

Une enfance empêchée :

**Reconnaître et soigner le psychotraumatisme
des enfants exposés aux violences politiques,
à la guerre et à l'exil**



**CENTRE
PRIMO LEVI**
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

03 LE CENTRE PRIMO LEVI

04 GLOSSAIRE

04 CHIFFRES CLÉS

06 INTRODUCTION

08 CLINIQUE D'UNE ENFANCE EMPÊCHÉE :
LE CONSTAT DES PROFESSIONNELS DU
CENTRE PRIMO LEVI17 DES ENFANTS QUI PASSENT SOUS
LES RADARS DE LA PUISSANCE PUBLIQUE28 CE QUE MONTRE LE MODÈLE DE PRISE
EN CHARGE DU CENTRE PRIMO LEVI

31 CONCLUSION

32 RECOMMANDATIONS

**Une enfance empêchée : Reconnaître et soigner
le psychotraumatisme des enfants exposés aux
violences politiques, à la guerre et à l'exil**

Parution : Septembre 2026

Directrice de publication : Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky

Ont contribué à ce rapport : Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky,
Tatiana Theys, Fiona Grand-Moursel, Armando Cote, Nathalie
Dollez.

Mise en page : Romain Laborde.

Illustrations : Faustine Brunet - Couverture / Isabelle Ritzenthaler
- p. 19, 20, 26/ Jean-Christophe Lie - p. 8, 10, 11, 13, 15, 24, 28, 29.

Avec le soutien financier de :



Le Centre Primo Levi

Le Centre Primo Levi est une association de référence spécifiquement dédiée au soin et à l'accompagnement des personnes ayant fait face aux violences politiques, à la guerre ou la torture et vivant aujourd'hui en France.

Son action s'articule autour de trois missions : soigner, transmettre, mobiliser.

Soigner

Dans son centre de soins situé à Paris, le Centre Primo Levi accueille chaque année environ 500 personnes originaires de plus de 50 pays différents, majoritairement de zones de conflits. Ces personnes bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire : psychologique, médicale et kinésithérapique, ainsi que d'un soutien social et juridique. La prise en charge proposée dure en moyenne deux ans et demi, dans le respect de la demande et du rythme des patients. L'accueil est pensé comme une partie intégrante du soin, et des interprètes sont présents lorsque nécessaire durant les rendez-vous. En outre, un espace enfants-adolescents a été spécifiquement aménagé pour accueillir les jeunes patients. Conçu peu après l'ouverture du Centre il y a plus de 30 ans, il permet une prise en charge globale, intégrant l'ensemble de la famille, et offre un accompagnement coordonné en un même lieu.

Transmettre

Le Centre Primo Levi partage son expérience auprès des professionnels et bénévoles en contact avec des personnes exilées ayant fait face aux violences politiques, à la guerre ou la torture. Son centre de formation, créé en 2002, dispense chaque année plus d'une trentaine de formations. Il publie également la revue Mémoires, qui met en lumière les problématiques rencontrées dans sa pratique. Pensée comme un espace de réflexion et de débat, la revue regroupe des contributions extérieures et internes sur les effets de la violence politique sur le corps et la psyché. Dans cette continuité, le Centre Primo Levi organise tous les deux ans un colloque rassemblant des professionnels du soin et de l'accompagnement, ainsi que des chercheurs, invités à partager leurs savoirs et expériences. Enfin, le Centre Primo Levi intervient régulièrement dans des espaces académiques et professionnels.

Mobiliser

Le Centre Primo Levi mène, seul ou en réseau, des actions de plaidoyer, de sensibilisation et d'information pour témoigner des effets des violences politiques et de la torture, promouvoir une prise en charge adaptée du psychotraumatisme et défendre l'accès aux droits. Il participe régulièrement à la rédaction et à la promotion de rapports de plaidoyer en lien avec d'autres acteurs associatifs. Enfin, le Centre Primo Levi intervient régulièrement dans le cadre de rassemblements, rencontres, débats ou projections organisés par des partenaires associatifs ou culturels, pour apporter son éclairage et son témoignage sur les effets de la violence politique et de l'exil.

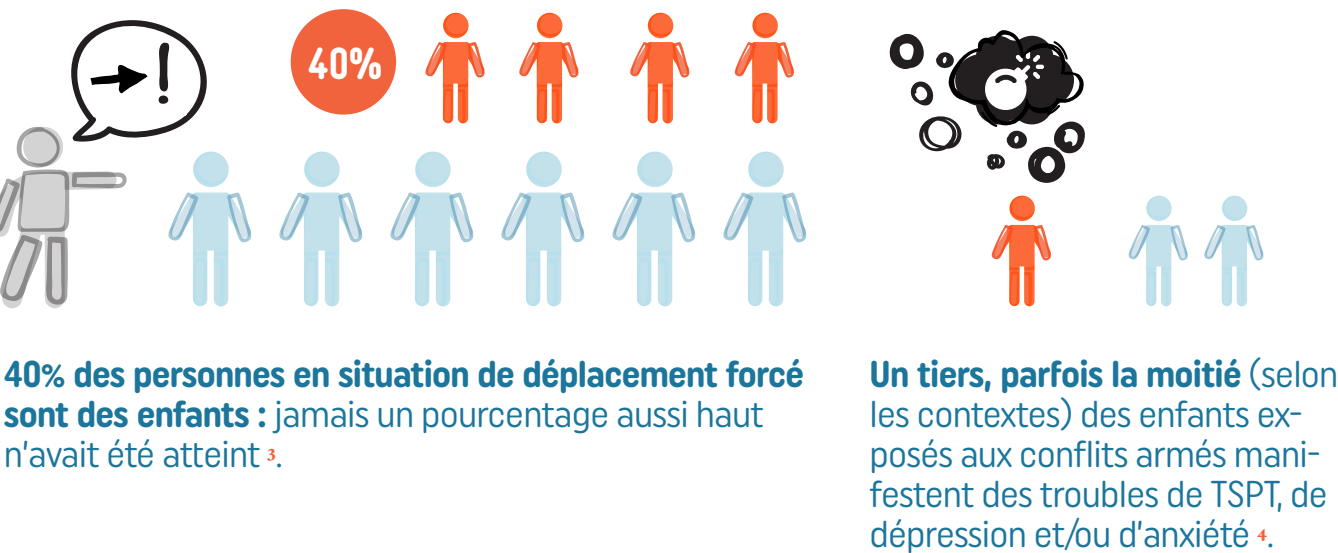
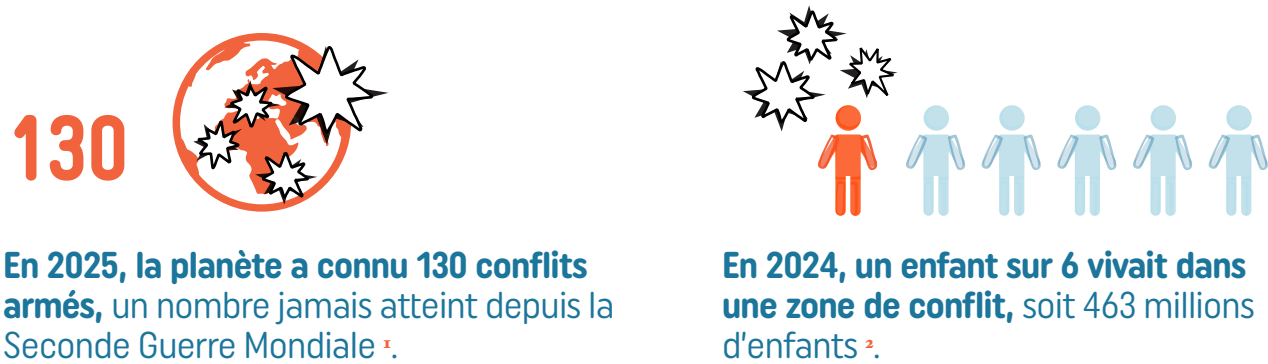
Qu'entend-on par violences politiques et torture ?

Les violences politiques désignent des atteintes graves commises dans un contexte de guerre, de répression ou de persécution, souvent en lien avec des rapports de pouvoir, d'appartenance ou d'engagement, réels ou supposés. Elles peuvent être exercées par l'État, ses représentants ou d'autres belligérants.

Quant à la torture, elle reste signalée dans de nombreux pays. Lorsqu'elle est pratiquée par des agents de l'État ou sous leur autorité, elle peut notamment être utilisée comme un instrument de punition, d'intimidation, d'obtention d'aveux ou de contrôle. Elle consiste à infliger intentionnellement des souffrances physiques ou psychiques. Au-delà des atteintes physiques et psychiques qu'elles provoquent, ces violences désarticulent les liens sociaux et sociétaux, bouleversent les relations entre les individus et fragilisent, voire brisent, les repères des adultes comme ceux des enfants.

Chiffres clés

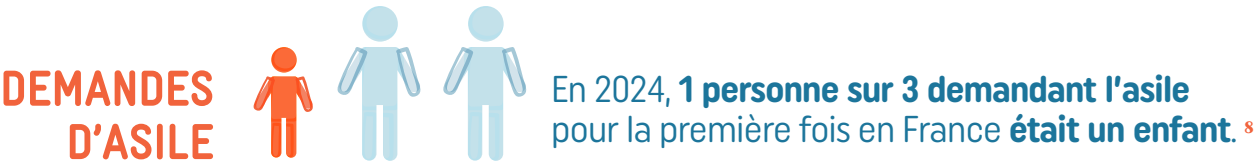
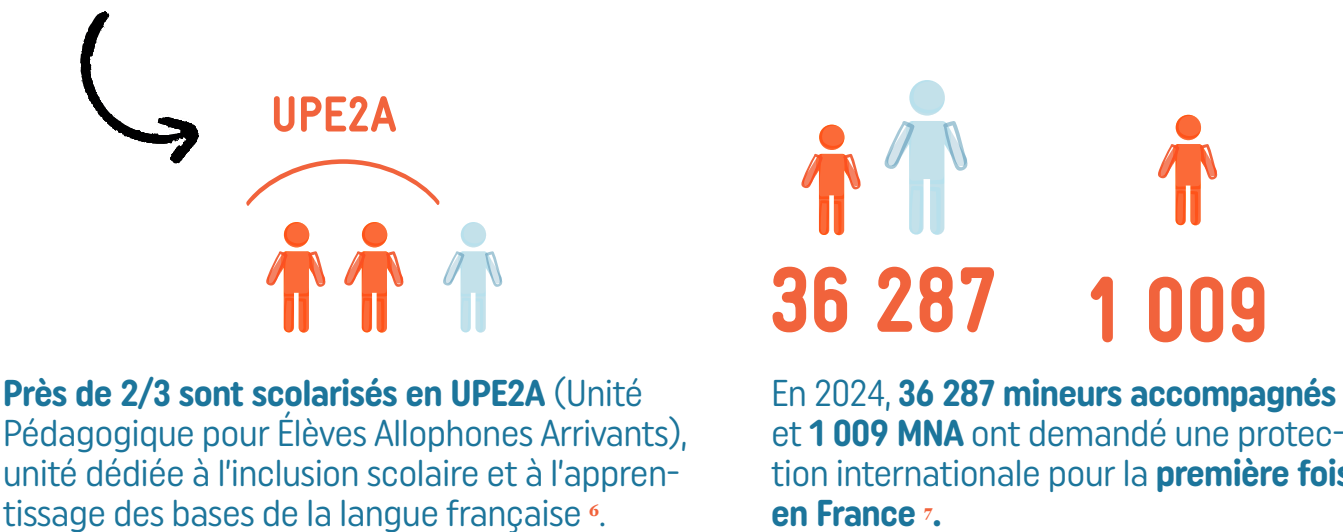
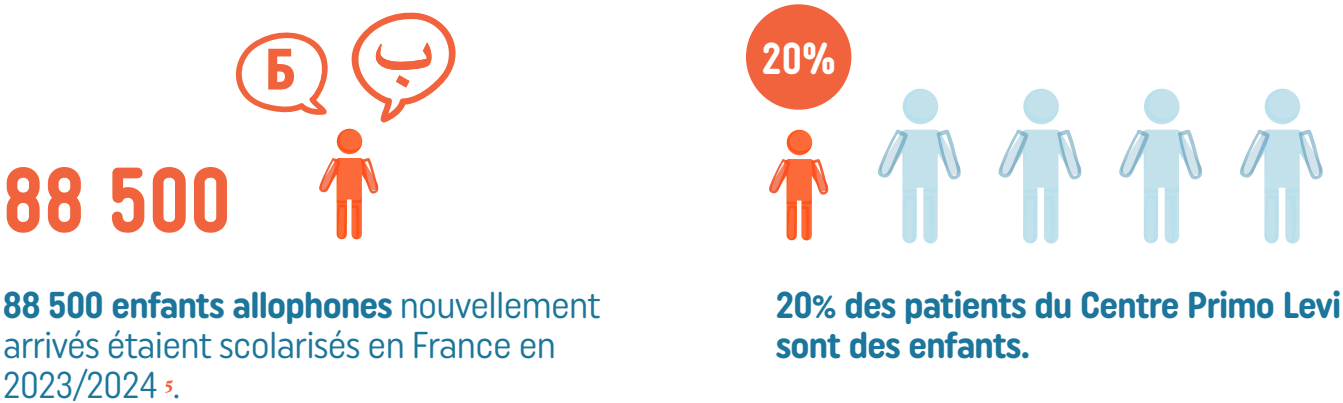
DANS LE MONDE



GLOSSAIRE

ASE	Aide Sociale à l'Enfance
UPE2A	Unité Pédagogique pour Élèves Allophones Arrivants
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CASNAV	Centre Académique pour la Scolarisation des élèves allophones Nouvellement Arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de Voyageurs
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psychologique-Pédagogique
MNA	Mineurs Non-Accompagnés
PMI	Protection Maternelle Infantile
TSPT	Troubles de Stress Post-Traumatique

EN FRANCE



1 Rapport annuel du Comité International de la Croix-Rouge, 2025

2 2024 : une année tragique pour les enfants pris dans les conflits armés, l'une des pires de l'histoire de l'UNICEF

3 Close to 50 million children had been displaced due to conflict and violence globally by the end of 2024, UNHCR

4 Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F Jr, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war : a systematic review of 7,920 children. Med Confl Surviv. 2009 Jan-Mar ;25(1) :4-19. doi : 10.1080/13623690802568913. PMID : 19413154.

5 « 88 500 élèves allophones nouvellement arrivés scolarisés en 2023-2024 : neuf sur dix bénéficient d'un enseignement en français langue seconde », Note d'Information n° 25-42, DEPP, juin 2025

6 DEPP, Note d'Information n° 25-42, op. cit.

7 Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2025). Rapport d'activité 2024. Les données de 2024 sont les dernières disponibles pour les mineurs accompagnés.

8 OFPRA, Rapport d'activité 2024, op. cit..

Introduction

L'enfance devrait être un temps de construction, de découverte et d'épanouissement, soutenu par des adultes et des institutions capables d'offrir des repères stables et protecteurs. Pourtant, pour de nombreux enfants, les violences, les ruptures et les traumatismes viennent profondément bouleverser cette période de la vie. Les violences faites aux enfants, les révélations répétées de violences sexuelles, les défaillances de protection et les silences institutionnels ont progressivement fait émerger une prise de conscience : ce qui arrive aux enfants ne peut être considéré comme une affaire privée. Leur protection et leur santé engagent la responsabilité des adultes, des professionnels, des institutions et, plus largement, de la société tout entière.

Cette responsabilité est particulièrement forte à l'égard des enfants qui ont grandi dans des contextes de guerre, de torture, de persécution ou de violences politiques, ou dont les parents ont eux-mêmes été victimes de telles violences. Pour ces enfants, l'exil ne marque pas nécessairement la fin des épreuves. L'arrivée en France, qui devrait constituer un espace de protection et de reconstruction, peut être traversée par l'incertitude administrative, la précarité, l'instabilité du logement, l'isolement, les difficultés d'accès aux droits et aux soins, ou encore les barrières linguistiques. Ces conditions de vie peuvent prolonger ou raviver les effets des violences antérieures et fragiliser l'ensemble de la famille.

Les enfants peuvent alors porter les traces d'une histoire qui n'est pas toujours immédiatement visible. Certains ont été directement exposés aux violences ; d'autres les ont vues, entendues ou vécues à travers celles de leurs proches. Pour d'autres encore, les effets du traumatisme parental peuvent se manifester dans les silences, les non-dits, les bouleversements des relations familiales ou l'indisponibilité psychique des adultes. Le psychotraumatisme ne se transmet donc pas seulement par le récit d'événements passés : il peut aussi s'inscrire dans le quotidien et dans les relations qui structurent le développement de l'enfant.

Chez les enfants suivis par le Centre Primo Levi, cette souffrance peut prendre des formes multiples : troubles du sommeil et cauchemars, hypervigilance, irritabilité, retrait, difficultés de concentration, régressions, symptômes somatiques ou troubles de l'apprentissage. Chez les plus jeunes, elle peut également affecter la croissance, la prise de poids ou le développement psychomoteur. Ces manifestations peuvent toutefois rester difficiles à identifier. Elles se confondent parfois avec des difficultés scolaires, éducatives ou sociales, et peuvent être interprétées sans que soit prise en compte l'histoire traumatique de l'enfant. Parce qu'ils sont scolarisés, parlent français, jouent, apprennent et semblent s'adapter, ces enfants peuvent donner l'impression d'avoir retrouvé une vie ordinaire. Beaucoup aspirent d'ailleurs simplement à être

« *comme les autres* ». Mais cette apparente adaptation ne signifie pas que les traumatismes ont disparu.

Le présent manifeste part de ce constat clinique. Au cours des cinq dernières années, les enfants ont représenté 20% de la patientèle du Centre Primo Levi. À travers leur accompagnement et l'expérience de ses équipes depuis plus de trente ans, le Centre observe combien ces souffrances restent encore insuffisamment repérées et prises en charge. Le manque de formation des professionnels de première ligne, la saturation des services de pédopsychiatrie, l'absence ou l'insuffisance de lieux spécialisés et les difficultés d'orientation contribuent à laisser certains enfants sans réponse adaptée. À cela s'ajoutent les conditions matérielles d'existence qui, lorsqu'elles restent marquées par l'urgence et l'instabilité, peuvent rendre difficile l'accès à un véritable travail psychique.

Prendre soin de ces enfants suppose ainsi de ne pas dissocier leur souffrance psychique de leur histoire familiale et de leurs conditions de vie. Cela implique des espaces où ils puissent être écoutés et reconnus, des professionnels formés au psychotraumatisme et aux réalités de l'exil, mais aussi une prise en charge pluridisciplinaire et inscrite dans le temps. Le soin doit pouvoir s'articuler avec l'accompagnement médical, social, scolaire et juridique, et associer autant que nécessaire l'enfant, ses parents, les professionnels qui l'entourent et des interprètes formés.

À travers ce manifeste, le Centre Primo Levi souhaite rendre visibles ces souffrances et contribuer à faire évoluer les réponses qui leur sont apportées. Il ne s'agit pas de se substituer aux services publics, mais de mettre au service du débat public une expertise clinique construite depuis plus de trente ans auprès de personnes victimes de violences politiques et de leurs familles. En documentant les difficultés rencontrées dans le repérage, l'orientation et la prise en charge des enfants, ce manifeste entend également formuler des recommandations à destination des responsables politiques, des institutions publiques et des professionnels de l'enfance.

Car permettre à ces enfants de bénéficier de soins accessibles et adaptés ne relève pas seulement de la réparation des violences passées. C'est leur donner les moyens de retrouver des appuis, d'habiter pleinement leur enfance, d'entrer plus sereinement dans les apprentissages, de tisser des liens et de se projeter dans l'avenir. Prendre soin d'eux aujourd'hui, c'est aussi préserver les possibles de leur développement et éviter que les traumatismes ne continuent de peser sur les générations à venir.

Clinique d'une enfance empêchée : le constat des professionnels du Centre Primo Levi

« **Une enfance empêchée** » : cette expression désigne ce que les professionnels du Centre Primo Levi observent dans leur pratique. Le psychotraumatisme se manifeste différemment chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, ses expressions varient également selon l'âge, chaque période du développement comportant ses propres enjeux. Les observations cliniques du Centre Primo Levi, mises en regard des échanges menés avec des professionnels de l'enfance, du soin et de l'accompagnement dans le cadre de formations, de colloques organisés à travers la France et d'entretiens réalisés pour la préparation de ce manifeste, soulignent l'importance d'une lecture spécifique de ces manifestations. Cette partie propose d'en comprendre les principales expressions, de la petite enfance au passage à l'âge adulte.



Quand le traumatisme continue d'agir dans le présent

Définition

Le psychotraumatisme désigne l'ensemble des conséquences psychiques pouvant apparaître à la suite d'une exposition à un événement ou à des conditions de vie vécues comme menaçantes pour l'intégrité physique ou psychique de la personne. Il constitue un ensemble de manifestations possibles, variables selon les individus et les contextes.

Dans les contextes de conflits et de violences politiques, ces expériences traumatiques peuvent résulter de violences subies, vues et entendues, parfois de manière répétée : attaques à main armée, tirs, bombardements, attaques de drones, menaces de mort, torture, arrestations et détentions arbitraires, violences sexuelles, disparitions et enlèvements, parcours de fuite et franchissements dangereux de frontières, ou encore décès de proches.

Manifestations

Les troubles de stress post-traumatique (TSPT) sont des manifestations cliniques incluses dans le psychotraumatisme, régulièrement observées au Centre Primo Levi. Ils correspondent à un ensemble de symptômes organisés en quatre grandes dimensions :

- **Les reviviscences**, lorsque le traumatisme est réactivé sous forme de cauchemars, d'images intrusives ou de réactions émotionnelles et corporelles face à des éléments rappelant l'événement ;
- **L'évitement**, qui consiste à se détourner de tout ce qui peut réactiver la souffrance ou l'anxiété ;
- **L'hypervigilance**, marquée par un état d'alerte permanent, des troubles du sommeil et des réactions de sursaut ;
- **Les phénomènes dissociatifs**, caractérisés par des expériences de déconnexion à soi, aux émotions ou à l'environnement.

Après un événement traumatique, il est courant d'avoir ces symptômes, qui peuvent s'atténuer en quelques semaines. **Toutefois, lorsqu'ils persistent ou se réactualisent après-coup, ces symptômes peuvent relever de troubles psychotraumatiques nécessitant alors des soins spécifiques.** Chez l'enfant, ces manifestations peuvent s'inscrire dans un fonctionnement globalement altéré, affectant l'humeur, les relations, le rapport au corps et les capacités d'investissement dans le quotidien, les apprentissages et la projection. Il s'agit ainsi de symptômes associés qui manifestent de manière détournée la détresse psychique de l'enfant. Ces manifestations ne peuvent toutefois pas être lues ni prises en charge selon les mêmes modalités que chez l'adulte : le rapport à la symbolisation et au langage étant encore en construction chez l'enfant, sa souffrance s'exprime moins par la parole que par le corps, le jeu et le comportement, ce qui appelle des approches thérapeutiques spécifiques.

Les enfants rencontrés au Centre Primo Levi

Au Centre Primo Levi, les professionnels observent l'inscription du psychotraumatisme et du TSPT dans les trajectoires des enfants selon trois expériences principales :

- **La violence directe sur l'enfant, l'enfant ciblé :**
Ayant grandi dans un pays en situation de conflit, il est constamment soumis à la crainte, à la désorganisation, à l'effroi. Certains sont directement victimes de violences physiques et psychologiques, blessés, et pris à partie par les auteurs des violences.
- **Les violences infligées aux proches, l'enfant témoin :**
Assister à des scènes de torture, de violences sexuelles ou de passages à tabac infligés à ses proches (parents, fratrie, voisins) constitue une expérience profondément traumatique. Bien que le corps ne soit pas directement atteint, la sphère psychique est affectée : l'enfant est confronté à l'impuissance, à l'effondrement des figures protectrices et à une insécurité radicale.
- **L'empreinte du traumatisme parental, l'enfant exposé :**
Chez de nombreux enfants, la souffrance ne résulte pas uniquement de leur propre expérience. Elle se construit aussi au contact de parents eux-mêmes marqués par un psychotraumatisme non soigné, résultant des violences politiques et des ruptures. L'enfant grandit alors dans un environnement traversé par des silences, des non-dits et une disponibilité émotionnelle parfois fragilisée : la transmission inconsciente du psychotraumatisme passe par les interactions quotidiennes et les comportements. Sans avoir vécu directement les violences, l'enfant en reçoit néanmoins l'empreinte, portant ainsi une part de la souffrance parentale, parfois sans jamais pouvoir la nommer, sauf lors d'un travail thérapeutique. L'enfant « *fait symptôme* » dans le sens où il devient caisse de résonance d'un milieu traversé par le traumatisme.

Ces modalités renvoient à des expériences distinctes, mais qui ont en commun d'altérer le sentiment de sécurité, la continuité de l'expérience et la possibilité de se développer dans un environnement contenant pour l'enfant.

Prises isolément, les manifestations cliniques ne suffisent pas à caractériser un psychotraumatisme. C'est leur persistance, leur articulation et leur inscription dans une histoire plus large, marquée par les violences et l'exil qui doivent guider l'accompagnement clinique.

Les expressions du psychotraumatisme varient toutefois selon l'âge et le niveau de développement de l'enfant. Leur compréhension suppose ainsi une lecture différenciée selon les étapes de l'enfance et de l'adolescence.

Différentes souffrances psychiques caractéristiques selon les âges de l’enfant

Les 1000 premiers jours : des souffrances visibles, bien avant les mots⁹

Chez les nourrissons et les très jeunes enfants, la souffrance psychique ne peut s’exprimer par le langage. Elle se manifeste d’abord dans le corps et la relation à l’adulte, se traduisant par une hyperexcitation motrice ou un retrait affectif (faible demande, indifférence à la séparation, rapport d’étrangeté aux parents) : ces comportements sont de véritables signes d’alerte chez le nourrisson. Un bébé inconsolable, pleurant de manière persistante, ou au contraire inhabituellement calme et peu interactif, doit retenir l’attention. L’absence d’accrochage du regard est également un indicateur clinique majeur, révélant une altération de la capacité relationnelle, essentielle chez un enfant dont le développement dépend étroitement de la qualité du lien aux figures parentales. Dans le champ de la périnatalité, ces manifestations s’inscrivent souvent dans la dynamique de la dyade mère-bébé, où peuvent se manifester des effets du traumatisme, à l’insu de la mère qui cherche pourtant à protéger son enfant. La grossesse implique un travail psychique intense, fait de remaniements identitaires et d’adaptations à un corps en mutation. Lorsqu’elle est traversée par un psychotraumatisme, la disponibilité psychique maternelle peut être altérée, fragilisant l’instauration et/ou la continuité du lien avec le nouveau-né, et exposant ce dernier à une insécurité psychique précoce.

Les « 1000 premiers jours »¹⁰, de la grossesse aux deux ans de l’enfant, constituent une période particulièrement déterminante pour son développement. C’est à ce moment que se construisent les premiers repères de sécurité et d’apaisement, à travers la régularité des soins, la disponibilité des adultes et la qualité des interactions. Lorsque l’environnement parental est marqué par la violence et le traumatisme, la disponibilité psychique du parent peut être entravée, altérant les interactions précoces et exposant



le nourrisson à une insécurité relationnelle. La souffrance de ces très jeunes enfants s’inscrit alors dans une histoire périnatale plus large, où la grossesse, la naissance et les premiers mois de vie constituent des temps décisifs du développement. L’intervention d’un tiers (co-parent, PMI, lieux d’accueil) est alors essentielle pour rompre l’isolement, soutenir les liens et prévenir l’installation durable de ces difficultés.

Pour les professionnels, prendre soin d’un nourrisson suppose alors de s’occuper de ses symptômes, mais aussi de soutenir le lien qui l’unit à ses parents. Restaurer la disponibilité psychique parentale permet de favoriser des interactions plus sécurisantes, de relancer l’engagement relationnel du bébé avec son environnement.



Préserver le lien parent/enfant dès les premiers mois

« Quand j’ai reçu Mme B. et sa fille de 3 ans, elles vivaient à la rue, et dormaient tantôt dans des églises, tantôt dans des accueils d’hôpitaux. La fillette est née en Grèce, alors que la famille vivait dans un camp de réfugiés. Prématurationnée et née sous césarienne, elle avait dû être transportée à Athènes, et Mme B. n’a pas eu de nouvelles de sa fille pendant plusieurs semaines. Du fait de cette séparation précoce et des changements répétés d’environnement, la fillette présentait des signes de retrait relationnel et de dépression lorsqu’elle est arrivée pour la première fois au Centre Primo Levi. À 3 ans, elle ne parlait pas encore et ne pouvait bénéficier de soins dans la durée, faute de stabilisation du lieu d’hébergement.

Quand la mère est tombée de nouveau enceinte et a accouché d’un petit garçon, l’équipe du Centre a craint que cette dernière ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour assurer une continuité d’existence pour son deuxième enfant, et que, prise par les reviviscences traumatiques et les enjeux de survie, elle véhicule dans le lien à son fils des moments d’absence, perçus par l’enfant comme un désinvestissement. Nous avons mobilisé de nombreuses ressources de partenaires en périnatalité (maternité, PMI, accueil mère-enfant et dispositif AMAE) afin de nous assurer d’un bon amorçage du lien entre la mère et son fils. La stabilisation en hôtel social a permis la mise en place de ces soins et éviter que cet enfant ne développe des signes précoces de troubles neuro-développementaux. La grande sœur a également bénéficié de cette dynamique, et a pu renforcer son lien avec sa mère et réduire ses troubles. »

⁹ Cet axe a été enrichi avec le propos de Claire Mestre, en complément de celui des cliniciens du Centre Primo Levi.
¹⁰ Les « 1 000 premiers jours » correspondent à la période allant de la grossesse aux deux ans révolus de l’enfant. Identifiée comme une période sensible pour le développement et la santé, elle fait l’objet d’une politique publique nationale visant à renforcer la prévention, le soutien à la parentalité et l’accompagnement des jeunes enfants et de leurs parents. Cette notion ne signifie pas que tout se joue durant cette période, mais qu’elle constitue un temps fondateur dans la construction des premières relations et des premiers repères de sécurité.

De 3 à 6 ans : quand le jeu, le langage et la séparation deviennent des signaux d’alerte

Entre 3 et 6 ans, l’enfant commence à explorer le monde au-delà de sa famille. Par les jeux, le langage, l’imaginaire et les histoires qu’il s’invente, il met progressivement en forme ce qu’il ressent et ce qu’il comprend petit à petit de son environnement.

L’entrée à l’école maternelle représente à cet âge une étape majeure : **si l’enfant n’a pas fréquenté de crèche ou de structure collective avant trois ans, elle le confronte à la séparation avec ses parents pour la première fois**, à la rencontre avec de nouveaux adultes dans un cadre nouveau et parfois impressionnant, notamment si l’enfant ne connaît pas la langue. C’est ainsi qu’à la maternelle, des difficultés jusque-là contenues dans le cadre familial deviennent parfois visibles pour les institutions publiques.

Chez certains enfants accompagnés par le Centre Primo Levi, les professionnels observent à cette période des angoisses liées à la séparation et à des problématiques d’attachement, parfois illustrées par un mutisme ou, au contraire, une agitation inhabituelle, ainsi que des comportements régressifs. Cette période peut aussi être marquée par un retour de l’énurésie. Le jeu est par ailleurs souvent inexistant ou très répétitif, parce que l’enfant n’est pas en capacité d’élaborer des imaginaires adaptés. Des difficultés de langage ou d’entrée en relation avec d’autres personnes, enfants ou adultes, peuvent également survenir.

Quand le symptôme ne dit pas toute l’histoire

Née en France, Salka a grandi dans un contexte fortement marqué par les traumatismes transmis par sa mère. Celle-ci a dû fuir la Mauritanie en raison des activités politiques de son conjoint, laissant derrière elle ses trois premières filles. Cette séparation, survenue alors qu’elle était enceinte et en grande détresse psychique, a nécessité un accompagnement périnatal spécialisé. Pendant les premiers mois de sa vie, la seule possibilité d’interaction de Salka a été avec le portable de sa mère, qui, dans l’incapacité d’investir la parole avec sa fille, lui transmettait des musiques de son pays natal.

Avant le premier anniversaire de Salka, la dyade intègre un foyer maternel, où elle est accompagnée jusqu’aux trois ans de l’enfant. À ce foyer s’est ajouté un soutien médico-social, qui a permis à la mère, progressivement, d’investir la relation avec sa fille. Au cours du suivi, les professionnels ont observé chez Salka un retard de langage et un développement moteur légèrement ralenti, rapidement interprétés comme des signes de défaillances parentales par des professionnels de l’enfance. Cette lecture a conduit à un signalement et à un risque de placement, renforcé par la précarité administrative de sa mère.

L’accompagnement mené au Centre Primo Levi a permis de replacer ces difficultés dans leur contexte. Le retard de langage pouvait être lié à un environnement plurilingue devenu conflictuel pour l’enfant, la mère s’adressant à sa fille dans deux langues de son pays d’origine, tandis que le français était surtout utilisé à l’extérieur de la maison dans un contexte adverse. Il pouvait également être favorisé par un usage important du téléphone portable : dans un contexte de détresse psychique, lorsque sa mère n’était pas en mesure d’être pleinement disponible dans la relation, Salka regardait régulièrement des dessins animés, parfois plusieurs heures par jour. Les observations concernant le développement moteur ont, quant à elles, été mises en perspective avec des antécédents familiaux rapportés par la mère.



De 6 à 12 ans : quand apprendre et trouver sa place deviennent difficiles

De 6 à 12 ans, à l’école, ces enfants ont souvent des difficultés à apprendre, à se concentrer ou à trouver leur place parmi les autres et nouer des amitiés. Les cauchemars (retours de scènes de violence en général), l’hypervigilance ou les ruminations liées aux traumatismes et à la précarité de leur situation en France peuvent envahir leur quotidien, mobilisant une part importante de leur attention, au détriment de celle attendue dans le cadre scolaire. Cette charge psychique engendre une fatigue profonde et une indisponibilité mentale, laissant peu d’espace pour penser et amenant à de fortes difficultés d’apprentissage.

Les professionnels de l’école peuvent avoir face à eux des enfants agités, colériques, dont les comportements débordent du cadre scolaire. À l’inverse, certains enfants s’effacent, parlent peu, ne demandent rien. Leur souffrance, plus silencieuse, permet moins facilement de repérer la nécessité de soins psychiques. Les manifestations des traumatismes passent également par le corps : infections, développement de strabisme, de bégaiement ... Autant de signes de tensions internes qui ne trouvent pas d’espace d’élaboration et se font alors symptômes corporels.

À cet âge, le désir d’être « comme les autres » devient particulièrement prégnant. Or, la vie « en suspens » dans un hébergement précaire ou l’impossibilité de partager les mêmes expériences que leurs camarades peuvent accentuer un sentiment de décalage, voire de honte.

Dans ce contexte, **certains enfants développent des formes de parentification**. L’installation dans un nouvel environnement linguistique et social fragilise les repères familiaux : la langue maternelle cède souvent la place au français, que l’enfant maîtrise plus rapidement que ses parents, tandis que ces derniers peuvent voir leur rôle d’autorité et de référence s’éroder. **L’enfant est alors amené à prendre en charge des fonctions qui ne relèvent pas de son âge (traduire, accompagner les démarches administratives, juridiques, médicales) et à se confronter à des réalités d’adultes.** « Ils essaient de préserver les parents, de ne pas trop les inquiéter. Ils sont tout le temps attentifs à ce qui va leur arriver », rapporte l’un des cliniciens. Cette inversion des rôles fragilise leur position d’enfant et peut renforcer les difficultés rencontrées dans les apprentissages.

Quand l’enfant porte ce qui appartient aux adultes

À l’accueil du Centre Primo Levi – « *Lors de son premier rendez-vous, Monsieur E. s’est présenté accompagné de son fils, Baran, âgé de neuf ans. À leur arrivée, Baran a été le premier à parler, et à m’annoncer que son père avait rendez-vous. Tandis que je les invitais à patienter, il est resté attentif à ce qui se passait dans la salle d’attente, observant les autres personnes présentes et semblant guetter le moment où son père serait appelé.*

Lorsque je suis revenue avec un interprète pour recevoir Monsieur E., son fils s’est immédiatement levé pour les suivre. Au moment où je lui ai indiqué que je recevrais son père seul, avec l’interprète, il a marqué un temps d’hésitation, avant de se rasseoir. Je lui ai proposé de choisir un livre pour patienter durant l’entretien. Le père s’est alors adressé à lui en farsi. Baran a traduit qu’il était là pour faire l’interprète, son père ne parlant pas français. Il a ajouté qu’il était habitué, et que c’était plus simple pour son père, qui n’aurait pas à répéter son histoire à un nouvel inconnu. Monsieur E. a précisé que son fils avait manqué l’école pour être présent ce jour-là.

Je suis revenue sur l’organisation du rendez-vous, en lui expliquant pourquoi le mieux était qu’un interprète s’en charge. Baran est resté à proximité, occupé à feuilleter son livre. »

Enfin, l’apparente capacité d’adaptation de certains enfants peut entretenir le **mythe d’une « suradaptation »**. Un enfant qui apprend rapidement le français, qui se montre autonome ou particulièrement débrouillard, n’est pas nécessairement un enfant qui va bien. Ces ajustements peuvent relever d’adaptations de surface, sous l’effet de pressions multiples (attentes parentales, exigences scolaires, nécessité de s’intégrer rapidement) et masquer des blocages psychiques. Les professionnels du Centre Primo Levi observent parfois un arrêt de croissance chez certains enfants. Ces deux manifestations inverses sont les facettes d’un même problème : les enfants vivent des formes de « gel » interne, l’imaginaire du jeu et de l’espoir n’a plus sa place, avec des traumatismes qui se sont enkystés et n’ont pas été pris en charge. Ces éléments ne doivent pas occulter l’incertitude quant à l’évolution des blessures précoces, susceptibles de réapparaître plus tard, notamment à l’adolescence, lorsque se rejouent les enjeux d’identité, d’histoire personnelle et d’appartenance.

De 12 à 18 ans : une crise d’adolescence parfois exacerbée

L’adolescence est un âge marqué par la métamorphose. Le corps se transforme, les repères de l’enfance évoluent, et les jeunes cherchent souvent à se construire une identité propre, parfois en opposition avec leur entourage. Ce passage peut être éprouvant pour tous les adolescents. La majorité des adolescents reçus au Centre Primo Levi ont subi ou ont été témoins de violences (viols, proximité avec la mort, agressions physiques sur leurs proches). Les effets du psychotraumatisme laissent peu d’espace pour l’élaboration des remaniements psychiques propres à cette période.

À cette recherche de soi s’ajoute en effet une question identitaire redoublée : comment se construire entre une histoire familiale marquée par la violence et les ruptures, l’inscription dans une double culture, une langue parlée à la maison et une autre au-dehors ? Vers 11 ou 12 ans, certains jeunes prennent pour la première fois du recul sur leur propre histoire, et ré-interrogent le récit familial. Si ce sursaut peut être une ressource, il peut aussi devenir une charge, notamment lorsqu’il s’accompagne du sentiment de devoir porter, comprendre ou réparer ce que la famille a traversé, dans un contexte où sécarter des équilibres et des codes familiaux peut s’avérer particulièrement difficile.

Loin de disparaître, les souffrances de l’enfance s’expriment différemment. Les troubles du sommeil, l’hypervigilance, les reviviscences peuvent persister, désormais mêlés aux bouleversements ordinaires de l’adolescence. Certains jeunes se replient, décrochent scolairement et/ou s’isolent. D’autres expriment leur souffrance par la colère, ou la rupture de liens avec les adultes. Les conditions de vie, précaires notamment lorsqu’elles impliquent une promiscuité importante entre adultes et enfants, viennent compliquer encore ces processus : le manque d’intimité rend difficile l’accès à un espace de retrait, de secret et d’appropriation de son corps, pourtant essentiel à cet âge. Dans certaines situations, les inquiétudes liées à la situation familiale pèsent d’autant plus lourd que l’adolescent en mesure désormais pleinement les enjeux.

Les mineurs non accompagnés (MNA) se trouvent ici dans une situation particulière, aujourd’hui largement documentée. Le Centre Primo Levi observe chez eux ce que décrivent les autres acteurs de terrain : des parcours marqués par des violences répétées et à différents niveaux, un isolement important, l’absence de figures parentales, la précarité aggravée par l’incertitude sur leur statut, et des troubles psychiques fréquents trop rarement pris en charge.



À l’adolescence, le besoin d’un espace à soi

À 15 ans, Alba vivait avec sa mère et ses deux petits frères dans une chambre d’hôtel social. Les lits occupaient presque tout l’espace ; un rideau avait été accroché pour tenter de délimiter les couchages, sans pour autant préserver une réelle intimité. Dès les premières consultations, Alba s’exprimait avec retenue.

Progressivement, elle a abordé des éléments plus personnels. Elle a expliqué qu’elle ne supportait plus de se changer dans la chambre, même lorsque sa mère lui tournait le dos. Elle attendait que ses frères soient endormis, ou elle se levait très tôt pour s’habiller. Au collège, les cours de sport et leurs vestiaires étaient

devenus une source d’angoisse ; elle disait les éviter en invoquant des douleurs. « *Les autres regardent* », a-t-elle simplement confié, sans en dire davantage.

À l’hôtel, Alba ne disposait d’aucun espace où s’isoler. La nuit, elle partageait le même lit que son plus jeune frère. Son sommeil était entrecoupé de réveils fréquents, dont elle ne parvenait pas toujours à identifier la cause. Par moments, elle décrivait une sensation d’inconfort vis-à-vis de son propre corps, « *comme s’il prenait trop de place* ».

Au fil des séances, quelques fragments de son histoire ont émergé. Alba a laissé entendre qu’elle

avait été exposée à des scènes de violence avant son arrivée en France, sans souhaiter s’y attarder. Son discours revenait surtout sur les difficultés du présent : le regard des autres au collège, l’impression de ne pas être « *comme les autres filles* », le sentiment d’être à la fois « *en retard et en avance* ».

La consultation est, petit à petit, devenue un espace où ces expériences pouvaient être évoquées. Dans un cadre offrant les conditions d’une intimité jusque-là absente de son quotidien, Alba a pu parler des transformations de son corps, de ce qui la mettait en difficulté et de ce qui demeurait encore difficile à formuler.

La famille : porter la tristesse, les inquiétudes, mais aussi l’espoir des parents

Au sein de la famille, les enfants grandissent dans un environnement marqué à la fois par le poids du traumatisme et par l’espoir de vivre en paix. Les parents reçus au Centre Primo Levi portent presque toujours l’attente d’une vie plus stable, d’un apaisement et d’une scolarité protectrice pour leurs enfants. Cet espoir coexiste toutefois avec des traumatismes souvent non soignés, qui se répercutent malgré eux sur la vie familiale.

Cette transmission est en grande partie silencieuse car elle est essentiellement inconsciente. Soucieux de protéger leurs enfants, les parents évoquent rarement les violences vécues ou leur histoire. Beaucoup d’entre eux ne trouvent ni les mots ni les formules pour dire les scènes auxquelles ils ont été confrontés, ou expliquer les raisons d’un exil qui était une question de vie ou de mort. **La transmission du traumatisme passe par des zones de silence.** Les parents ont peu de recours pour protéger leurs enfants, ne parlent pas de la violence devant eux et ne pleurent pas, espérant les préserver. « *Voir l’enfant “épargné” les rassure sur leur rôle de « bons parents », tout en créant une distance : l’enfant perçoit la fragilité parentale dans le silence, sans mot* », souligne une psychologue. Ce silence, qui permet aux parents de tenir, n’efface pas la souffrance : il en déplace l’expression et en laisse percevoir le poids.

Lorsque les parents sont submergés par leur propre psychotraumatisme, isolés ou confrontés à une grande précarité, ils sont, de fait, moins disponibles pour leur enfant. Il ne s’agit pas d’une défaillance, mais d’une souffrance qui déborde et vient altérer les liens et les fonctions parentales. La culpabilité liée aux conditions de vie peut conduire à des formes de surprotection ou à un relâchement du cadre édu-

catif, les parents n’osant plus s’imposer face à des enfants qu’ils estiment avoir déjà trop subi.

À cela s’ajoute la méconnaissance du système de soins français, qui peut retarder le recours à une aide extérieure. Certains parents hésitent à évoquer les difficultés de leur enfant, par crainte d’un signalement ou d’un placement, ce qui peut nourrir des incompréhensions avec les institutions et retarder l’accès au soin. L’un des rôles du Centre Primo Levi est précisément d’accompagner ces familles dans leur relation aux dispositifs de droit commun, notamment lorsqu’elles sont en lien avec la protection de l’enfance.

La précarité matérielle et administrative agit enfin comme un facteur de désorganisation durable. L’absence de logement stable, l’instabilité des conditions de vie et la fatigue qu’elles génèrent fragilisent les repères familiaux et affectent la santé mentale des enfants, comme des parents. À l’inverse, les cliniciens observent une amélioration nette lorsque des conditions de stabilité (logement, ressources, cadre de vie, obtention d’un titre de séjour ou d’un statut) sont réunies, soulignant l’importance d’une prise en charge holistique et globale de la famille.

Certains changements peuvent toutefois produire des effets paradoxaux. L’accès à un environnement plus sécurisant peut faire émerger, après une longue période de tension, des symptômes jusque-là contenus. De même, tout changement non préparé (déménagement, modification des conditions d’hébergement ou d’école) déstabilise et insécurise profondément l’enfant, en le coupant de repères déjà fragiles : son monde n’offre aucune continuité, ce dont un enfant a le plus besoin.

Dans ce contexte, prendre en charge l’enfant sans considérer son environnement familial apparaît insuffisant.

L’accompagnement doit pouvoir inclure les parents, afin de restaurer des espaces de parole et de soutenir les fonctions parentales.

Les situations de guerre, de violences politiques, et in fine d’exil, auxquelles ont été exposés ces enfants sont sources de souffrance psychique parfois intense. Ils ne sont pourtant pas condamnés à rester prisonniers de leurs symptômes. Lorsqu’ils trouvent un lieu de soins stable, un accompagnement ajusté à leurs besoins et une amélioration concrète de leurs conditions de vie, leur développement peut reprendre, leurs liens se réorganiser et de nouvelles possibilités s’ouvrir.

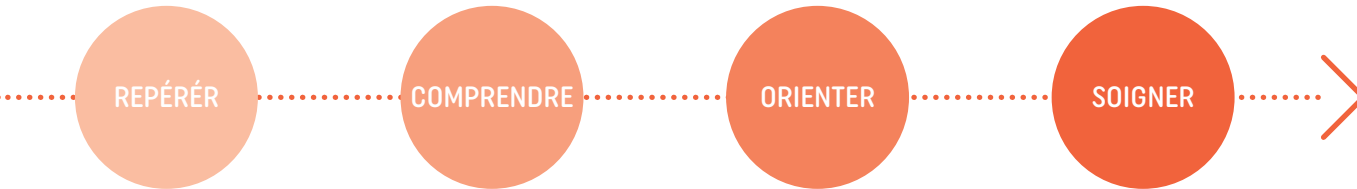
Mais encore faut-il qu’ils soient repérés, orientés vers des professionnels et effectivement soignés dans des délais raisonnables. Or, les professionnels du Centre Primo Levi constatent que ces souffrances restent encore trop souvent incomprises ou parfois sans réponse adaptée au sein des dispositifs de droit commun.

Des enfants qui passent sous les radars de la puissance publique

La souffrance de ces enfants peut être repérée, comprise, orientée vers un soin adapté dans un délai raisonnable. En France, les mineurs et leur famille dépendent d’un ensemble d’institutions publiques : l’école et ses acteurs, dont la médecine scolaire, le secteur social, la protection maternelle et infantile, les structures de soins... Et lorsque la famille fait défaut, le système de protection de l’enfance doit prendre le relais, pour aussi soutenir la parentalité.

Cette partie suit ce parcours et montre comment, malgré l’existence de nombreux dispositifs, les difficultés, les défauts de coordination et les angles morts du secteur public peuvent laisser ces enfants sans repérage, sans orientation adaptée et sans réponse à la hauteur de leurs besoins.

Les structures de droit commun : repérer, comprendre, orienter, soigner



En théorie, le maillage des institutions de droit commun permet d’identifier les vulnérabilités spécifiques des enfants et de les orienter vers des structures de soin. Mais il repose néanmoins sur un angle mort majeur : il n’a pas été conçu pour accueillir et comprendre des enfants confrontés au psychotraumatisme. À cette inadaptation s’ajoutent une saturation généralisée des dispositifs, un manque de formation des professionnels au psychotraumatisme et un défaut

de coordination entre les acteurs. Les signaux précoces sont difficilement interprétés, les diagnostics tardifs ou partiels, les parcours fragmentés, mettent à mal la nécessaire continuité entre repérage, diagnostic et prise en charge. Les enfants et leur familles se retrouvent ainsi seuls face à des troubles qui s’installent, risquant des atteintes durables à leur développement.

L'école : le dénominateur commun de l'enfance

Un premier lieu d'accueil inconditionnel

L'école occupe une place singulière dans le parcours des enfants. Obligatoire en France dès l'âge de trois ans et jusqu'à 16 ans, elle est le véritable espace commun de l'enfance : un lieu où se rencontrent des trajectoires très diverses, mais dans un cadre partagé et stable. Elle accueille les enfants sans condition et leur permet de retrouver une place parmi les autres, dans un quotidien structuré par des repères temporels, relationnels et institutionnels. En cela, elle ne constitue pas seulement un lieu d'apprentissage, mais aussi un espace d'inscription dans la vie collective.

Pour des enfants dont les parcours ont été marqués par des ruptures et des fragilités, l'école joue une fonction essentielle de continuité. Elle introduit une régularité, des adultes de référence, un cadre lisible et des règles communes, qui viennent contrebalancer des environnements de vie parfois instables ou morcelés, tout en offrant un tiers à la relation parent-enfant. **Elle représente alors bien plus qu'une institution parmi d'autres : elle devient un lieu qui tient, un espace où l'enfant peut être attendu, reconnu et accompagné dans une forme de normalité retrouvée.**

L'école participe également à la construction du lien social. Elle permet l'apprentissage des codes communs, la rencontre avec d'autres enfants, l'ouverture à la diversité et l'expérience d'un collectif. Elle peut aussi répondre à des besoins très concrets, comme lorsque la cantine assure un repas régulier, ce qui en fait parfois un appui essentiel dans le quotidien familial.

Dans le contexte de ce rapport, elle doit aussi être comprise comme une institution de première ligne. Elle est souvent le dernier cadre stable qui subsiste, celui qui permet encore de repérer une difficulté, d'observer une rupture dans les apprentissages, dans le comportement ou dans la relation aux autres. Parce qu'elle est au plus près de la vie quotidienne des enfants, elle se trouve en position d'intégrer, de soutenir et parfois de compenser ce que d'autres institutions ne parviennent plus à assurer. À ce titre, l'école, malgré ses difficultés, constitue le dernier rempart de l'intégration.

PROPOSITIONS

Rendre obligatoire, dans la formation initiale de tous les enseignants, un module de sensibilisation au psychotraumatisme de l'enfant, incluant la présentation des symptômes du TSPT, des impacts des violences (politiques, liées à la guerre ou aux persécutions) sur le développement et les apprentissages, et des premières postures de repérage et d'orientation.

Inscrire, dans la formation initiale obligatoire de tous les enseignants, un module consacré à la prise en charge des élèves allophones nouvellement arrivés, portant sur les modalités d'accueil et d'évaluation, les dispositifs d'enseignement du français langue de scolarisation, ainsi que sur les dimensions psychosociales liées aux trajectoires de vie, aux conditions d'installation en France et aux expériences de violence.

Prévoir, dans le cursus de formation initiale de tous les enseignants, un enseignement obligatoire consacré aux enfants grandissant dans un contexte parental marqué par des fragilités psychiques et des traumatismes non élaborés, afin de repérer les signes de souffrance indirecte et d'adapter les postures éducatives et pédagogiques.

Zoom sur les classes UPE2A

Les classes UPE2A, cadres spécialisés d'intégration scolaire

Pour les enfants arrivés récemment sur le territoire français et ne maîtrisant pas encore la langue, l'Éducation Nationale a mis en place les Unités Pédagogiques pour Élèves Allophones Arrivants (UPE2A), accessibles à partir de six ans. Si la classe UPE2A s'adresse aux enfants déjà scolarisés par le passé, la variante UPE2A-NSA concerne les enfants n'ayant pas été scolarisés antérieurement, avec une durée d'accompagnement généralement portée à deux ans. Ces dispositifs permettent un accompagnement renforcé en français langue seconde ¹² et une intégration progressive dans les classes ordinaires correspondant à l'âge de l'élève, dans une logique d'expérience scolaire partagée. Ce sont des espaces privilégiés pour repérer les enfants marqués par un potentiel psychotraumatisme lié aux violences politiques.



Les limites d'accès et les impensés du dispositif UPE2A

Malgré ses atouts, le dispositif UPE2A laisse de côté une partie des enfants.

En 2023-2024, sur 88 500 élèves allophones nouvellement arrivés, 68% ont accédé à une UPE2A ; 20% ont suivi un cursus en classe ordinaire avec des cours de français langue seconde, et 10% n'ont bénéficié d'aucun suivi spécifique ¹³. Par ailleurs, aucun dispositif UPE2A n'existe avant l'âge de six ans. Les professeurs de maternelle généraliste accueillent donc ces enfants sans formation, et doivent improviser leur intégration alors même que, comme évoqué précédemment, c'est l'âge où le repérage des souffrances infantiles serait pourtant le plus décisif.

Le rôle pivot mais fragile de l'enseignant référent UPE2A

L'enseignant d'UPE2A est souvent perçu par les élèves comme une figure de référence, essentielle non seulement à leur apprentissage linguistique et scolaire, mais aussi à la

construction d'une relation de confiance dans un nouvel environnement. La salle de classe devient ainsi parfois un véritable « cocon » que certains enfants peinent à quitter ¹³. Le référent endosse souvent un rôle bien plus large que celui prévu par les textes officiels : très régulièrement, sur initiative personnelle, il mobilise les travailleurs sociaux de façon informelle, et tisse un lien étroit avec des parents souvent intimidés par l'institution scolaire française.

Ce rôle de pivot repose ainsi principalement sur une personne, plus rarement sur une équipe ou une institution, fragilisant son rôle et la continuité ¹⁴.

PROPOSITION SUR LES CLASSES UPE2A

Former les référents UPE2A au repérage des symptômes spécifiques du psychotraumatisme de l'enfant, incluant la présentation des symptômes du TSPT et des impacts des violences (politiques, liées à la guerre ou aux persécutions).

¹¹ « 88 500 élèves allophones nouvellement arrivés scolarisés en 2023-2024 : neuf sur dix bénéficient d'un enseignement en français langue seconde », Note d'Information n° 25-42, DEPP, op. cit

¹² Centre Primo Levi, « Classe UPE2A : quelles fonctions de l'école pour les enfants exilés ? ». Ces moyennes masquent de fortes disparités territoriales : si l'Île-de-France atteint un taux d'accès de près de 78%, de nombreux départements demeurent sous la barre des 50%, accentuant le recours à l'immersion directe sans soutien linguistique.

¹³ Ilaria Pirone, « Le travail d'inclusion en UPE2A : l'exil dans la langue, un point d'appui pour la rencontre avec l'autre », La nouvelle revue – Éducation et société inclusives, 91(5), 2021

¹⁴ Ilaria Pirone souligne le contraste avec une équipe de soin : là où, dans un CMPP, un enfant est reçu par un pédopsychiatre, un psychologue et un travailleur social, le référent UPE2A, lui, « ferme la porte de sa classe et se retrouve vraiment tout seul ». Cette fragilité a une conséquence directe : quand ce pivot humain manque ou s'en va, tout s'effrite. « Ça tient à une personne, et puis quand la personne part, ça ne fonctionne plus. » — Ilaria Pirone, psychologue, psychanalyste, spécialiste des sciences de l'éducation.



Le repérage des troubles à l'école : des acteurs essentiels mais en sous-effectif et insuffisamment formés

L'école est le premier lieu où peuvent être repérés les symptômes du psychotraumatisme de l'enfant, avant que ceux-ci ne s'aggravent. Plusieurs acteurs s'y croisent. Les enfants bénéficient d'un bilan de santé entre 3 et 4 ans, réalisé à l'école maternelle par les services de protection maternelle et infantile (PMI), puis d'une visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans, assurée par la médecine de l'Éducation nationale. Ces temps de prévention peuvent être complétés par les consultations des médecins et infirmiers scolaires lorsqu'une difficulté est signalée par les équipes éducatives ou les familles. Les psychologues de l'Éducation Nationale (« PsyEn ») sont répartis en deux spécialités : l'une exerce dans les écoles maternelles et primaires, et l'autre dans les collèges et lycées (aujourd'hui nommés psychologues-conseillers d'orientation et anciennement connus sous le nom de COP, conseiller d'orientation-psychologue).

Cette chaîne de repérage est aujourd'hui fragilisée par un sous-effectif structurel. Au 30 novembre 2024, l'Éducation nationale comptait environ 675 médecins scolaires¹⁵, 7 800

infirmiers et 7 470 psychologues de l'Éducation nationale (3 070 pour le premier degré, 4 400 pour le second¹⁶) pour 12,6 millions d'élèves. Cela représente environ un médecin pour 18 600 élèves, un infirmier pour 1 600 élèves et un psychologue pour 1 700 élèves. Dans ces conditions, les capacités de repérage précoce et d'accompagnement sont fortement contraintes, alors même que les besoins sont en augmentation.

À cette pénurie s'ajoute une difficulté de fond : les symptômes du psychotraumatisme sont parfois difficiles à repérer, ou rendus invisibles par l'apparente adaptation de l'enfant. Les équipes peinent à distinguer ce qui relève du traumatisme ou d'un trouble du développement plus commun, comme en témoignent nos échanges avec des équipes d'assistantes sociales et de médecine scolaire d'arrondissements de Paris. Les équipes indiquent une attention spécifique apportée aux enfants des classes UPE2A ou dont un parent est né à l'étranger en raison d'un potentiel parcours de ruptures, mais reconnaissent leur difficulté à repérer le psychotraumatisme. Selon ces professionnels, les parents ayant fait face à des violences politiques et de guerre, enfin en sécurité, ne souhaiteraient pas toujours en parler.

15 Ministère de l'Éducation nationale – DEPP, Panorama statistique des personnels de l'enseignement scolaire 2024-2025, données au 30 novembre 2024
16 Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche – Les psychologues de l'éducation nationale de la spécialité éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle, 2024.

L'accompagnement reste par ailleurs fragmenté entre des acteurs en sous-effectif qui n'ont pas toujours les moyens de se coordonner, ce qui entraîne des pertes d'information. Enfin, les professionnels n'ont pas toujours connaissance des critères de ciblage des institutions spécialisées et hésitent à y orienter les personnes accompagnées.

PROPOSITIONS

Intégrer, en formation initiale et continue obligatoire, un module dédié au repérage des troubles psychotraumatiques de l'enfant liés aux violences politiques, aux persécutions et/ou à la guerre, dans les cursus des médecins scolaires, infirmiers scolaires, psychologues de l'Éducation nationale, travailleurs sociaux de l'ASE et éducateurs.

Le Centre Primo Levi souscrit aux recommandations n° 46 et n° 48 du rapport d'information n° 1700 de l'Assemblée Nationale (2025) sur la santé mentale des mineurs :

- N° 46 : Prévoir une trajectoire de recrutement des médecins scolaires, des infirmiers scolaires et des psychologues de l'Éducation nationale.
- N° 48 : Engager une concertation sur le rattachement des médecins scolaires, infirmiers scolaires et psychologues de l'Éducation nationale au Ministère de la Santé.

Le Centre Primo Levi souscrit à la recommandation n° 76 du rapport n° 1200 (2025) sur les manquements de la protection de l'enfance : Dans l'objectif de renforcer l'accompagnement à l'école des enfants relevant de la protection de l'enfance et le repérage des situations de danger, revaloriser et repenser le modèle de la santé scolaire et garantir davantage la présence d'assistants sociaux et du personnel médical et paramédical dans les établissements du premier et du second degré.

Il recommande d'étendre ce modèle renforcé de santé scolaire aux enfants allophones récemment arrivés en France, en particulier à ceux susceptibles de présenter des TSPT liés à des violences politiques, des persécutions et/ou à la guerre, afin d'en faire des publics prioritaires du repérage et de l'accompagnement en milieu scolaire.

17 DREES, Activités et personnels des services de PMI fin 2023.
18 Cour des Comptes, La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser. Mars 2023.

Les structures de santé de droit commun : entre prévention, adressage et barrières

Pour repérer, diagnostiquer et soigner les troubles psychiques de l'enfant, de nombreuses structures de soins interviennent, au-delà de la médecine scolaire, dès la petite enfance et tout au long de son développement. Sur le terrain, les services sont saturés, peu adaptés au psycho-traumatisme, rendant les parcours de soins trop souvent discontinus.

Des mille premiers jours aux 6 ans : un repérage précoce fragile

De la naissance aux six ans, les dispositifs du droit commun fonctionnent pour les pathologies courantes, mais l'enfant entre très souvent dans un de ces dispositifs sans qu'un nom clair ait été posé sur sa souffrance.

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), services départementaux, suivent les parents dès la grossesse et les enfants jusqu'à six ans. Mais le nombre de médecins y a chuté d'environ un tiers en dix ans (ne représentent plus que 13% des équipes¹⁷), les infirmières puéricultrices assurant désormais l'essentiel du repérage et de l'accompagnement précoce. La Cour des Comptes alertait déjà en 2023 sur une crise structurelle des PMI¹⁸, contraintes de se recentrer sur les urgences. L'absence de pédopsychiatres empêche également trop souvent de nommer le traumatisme suspecté chez l'enfant.

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), maillon dédié au handicap précoce, ne peuvent compenser ce manque. Centrés sur le diagnostic de handicaps, ils comportent un risque d'invisibilisation des psychotraumatismes. Sans grille adaptée au traumatisme, l'hypervigilance peut par exemple y être classée comme un trouble du spectre autistique, et le retrait comme un seul retard de développement. Distinguer les tableaux cliniques suppose un regard spécifique et formé aux enjeux du psychotraumatisme.

PROPOSITIONS

Le Centre Primo Levi souscrit à la recommandation n° 22 du rapport n° 1200 de l'Assemblée Nationale (2025) sur les manquements de la protection de l'enfance :

- Renforcer les moyens de la prévention précoce à travers un soutien accru aux politiques d'accompagnement à la parentalité ;
- Mettre en place un plan d'accompagnement à la périnatalité et à la petite enfance 2026-2030 dans l'Hexagone ainsi que dans les territoires ultramarins ;
- Accroître les moyens de la PMI pour soutenir les actions de soutien à la parentalité, notamment envers les publics les plus vulnérables ; soutenir le programme de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents (PANJO).

Le Centre Primo Levi propose de compléter ces orientations en appuyant la mise en place, dans les services de PMI et les centres dédiés à la petite enfance, d'activités et de séances collectives régulières destinées aux familles durant les 1000 premiers jours de vie de l'enfant ¹⁹.

Après 6 ans : saturation et rupture de continuité

Après 6 ans, le suivi PMI cesse et deux structures deviennent les interlocutrices privilégiées de l'école et du social : les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et les Centres Médico-Psychologiques (CMP), dont les capacités d'accueil sont aujourd'hui saturées.

Les CMPP, dont la mission est le dépistage, le diagnostic, l'orientation et le traitement des difficultés psychologiques, accompagnent essentiellement les enfants de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou du comportement. En 2022, 158 600 enfants y étaient suivis dans les 475 centres, soit en moyenne 330 enfants par centre ; plus d'un tiers des orientations proviennent de l'école. Les CMP, sectorisés par lieu d'habitation, accueillent quant à eux quelque 400 enfants par centre en moyenne ²⁰.

Le délai d'attente pour le premier rendez-vous en CMPP est de six mois (soit le double par rapport à 2010), et de six à douze mois en CMP. Or ce premier rendez-vous ne débouche pas nécessairement sur un suivi : il faut souvent attendre six à dix-huit mois supplémentaires avant une

prise en charge effective. Des délais aggravés par la crise de la pédopsychiatrie : entre 2010 et 2022, le nombre de pédopsychiatres a chuté d'environ 3 100 à 2 000 en France, soit une baisse de l'ordre de 34% ²¹. Les territoires ne sont en outre pas tous égaux devant la prise en charge : environ 15% de la population vit à plus d'une heure d'un CMPP ²². Huit départements en France ne disposent d'aucun lit de pédopsychiatrie, et il n'est pas rare qu'un centre dispose d'un seul pédopsychiatre.

Ces obstacles structurels se doublent d'une inadaptation à la prise en charge du psychotraumatisme et du TSPT. Certains professionnels et partenaires rencontrés par le Centre Primo Levi ces dernières années constatent que, faute de temps, de moyens et de formation, certains CMPP parisiens par exemple refusent désormais les enfants qui font des crises d'attachement ou d'hypervigilance sans présenter de trouble de l'apprentissage « visible ». À Paris encore, plusieurs CMPP ont supprimé leur liste d'attente, laissant les professionnels sans réponse à apporter aux familles. À l'échelle nationale, d'autres centres acceptent uniquement les enfants en sortie d'hôpital (or les patients mineurs ne sont presque jamais hospitalisés). De plus, lorsqu'un enfant est pris en charge, les professionnels se concentrent trop souvent sur ses troubles de façon isolée, sans égard à la situation plus large de sa famille. **Pourtant, si l'enfant fait symptôme, c'est que toute une famille est impactée.** Il arrive même que l'enfant soit médicalement pour traiter le symptôme de façon exclusive, pérennisant ainsi des pathologies qui n'ont pas été diagnostiquées.

Le rétrécissement de l'offre se mesure également en dehors des CMP et CMPP. Les travailleurs sociaux orientaient autrefois un certain nombre d'enfants vers des structures associatives de psychothérapie aujourd'hui saturées.

PROPOSITIONS

Mettre en oeuvre un plan de soutien aux services de pédopsychiatrie tout en renforçant l'attractivité du secteur.

Renforcer les moyens financiers et humains des CMP et CMPP, notamment par un plan de renforcement des équipes, afin de réduire les délais de prise en charge des enfants et de permettre à ces structures de consacrer davantage de ressources au soin et à l'accompagnement, au-delà des seules missions de diagnostic et d'évaluation.

Favoriser l'existence de certains CMP et CMPP déssectorisés afin de réduire les temps d'attente et les ruptures de soin.

¹⁹ Ces temps collectifs (ateliers parents-bébé, groupes de parole, activités d'éveil partagées, espaces de rencontre entre familles) auraient pour objectif de soutenir le lien parent-enfant, de réduire l'isolement et de favoriser la création de communautés de soutien, en particulier pour les familles en situation de précarité, ayant vécu des violences ou de vulnérabilité psychosociale.
²⁰ DREES - Les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques ont accompagné 232 000 enfants en 2022. Mars 2025.
²¹ Cour des Comptes, La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser. (puis pas en italique) op. cit.
²² DREES, Données relatives à l'aide sociale à l'enfance, 2024

Des failles systémiques communes à tous les dispositifs

Au-delà des spécificités de chaque structure, plusieurs failles traversent l'ensemble des dispositifs et empêchent toute continuité de suivi pour les enfants en souffrance psychique.

→ Le manque de coordination

Entre les acteurs du repérage, puis entre les structures de soins, les dossiers des patients se perdent et les informations disparaissent au moment de l'orientation. La coordination fait défaut. L'enfant doit dès lors réaliser de nouveau les mêmes bilans, répéter la même histoire, attendre de nouveaux mois, alors même que lui et sa famille ne disposent pas toujours d'une adresse permanente. Or les structures sectorisées comme les CMP imposent par exemple une réinscription à chaque déménagement. **Des collègues du Comede soulignent que les patients arrivent presque toujours « sans courrier médical d'adressage » : tout est alors à reprendre à zéro.**

PROPOSITIONS

Développer une « culture du lien » institutionnalisée entre acteurs de l'école, de la médecine scolaire et de la santé, en s'appuyant sur le modèle des conseils locaux de santé mentale (CLSM) élargis ²³.

Créer au niveau du rectorat d'académie des groupes d'échanges, d'information et d'élaboration sur les traumatismes de l'enfant entre les professionnels du milieu scolaire et de la santé.

→ L'interprétariat

L'absence d'interprète lors des consultations constitue, au-delà de la saturation, un point noir majeur de l'accès aux soins des personnes allophones : sans communication possible, le soin risque de s'arrêter net, les symptômes être minimisés et les diagnostics inexacts. **Pour un enfant, la barrière de la langue peut se superposer à celle du traumatisme et faire passer le repérage initial à côté de l'essentiel.** Dès 2017, la Haute Autorité de Santé recommandait pourtant un interprétariat professionnel pour garantir l'égalité d'accès aux soins et à un consentement éclairé ²⁴ ; en pratique, ce recours demeure rare. Fait notable, plusieurs professionnels rappellent que l'obstacle n'est, le plus souvent, ni juridique ni administratif : en France, les enfants peuvent être soignés sans titre de séjour ni couverture maladie complète. Le vrai frein est ailleurs : débordés, avec peu de moyens financiers et organisationnels, les services ne peuvent faire de la recherche d'un interprète une priorité.

²³ Aujourd'hui, les écoles ne sont pas intégrées à ces instances.
²⁴ Assemblée nationale, Commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance de l'Assemblée Nationale, Avril 2025

PROPOSITIONS

Soutenir une pratique systématique de l'interprétariat professionnel, conformément aux recommandations de la HAS (2017), notamment en renforçant le budget d'interprétariat alloué aux ARS, à destination du personnel soignant travaillant en hôpital, en CMPP ou autres structures de soins spécialisés (recommandation présente dans nos précédents rapports et non suivie d'effet).

Encourager et soutenir les formations qualifiantes des interprètes exerçant en milieu sanitaire et social, améliorer et valoriser leurs conditions d'exercice (recommandation présente dans notre rapport de 2024 et non suivie d'effet).

→ Le manque de formation au psychotraumatisme et la rareté des structures spécialisées

Les professionnels travaillant dans les dispositifs de droit commun bénéficient encore trop peu de formations à la clinique du trauma et de l'exil ; **les pré-diagnostic posés à l'arrivée sont rarement réévalués à l'aune de l'histoire de l'enfant, ce qui conduit à des bilans partiels et à des accompagnements peu ajustés.** Or, en dehors de quelques structures hospitalières tels que les centres régionaux du psychotraumatisme, les permanences d'accès aux soins de santé spécialisées en psychiatrie (PASS) et de rares centres spécialisés comme le Centre Primo Levi à Paris, Ethnotopies à Bordeaux ou le réseau Louis Guilloux en Bretagne, l'offre spécialisée à destination des enfants demeure très insuffisante au regard des besoins.

PROPOSITION

Investir dans un réseau national de structures déssectorisées et spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme et du TSPT pour adultes et enfants.

En définitive, le parcours de prise en charge qui devrait être linéaire (repérer, comprendre, orienter, soigner) est mis à mal à quasiment chaque étape. L'enfant est d'abord vu à l'école, parfois repéré, rarement compris dans son histoire familiale globale. Il est ensuite orienté vers des structures saturées, qui le reçoivent seul, passé un long délai, et souvent sans interprète. Des pathologies non diagnostiquées s'installent dès lors durablement, imposant par ailleurs à terme une prise en charge plus lourde et plus coûteuse.



La protection de l'enfance : un dernier filet de sécurité débordé

Lorsque la famille fait défaut, qu'elle soit absente ou elle-même en situation de danger, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) constitue le principal dispositif de protection des enfants en France. Service départemental, elle a pour mission de protéger les mineurs dont « la sécurité, la santé

ou le développement sont en danger ou en risque de l'être » selon la définition du Ministère des Solidarités. Elle accompagne des enfants aux trajectoires très diverses : certains vivent en France depuis leur naissance, d'autres sont pris en charge après des signalements intervenant dans des contextes familiaux dégradés, d'autres encore sont confiés à la protection de l'enfance après une arrivée récente sur le territoire.

Dans l'exercice de cette mission, les équipes de l'ASE sont confrontées à des situations clinique et sociale complexes. Les enfants suivis ont souvent été exposés à des violences

de natures diverses : violences intrafamiliales, négligences sévères, ruptures d'attachement précoces, mais aussi, comme le constate le Centre Primo Levi, violences politiques, guerre, ou persécutions, subies directement par les enfants eux-mêmes ou par leurs proches.

Dans de nombreux cas, les troubles psychotraumatiques s'inscrivent également dans l'histoire des parents. Des traumatismes non soignés et/ou des conditions de vie extrêmement dégradées peuvent en effet altérer leurs capacités de soin et de protection.

Une institution fortement sollicitée face à des besoins en santé mentale massifs

En 2025, la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance, portée par l'Assemblée Nationale, a mis en évidence de graves défaillances structurelles de l'ASE²⁵. Les jeunes confiés à cette institution présentent une forte surreprésentation de troubles psychiques, de troubles du neurodéveloppement et de difficultés somatiques, dans un contexte où l'accès au bilan et au suivi de santé demeure très insuffisant.

Ces constats traduisent un écart majeur entre besoins et capacité de réponse. Déjà fortement sollicitée, l'institution doit gérer des situations où les dimensions éducatives, sociales et psychiques sont étroitement intriquées, dans l'urgence, alors que les troubles psychotraumatiques nécessitent stabilité, continuité et expertise clinique. Les enfants suivis par l'ASE constituent ainsi une population particulièrement concernée par les prises en charge en psychotraumatologie, auprès de laquelle le Centre Primo Levi intervient régulièrement.

Les enfants confiés à l'ASE : risque de rupture et enjeux de continuité

Pour les enfants confiés à l'ASE alors qu'ils vivaient auparavant avec leur famille, les décisions de protection interviennent souvent dans des histoires familiales déjà traversées par des traumatismes multiples. Dans ces situations, la question du lien parent-enfant est alors centrale. Les décisions de placement, tout comme les modalités d'exercice des droits de visite et d'hébergement, nécessitent une évaluation clinique rigoureuse afin de distinguer les situations de danger avéré, qui requièrent une mesure de protection immédiate, de celles dans lesquelles le lien d'attachement peut être soutenu, accompagné ou restauré. **Une connaissance insuffisante des effets du psychotraumatisme et des enjeux liés à l'attachement est susceptible de conduire à des ruptures relationnelles évitables, dont les conséquences peuvent être durables pour l'enfant comme pour ses parents.**

Dans ce cadre, le Centre Primo Levi peut intervenir en appui des équipes de protection de l'enfance, en apportant une expertise en psychotraumatologie afin d'éclairer les décisions de placement et les modalités d'accompagnement, notamment dans les situations où les effets des violences, du psychotraumatisme et des ruptures d'attachement sont particulièrement intriqués. Cette expertise peut intervenir à tous les âges de la prise en charge, de la petite enfance jusqu'à 21 ans.

PROPOSITION

Faire de la prise en charge du psychotraumatisme une composante à part entière de la protection des enfants confiés à l'ASE.

²⁵ Assemblée nationale, *Commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance de l'Assemblée nationale*, op. cit.

Les mineurs non accompagnés : une vulnérabilité spécifique, une santé mentale reléguée

Les mineurs non accompagnés concentrent une vulnérabilité particulière. Arrivés seuls, sans représentant légal, ils doivent d’abord faire reconnaître leur minorité pour accéder à la protection de l’enfance. Pendant l’accueil provisoire d’urgence, une évaluation de leur état de santé est en principe prévue. En pratique, cette période est souvent très courte et largement mobilisée par les démarches liées à l’évaluation de la minorité. Les délais, la priorité donnée à la procédure et la saturation des dispositifs laissent peu de place à un véritable repérage des troubles psychiques ou à l’engagement d’un suivi. À cela s’ajoute une forte instabilité institutionnelle en cas de contestation de minorité et de recours, pouvant laisser ces jeunes pendant plusieurs semaines ou mois sans accompagnement stabilisé. Cette incertitude constitue en elle-même un facteur majeur de détresse psychique.

Avant même leur prise en charge, la majeure partie de ces adolescents ont déjà été exposés à des situations de vie particulièrement éprouvantes : violences graves, exploitation, travail forcé, ruptures familiales majeures... Ces expériences peuvent entraîner des troubles psychotraumatiques sévères avant même toute intervention des services de protection de l’enfance.

Enfin, la hiérarchie des besoins relègue la santé mentale au second plan. Pour un adolescent sans domicile ou en hébergement très précaire, la priorité est la survie : manger, boire, se réchauffer, se sentir en sécurité. Dans ces conditions, l’accès aux soins psychiques est rarement engagé en premier, d’autant que la répétition du récit dans les procédures à de multiples interlocuteurs (ASE, département, juge) constitue une charge supplémentaire. Sans stabilité,



sans adulte de référence et sans perspective claire, l’entrée dans un parcours de soin, d’insertion ou de protection reste difficile.

Même une fois pris en charge par l’ASE, ces jeunes restent insuffisamment protégés. Les professionnels du Centre Primo Levi observent que le sans-abrisme, les ruptures de suivi éducatif et les sorties sèches de l’ASE aggravent leurs troubles, alors même que leur vulnérabilité nécessiterait un accompagnement renforcé. Troubles de la mémoire, de la concentration ou des capacités d’apprentissage (consécutives au psychotraumatisme et aux conditions de vie) apparaissent ou s’aggravent, compromettant ensuite l’accès à une formation, à l’emploi et à l’autonomie. Les dispositifs de l’ASE peinent encore à intégrer le temps nécessaire à la construction d’un lien de confiance et à la stabilisation des parcours. Que dire, dès lors, lorsque ces jeunes en sont exclus de façon brutale à leur majorité, ou dès qu’une étape de leur parcours administratif entraîne une rupture de leur accompagnement ?

PROPOSITIONS

Le Centre Primo Levi souscrit aux recommandations 22 et 24 du rapport d’information n° 1700 de l’Assemblée Nationale (2025) sur la santé mentale des mineurs :

N° 22 : Assurer l’effectivité des bilans de santé des mineurs suivis par l’aide sociale à l’enfance (ASE) et **inclure un volet troubles de santé mentale dans le dispositif « Santé protégée »** pour un suivi régulier.

N° 24 : Maintenir la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA) en recours de minorité jusqu’à ce que les voies de recours soient épuisées.

Le Centre Primo Levi propose de prolonger ces recommandations en garantissant, au-delà de la seule situation de recours de minorité pour les MNA, **des conditions d’accueil stables et sécurisantes à l’ensemble des jeunes vulnérables suivis par l’ASE**, et en particulier à ceux susceptibles de présenter des TSPT liés à des violences politiques, des persécutions et/ou à la guerre.²⁶

Que les enfants soient repérés à l’école sans que leurs troubles soient vraiment compris, qu’ils aient été orientés vers des structures saturées, livrés à eux-mêmes sans parents ou placés et coupés de leur famille, le constat est le même : les institutions censées identifier, comprendre et soigner ces enfants sont en difficulté. La souffrance infantile passe donc sous les radars de la puissance publique. C’est précisément cet écart entre les besoins et les réponses du droit commun que le modèle de prise en charge du Centre Primo Levi cherche à combler, comme le montre la partie suivante.

²⁶ Cette stabilité (hébergement, référent adulte, continuité du parcours scolaire et administratif) est une condition indispensable pour permettre l’engagement et le maintien dans un soin psychologique et psychiatrique adapté jusqu’à l’âge de 21 ans, âge auquel les séquelles de traumatisme précoce peuvent encore faire l’objet d’une prise en charge spécialisée.

Ce que montre le modèle de prise en charge du Centre Primo Levi

L'expérience du Centre Primo Levi montre que les difficultés rencontrées par les enfants psychotraumatisés ne sont pas une fatalité. Depuis trente ans, le Centre développe une prise en charge qui permet aux personnes victimes de violences politiques, de torture, de guerre et à leurs enfants d'accéder à des soins ajustés à leurs besoins.

Le Centre Primo Levi n'a pas vocation à se substituer aux services publics. Néanmoins, le mieux-être retrouvé par les patients en fin de prise en charge le pousse à souhaiter un développement de son modèle. Son approche est la suivante : un accès direct à une équipe pluridisciplinaire, des consultations possibles pour toute la famille, un interprétariat professionnel, et un suivi dans la durée, à un rythme adapté, avec une coordination étroite entre les professionnels.

Accueillir sans barrière

Depuis plus de 20 ans, le Centre Primo Levi a établi un protocole d'accueil et de parcours spécifique pour les enfants, distinct de celui des adultes. Prioritaires à l'admission, les mineurs disposent d'une fiche de demande de consultation dédiée et sont reçus directement par un psychologue, sans l'entretien préalable prévu habituellement pour les adultes.

L'accueil est inconditionnel et dépend seulement du temps nécessaire aux soins, sans durée prédéfinie et sans condition administrative.

Le Centre accepte les demandes directes de ses partenaires tels que l'ASE, les écoles, la médecine scolaire, les CMPP et les hébergeurs qui le connaissent. C'est un point d'importance : dans le droit commun, l'orientation suppose presque toujours une démarche parentale, pourtant souvent empêchée par les urgences plus pressantes d'un quotidien accaparé par des tensions matérielles, ou par manque de connaissances de la part de parents récemment arrivés, voire allophones.

Le lieu d'accueil fait lui aussi partie du soin. L'espace a été pensé comme accueillant, avec des dessins d'enfants et un coin café. Les familles y trouvent un repère stable, qui participe pleinement à la prise en charge. « Être attendu, c'est être désiré », résume une assistante sociale du Centre Primo Levi.



Organiser la prise en charge à partir des besoins de l'enfant

La demande de prise en charge des enfants

Les professionnels du Centre Primo Levi constatent que les enfants ayant vécu des violences extrêmes sont souvent appréhendés à travers leurs besoins matériels (logement, alimentation, sécurité). **Si ces besoins sont essentiels, leur prise en compte exclusive tend à objectifier les enfants, en les réduisant à ce que les adultes et les institutions perçoivent pour eux, au détriment de leur parole et de leur position de sujet.** Or, ces enfants, comme leurs familles, formulent rarement spontanément une demande. Le silence ou la difficulté à demander relèvent fréquemment des effets du traumatisme, de la précarité ou d'une méconnaissance des droits. La demande est alors le plus souvent portée par des tiers, sans que l'enfant puisse facilement exprimer ce qui le concerne.

Cette situation complique l'accompagnement en santé mentale : des besoins sociaux, médicaux ou juridiques émergent dans un cadre d'abord pensé comme psychologique, ce qui peut fragiliser l'intervention. C'est pourquoi l'approche du Centre Primo Levi vise à ne pas s'arrêter à cette première demande formulée par un tiers, mais à créer les conditions pour que l'enfant puisse faire émerger la sienne, à son rythme. **Il s'agit de le reconnaître comme un sujet en construction, porteur de besoins, de désirs et d'une vie psychique singulière.** Parce que le psychotraumatisme touche aussi le corps, la vie sociale, l'apprentissage et la projection dans l'avenir, la réponse doit être pluridisciplinaire. Au Centre Primo Levi, médecins, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux et juristes interviennent ainsi dans un même lieu et de façon coordonnée autour de l'enfant.

Quand la parole ne peut pas encore advenir, le corps peut être la première porte d'entrée du soin. La kinésithérapie et le suivi médical permettent alors d'accueillir autrement la souffrance, sans reproduire la violence subie, et d'ouvrir progressivement un espace où la parole pourra se dire.



Cette continuité autour de l'enfant est essentielle. Elle permet de suivre le patient dans la durée, sans rupture, là où les dispositifs de droit commun tendent à souvent fragmenter les prises en charge. C'est aussi ce qui fait du Centre Primo Levi un lieu déssectorisé, capable d'accompagner l'enfant au-delà des limites habituelles des parcours institutionnels.

PROPOSITIONS

Appuyer le développement de centres de santé pluridisciplinaires et déssectorisés assurant une prise en charge de la petite enfance à l'âge adulte, permettant au patient de ne pas avoir à changer de structure durant le suivi et garantissant une continuité du soin.

Permettre à chaque enfant de faire émerger sa propre demande de soins dans un cadre sécurisant, en formant les professionnels à prendre en compte les effets du traumatisme sur la capacité à verbaliser et en développant des modalités de prise en charge adaptées aux différentes formes d'expression de l'enfant.

Soutenir des approches thérapeutiques qui mobilisent aussi le corps, le jeu et l'expression non verbale dans l'accompagnement des enfants.

Refuser la précipitation

Toutes ces dimensions ont un point commun : elles supposent du temps. Le traumatisme impose sa propre temporalité, faite de retours, de répétitions et d'effondrements possibles. À cela s'ajoute le temps administratif, avec ses convocations, ses échéances et ses incertitudes, qui peut réactiver les symptômes. Le temps long n'est pas un confort : c'est une condition du soin. L'organisation du Centre Primo Levi permet de tenir cette durée, de créer un fil rouge dans des parcours fragmentés, et d'orienter ensuite les patients vers d'autres partenaires lorsque cela devient possible.

Soigner le lien

Travailler avec la famille

Lorsque l'enfant souffre, un parent est souvent lui-même en difficulté. C'est pourquoi la première rencontre se fait de préférence avec un ou deux parents, et avec la fratrie, afin de saisir d'emblée l'effet du psychotraumatisme sur l'ensemble de la famille. L'enfant n'est jamais considéré isolément, mais comme membre d'un système familial marqué par les violences et les ruptures.

Le Centre Primo Levi s'attache ainsi à soutenir les différentes formes de parentalité, notamment lorsqu'elles ont été profondément entravées par les violences, afin de permettre à l'enfant de retrouver autour de lui des repères plus stables. Le travail clinique vise à éviter de faire peser sur les parents la responsabilité du mal-être de leur enfant. Il s'agit au contraire de leur redonner une place et de les aider à retrouver des modalités de présence ajustées.

L'accompagnement concerne aussi les situations de parentalité empêchée, lorsque des parents ont été contraints de fuir leur pays en laissant des enfants derrière eux. Dans ces configurations, la culpabilité est souvent intense, parfois ravivée par la présence d'autres enfants en France. Certains liens parent-enfant sont alors suspendus, à distance, tandis que des fratries peuvent être fragmentées ou réinventées symboliquement. Le travail du Centre Primo Levi vise à soutenir ces liens, présents ou absents, et à aider chacun à retrouver une place dans l'histoire familiale.

PROPOSITIONS

Financer des **groupes de parole thérapeutiques et des activités collectives** pour parents et enfants ayant été confrontés à des violences politiques ou à la guerre, et pour parents et enfants se retrouvant après plusieurs années de séparation.

Renforcer le soutien à la parentalité pour les familles exposées à la guerre, aux violences politiques ou à des traumatismes multiples, en **finançant des lieux de soins où coexistent la prise en charge des enfants et des parents**.

Le lien à la langue

L'interprétariat professionnel est une autre condition essentielle du soin. Il permet que la consultation se déroule dans la langue du patient, protège la parole de chacun et évite que l'enfant n'ait à traduire pour ses parents, restaurant la distinction des places de chacun. En 2025, près d'un tiers des consultations ont mobilisé un interprète professionnel, dans près de cinquante langues. L'interprétariat ne constitue donc pas un simple outil de traduction, mais une condition du soin, du maintien d'un équilibre familial préservant chacun dans son rôle, et plus largement de l'égalité d'accès aux droits.

La nécessité d'un plaidoyer sur l'enfance

Le Centre Primo Levi ne se limite pas à une activité de soin et de formation : il porte également un travail de plaidoyer, fondé sur ses observations cliniques et sur les constats issus de l'accompagnement de ses patients. À travers le présent manifeste, il partage ses observations et ses préoccupations concernant la prise en charge des enfants psychotraumatisés en France. Malgré les moyens engagés et la multiplication des dispositifs et commissions d'enquête, la prise en compte globale des besoins de l'enfant reste insuffisante et peine à s'imposer comme une priorité structurante de l'action publique. Les situations rencontrées ne relèvent pas seulement de dysfonctionnements ponctuels, mais traduisent des fragilités plus larges, à l'échelle de notre organisation collective. Dans les champs sanitaire, scolaire, judiciaire comme dans celui de la protection de l'enfance, les réponses demeurent souvent fragmentées, inégalement coordonnées et insuffisamment adaptées aux réalités du psychotraumatisme. Ces constats interrogent plus largement la place accordée aux enfants dans notre société et la capacité de nos institutions à penser et garantir leurs besoins de manière transversale.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de renforcer un plaidoyer ambitieux en faveur de la protection de l'enfance. Au-delà d'être un outil de défense des droits, ce plaidoyer est un levier de prévention sur les difficultés rencontrées par ces enfants. C'est en portant individuellement et collectivement ces enjeux, et en s'appuyant sur les réalités de terrain, qu'il devient possible de faire émerger ces questions dans le débat public et d'engager des évolutions structurelles.

Reconnaître pleinement l'enfant comme un sujet à part entière, avec des besoins spécifiques, constitue une condition essentielle pour adapter les réponses institutionnelles et garantir une prise en charge à la hauteur des enjeux de santé mentale et de protection de tous les enfants.

Conclusion

Au terme de ce rapport, un constat s'impose : la souffrance psychique des enfants victimes directes ou indirectes de la guerre, de la torture ou des violences politiques, est réelle, repérable et soignable. Pourtant, elle reste trop souvent invisible en France, mal comprise et insuffisamment prise en charge.

Les pages qui précèdent décrivent une double réalité.

D'un côté, des enfants dont le développement est empêché. Cauchemars, hypervigilance, retrait ou au contraire, colère difficile à contenir, difficultés d'apprentissage, parfois jusqu'à l'arrêt de la croissance ou du jeu sont autant de signes d'un trauma qui, faute d'espace pour s'exprimer, s'installe et s'aggrave.

De l'autre, un système de droit commun qui, malgré l'engagement des professionnels, n'est ni conçu ni outillé pour les accueillir : repérage tardif, services saturés, longs délais, ruptures de parcours, absence d'interprètes. Ces enfants passent sous les radars de la puissance publique au moment précis où le soin leur serait le plus utile.

Pourtant, et c'est l'autre enseignement de ce manifeste, il n'y a pas de fatalité. L'expérience de structures comme le Centre Primo Levi montre

qu'une autre prise en charge est possible : pluridisciplinaire, familiale, attentive à la langue, inscrite dans le temps long nécessaire à la reconstruction. Cette approche repose sur des principes connus et duplicables, que d'autres pourraient faire leurs. L'enjeu est ici de permettre à un plus grand nombre d'enfants d'y accéder.

Car ce qui se joue, au fond, dépasse la seule question du soin. Ce que ces enfants ont en commun, c'est d'avoir été dépossédés de leur place : réduits à un symptôme mal identifié, réduits à un symptôme mal identifié ou à un statut les confrontant aux difficultés des adultes. Soigner, ici, c'est d'abord leur rendre cette place d'enfant, de membre d'une famille. Autoriser tous les enfants à se construire aujourd'hui, c'est leur permettre de trouver une place d'adulte dans la société de demain.

Ce rapport appelle les pouvoirs publics, les institutions et les professionnels de l'enfance à honorer leur responsabilité collective. Nos recommandations en tracent les voies concrètes.

En 2026, il est temps que la France, Etat partie à la Convention internationale des droits de l'enfant, donne à tous les enfants les moyens d'être protégés, en pleine santé et d'habiter pleinement leur vie présente.

Recommandations

Garantir à tout enfant grandissant en France des conditions de développement en sécurité, en particulier à ceux ayant fait face, directement ou indirectement, à la guerre, aux persécutions et aux violences politiques, en assurant collectivement leur protection, le repérage précoce et l'accès effectif à des soins psychiques adaptés, continus et pluridisciplinaires, du dépistage à la prise en charge dans la durée.

Former et sensibiliser au psychotraumatisme chez l'enfant

Enseignants et référents UPE2A

- **Rendre obligatoire, dans la formation initiale de tous les enseignants, un module de sensibilisation au psychotraumatisme de l'enfant**, incluant la présentation des symptômes du TSPT, des impacts des violences (politiques, liées à la guerre ou aux persécutions) sur le développement et les apprentissages, et des premières postures de repérage et d'orientation.
- **Inscrire, dans la formation initiale obligatoire de tous les enseignants, un module consacré à la prise en charge des élèves allophones** nouvellement arrivés, portant sur les modalités d'accueil et d'évaluation, les dispositifs d'enseignement du français langue de scolarisation, ainsi que sur les dimensions psychosociales liées aux trajectoires de vie, aux conditions d'installation en France et aux expériences de violence.
- **Prévoir, dans le cursus de formation initiale de tous les enseignants, un enseignement obligatoire consacré aux enfants grandissant dans un contexte parental marqué par des fragilités psychiques et des traumatismes non élaborés**, afin de repérer les signes de souffrance indirecte et d'adapter les postures éducatives et pédagogiques.
- **Former les référents UPE2A au repérage des symptômes spécifiques du psychotraumatisme de l'enfant**, incluant la présentation des symptômes du TSPT et des impacts des violences (politiques, liées à la guerre ou aux persécutions).

Professionnels de la santé et du social à l'école

- **Intégrer, en formation initiale et continue obligatoire, un module dédié au repérage des troubles psychotraumatiques de l'enfant** liés aux violences politiques, aux persécutions et/ou à la guerre, dans les cursus des médecins scolaires, infirmiers scolaires, psychologues de l'Éducation nationale, travailleurs sociaux de l'ASE et éducateurs.

Le Centre Primo Levi souscrit aux recommandations n° 46 et n° 48 du rapport d'information n° 1700 de l'Assemblée Nationale (2025) sur la santé mentale des mineurs :

- N° 46 : **Prévoir une trajectoire de recrutement** des médecins scolaires, des infirmiers scolaires et des psychologues de l'Éducation nationale.
- N° 48 : Engager une concertation sur le **rattachement des médecins scolaires, infirmiers scolaires et psychologues de l'Éducation nationale au Ministère de la Santé.**

Le Centre Primo Levi souscrit à la recommandation n° 76 du rapport n° 1200 de l'Assemblée Nationale (2025) sur les manquements de la protection de l'enfance : Dans l'objectif de renforcer l'accompagnement à l'école des enfants relevant de la protection de l'enfance et le repérage des situations de danger, revaloriser et repenser le modèle de la santé scolaire et garantir davantage la présence d'assistants sociaux et du personnel médical et paramédical dans les établissements du premier et du second degré.

Il recommande d'étendre ce modèle renforcé de santé scolaire aux enfants allophones récemment arrivés en France, en particulier à ceux susceptibles de présenter des TSPT liés à des violences politiques, des persécutions et/ou à la guerre, afin d'en faire des publics prioritaires du repérage et de l'accompagnement en milieu scolaire

Garantir l'accès aux soins, pas seulement au diagnostic

- **Renforcer les moyens financiers et humains des CMP et CMPP**, notamment par un plan de renforcement des équipes, afin de réduire les délais de prise en charge des enfants et de **permettre à ces structures de consacrer davantage de ressources au soin et à l'accompagnement**, au-delà des seules missions de diagnostic et d'évaluation.
- **Favoriser l'existence de certains CMP et CMPP déssectorisés** afin de réduire les temps d'attente et les ruptures de soin.
- Mettre en œuvre un **plan de soutien aux services de pédopsychiatrie** tout en renforçant l'attractivité du secteur.

Le Centre Primo Levi souscrit à la recommandation n° 22 du rapport n° 1200 de l'Assemblée Nationale (2025) sur les manquements de la protection de l'enfance, en lien avec la prévention précoce, le soutien à la parentalité et le renforcement des moyens de la PMI :

- Renforcer les moyens de la prévention précoce à travers un **soutien accru aux politiques d'accompagnement à la parentalité** ;
- Mettre en place un **plan d'accompagnement à la périnatalité et à la petite enfance 2026-2030** dans l'Hexagone ainsi que dans les territoires ultramarins ;
- Accroître les moyens de la PMI pour soutenir les actions de soutien à la parentalité, notamment envers les publics les plus vulnérables ; soutenir le programme de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents (PANJO).

Le Centre Primo Levi propose de compléter ces orientations en appuyant la **mise en place, dans les services de PMI et les centres dédiés à la petite enfance, d'activités et de séances collectives** régulières destinées aux familles durant les 1000 premiers jours de vie de l'enfant.

- **Investir dans un réseau national de structures déssectorisées et spécialisées** dans la prise en charge du psychotraumatisme et du TSPT, pour adultes et enfants.

L'Aide Sociale à l'Enfance

- **Faire de la prise en charge du psychotraumatisme une composante à part entière de la protection des enfants confiés à l'ASE.**

Le Centre Primo Levi souscrit aux recommandations n° 22 et n° 24 du rapport d'information n° 1700 de l'Assemblée Nationale (2025) sur la santé mentale des mineurs :

- N° 22 : **Assurer l'effectivité des bilans de santé** des mineurs suivis par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et **inclure un volet troubles de santé mentale dans le dispositif « Santé protégée »** pour un suivi régulier ;
- N° 24 : **Maintenir la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA) en recours de minorité** jusqu'à ce que les voies de recours soient épuisées.

Le Centre Primo Levi propose de prolonger ces recommandations en garantissant, au-delà de la seule situation de recours de minorité pour les MNA, **des conditions d'accueil stables et sécurisantes à l'ensemble des jeunes vulnérables suivis par l'ASE**, et en particulier à ceux susceptibles de présenter des TSPT liés à des violences politiques, des persécutions et/ou à la guerre ²⁷.

²⁷ Cette stabilité (hébergement, référent adulte, continuité du parcours scolaire et administratif) est une condition indispensable **pour permettre l'engagement et le maintien dans un soin psychologique et psychiatrique adapté** jusqu'à l'âge de 21 ans, âge auquel les séquelles de traumatisme précoce peuvent encore faire l'objet d'une prise en charge spécialisée.

Respecter le temps, la parole et la place de l’enfant dans le processus de soin, y compris dans la transition vers l’âge adulte

- **Permettre à chaque enfant de faire émerger sa propre demande de soins dans un cadre sécurisant**, en formant les professionnels à prendre en compte les effets du traumatisme sur la capacité à verbaliser et en développant des modalités de prise en charge adaptées aux différentes formes d’expression de l’enfant.
- **Appuyer le développement de centres de santé pluridisciplinaires et désectorisés assurant une prise en charge de la petite enfance à l’âge adulte**, permettant au patient de ne pas avoir à changer de structure durant le suivi et garantissant une continuité du soin.

Soutenir les conditions du soin : liens, langue, coordination

Soutenir les conditions de soin

- Développer une « **culture du lien** » institutionnalisée entre acteurs de l’école, de la médecine scolaire et de la santé, en s’appuyant **sur le modèle des conseils locaux de santé mentale (CLSM) élargis**.
- **Créer au niveau du rectorat d’académie des groupes d’échanges, d’information et d’élaboration sur les traumatismes de l’enfant** entre les professionnels du milieu scolaire et de la santé.
- **Soutenir une pratique systématique de l’interprétariat professionnel**, conformément aux recommandations de la HAS (2017), notamment en renforçant le budget d’interprétariat alloués aux ARS, à destination du personnel soignant travaillant en CMP, CMPP ou autres structures de soins spécialisées (recommandation présente dans nos précédents rapports et non suivie d’effet).
- Encourager et soutenir les **formations qualifiantes des interprètes** exerçant en milieu sanitaire et social, **améliorer et valoriser leurs conditions d’exercice** (recommandation présente dans notre rapport de 2024 et non suivie d’effet).

Soutenir le lien

- **Financer des groupes de parole thérapeutiques et des activités collectives pour parents et enfants** ayant été confrontés à des violences politiques ou à la guerre, et pour parents et enfants se retrouvant après plusieurs années de séparation.
- Soutenir des approches thérapeutiques qui mobilisent aussi le **corps, le jeu et l’expression non verbale** dans l’accompagnement des enfants.

Prendre en charge la systémie familiale

- Renforcer le soutien à la parentalité pour les familles exposées à la guerre, aux violences politiques ou à des traumatismes multiples, en **finançant des lieux de soins où coexistent la prise en charge des enfants et des parents**.

Recommandation de plaidoyer

Soutenir et coordonner des plaidoyers collectifs en faveur de la protection de tous les enfants, afin de porter une parole commune sur les manquements transversaux de la prise en charge des enfants dans les champs de la santé, de la protection de l’enfance, et de la protection contre les violences.

Remerciements

L’équipe du Centre Primo Levi, et plus particulièrement Emilie Abed, Agnès Afnaïm, Déborah Caetano, Valentin Hecker, Nadia Kandelman, Jacky Roptin.

Médecins du Monde, Le Comède, La Cimade, le réseau Louis Guilloux, le Centre Régional du Psychotraumatisme Paris Nord.

Camille Boittiaux, Nicole Dagnino, Laurène Delage, Maila Marseglia, Claire Mestre, Ilaria Pirone, Clémentine Sinquin, Maxime Guimberteau.

Nos partenaires de l’Éducation nationale, de l’Aide Sociale à l’Enfance, des centres de Protection Maternelle et Infantile, des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques, des collectivités territoriales ayant partagé leurs témoignages.

Salka, Baran, Alba, Katia et tous les enfants pris en charge au Centre Primo Levi.

CENTRE
PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

63 rue de Croulebarbe
75013 PARIS
T. 01 43 14 88 50
primolevi@primolevi.org
www.primolevi.org

Le Centre Primo Levi est
une association d'intérêt
général, habilitée à recevoir
des dons, legs et donations.