

Dossier thématique

Torture et asile : quels soins possibles ?

Lorsqu'on a été séquestré, battu, qu'on a dû fuir son pays et que quelques mois plus tard, à 5 000 km de là, on se retrouve seul à dormir à la rue sans aucun repère ni perspective d'avenir, peut-on espérer un jour « guérir » ? La Journée mondiale de la santé, célébrée ce mardi 7 avril 2015, est l'occasion de faire connaître les séquelles physiques et psychologiques des quelques 125 000 personnes¹ que la torture et la quête de protection ont poussées jusqu'en France, et également de mettre le doigt sur la dégradation insupportable de leurs conditions de logement, avec des conséquences directes sur leur état de santé.

Les personnes dont nous parlons sont des survivants de la torture et/ou de massacres perpétrés pour des raisons politiques, ethniques ou religieuses. Ils ont perdu un ou plusieurs membres de leur famille, ont assisté à des scènes d'une violence inouïe, ont subi des traitements inhumains, dégradants, des violences sexuelles. Du jour au lendemain, ils ont été contraints de tout quitter : travail, famille, maison, pays et projets.

Arrivés en France, ils sont souvent encore sous le coup de la sidération provoquée par ces violences extrêmes infligées intentionnellement. La torture les a coupés du monde, les a réduits à l'état d'objet. Aux séquelles de la violence qui les a fait fuir leur pays se sont ajoutés le traumatisme de l'exil et les conditions de voyage souvent terribles (exiguïté de la cachette, manque d'hygiène, confinement, isolement, violences sexuelles imposées par les passeurs pour « monnayer » le passage). Pour comprendre la situation sanitaire dans laquelle se trouvent ces hommes, ces femmes et ces enfants réfugiés en France, trois angles vous sont proposés :

SOMMAIRE DU DOSSIER

[1. Quelles séquelles physiques et psychologiques ?](#)

¹ 125 000 personnes victimes de la torture réfugiées en France : c'est le chiffre paru dans le Livre blanc du Centre Primo Levi en 2012.

[2. Peut-on guérir de la torture ?](#)

[3. Logement et santé : une préoccupation grandissante](#)

1. Quelles séquelles physiques et psychologiques ?

Les survivants de la torture ont des séquelles physiques et psychologiques importantes, parfois très graves et très douloureuses.

Les séquelles physiques

Les maux de tête récurrents, les troubles du sommeil, les douleurs musculaires sont quelques-uns des symptômes les plus fréquemment observés. Selon les sévices subis, se présentent aussi très souvent des troubles neurologiques, des problèmes dentaires, des problèmes gynécologiques ou urologiques, des troubles digestifs, parfois des maladies infectieuses (VIH, hépatites)... Cette liste n'est évidemment pas exhaustive et les types de troubles se superposent souvent. Ils peuvent être chroniques ou ponctuels, et même **survenir plusieurs années ou plusieurs décennies après les faits**.

Les séquelles psychologiques

La torture se définit comme « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne »². Cette définition reconnaît donc que **certaines méthodes de torture ne laissent pas de traces ni de séquelles visibles**, mais ont un impact psychologique majeur avec des retentissements à court, moyen et long terme.

"Certaines méthodes de torture ne laissent pas de traces ni de séquelles visibles"

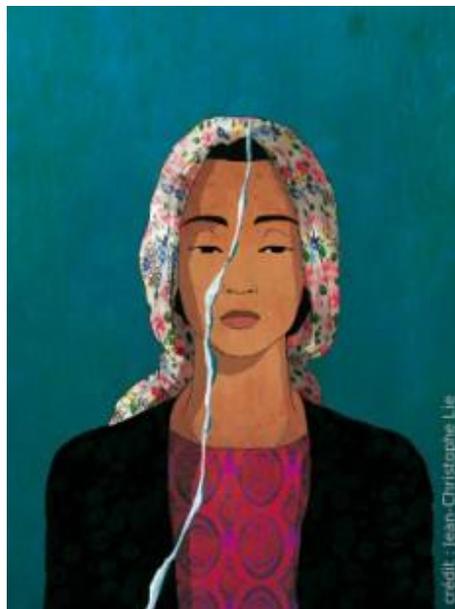
On considère en effet souvent, à tort, que la torture « se limite » à des violences physiques, exercées à un moment précis, dans le but de « faire parler » une victime. La torture commence en amont d'un acte physique potentiel, par des gestes, des mots, une attitude, un climat instauré par le ou les

² [1] Définition de la Convention internationale de l'ONU contre la torture adoptée en 1984.

tortionnaires. Elle se poursuit bien après la fin des sévices, des mois ou des années plus tard, et s'exprime par la douleur et la détresse des victimes. **La torture vise rarement à faire parler mais plutôt à faire taire, à retirer à la personne son statut d'homme** pour la réduire à l'état d'objet : c'est un « processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle »³. Il peut ne pas y avoir de violences physiques mais une arrestation arbitraire, des menaces, des sévices exercés sous le même toit sur des proches, des séances d'interrogatoire...

Qu'il y ait eu violence physique ou non, **la torture entraîne toujours des séquelles psychologiques** : cauchemars, troubles de la concentration et de la mémoire, syndrome dépressif, troubles anxieux, absence totale de confiance en soi et en l'autre, état de stress avancé...

La torture perdure au-delà des faits dans la mesure où **un simple objet, un simple uniforme peut replonger les victimes dans le souvenir des sévices subis** : c'est ce qu'on appelle les « réminiscences ». Jour et nuit, elles restent hantées par des voix et des sons qu'elles ont entendus, par des visages et des scènes qu'elles ont vus. Alors qu'il s'agissait de personnes souvent très actives et impliquées dans leur communauté, **elles sont aujourd'hui habitées par la honte et se murent dans le silence**, notamment pour « protéger » l'autre contre le récit de l'insoutenable. Incapables de tout lien social, ces personnes sont désorientées, isolées et *a fortiori* très vulnérables.



³ Sibel Agrali, « Les séquelles psychologiques de la torture », *Un monde tortionnaire*, Rapport 2010, Action des chrétiens pour l'abolition de la torture, Paris, p 291-297.

2. Peut-on guérir de la torture ?

Il est évident qu'on ne peut pas guérir des séquelles de la torture car le traumatisme crée une rupture profonde dans l'histoire des personnes. Longtemps après, la souffrance physique et psychique des survivants perdure. Les séquelles, visibles ou non, font trace de ce qui a eu lieu et qui ne peut être oublié.

Cela dit, **on peut apprendre à « vivre avec » les effets de la torture**. Tout l'enjeu des soins est de soulager les souffrances et d'aider la personne à sortir du statut de victime. Il se situe également dans le travail de prévention, non seulement pour éviter que les symptômes ne s'aggravent et ne s'enkystent (c'est-à-dire aillent vers un état chronique ou pathologique) au point parfois de pousser les victimes au suicide ; mais aussi pour éviter que les effets des traumatismes ne soient transmis aux générations suivantes.

Il est ainsi possible d'apporter un mieux-être physique, psychique et social à la personne, mais cela suppose des soins appropriés. Or réduire l'impact des traumatismes sur la vie des patients et de leur famille, les aider à retrouver leur dignité et une certaine autonomie peut signifier une prise en charge de longue durée. C'est l'une des particularités du centre de soins Primo Levi, contrairement à ce que peuvent offrir les services de santé publics : **les suivis durent en moyenne 2 ou 3 ans**.

La nécessité d'une reconnaissance des victimes et une meilleure prise en compte des souffrances physiques et psychiques constituent deux préalables à la prise en charge. Pour cela, il est essentiel d'adapter les dispositifs aux spécificités de ces personnes. C'est pour cette raison que le **travail de sensibilisation et de plaidoyer, complémentaire de l'action de notre centre de soins**, est indispensable pour apporter une solution globale aux victimes de torture réfugiées en France.

Ce qui rend les effets de la torture et des violences politiques singuliers, c'est la grande difficulté des victimes à parler de leurs souffrances et à trouver une oreille attentive. Or leur silence ne fait que prolonger ces effets. Il faut donc savoir les amener à en parler par une attitude empathique, une écoute attentive de leurs souffrances et de leurs antécédents, en posant les questions adéquates avec tact. Le problème, c'est que **faute de formation, les professionnels ne savent pas détecter les liens entre les plaintes exprimées et le passé de la personne**. Ne connaissant pas les séquelles de la torture ni les symptômes du psychotraumatisme, ils ne vont pas nouer le dialogue qui pourrait faciliter la parole et permettre une orientation rapide vers des soins médicaux, psychologiques ou psychiatriques. C'est pourquoi le Centre Primo Levi dispense également des formations aux professionnels extérieurs, précisément pour leur apprendre à détecter les séquelles de la torture et à adapter ces suivis.

Enfin, il faut ajouter que pour réhabiliter une personne exilée victime de la torture, **une prise en charge psycho-médicale n'est pas suffisante**.

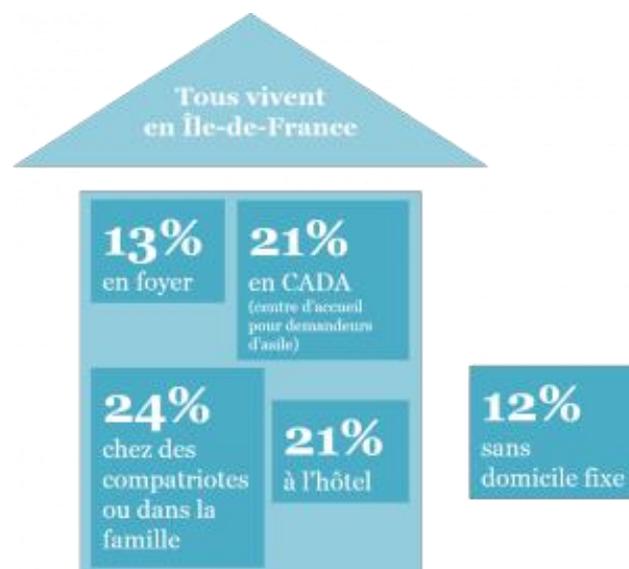
- L'obtention du statut de réfugié, qui reconnaît la demande d'asile comme légitime, qui confère un statut légal et qui permet la stabilité du séjour, joue un rôle majeur dans l'état de santé des personnes exilées - non seulement en soi, puisqu'elle influe fortement sur la santé psychique du demandeur, mais aussi par son effet, puisqu'elle favorise leur accès effectif aux soins.

- De même, les conditions de vie influent énormément sur la santé. L'OMS énonce, parmi ce qu'on appelle les « déterminants sociaux de la santé », le logement, le revenu, l'emploi, les conditions de travail, le niveau d'études et le réseau social. Autrement dit, **un hébergement précaire, de faibles revenus ou encore l'isolement social sont des facteurs de risque pesant sur l'état de santé**. Or le droit au travail a été retiré aux demandeurs d'asile en 1991, leurs conditions de logement se dégradent nettement en France depuis quelques années (voir plus bas l'article qui y est consacré), l'accès aux soins leur est très difficile et le dispositif d'accueil ne fait que renforcer leur isolement. L'accumulation de ces facteurs de risque menace clairement leur état de santé ou en tout cas ne permet pas qu'elle s'améliore.

Il ne s'agit donc pas de rester centré sur les seuls soins somatiques ou psychologiques, mais de lier ces besoins aux questions sociales, administratives et juridiques.

3. Logement et santé : une préoccupation grandissante

Les personnes qui viennent frapper à la porte du Centre Primo Levi sont de plus en plus nombreuses à n'avoir pas de toit ou à vivre dans des conditions sanitaires catastrophiques. Ces conditions aggravent les souffrances et les effets du traumatisme. Et plus elles se dégradent, plus les suivis thérapeutiques sont longs et compliqués.



A leur arrivée en France, ces personnes vivent un quotidien extrêmement précaire et éprouvant. 21% sont logés en CADA (centres d'accueil pour demandeurs d'asile). Les autres vivent dans des foyers (13%), chez des compatriotes ou un membre de leur famille (24%) ou à l'hôtel (21%). Certains sont sans domicile fixe (12%) et dorment à la rue, dans des abribus, aux urgences... Seuls 7% d'entre eux sont en location privée.

Ces dernières années, les conditions de logement de nos patients se sont nettement dégradées. D'année en année, de moins en moins de patients sont hébergés en CADA ou en foyer, de plus en plus sont en hôtel ou sans domicile fixe. Chacune de ces situations présente de nombreuses difficultés :

- CADA : cette solution est censée être provisoire et ne concerne que les personnes en cours de procédure d'asile. Et encore... pas toutes, puisqu'il n'existe de places en CADA que pour 30% environ des demandeurs d'asile en France. Actuellement, la procédure d'asile dure en moyenne 1 an et demi. A l'issue de cette procédure, la personne (ou la famille) a 4 semaines pour trouver un autre hébergement en cas de rejet, 3 mois en cas d'accord.

- La chambre d'hôtel : souvent insalubre, glaciale et minuscule, avec un lavabo pour tout confort, des salles de douches et des toilettes communes, l'interdiction d'installer un radiateur, de faire la cuisine ou de faire chauffer de l'eau (ce qui rend inutiles les produits principalement non cuisinés distribués par les banques alimentaires). **Les gérants d'hôtels, qui profitent de ce dispositif d'accueil défaillant**, n'hésitent pas à laisser leurs locataires vivre dans des conditions sanitaires scandaleuses, parfois même dangereuses.

- Chez des compatriotes ou des parents : il arrive que certains de nos patients aient de la famille en France, ou trouvent écho à leur détresse et à leur isolement chez des compatriotes rencontrés dans la rue ou le métro, par hasard. Accueillis pour une nuit ou deux, ils doivent finalement prolonger leur séjour faute de trouver mieux. La difficulté pour la personne hébergée sera d'être et de se sentir à charge de ces compatriotes, souvent eux-mêmes logés dans des conditions à peine meilleures. Bien souvent, les personnes hébergées se sentent obligées de rendre des services, de participer aux tâches quotidiennes, ce qui parfois se transforme en véritable travail domestique non rémunéré, voire en des **situations d'exploitation**.

- Les foyers d'urgence : les demandeurs d'asile, qui vivaient une vie "normale" dans leur pays d'origine, s'y retrouvent mêlés à des populations très désocialisées (personnes sans domicile fixe, toxicomanes, etc.), ce qui ne favorise ni leur intégration, ni leur réhabilitation. Certains foyers, avec la promiscuité des dortoirs et la vie en collectivité qui y sont associées, peuvent d'ailleurs être insupportables à ceux qui ont vécu l'emprisonnement...

Trouver ne serait-ce qu'un hébergement temporaire devient un parcours du combattant...

- du fait des évolutions administratives (avec le Système intégré d'accueil et d'orientation issu de la loi Boutin, votée en mars 2005 et mise en œuvre seulement 7 ans plus tard, les demandeurs ont beaucoup moins de visibilité sur l'avancée de leur dossier et n'ont pas d'interlocuteur privilégié à qui expliquer leur situation particulière) ;

- du fait de l'instabilité juridique des patients (seuls les réfugiés statutaires insérés professionnellement peuvent prétendre à un logement stable) ;

- du fait des difficultés bien connues de l'immobilier, en particulier en Ile-de-France (manque criant de logements sociaux et flambée des tarifs dans le secteur privé) ;

- enfin du fait de la barrière de la langue (pas d'interprètes dans les services sociaux de secteur).

Le logement, un problème croissant...

La complexité des démarches, le manque de logements en Ile-de-France, la précarité administrative de patients de plus en plus nombreux ont donné à la recherche d'hébergement et de logement une part de plus en plus importante dans le travail des assistants sociaux.

En 2014, sur les 233 patients du Centre Primo Levi, 145 ont bénéficié d'un accompagnement social, dont 78 pour une aide à l'hébergement ou au logement.

...qui entrave aussi bien les suivis médicaux que psychologiques et juridiques

Comment traiter les insomnies d'une femme qui ne sait même pas où elle va dormir le soir-même ? Comment aider un homme reclus du matin au soir dans une chambre d'hôtel sombre et insalubre à reprendre confiance en lui et en l'autre ?

Au centre de soins Primo Levi, les personnes peuvent être suivies en un même lieu à la fois par un psychologue, un médecin, une assistante sociale et une juriste, car ces quatre types de suivi sont indépendants les uns des autres. En faisant ce choix unique de la pluridisciplinarité, l'association apporte une réponse plus globale aux réfugiés victimes de violences. Toutefois, le problème criant du logement, devant lequel tous se sentent impuissants, rend chacun des types de suivi beaucoup plus difficile.

Une famille nombreuse, suivie depuis un an au Centre Primo Levi, vit actuellement dans une double chambre d'hôtel où l'humidité dessine progressivement de longues traces noires le long des fenêtres et des murs. On leur a donné un fauteuil... infesté de punaises. Désormais toute la chambre est infestée, et la famille avec. Sans compter les infections bronchiques et les gripes qu'ils attrapent à tour de rôle depuis un mois. Sans compter non plus la fatigue, la tension, l'état de fragilité voire de dépression.

Comme l'illustre le cas de cette famille, la dégradation des conditions de vie a un impact visible sur la santé des réfugiés. Non seulement sur le plan psychique, parce que **la précarité** (synonyme d'isolement social, d'inactivité, parfois de décrochage scolaire des enfants) **perpétue les souffrances et le déséquilibre** de personnes dont le parcours est marqué par de nombreuses ruptures et pertes ; mais aussi, sur le plan physique, parce qu'elle empêche la rémission de certains symptômes (comme les insomnies, les maux de tête ou les douleurs musculaires). Dans le pire des cas, ce qui est malheureusement de plus en plus fréquent, les conditions de logement sont même la cause de nouveaux symptômes : le cas d'un **bébé victime d'un arrêt cardiaque**, pas plus tard qu'il y a 2 semaines, a fait l'objet d'une tribune du Centre Primo Levi sur le site Mediapart.fr.

Là encore, le problème est que **les solutions apportées par les services publics ne sont pas adaptées** aux besoins de ces personnes. Tout comme les médecins évoqués précédemment, les travailleurs sociaux ont d'autant plus de mal à aider les réfugiés victimes de torture qu'ils ne comprennent pas leur situation dans son ensemble, sont confrontés aux problèmes de langues, etc. Ainsi une femme incapable de monter des marches peut-elle se retrouver avec sa famille au 3ème étage d'un immeuble sans ascenseur. Les formations dispensées par le Centre Primo Levi s'adressent donc également à ces professionnels. De cette façon, au-delà des 145 patients suivis par les assistants sociaux au centre de soins, le but est d'apporter, si ce n'est une réponse au problème criant de logement, du moins des solutions plus adaptées aux besoins très spécifiques de cette population invisible.

Pour approfondir le sujet...



Revue « Mémoires » n°63 :

Écouter la douleur, mais encore ?

"Des placards à cafards pour les demandeurs d'asile" Une tribune publiée par le Centre Primo Levi sur Mediapart