plus de 10	15

Le nombre de consultations médicales varie en fonction de la nature et de la durée des troubles somatiques, ainsi que de la nature des prescriptions de psychotropes. Ainsi, les patients sous antidépresseurs nécessitent un suivi de plusieurs mois, alors que des troubles du sommeil ponctuels peuvent parfois céder en l'espace de deux à trois consultations.

4. Pathologies organiques / plaintes somatiques

60% de nos patients ont moins de 35 ans et dans l'ensemble sans antécédents médicaux importants.

Lors du premier entretien, le médecin établit un dossier médical du patient (antécédents, symptômes, examen clinique si indiqué) et propose un bilan orienté. Pour ceux n'en ayant jamais bénéficié, un bilan sanguin de dépistage est proposé, comprenant toujours au minimum -comme recommandé par le COMEDE- NFS, glycémie, sérologies VIH, VHB, VHC.

Pathologies 2009*	Nombre de cas	Dont découvertes au CES
VIH	2	-
Hépatites chroniques B et C	6	3
Séquelles physiques post-traumatiques	39	

^{*} Sur les 210 patients évalués par les médecins en 2009.

Les séquelles post-traumatiques observées vont de la simple cicatrice à la fracture mal soignée, la paralysie voire la perte d'un membre, d'un œil ainsi que la présence de corps étrangers balistiques.

Ces patients nécessitent souvent de nombreuses références vers des consultations spécialisées au sein des hôpitaux.

Quant aux plaintes somatiques, les motifs principaux de consultation concernent **les troubles du sommeil (80% des patients)**, associés souvent à d'autres symptômes somatiques tels que : céphalées (60% des patients), douleurs abdominales et thoraciques, vertiges, myalgies, asthénie, et perte d'appétit (*voir article p.7 sur les troubles du sommeil*).

Ces symptômes souvent multiples et intriqués témoignent de l'intensité des bouleversements corporels vécus par ces patients. Le médecin prend le temps de les écouter et de les déchiffrer, en veillant à ne pas méconnaître de réelles pathologies organiques associées.

La réponse médicamenteuse aux symptômes psychosomatiques est finalement peu fréquente et limitée dans le temps. La parole et l'explication permettent la réassurance et leur progressif amendement. C'est en donnant du sens à ces symptômes que le médecin atténue l'impression de dégradation physique, souvent exprimée lors des premières consultations. Le patient est soulagé de savoir que son corps n'est pas atteint, mais que son état peut refléter son état psychologique.

5. Les traitements psychotropes

En 2009, 34% (68) des nouveaux patients ont reçu une prescription de psychotropes ¹⁷. La mise sous psychotropes se fait toujours par étapes, en concertation avec le psychologue et est constamment évaluée. Cette médication s'inscrit comme un traitement complémentaire à la psychothérapie. La prescription est adaptée à chaque patient, en prenant en compte les caractéristiques de cette population (souvent sans domicile fixe et peu habituée à la prise de médicaments), ainsi qu'en prenant le temps de l'expliquer au patient afin de créer une alliance thérapeutique. Dans les troubles du sommeil en particulier, la médication est rapidement nécessaire et bénéfique.

L'hydroxyzine - antihistaminique parfois utilisé pour son action anxiolytique légèrement sédative - s'est révélée être une excellente molécule pour faire rapidement diminuer les tensions anxieuses et les manifestations aigues de l'anxiété, telles que crises d'angoisse, irritabilité mal contrôlable, se manifestant souvent chez nos patients dans des situations à fort potentiel anxiogène (files d'attente, transports en commun, foule, rixes). En abaissant le niveau de tension psychique, l'hydroxyzine est très utile également dans les troubles du sommeil. Il s'agit d'une molécule maniable, peu génératrice d'effets secondaires dont l'usage « à la demande » est rapidement adopté et compris par les patients. Enfin, elle permet souvent de ne pas avoir recours d'emblée aux benzodiazépines.

Les antidépresseurs 18 -prescrits à bon escient et aussi bien pour le syndrome dépressif que pour l'anxiété chronique- sont très efficaces. 15 patients ont débuté un traitement antidépresseur en 2009. Dans le cas des patients suivis au CES, celui-ci agit rapidement sur la dépression et son action sur les plaintes somatiques persistantes est significative. Sa prescription nécessite de donner une information poussée au patient sur le traitement : son action retardée, ses éventuels effets secondaires et sa durée (minimum 6 mois). Des consultations rapprochées en début de traitement sont souvent nécessaires pour évaluer la tolérance et encourager l'observance.

_

¹⁷ Tous psychotropes inclus : le plus souvent, anxiolytiques et hypnotiques non diazépiniques, parfois anxiolytiques type benzodiazépines et antidépresseurs, exceptionnellement neuroleptiques (surtout dans le cadre de renouvellement de prescriptions).

¹⁸ Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) essentiellement, paroxétine particulièrement.

C. LES ACTIVITES MEDICALES AUPRES DES EXILES DU XEME ARRONDISSEMENT.

Face aux nombreux cas de gale observés chez les personnes exilées vivant dans la rue dans le $10^{\text{ème}}$ arrondissement, MSF a organisé une opération de prise en charge de cette pathologie les 4 et 5 juillet 2009. A la suite de cette intervention, des exilés du $10^{\text{ème}}$ (en majorité afghans) ont commencé à se présenter spontanément au CES avec des demandes médicales (5 à 10 consultations quotidiennes). Depuis novembre 2009, face à la saturation des services de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital Saint-Louis et en concertation avec l'hôpital, une journée hebdomadaire de consultation de médecine générale à leur intention a été mise en place, au cours de laquelle 25 à 30 consultations sont réalisées.

1. Prise en charge de la gale en juillet 2009

Cette opération de deux jours a permis de faire un dépistage de 310 personnes pour la gale. Grâce aux 281 fiches médicales réalisées, on peut décrire la population qui s'est présentée ces jours-ci :

- nationalité : 90% afghane
- âge : âge moyen de 21 ans ; 28,6% (81 personnes) de mineurs
- durée de présence en France :
 - 46% (130 personnes) présentes en France depuis moins d'un mois
 - 26,5% (75 personnes) entre 1 et 2 mois
 - 23% depuis plus de 2 mois.

Caractéristiques médicales	% (nombre)
Gale symptomatique	37% (105)
Présence de lésions cutanées surinfectées	21,9% (64)
Toux chronique ou intense	9% (24)
Altération de l'état général	7% (19)

Les 105 personnes avec une gale symptomatique ont reçu un traitement externe (lotion T120¹⁹), tandis que 100 autres considérés comme cas contacts ont bénéficié d'un traitement oral (ivermectine en 2 doses, J1 et J15).

L'action ponctuelle de juillet 2009 semble avoir été efficace sur l'épidémie, en diminuant l'incidence de la gale parmi la population du parc dans les semaines suivantes. Néanmoins, le renouvellement régulier d'une partie de cette population, le fait que la plupart sont déjà contaminées à leur arrivée en France et l'absence de services adaptés pour cette population (pas d'hébergement ni de douches publiques à proximité) explique la récurrence de cette problématique. Aujourd'hui, la mise en place l'hôpital Saint Antoine de hebdomadaires de prise en charge de la gale, en plus des consultations dispensées par la PASS dermatologique de l'hôpital Saint louis font espérer une régulation de cette problématique.



¹⁹ Lotion utilisée à l'hôpital St Louis, composée de benzyl de benzoate, d'alcool à 95% et de savon liquide.

2. Journées de consultations médicales pour les exilés

Entre novembre et décembre 2009, 200 consultations ont été réalisées. D'ores et déjà, on peut faire une description de cette population venant solliciter des consultations médicales. Il est à rappeler qu'en dehors de la période hivernale - période pendant laquelle cette population peut en partie bénéficier d'une mise à l'abri dans le dispositif hivernal d'urgence - la majorité de ces exilés est sans domicile fixe et vit dans la rue.

Les statuts administratifs sont variés. Certains sont demandeurs d'asile sous règlement Dublin II, d'autres ont une APS mais dorment dans la rue, d'autres encore n'ont pas entamé de démarche ou ne comptent pas en faire. Enfin, rares sont les réfugiés statutaires.

La moyenne d'âge est de 20 ans et 30% sont mineurs. 30% sont présents sur le territoire depuis moins d'un mois.

Parmi eux, quelques-uns sont titulaires d'une CMU-C (presque aucun avec AME).

D'un point de vue médical, les affections les plus observées sont représentées dans le tableau suivant :

Pathologies principales	%
Pathologies ORL et infections respiratoires aigues	40%
Gale et infections cutanées	20%
Pathologies orthopédiques	15%

Les pathologies ORL et infections respiratoires aigues sont principalement des rhinopharyngites, angines et bronchites très fréquentes (hiver), ainsi que de nombreux syndromes grippaux.

Parmi les infections cutanées, on trouve des gales surinfectées, des abcès, des panaris, de l'eczéma ainsi que de nombreuses mycoses.

Les pathologies orthopédiques sont souvent d'origine traumatologique, en raison de longues marches liées à l'exil et à l'errance ainsi que d'accidents divers lors du trajet d'exil. Des douleurs musculaires et diffuses sont souvent rapportées, sans doute liées à un certain épuisement physique à l'arrivée. Plusieurs cas de lombalgie chronique ont été également observés.

Les pathologies suivantes sont difficiles à chiffrer, étant donné leur intrication fréquente avec d'autres symptômes et venant souvent comme autres motifs de consultation :

- pathologies abdominales : épigastralgies, douleurs abdominales, quelques cas de diarrhée isolée, suspicion de calculs rénaux, bilan d'hématurie.
- troubles psychologiques : nombreuses céphalées de tension, insomnie souvent évoquée, syndrome anxieux, état d'abattement, épuisement psychologique.
- autres : asthme, abcès dentaires, problèmes ophtalmologiques...

Ces consultations ont donné lieu à de nombreuses prescriptions médicamenteuses, ainsi qu'à des examens biologiques et radiologiques.

Les pathologies sont bénignes dans l'ensemble, mais réellement difficiles à vivre (le prurit, la fièvre et les frissons, les douleurs de dos...) pour un adolescent ou un jeune majeur, vivant souvent depuis plusieurs mois à la rue, suite à l'exil du pays d'origine.

D. ACTIVITE PSYCHOLOGIQUE

1. Caractéristiques à l'inclusion / sévérité de l'état des patients

A l'inclusion, les patients du centre présentent une détresse significative, comparable voire supérieure, en terme de sévérité, à celle observée sur les autres programmes MSF de prise en charge psychologique à l'étranger. Au moment de l'évaluation des psychologues, 54% des patients présentent une souffrance considérée comme sévère ou très sévère. Les médecins font de leur côté une évaluation utilisant l'échelle d'Hamilton²⁰. Sur 240 cas ayant été évalués d'après cette échelle, 35% présentent une anxiété majeure au score général et 30% une anxiété somatique majeure.



Les données cliniques qui suivent -comme les données anamnestiques précédentes- ont été récoltées à partir de l'analyse de 527 dossiers compilés sous Epidata, logiciel de suivi épidémiologique dont l'usage est à ce stade circonscrit à des aspects descriptifs. Ces indications sont issues du déclaratif du patient.

2. Manifestations cliniques / diagnostic prédominant

Les plaintes psychologiques les plus fréquemment évoquées à l'inclusion

Manifestations psychologiques	% (Nombre)
Réviviscences ²¹ (comme des cauchemars)	70,2 (370)
Fonctions intellectuelles/cognitives perturbées	68,7 (362)
Sentiments de culpabilité ²²	58,6 (309)
Autodépréciation et perte d'estime de soi	55,8 (294)
Idées suicidaires	40,4 (213)

Calculé sur les 527 dossiers analysés. Les patients peuvent rapporter plus d'une manifestation.

Cette échelle n'est utilisée que dans un cadre descriptif comme un indicateur de sévérité à l'inclusion. Elle est un indice de sévérité de l'anxiété sans toutefois différencier les diagnostics de l'anxiété. Chez des patients dépressifs, elle ne permet pas de différencier des sujets dépressifs anxieux de sujets dépressifs non-anxieux.

²² Sentiments de culpabilité d'avoir survécu, d'avoir fui, d'avoir laissé de la famille au pays, de n'avoir pu empêcher certains événements de survenir...

La manifestation des reviviscences (tels des cauchemars réitérant des scènes vécues) n'évoque pas ici obligatoirement la présence d'un syndrome psychotraumatique (tel que défini par le PTSD et qui ne se limite pas à la seule présence de ce phénomène), mais elle rappelle que -pour nombre d'entre eux- le temps semble s'être figé à des moments douloureux que les difficultés actuelles ne permettent pas d'atténuer.

36% des personnes évoquant des idées suicidaires sont des femmes.

Même si l'appréhension de notre population sous l'angle du traumatisme semble s'imposer – les histoires évoquant l'épreuve de la violence et sa récurrence – les phénomènes de co-morbidité sont importants, telle la présence associée de troubles traumatiques et de troubles dépressifs.

Les concepts diagnostiques utilisés ici ne visent qu'à décrire les modalités générales par lesquelles le patient exprime sa souffrance, ce qui prédomine dans la présentation clinique du patient ; par exemple : un vécu traumatique, une forte dimension anxio-dépressive ou dépressive....

Les diagnostics exprimés ci-dessous restent donc un indicateur du <u>versant prédominant</u> dans l'expression de la souffrance.

Diagnostics le plus souvent rapportés par les psychologues

- pour 40%, trouble psychotraumatique
- 39%, trouble anxio-dépressif
- 11%, anxiété généralisée

(Sur les 527 patients pris en charge de mars 2007 à décembre 2009 – **seul un diagnostic est exprimé par patient**).

L'importance des manifestations d'anxiété et d'angoisse ne doit pas masquer un syndrome dépressif concomitant : 40% de ces patients évoquent des idées suicidaires dans la période de consultation ou dans les mois précédents. Quelques-uns rapportent avoir fait une tentative de suicide.

En 2009, 9 de nos patients ont nécessité une hospitalisation, généralement à cause d'un grand épuisement psychologique avec risque de passage à l'acte.

3. Sorties / Fins de suivi

401 patients sur 527 inclus dans le programme pour un suivi psychologique depuis l'ouverture sont considérés comme ayant terminé leur psychothérapie. Ceci signifie que la file active de patients en cours de suivi est d'environ 130, début 2010. La file active reste stable à 120-150 patients, lorsque l'équipe est à pleine capacité avec l'équivalent de 2,5 temps-plein de psychologues. Parmi les fins de suivis, environ 18% le sont pour cause de déménagement en CADA hors de la région parisienne et environ 16,6% pour non adhérence au soin ou inadéquation entre le soin et la demande.

Si toutes leurs problématiques ne sont pas solubles dans le soin, nous considérons que celui-ci soulage, valorise, reconstruit, pose de nouveaux repères et perspectives, permettant la rémission ou l'atténuation des troubles les plus manifestes et invalidants.

Nombre de consultations	% de patients	
Moins de 5	33,9%	
5 à 10	30,7%	
11 à 15	16,8 %	
Plus de 15	18,6%	

4. Activité psychologique auprès des Afghans vivant dans le 10 arrondissement

Depuis l'ouverture du CES et plus particulièrement à partir de fin 2008, 76 personnes de nationalité afghane ont bénéficié d'un suivi psychologique au CES, avec accompagnement médical et social pour la plupart d'entre eux.

A travers les dossiers psychologiques, on peut obtenir une description de la situation générale des Afghans sollicitant ce type de soin.

Situation sociale ou administrative	Afghans (sur 76 patients)	Total (sur 527 patients)	
Mineurs isolés	26% (20)	8% (42)	
Sans domicile fixe	55% (42)	27% (142)	
Temps de présence en France > 3 mois	55% (42)	NR	
Dublin II	40% (30)	28% (149)	
Procédure normale avec APS	21% (16)	34% (178)	
Aucune démarche effectuée	17% (13)	8% (45)	

Les patients de nationalité afghane se présentant au CES pour des soins psychologiques sont parmi les exilés les plus vulnérables. Ils sont principalement des mineurs ou jeunes majeurs, avec un temps de présence en France supérieur à trois mois et le plus souvent dans une situation de grande précarité, sans domicile fixe ni titre de séjour. De plus, il n'y a pas de relais communautaire qui les accueille à leur arrivée, contrairement à d'autres exilés.

Les événements qu'ils rapportent avoir vécu ne se différencient pas de ceux rapportés par l'ensemble de la population prise en charge au centre. Mais, le nombre de personnes évoquant des idées suicidaires est plus élevé, puisque leur évocation concerne plus d'un patient sur deux. En 2009, 7 patients de nationalité afghane ont été hospitalisés en raison d'un épisode dépressif majeur ou un risque de passage à l'acte suicidaire (sur une totalité de 10 patients hospitalisés pour les mêmes raisons).

Evénements rapportés par les patients	Afghans (sur 76 patients)	Total (sur 527 patients)
Violences physiques	66% (53)	64% (338)
Mort violente d'un proche (membre famille)	68% (56)	58% (304)
Passage en prison	36% (27)	43% (227)
Faits de torture	21% (19)	35% (184)
Idées suicidaires	60% (45)	40% (213)

D. ACTIVITE SOCIALE

Une personne au CES est responsable de l'orientation sociale et juridique (OSJ). L'objectif du travailleur social est d'orienter les patients et pas de devenir leur référent social ou juridique. Néanmoins, pour certains patients très isolés et fragiles n'ayant aucun autre référent social, il est nécessaire de faire un travail de suivi et d'accompagnement soutenu, en attendant de leur trouver un suivi adapté.

La consultation sociale est un espace où l'on accompagne et aide les patients à se réinscrire tout autant dans les réseaux sociaux existants que dans la réalité sociale. Les patients suivis au CES déposent différentes parties de leur histoire auprès de différents membres de l'équipe et les rôles de chacun sont complémentaires.

Le suivi social concerne essentiellement les personnes isolées, puisque les familles étaient jusque-là généralement déjà prises en charge et suivies, au titre de la protection de l'enfance. Fin 2009, la prise en charge des familles par certaines plateformes dans le dispositif national d'accueil a changé, avec une diminution du nombre d'entre elles prises en charge; ayant déjà généré une augmentation du nombre de suivi de familles au CES.



Néanmoins, l'activité 2009 et la priorité actuelle reste concentrées autour des personnes isolées - sous règlement Dublin II ou déboutées - très souvent d'origine afghane, mais aussi tchétchène, sri-lankaise ou d'Afrique subsaharienne.

En 2009, 89 patients inclus dans le programme ont bénéficié d'un accompagnement ou d'une orientation sociale ou juridique, pour un nombre total de 642 entretiens.

Types d'orientation ou d'action	2007	2008	2009
CMU/AME faites par MSF	37	43	34
Aide recherche hébergement (nombre d'actes de recherche)	37	37	65
Référence alimentaire	43	41	35
Orientation domiciliation	21	24	5
Aide vestimentaire/hygiène	NR	8	22
Orientation juridique	31	32	77
Autres orientations (cours français, accueil de jour, ouverture autres droits sociaux, etc.)	NR	50	124
Nombre total d'entretiens	873	1126	642
Nombre d'individus suivis	149	158	89

Fin 2008, la prise en charge de beaucoup d'exilés du $10^{\text{ème}}$ arrondissement a mené en partie à l'augmentation du nombre de patients se trouvant en situation de plus grande précarité sociale et administrative (sans domicile fixe ni accompagnement social ou juridique ni réseau). Ceci a rendu plus difficile le travail de réorientation vers diverses associations à caractère social, dans un contexte actuel de diminution des moyens pour beaucoup d'entre elles. L'objectif a donc été de faire plus de travail de fond pour les patients les plus isolés et de ne pas forcément recevoir tous les patients. Ceci explique la baisse du nombre total de consultations individuelles et d'individus suivis, ainsi que la forte augmentation du travail de recherche d'hébergement et d'orientation juridique (voire même de suivi juridique dans certains cas exceptionnels).

Les recherches d'hébergement - souvent dans le cadre d'une mise à l'abri - ont concerné 65 personnes, sachant que cette recherche s'est répétée à plusieurs reprises pour certaines d'entre elles. Un travail thérapeutique peut être difficilement engagé si le minimum des besoins vitaux n'est pas assuré, comme dormir seulement quelques heures par nuit dans la rue ou ne pas s'alimenter régulièrement.

Dans le secteur public comme associatif, les possibilités de trouver un hébergement pour des demandeurs d'asile sans titre de séjour (les « dublinés », « prioritaires » et « déboutés ») - y compris dans les structures d'urgence - se sont raréfiées en 2008. Pour les déboutés isolés, les seules possibilités restent les centres d'accueil d'urgence du 115 et les accueils de jour pour SDF, souvent inadaptés aux personnes exilées fragilisées²³.

_

Ces structures accueillent un public très marginalisé et offrent un panel de prestations très réduit. Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de référer les isolés hébergés vers des distributions de colis alimentaires.

Annexe - Terminologie utilisée

Termes médicaux²⁴

• AME :

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les personnes sans titre de séjour, sous condition de ressources (moins de 620,58 euros par mois en 2009) et de résidence prouvée en France (3 mois). Pour ses soins et médicaments, le bénéficiaire d'une AME est dispensé d'avance des frais sur présentation de son attestation. Il s'agit d'une prestation gratuite : aucune part n'est à sa charge, que ce soit sous forme d'un ticket modérateur ou forfaitaire.

L'AME a été instaurée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle, elle est entrée en application le 1^{er} janvier 2000.

Le bénéficiaire d'une AME n'a pas le statut d'assuré social et n'est pour le moment pas sujet aux mêmes droits et contraintes que les assurés de droit commun (médecin traitant et parcours de soins; génériques). Il ne bénéficie donc pas non plus de l'ensemble de ses droits (immatriculation définitive NIR; carte vitale).

- CMU : Couverture Maladie Universelle (datant de la réforme du 27 juillet 1999 qui a restructuré l'architecture du système de protection maladie) ;
 - O CMU dite « de base » : une porte d'entrée au régime général pour ceux qui ne sont pas affiliés par leur travail, mais par cotisations personnelles (avec dispense de cotisation pour les plus démunis) ;
 - o CMU-C : la complémentaire CMU, qui est une protection complémentaire (en plus de l'assurance maladie) de service public, gratuite, réservée aux assurés les plus démunis.
- PASS: les Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital public sont ouvertes à tous, y compris aux personnes démunies et dépourvues de protection maladie (et de titre de séjour).
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- « Circulaire Soins Urgents » : la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 précise le champ d'action du fonds pour les soins urgents et vitaux (créé en 2003 en même temps que le délai de résidence de 3 mois pour accéder à l'AME). Il inclut particulièrement :
 - les soins d'urgence
 - les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse
 - les mineurs
 - les grossesses

Le fonds ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence.

- CMP : Les Centres Médico Psychologiques du système public donnent un accès de proximité gratuit aux consultations de psychiatrie et de psychothérapie.
- CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation & d'Accueil (à Paris, il est à l'hôpital Ste Anne)
- Sectorisation : terme communément utilisé en référence au fait que les personnes doivent dépendre des CMP organisés au sein de circonscriptions géographiques, appelés secteurs.

Terminologie liée à l'asile

• <u>« Procédure normale »</u>: dans ce document, nous considérerons comme étant en procédure « normale » de demande d'asile, toute personne qui a pu déposer son dossier à la préfecture et a reçu l'autorisation provisoire de séjour (APS) et est en attente de passer devant l'OFPRA ou la CNDA. Cette personne a alors droit à la CMU, à un hébergement en CADA et à l'allocation temporaire d'attente (ATA), à condition d'accepter le départ en CADA.

• <u>Procédure prioritaire</u>: ceci est une procédure dont les délais sont raccourcis en comparaison avec la procédure dite « normale ». Cette procédure est appliquée notamment aux personnes de pays dits « d'origine sure » et /ou aux personnes dont l'administration estime que la demande d'asile est

²⁴ Pour plus de détails, se référer au Guide du COMEDE « prise en charge médico-psycho-sociale » pour migrants/ étrangers en situation précaire ; édition 2008.

abusive, dilatoire ou ayant pour but de faire échec à une mesure d'éloignement. Cela est aussi appliqué de plus en plus souvent aux personnes dont la « période Dublin II » est finie ou à celles qui font une demande d'asile lors d'une interpellation.

Cette procédure ne permet pas la délivrance d'une APS (donc pas d'ouverture de droits sociaux) et le recours devant le T.A n'est pas suspensif, donc l'éloignement est possible dès le rejet OFPRA.

• Dublin II / les « dublinés » :

Le règlement Dublin II (adopté par le Conseil de l'Union Européenne en 2003) impose de demander l'asile dans le premier pays signataire traversé (les 27 pays membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein et la Suisse).

Après une période d'attente de 6 mois (à compter de l'acceptation du traitement de la demande d'asile par le 1^{er} pays traversé) – sans titre de séjour ni ATA, et la menace permanente d'un renvoi (appelé « réadmission ») –, la France devient alors responsable de la demande d'asile.

Le demandeur d'asile se présente ensuite en préfecture pour se voir délivré, en théorie, l'APS en vertu de l'application du règlement Dublin II. Néanmoins, la plupart des préfectures placent les personnes en procédure prioritaire.

- <u>Déboutés</u> : les personnes rejetées de leur demande d'asile (OFPRA et CNDA et pas en procédure de réexamen)
- <u>Isolés</u>: personnes ne bénéficiant pas du soutien en France d'un proche majeur (membre de la famille ou compatriote).
- APRF : Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière
- APS : Autorisation Provisoire de Séjour
- ATA: Allocation Temporaire d'Attente (montant 320,10 euros/ mois au 1^{er} janvier 2010)
- CADA: Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- CAFDA: Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile
- CNDA: Cour Nationale du Droit d'Asile (anciennement CRR, Commission de Recours des Réfugiés)
- DNA: Dispositif National d'Accueil
- OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (anciennement ANAEM)
- OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
- OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
- T.A.: Tribunal Administratif
- SDF : Sans Domicile Fixe
- CHU / CHRS : Centre d'Hébergement d'Urgence / Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Mineurs

- AMIE : Accueil pour mineurs étrangers isolés (centre géré par FTDA)
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- CAMIE : Cellule d'Accueil pour Mineurs Isolés Etrangers (centre géré par l'ASE)
- CAOMIDA : Centre d'Accueil et d'Orientations pour Mineurs Isolés Demandeurs d'Asile (centre géré par FTDA)

Sigles associatifs

- ACAT : Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture
- CAAR : Comité d'Aide Aux Réfugiés
- CEDRE : Centre d'Entraide pour les Demandeurs d'asile et les Réfugiés (antenne du Secours Catholique)
- CIMADE : Service œcuménique d'entraide, consacré à l'accompagnement des étrangers migrants
- COMEDE : Comité Médical pour les Exilés
- FTDA: France Terre d'Asile
- MDM: Médecins Du Monde
- 115 : numéro d'urgence sociale anonyme et gratuit, notamment pour de l'hébergement d'urgence (géré à Paris par le Samu Social).