

1995-2015

VINGT ANS

d'accueil et de soins

des exilés

victimes de la torture



20 ANS

CENTRE
PRIMO LEVI

VIVRE APRÈS
LA TORTURE

Le Centre Primo Levi remercie les membres de son comité de soutien qui agissent à ses côtés :

Patrick Aeberhard, Jacques Attali, Miguel Benasayag, Paul Bouchet, Constantin Costa-Gavras, Laurent Gaudé, Robert Guédiguian, Olivier Le Cour Grandmaison, Louis Joinet, François Julien-Laferrière, Jean Lacouture, Anicet Le Pors, Ariane Mnouchkine, Natalie Nougayrède, Edgar Morin, Rithy Panh, Serge Portelli, Nicole Questiaux, Michel Rocard, Léonie Simaga, Catherine Teitgen-Colly, Tzvetan Todorov, Annette Wieviorka

« Heureux celui qui arrive à bon port,
Qui laisse derrière lui les mers et les tempêtes,
Dont les rêves sont morts ou jamais ne sont nés,
Et qui s'assied, qui boit, à l'auberge de Brême,
Près de l'âtre, et il se sent en paix.
Heureux celui comme une flamme éteinte,
Heureux celui comme le sable des estuaires,
Qui a posé le fardeau, s'est essuyé le front
Et repose au bord du chemin.
Il ne craint rien, ni n'espère, ni n'attend,
Mais regarde, fixement, le soleil qui se couche. »

Primo Levi, *À bon port*

SOMMAIRE

LA TORTURE EN SIX QUESTIONS	6
BIENVENUS NULLE PART	9
EN FRANCE, UN DISPOSITIF DE SANTÉ INADAPTÉ	10
UN PROJET COMPLET ET NOVATEUR	11
L'ÉVOLUTION DU PROFIL DES PATIENTS	14
DES PROFESSIONNELS EN MANQUE DE FORMATION	20
LES CHIFFRES MIS EN PERSPECTIVE	22
QUELQUES IDÉES REÇUES SUR LES MIGRANTS	25

PRÉFACE

Le génocide rwandais, la guerre civile en République démocratique du Congo, aujourd'hui la guerre avec l'Etat islamique, les dictatures au Soudan et en Erythrée ou encore la persécution des Tchétchènes ont forcé ou forcent des milliers de civils, qui jusque-là menaient une vie comme la nôtre, à fuir leur pays et à chercher refuge ailleurs. Ils « cherchent » plus qu'ils ne « trouvent » refuge car les obstacles sont nombreux sur leur parcours et les pays d'accueil sont bien souvent des pays de « non-accueil », voire de « désaccueil ». Leurs traumatismes sont ainsi redoublés par l'exil et les conditions de vie à leur arrivée. Entre les événements en Syrie et en Irak, le scandale des naufrages en Méditerranée et la question de l'expulsion des campements parisiens, **l'actualité récente est particulièrement tournée vers ces réalités mais oublie souvent que beaucoup de ces exilés ont été victimes de violences extrêmes et ont besoin de soins.**

Créé il y a tout juste vingt ans, le Centre Primo Levi offre à ces derniers une prise en charge psychologique et médicale ainsi qu'un accompagnement juridique et social. Vingt ans d'accueil et de soins, donc, mais aussi vingt ans de formation des professionnels et de plaidoyer pour améliorer la prise en charge de cette population invisible.

En France, quelques avancées sont à saluer, notamment dans la connaissance du psychotraumatisme en lien avec la violence politique, qui commence à apparaître dans la formation universitaire et professionnelle. La création de centres de soins spécialisés tels que le nôtre ne peut être considérée comme une avancée, du moins sur le long terme : face aux millions de civils jetés chaque année sur les routes par les conflits et face aux quelques dizaines de milliers d'entre eux qui chaque année demandent l'asile en France, ces structures associatives **ne peuvent apporter une réponse satisfaisante sans une prise en compte plus large de cette population** — il s'agit là d'un enjeu social, politique, sanitaire et bien sûr humain majeur.

D'autres évolutions sont à déplorer, en particulier **la nette dégradation des conditions d'accueil des demandeurs d'asile en France**, avec des conséquences directes sur leur santé physique et psychique.

Fort de son expérience unique, le Centre Primo Levi souhaite, à l'occasion de ses vingt ans, **présenter ses constats, casser certains préjugés et tirer les conclusions nécessaires pour offrir une vie digne à ces personnes** brisées par la violence.

Antoine Ricard,
Président du Centre Primo Levi

LA TORTURE EN SIX QUESTIONS

Au XXI^{ème} siècle, qu'appelle-t-on exactement « torture » ? Comment et où est-elle pratiquée ? Quelles sont les séquelles physiques et psychologiques et quel est l'impact de l'exil sur ces séquelles ?

Définition de la torture

D'après l'Action des chrétiens pour l'abolition de la torture, « on peut parler de torture lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales ;
- un acte volontaire, programmé, répété, qui procède d'une décision (à la différence d'une bavure ou d'un acte de colère) ;
- un bourreau représentant une autorité officielle ou agissant sous ses ordres ou avec son consentement (policiers, militaires, gardiens de prison, groupes paramilitaires...) — les bourreaux peuvent aussi appartenir à des groupes révolutionnaires dont le but est la prise de pouvoir ;
- une intention d'obtenir de la victime des aveux, des renseignements, ou de la punir d'un acte commis par elle ou par un autre, ou de l'intimider, de la terroriser (elle ou le groupe auquel elle appartient) ou de lui faire payer le fait d'appartenir à une minorité ;
- une volonté de porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'une personne, de briser sa personnalité, d'obtenir d'elle un comportement qu'elle n'aurait pas volontairement.

L'acte tortionnaire est la résultante de tous ces éléments. Le droit international consacre le caractère absolu et indérogable de la prohibition de la torture, qui a acquis le statut de norme à valeur coutumière. »

C'est cette **définition de l'Article 1 de la Convention des Nations Unies contre la torture** (adoptée en 1984 et entrée en vigueur en 1987) qui est généralement retenue :

« Le terme *torture* désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins

notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles. »

Où torture-t-on ?

Un pays sur deux pratique toujours la torture. Les régimes autoritaires et les pays en guerre ne sont pas seuls en cause : certains États démocratiques le sont aussi.

Comment torture-t-on ?

« Des milliers de témoignages décrivent des milliers de formes de torture, explique l'ACAT. Dans la mesure où la torture réduit la personne à l'état d'objet, l'imagination et la cruauté du bourreau sont sans limites. »

« Il est à noter que :

- Les sévices peuvent être infligés à une même personne pendant des jours, des mois, parfois des années.
- Les violences sexuelles sont très fréquentes, sur les hommes comme sur les femmes : humiliations, brutalités sur les organes génitaux, viols.
- Les victimes sont le plus souvent détenues de façon arbitraire dans des conditions terribles : cellules minuscules ou surpeuplées, conditions d'hygiène

lamentables, nourriture de mauvaise qualité fournie en petite quantité, absence de soins médicaux, températures glaciales l'hiver et caniculaires l'été, brutalités des gardiens, absence de visites.

- Tortures physiques et tortures psychologiques sont toujours inextricablement liées.
- La torture est une relation, un rapport de force au détriment de la victime, visant à son asservissement, à sa déshumanisation. »
- Les humiliations subies sont d'autant plus fortes que les victimes sont souvent amenées à transgresser des tabous tels que le sexe, l'inceste...

Quelles sont les séquelles ?

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

- Les séquelles physiques :

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

- Les séquelles psychologiques :

La définition de la Convention des Nations Unies contre la torture reconnaît que certaines méthodes de torture ne laissent pas de traces ni de séquelles visibles, mais ont un impact psychologique majeur avec des retentissements à court, moyen et long terme.

On considère en effet souvent, à tort, que la torture « se limite » à des violences physiques, exercées à un moment précis, dans le but de « faire parler » une victime. La torture commence en amont d'un acte physique potentiel, par des gestes, des mots, une attitude, un climat instauré par le ou les tortionnaires. Elle se poursuit bien après la fin des sévices, des mois ou des années plus tard, et s'exprime par la douleur et la détresse des victimes. La torture vise rarement à faire parler mais plutôt à faire taire, à retirer à la personne son statut d'homme pour la réduire à l'état d'objet : c'est un « processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle » [1]. Il peut ne pas y avoir de violences physiques mais une arrestation arbitraire, des menaces, des sévices exercés sous le même toit sur des proches, des séances d'interrogatoire...

Qu'il y ait eu violence physique ou non, la torture entraîne toujours des séquelles psychologiques : cauchemars,

troubles de la concentration et de la mémoire, syndrome dépressif, troubles anxieux, absence totale de confiance en soi et en l'autre, état de stress avancé...

La torture perdure au-delà des faits dans la mesure où un simple objet, un simple uniforme peut replonger les victimes dans le souvenir des sévices subis : c'est ce qu'on appelle les « reviviscences ». Jour et nuit, elles restent hantées par des voix et des sons qu'elles ont entendus, par des visages et des scènes qu'elles ont vus.

Alors qu'il s'agissait de personnes souvent très actives et impliquées dans leur communauté, elles sont aujourd'hui habitées par la honte et se murent dans le silence, notamment pour « protéger » l'autre contre le récit de l'insoutenable. Incapables de tout lien social, ces personnes sont désorientées, isolées et *a fortiori* très vulnérables.

Quel est l'impact de l'exil sur ces séquelles ?

Le parcours d'exil souvent long et chaotique, l'inaccueil de la France comme de la plupart des pays d'Europe, le climat de suspicion et l'extrême précarité dans laquelle vivent ici les demandeurs d'asile aggravent clairement les effets des traumatismes.

Peut-on guérir de la torture ?

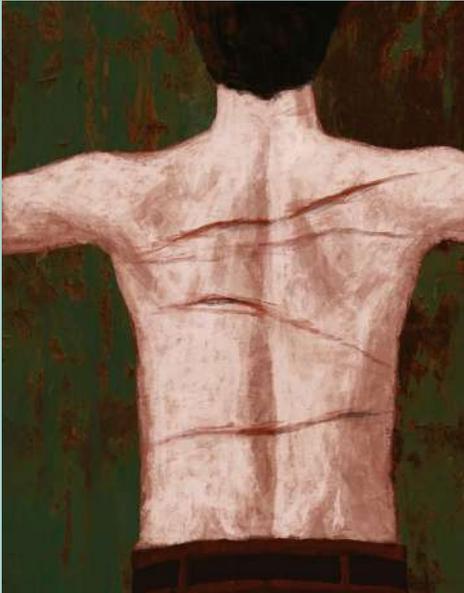
Il est évident qu'on ne peut pas guérir des séquelles de la torture car le traumatisme crée une rupture profonde dans l'histoire des personnes. Longtemps après, la souffrance physique et psychique des survivants perdure.

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

Il est ainsi possible d'apporter un mieux-être physique, psychique et social à la personne, mais cela suppose une prise en charge appropriée et qui s'inscrit souvent dans la durée (en moyenne 2 ou 3 ans au Centre Primo Levi).

La nécessité d'une reconnaissance des victimes et une meilleure prise en compte des souffrances physiques et psychiques constituent deux préalables à la prise en charge. Enfin, pour réhabiliter une personne exilée victime de la torture, une prise en charge psycho-médicale n'est pas suffisante car les conditions de vie et les démarches de demande d'asile ont un impact évident sur la santé physique et surtout mentale des personnes.

[1] Sibel Agrali, « Les séquelles psychologiques de la torture », *Un monde tortionnaire*, Rapport 2010 de l'ACAT



La torture encore pratiquée dans un pays sur deux

Interview de Jean-Etienne de Linares, délégué général de l'Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture (ACAT)

La pratique de la torture dans le monde a-t-elle évolué au cours des dernières décennies ?

On aurait pu croire qu'une fois passées les périodes de l'effondrement des dictatures d'Amérique latine, de la chute du mur de Berlin, du maoïsme et les autres époques sombres du XXème siècle, la torture était derrière nous. Malheureusement, elle est toujours pratiquée avec la même intensité. Même si ce phénomène échappe à toutes statistiques, nous pouvons estimer qu'elle reste pratiquée de façon systématique dans un pays sur deux, en général en toute impunité.

Dans quels contextes est-elle pratiquée ?

Le premier type de contexte est bien sûr la guerre. Il n'y a pas d'exception dans l'histoire : tous les pays en guerre ont pratiqué la torture, y compris la France pendant la guerre d'Algérie.

Le deuxième type de contexte est l'oppression politique : elle sert alors à maintenir en place un pouvoir économique et/ou politique. Dans ce cas de figure, elle est pratiquée un peu partout dans le monde comme « méthode » d'enquête : dans le cadre d'une enquête sur un délit ou un crime, on arrête arbitrairement une personne, on la fait « avouer » sous la torture, on l'emprisonne et on classe l'affaire. La torture sert aussi à faire taire les opposants politiques (en Syrie, par exemple, ils sont très vite relâchés pour qu'ils témoignent du sort qui attend les rebelles).

Troisièmement, il y a le cas des prisonniers (de droit commun, pour la plupart, et non des prisonniers politiques). De tous temps, la torture a très largement été pratiquée dans les prisons, que ce soit sous des prétextes de maintien de l'ordre ou comme punition supplémentaire (la privation de liberté, dans beaucoup de pays, n'étant pas considérée comme une punition suffisante).

Qu'est-ce qui pousse les bourreaux à franchir ainsi les limites de l'humain ?

Ce sont des gens « normaux », pas forcément des brutes sanguinaires : ce qui les pousse à agir est en général le sentiment d'agir au service de la nation. Torturer n'est naturel pour aucun homme ; pour le faire, il faut considérer l'autre comme un sous-homme, soit parce qu'il est d'une ethnie ou d'une religion différente, que c'est une femme ou un homosexuel, ou parce qu'il a des opinions politiques distinctes.

Les méthodes sont-elles les mêmes aujourd'hui ?

Beaucoup de pays continuent à se contenter de moyens brutaux et « moyenâgeux » : les coups, les brûlures, les électrocutions et les simulations d'étouffement restent les méthodes les plus courantes. Il y a aussi la privation de sommeil, l'isolement, la malnutrition. Généralement, cette mise en condition mêlée à l'incertitude de ce qui va leur arriver suffit à faire craquer les victimes. Toutefois, les réflexions menées aux Etats-Unis dans les années 50 sur des méthodes plus sophistiquées et plus « présentables » aux yeux de l'opinion publique ont fait évoluer les pratiques. Placer une personne dans des conditions d'éclairage ou dans des températures extrêmes sans discontinu, ou encore lui passer la même musique à fond et en boucle pendant des jours est beaucoup moins compliqué et pourtant tout aussi efficace.

La torture est-elle toujours pratiquée par des agents de la force publique ?

Jusqu'à récemment, elle n'était en effet pratiquée massivement que par des représentants étatiques (agents des services de renseignements, forces de l'ordre, gardiens de prison...). Cependant, il existe un phénomène nouveau : celui qu'on observe depuis 5 ou 6 ans dans le désert du Sinaï, où les Erythréens et autres exilés cherchant à rejoindre Israël sont systématiquement kidnappés, torturés et rançonnés par des groupes indépendants. Leur particularité : ils utilisent les nouveaux moyens de communication, en particulier les téléphones portables, pour faire entendre les cris aux familles des victimes.

BIENVENUS NULLE PART

Régi par la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, dite « Convention de Genève », le droit d'asile ne cesse de faire polémique, en France et plus largement en Europe. Les frontières se ferment progressivement au mépris de ce droit, et les personnes en quête de protection passent d'une situation d'insécurité (celle de leur pays en guerre ou en situation d'oppression politique)... à l'autre (celle d'un pays d'arrivée où tout n'est qu'obstacles et précarité).

Qu'est-ce que le droit d'asile ?

C'est le droit de rechercher protection hors d'un pays dont on a la nationalité ou sa résidence habituelle « du fait de persécutions ou de menaces graves de la part des autorités de son pays, de partis ou d'organisations contrôlant tout ou partie du territoire de son pays ou d'acteurs non étatiques si l'Etat ou les organisations internationales ou régionales ne peuvent lui garantir une protection » (Convention de Genève de 1951).

L'asile peut être demandé par les personnes qui « craignent avec raison d'être persécutées en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social, de leurs opinions politiques », et par extension pour des motifs de conscience.

À SAVOIR : l'admission au séjour ne peut être refusé à un demandeur d'asile sous prétexte qu'il n'est pas en possession d'un visa, d'un passeport ou d'un certificat d'hébergement

Le « désaccueil » de l'Europe

A quelques exceptions près (Allemagne, Suède), les pays d'Europe offrent un accueil plus que réservé aux demandeurs d'asile. Les visas pour y entrer sont distribués au compte-goutte, encourageant les personnes à passer par des voies illégales. Les procédures de demande d'asile sont compliquées et longues (19 mois en moyenne en France) ; pendant cette période d'attente, les requérants n'ont pas le droit de travailler et vivent avec des allocations leur permettant à peine de subvenir à leurs besoins premiers (en France, 343 euros par mois pour une personne seule). Les dispositifs d'hébergement sont souvent saturés : dans notre pays, moins de 35% des demandeurs d'asile ont une place dans un des centres d'accueil qui leur sont réservés (CADA). Les autres sont logés dans des conditions très précaires ou, comme c'est de plus en plus souvent le cas, vivent à la rue.

Migration économique vs asile politique

On confond souvent ces deux types de migration parce qu'ils se combinent souvent. Pourtant, ils se distinguent clairement d'un point de vue juridique :

- les migrants dits « économiques » ont fait le choix de quitter leur pays pour trouver de meilleures conditions

de vie ailleurs ; pour entrer et séjourner en France, ils doivent obtenir un visa de travail (ou autre forme de titre de séjour).

- les demandeurs d'asile ont été contraints de fuir leur pays en raison d'un conflit ou d'un régime violemment répressif ; dans leur pays, ils menaient une vie « normale », avaient souvent un métier, une famille, une implication dans leur communauté, parfois de bonnes voire de très bonnes conditions de vie. Lorsque leur vie a été menacée, pour une raison d'appartenance ethnique, politique ou religieuse ou simplement dans un climat de violence généralisée pouvant tomber sur n'importe qui, ils n'ont eu d'autre choix que de partir et de laisser derrière eux leur terre, leurs attaches, parfois même leur famille. L'argent qu'ils n'ont pas dépensé dans le voyage finit souvent dans les poches de passeurs sans foi ni loi.

Les conditions d'obtention des visas de travail s'étant nettement durcies, l'asile est aujourd'hui soupçonné de servir comme voie d'entrée à des « migrants économiques déguisés ».

Un climat de méfiance entoure ainsi les demandeurs d'asile, forcés à « prouver » la menace ressentie ou les violences subies. Pourtant, les principales nationalités des demandeurs d'asile démentent cette idée : en 2014, ceux-ci étaient majoritairement originaires de République démocratique du Congo, de Russie, du Bangladesh et de Syrie, quatre pays où la violence politique est particulièrement forte.

Parmi les demandeurs d'asile, beaucoup ont pu fuir avant d'avoir été directement atteints par la violence, sentant leur vie menacée. Cependant, nombreux sont ceux qui en ont été frappés : selon la Commission européenne, 20% des demandeurs d'asile dans l'UE ont été victimes de violence ou de torture — un chiffre sans doute sous-estimé selon les ONG. Selon l'étude réalisée par le Centre Primo Levi et parue dans son *Livre blanc* en 2012, ce serait le cas de 125 000 hommes, femmes et enfants aujourd'hui présents sur le sol français.

Ils n'ont eu d'autre choix que de partir et de laisser derrière eux leur terre, leurs attaches, parfois même leur famille

EN FRANCE, UN DISPOSITIF DE SANTÉ INADAPTÉ

Il n'existe pas de structures adaptées à la prise en charge des victimes de la torture dans le dispositif de santé publique, ni même d'étude épidémiologique sur cette population. Par ailleurs, l'accès à une couverture santé (Couverture Maladie Universelle et Aide médicale d'Etat) est très compliqué — quand il ne leur est pas refusé. C'est pour ces raisons que le Centre Primo Levi a été fondé en 1995.

Pourquoi les dispositifs de droit commun ne sont-ils pas adaptés ?

- **Un manque de formation des professionnels** : dans la formation initiale des médecins généralistes, par exemple, aucun module ne concerne l'identification et le soin du psychotrauma et des effets physiques et psychosomatiques des violences et de la torture. Souvent isolés et démunis face à ces patients atypiques, aux pathologies liées à des sévices dont ils ne disent mot, les professionnels ne peuvent pas apporter de solution. Seules une connaissance profonde des effets du traumatisme et une prise en compte de la situation administrative et sociale du patient peuvent mener à un diagnostic juste et à un suivi adapté.
- **Absence de recours à des interprètes** : le recours aux interprètes existe rarement en ville car il est souvent considéré comme trop coûteux et trop compliqué. Pour ces mêmes raisons, en France (contrairement à certains autres pays européens), même les structures hospitalières n'ont pas recours systématiquement à des interprètes, ou font appel aux membres de leur personnel parlant la langue, faisant fi de l'exigence de professionnalisme et des règles de confidentialité. Ainsi, à ce jour, de nombreuses victimes de torture ne reçoivent pas de soins médicaux dans le système de droit commun du seul fait de l'obstacle de la langue, et n'ont d'autre choix que de vivre avec leurs souffrances.
- **Des temps de consultation insuffisants** : une consultation médicale en ville dure une quinzaine de minutes en moyenne. Ces patients, emmêlés dans des problématiques complexes, assujettis au silence par leur bourreau et par la violence qu'ils ont subie avant et pendant leur chemin d'exil, ont pourtant besoin de temps pour réapprendre à faire confiance, à s'adresser à un autre être humain, à se laisser approcher, ausculter, à se confier... Pour s'adapter au rythme du patient, les consultations doivent être plus longues et les suivis doivent pouvoir se faire sur la durée.

Comment est né le Centre Primo Levi ?

En 1995, les conflits dans le monde (en particulier en ex-Yougoslavie et au Rwanda) jetaient chaque jour des milliers de civils traumatisés sur le chemin de l'exil. Face à l'absence de structures de soins spécialisées, cinq ONG engagées dans la défense des droits de l'homme (Amnesty International France, Médecins du Monde, l'ACAT, Juristes sans frontières et Trêve) ont décidé de fonder ensemble le Centre Primo Levi en s'appuyant sur l'expérience d'une association préexistante, l'Avre.

Quelques autres structures de soins et de soutien aux victimes de la torture ont vu le jour par la suite (voir page 24). Cependant, elles ne couvrent pas toutes les régions et sont loin d'avoir la capacité d'accueil suffisante pour répondre aux besoins. La seule solution satisfaisante reste donc d'intégrer cette population au dispositif de santé publique.

Pourquoi le nom de Primo Levi ?



Le nom de l'écrivain italien rescapé d'Auschwitz et auteur de *Si c'est un homme* a été choisi en hommage à la force de son témoignage, à la rigueur de sa réflexion et à son refus des traitements inhumains, cruels et dégradants. Comme il est

impossible de soigner l'ineffable sans en témoigner, un volet « sensibilisation et témoignage » a été développé au Centre Primo Levi en parallèle du centre de soins. Tout naturellement, l'association a pris le nom de celui qui, peut-être le premier, a fait connaître les traumatismes causés par les atteintes à la dignité de l'être humain.

UN PROJET COMPLET ET NOVATEUR

pour venir en aide aux personnes victimes de la torture

Les personnes victimes de la torture et de la violence politique sont confrontées à de multiples problématiques (médicales, sociales, juridiques). Pour les soutenir tout en apportant une réponse plus globale à cette réalité, le Centre Primo Levi s'est bâti autour de trois missions :

SOIGNER

les personnes victimes de la torture réfugiées en France

On ne peut pas « guérir » de la torture mais on peut apprendre à vivre avec. Dans ce but, **3 552 hommes, femmes et enfants** issus de **92 pays différents**, victimes directes ou indirectes de la torture et la violence politique et réfugiés en France ont bénéficié d'une **prise en charge pluridisciplinaire** (psychologique, médicale et éventuellement juridique et sociale), si nécessaire avec un interprète professionnel. Le centre de soins Primo Levi accueille et soigne des personnes victimes de tortures et de mauvais traitements sans distinction idéologique, ethnique ou religieuse et quel que soit leur statut administratif en France. Au total, près de 81 000 consultations ont été dispensées.

Le centre de soins n'a pas la capacité de répondre à toutes les demandes et **les professionnels extérieurs ne sont pas formés à la prise en charge très spécifique de ce type de personnes**. Dès sa création, l'association a donc fait le choix de partager son expérience via son centre de formation et la revue trimestrielle *Mémoires*. Travailleurs sociaux, psychologues, médecins, personnels soignants, professionnels de l'éducation ou du droit, interprètes, étudiants, chercheurs... **Plus de 4 000 professionnels**, indépendants ou travaillant en institution, sont passés par le centre de formation.

FORMER

les professionnels en lien avec ces personnes

MOBILISER

l'opinion et les pouvoirs publics

Fort de **son expérience unique**, légitimé par son action concrète auprès des réfugiés et demandeurs d'asile, le Centre Primo Levi mène seul ou en réseau, à tous les niveaux de la société, des actions de plaidoyer et de sensibilisation visant à **promouvoir des soins adaptés** pour les victimes de la torture et de la violence politique et à **défendre le droit d'asile**. C'est parce qu'on ne peut soigner la torture sans **parler de ses effets** que l'association a pris le nom de Primo Levi, qui a témoigné toute sa vie de son expérience à Auschwitz avec autant de force que de retenue.

Une approche unique en France

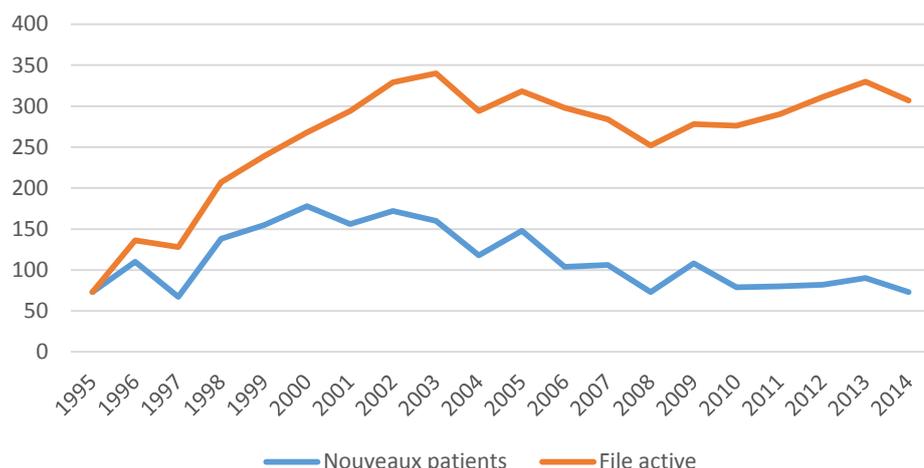
Comment soigner les insomnies d'une personne qui ne sait pas où elle va dormir ? Comment envisager un suivi sans interprète avec une personne non-francophone ? Peut-on allonger une personne victime de la torture sur une table d'examen et l'ausculter comme n'importe quel autre patient ?

Le Centre Primo Levi est le seul en Île-de-France (région qui abrite pourtant 40% des demandeurs d'asile) à recevoir spécifiquement et de façon adaptée des personnes réfugiées victimes de la torture : prise en charge pluridisciplinaire pour pouvoir traiter ensemble les problématiques diverses dont elles souffrent, recours à des interprètes professionnels pour assurer une prise en charge de qualité, suivi individualisé, resserré et sur la durée respectant le rythme de chacun. C'est cette pratique innovante qui est diffusée à travers le centre de formation.

Le Centre Primo Levi, le droit d'asile en France et les principaux conflits dans le monde depuis vingt ans



La file active du centre de soins



NB : cette courbe révèle davantage l'évolution des capacités d'accueil du centre de soins que l'évolution des demandes, qui sont en hausse constante (jusqu'à 3 à 4 par semaine). Le centre a inscrit sur liste d'attente jusqu'à trois fois le nombre de patients pouvant être accueillis, or les durées de suivi s'allongent ; depuis 2004, il est régulièrement obligé de fermer cette liste et de réorienter les demandes.

Les accueillantes, les assistants sociaux et la juriste font partie intégrante de « l'équipe clinique » puisque leur travail forme un tout avec la prise en charge médico-psychologique.

Cette équipe clinique s'est progressivement professionnalisée et développée jusqu'en 2012, où elle comptait :

- 2 accueillantes
- 3 médecins généralistes
- 1 kinésithérapeute-ostéopathe
- 6 psychologues cliniciens
- 2 assistants sociaux
- 1 juriste.

Depuis, en raison de la perte d'un important financement européen, le poste de kinésithérapeute et l'un des postes de médecin ont été gelés.

En 20 ans,

3 552

hommes, femmes
et enfants pris en
charge

80 957

consultations délivrées

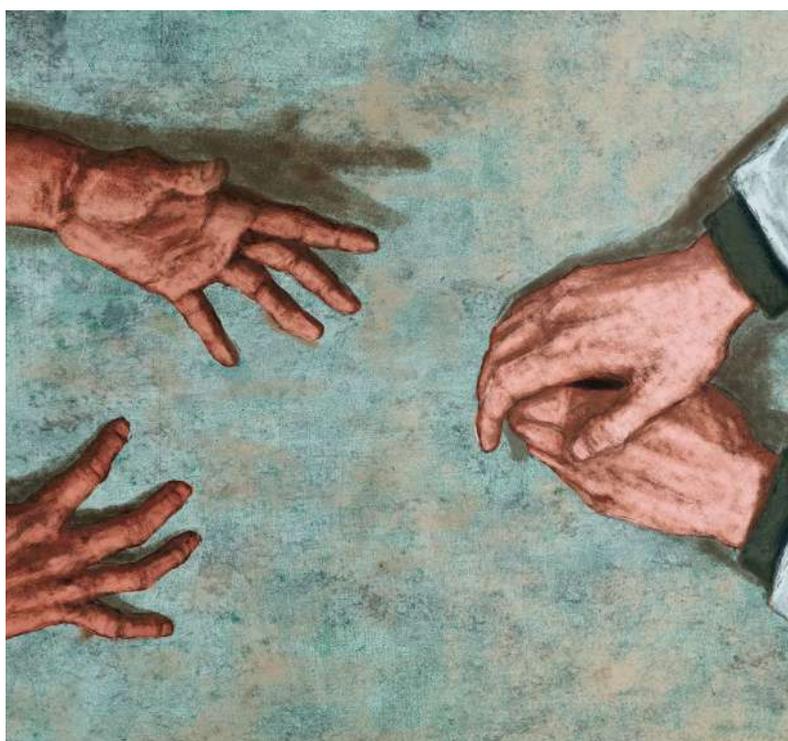
92

nationalités
représentées issues
de tous les continents
(sauf Océanie et Antarctique)

L'accompagnement juridique et plus encore le suivi social, considérés au départ comme un complément, sont progressivement devenus un corollaire indispensable à la prise en charge médicale et psychologique.

“ L'état de santé des patients connaît en général une phase d'amélioration peu après leur arrivée au Centre Primo Levi car le fait d'être accompagnés, d'entamer des démarches de régularisation et éventuellement d'avoir un semblant d'hébergement est porteur d'espoir. Mais une phase d'aggravation s'ensuit souvent avec la perte du peu qu'ils avaient réussi à obtenir, et en particulier la perte de toit. En somme, la marge des médecins est très limitée car l'état des patients dépend de plus en plus de leur situation sociale et administrative.

*Agnès Afnaïm,
médecin généraliste au Centre Primo Levi*



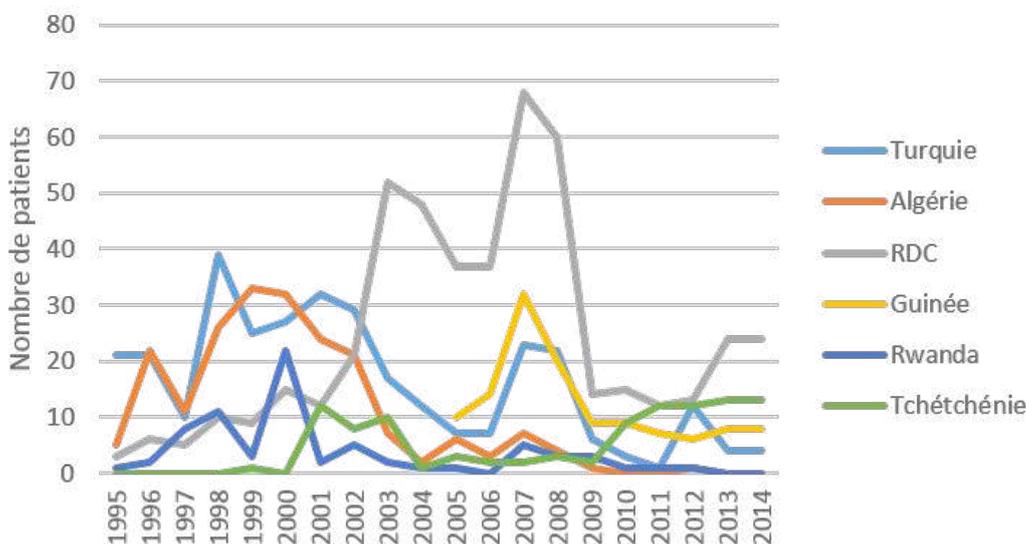
L'ÉVOLUTION DU PROFIL DES PATIENTS

Le profil des personnes victimes de la violence politique réfugiées en France a peu évolué en vingt ans, si ce n'est par leur langue et leur pays d'origine. Les sévices subis et les parcours d'exil sont à la fois tous différents et tous les mêmes ; l'histoire se répète inlassablement. Ce qui a évolué, ce sont les conditions d'accueil de ces personnes sur notre sol.

ILS ÉTAIENT

agriculteur,
sociologue,
agronome,
vendeur,
assistante juridique,
chauffeur,
sportif,
manager,
coiffeuse,
artiste,
couturière,
lycéen,
directrice marketing,
écolier,
enseignant,
étudiant,
géomètre,
acteur,
horloger,
journaliste,
navigateur,
bagagiste,
commerçant,
orthopédiste,
pâtissier...

Les principaux pays d'origine des nouveaux patients



Il peut se passer plusieurs années entre un conflit et l'arrivée des victimes de ce conflit au Centre Primo Levi : le parcours d'exil dure parfois très longtemps et une fois en France, le besoin de soins n'est pas toujours détecté immédiatement. On le constate avec la vague d'arrivée de Rwandais, huit ans après la fin du génocide. De même, le Centre reçoit encore peu de personnes du Moyen-Orient.

En raison du conflit politique latent opposant les autorités au peuple kurde, la Turquie est l'un des pays les plus constamment représentés, bien qu'étant plutôt en baisse. La Tchétchénie, où règne un climat de terreur et d'impunité, devient progressivement depuis 2000 l'un des pays d'origine principaux.

Parmi ces pays, on trouve aussi le Sri Lanka, la Colombie et depuis une dizaine d'années, le Kosovo, l'Iran et l'Afghanistan.

Pour des raisons d'appartenance ethnique, de croyance religieuse ou politique, ou simplement dans un contexte de répression violente qui peut tomber sur n'importe qui,

ils ont été victimes de

violences physiques et psychologiques diverses, de violences sexuelles (les hommes comme les femmes), d'emprisonnement arbitraire, de menaces de mort ;

ils ont été témoins de

violences exercées sur leurs proches, voire de massacres dans lesquels ils ont souvent perdu un ou plusieurs membres de leur famille.

Un problème croissant de logement :

- Les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile sont progressivement devenus saturés (aujourd'hui, 1 place pour 3 demandes)
- Les autres solutions institutionnelles (foyers, hôtel) sont inadaptées et elles aussi saturées ;
- Les solutions « personnelles » (compatriotes, famille) sont de moins en moins fréquentes car, souvent, ces personnes ont également été atteintes par la précarité.

> Depuis 2011, en moyenne 13% de SDF parmi nos patients contre 2% en moyenne à la fin des années 90

Une nette dégradation de l'accueil en France, avec des conséquences directes sur la thérapie

Les conditions d'accueil très fortement dégradées et les difficultés grandissantes pour obtenir une protection donnent un sentiment d'insécurité aux patients que nous recevons et prolongent inévitablement la durée des soins.

La durée moyenne des suivis est aujourd'hui de 2 ans et demi, mais 15% des patients ayant quitté le centre en 2014 avaient été suivis sur une durée de 6 à 12 ans. Cette réalité est importante à connaître car les effets des violences induites par l'homme, bien souvent couplés avec la dureté de la vie et l'absence de papiers, rendent la sortie du centre de plus en plus problématique.

Retrouver une certaine « normalité » dans sa vie de tous les jours, rejoindre « le droit commun » pour les soins, arriver à « vivre enfin et pas seulement survivre » après la torture et la violence politique devient difficilement envisageable pour certains patients, tellement les obstacles paraissent insurmontables.



Le recours de plus en plus fréquent aux nuitées d'hôtel, faute de places en CADA (centres d'accueil pour demandeurs d'asile), est particulièrement problématique. J'ai visité de nombreuses chambres d'hôtel où vivaient des personnes que j'accompagnais : elles étaient en général insalubres, glaciales et minuscules, avec un lavabo pour tout confort, des salles de douches et des toilettes communes, l'interdiction d'installer un radiateur, de faire la cuisine ou de faire chauffer de l'eau (ce qui rend inutiles les produits principalement non cuisinés distribués par les banques alimentaires). La plupart des gérants d'hôtels, qui profitent de ce dispositif d'accueil défaillant, n'hésitent pas à laisser leurs locataires vivre dans des conditions sanitaires scandaleuses, parfois même dangereuses.



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

Comme l'illustre le cas de cette famille, **la dégradation des conditions de vie a un impact visible sur la santé des réfugiés.** Non seulement sur le plan psychique, parce que la précarité (synonyme d'isolement social, d'inactivité, parfois de décrochage scolaire des enfants) perpétue les souffrances et le déséquilibre de personnes dont le parcours est marqué par de nombreuses ruptures et pertes ; mais aussi, sur le plan physique, parce qu'elle empêche la rémission de certains symptômes (comme les insomnies, les maux de tête ou les douleurs musculaires). Dans le pire des cas, ce qui est malheureusement de plus en plus fréquent, les conditions de logement sont même la cause de nouveaux symptômes : cas extrême, le bébé de l'un de nos patients a été victime d'un arrêt cardiaque en mars 2015 à cause du froid. Il a heureusement pu être sauvé mais cet accident prouve qu'il y a urgence à trouver une solutions au grand problème de l'hébergement.

*Olivier Jégou,
assistant social au Centre Primo Levi*

ILS PARLENT

nepali,
amarhique,
lingala,
arabe,
persan,
khmer,
russe,
anglais,
tamoul,
turc,
malinké,
arménien,
albanais,
géorgien,
portugais,
espagnol,
dari,
serbo-croate,
soussou,
tchéchéne,
kinyarwanda,
penjabi,
tigrigna,
peuhl,
allemand,
soninké...

Aujourd'hui,
le russe,
le turc
et le tamoul
sont les
principales
langues
parlées par les
patients non-
francophones.

Le recours à l'interprétariat aux fondements du Centre Primo Levi

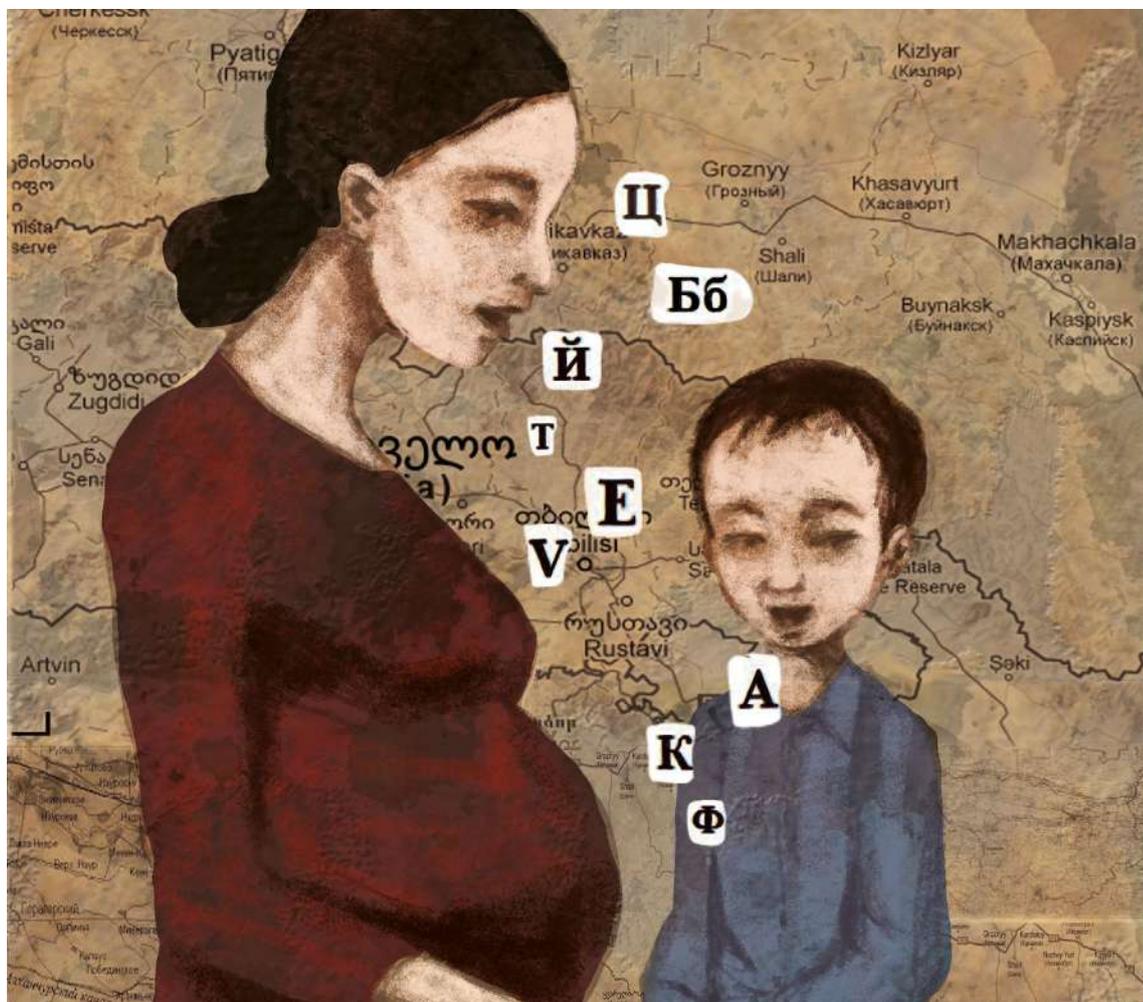
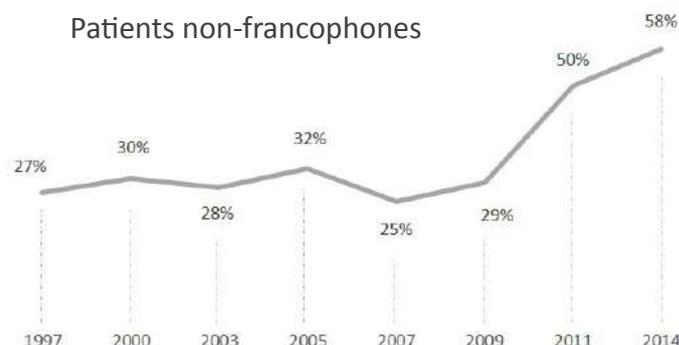
Respecter la langue de l'autre signifie aussi l'accueillir et accueillir sa souffrance. Les consultations ont donc lieu, dans la mesure du possible, dans la langue d'origine du patient. Certaines langues étrangères sont maîtrisées par les psychothérapeutes du centre. Dans d'autres cas, l'intervention d'interprètes professionnels s'est imposée.

Dans la même logique, le centre s'efforce de faire en sorte que le suivi d'un patient soit assuré par un seul et même interprète professionnel et de proposer un interprète différent à chacun des membres d'une famille dans le cas de prises en charge individuelles.

Des besoins en hausse

Alors que, sur la première décennie, les patients étaient en grande majorité issus d'Afrique subsaharienne francophone, le Russe, le Turc et le Tamoul sont maintenant les langues les plus parlées au centre. La proportion de patients ayant besoin d'un interprète a ainsi doublé en vingt ans.

Patients non-francophones



Depuis quinze ans, les familles sont de plus en plus nombreuses parmi les demandeurs d'asile

Les chiffres de la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA), gérée par le Centre d'action sociale protestant (CASP) depuis son ouverture en août 2000, permettent d'avoir une idée du nombre de personnes concernées. Sachant que la région Paris-Ile-de-France accueille environ 40% des requérants d'asile, toute extrapolation est permise. Alors qu'en juin 2007, la file active de la CAFDA se situait à 2 557 personnes (correspondant à 742 familles), 4 422 personnes (soit 1 328 familles) étaient suivies en juin 2014. Une situation explosive, à la fois pour les familles elles-mêmes et pour les professionnels de l'accueil et du travail social, épuisés à la fois par la surcharge de travail et par le sentiment d'impuissance. D'autant plus qu'en 2010, la décision a été prise de favoriser l'accueil des familles « primoarrivantes » jusqu'à l'obtention de leur première Autorisation provisoire de séjour (APS), qui permet l'inscription pour une demande de place en CADA (Centre d'accueil pour demandeurs d'asile). Or le suivi ne va pas au-delà des quelques semaines d'attente avant l'obtention de l'APS.

En recevant les hommes, les femmes et les enfants qui composent ces familles en exil, **les membres de l'équipe du Centre Primo Levi constatent les effets dévastateurs de la violence sur les personnes et sur les liens familiaux.** Les personnes reçues font rarement état de familles au complet. En effet, il manque souvent un des conjoints (ou parents), un ou plusieurs des enfants sont restés au pays, confié(s) à la hâte à un oncle, à une grand-mère. Trop risqué, trop cher, le voyage n'a pu être tenté en famille. D'autres familles sont, au contraire, aussi « au complet » que possible en exil, mais souvent amputées d'un ou de plusieurs membres : **trop jeunes, trop vieux, trop souffrants pour un tel voyage ou bien assassinés, disparus, incarcérés... Ceux qui manquent sont ceux qui n'ont pas survécu.** Certains se perdent lors de la fuite. D'autres encore fuient à des moments différents, suivent des chemins différents et perdent tout contact ainsi que l'espoir de se retrouver un jour. Dans tous les cas, il est question d'absence – synonyme d'attente – mais aussi de pertes multiples, de deuils, de sentiment de culpabilité, d'angoisse. Et un deuil non fait produit des traumatismes supplémentaires.

La violence infligée par les bourreaux vise aussi la famille de la victime

La barbarie et la terreur désarticulent les liens. Les enfants sont battus devant leurs parents, les parents humiliés ou exécutés devant les enfants : ces violences produisent inmanquablement des traumatismes au-delà de la douleur physique. **Père et mère sont déchus de leur rôle, fondamental, de protection vis-à-vis de leurs enfants : une situation qui, à certains égards, se perpétue dans l'exil.** Ce qui devient éminemment difficile après de tels traumatismes, c'est de réussir à trouver sa place de père, de mère, d'enfant au sein de sa famille,

ou de ce qui en reste. Cette difficulté est exacerbée en exil, lorsque l'enfant est scolarisé et apprend rapidement le français, ce qui l'amène souvent à jouer les interprètes pour ses parents, à être propulsé intimement dans les inquiétudes des adultes. **Alors que les enfants prennent rapidement des repères à l'école et s'y investissent, les parents se retrouvent sans activité,** ne pouvant subvenir à leurs besoins (les demandeurs d'asile ne sont pas autorisés à travailler), et sans la moindre occupation (l'Etat a renoncé aux cours de français pour les demandeurs d'asile dont plus de 70% seront déboutés et « ont pour vocation à quitter le territoire »). Dévorés par un sentiment d'insécurité, même en exil, hantés par les images des violences subies, les parents sont devenus l'ombre de ce qu'ils étaient, maintenus dans un état de dépendance totale, déchus socialement.

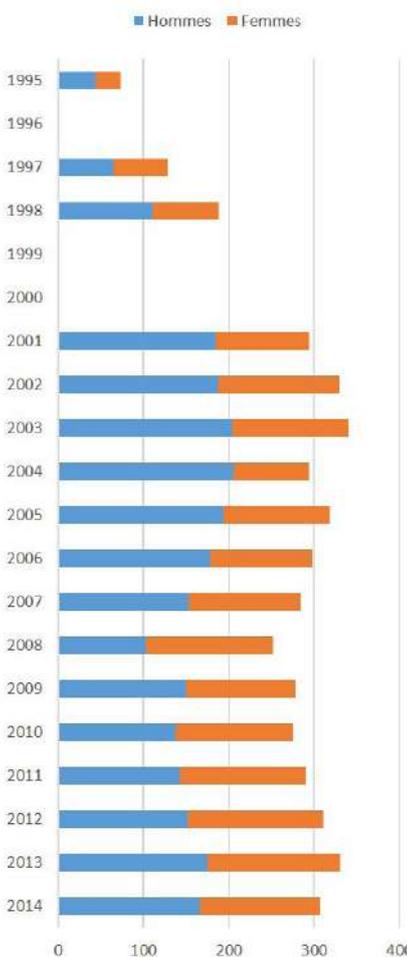
Les enfants veillent sur leurs parents, les soutiennent, ne posent pas de questions embarrassantes, ou très peu. **Comment être père, mère ici, quand les conditions d'accueil mettent en difficulté leurs capacités à veiller aux besoins de leur famille ?** Quand la précarité et la misère figent le quotidien, quand les quelques mètres carrés d'une chambre d'hôtel, souvent minable et où règne la promiscuité, font fonction de chez soi ?

Quels changements pour la procédure de regroupement familial ?

Les réfugiés statutaires ont le droit de faire venir leur famille sans conditions préalables de revenu ni de logement (exigées pour les autres migrants). Sauf que la durée de traitement des dossiers de demande d'asile a considérablement augmenté jusqu'à atteindre dix-neuf mois en moyenne aujourd'hui, et que le service d'état civil de l'OFPRA met souvent des mois pour établir les documents nécessaires au regroupement familial... on peut donc considérer qu'à l'heure actuelle, **cette demande n'est envisageable qu'après au moins deux ans de séparation !** Deux années – au moins – auxquelles vont encore s'ajouter un certain nombre d'années d'attente.

Il faut noter également un important changement : **il n'y a désormais plus d'organisme attitré ayant pour mission l'accompagnement des réfugiés dans cette longue démarche.** En 2008, le Service social d'aide aux émigrants (SSAE), qui gérait notamment un fonds d'aide au voyage aidant les familles en difficultés financières à payer les billets d'avion, a été démantelé et cette mission a été confiée à un organisme d'Etat, l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrants (ANAEM). En 2009, celle-ci a fait place à son tour à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) qui n'assume plus ce rôle et n'a d'ailleurs pas de budget alloué à l'aide au voyage. Le réfugié se retrouve dans une solitude absolue, sans accompagnement, sans aide financière et sans préparation pour le calvaire supplémentaire qui l'attend. Bref, l'obtention du statut de réfugié n'est pas un sésame pour ces familles mutilées : de part et d'autre, les liens sont mis à rude épreuve.

La proportion d'hommes et de femmes parmi les patients



Conformément à l'image communément admise du réfugié, les hommes étaient majoritaires au sein de la file active. Toutefois, la tendance s'est inversée en 2008, où ils ne représentaient que 41%. Depuis, le rapport varie autour de 50/50, en lien avec le fait que les personnes soient de plus en plus nombreuses à s'exiler en famille.

Des suivis qui s'allongent...

2,5
ans en moyenne
aujourd'hui

...et qui sont de plus en plus souvent multiples :

70%
des patients sont
maintenant suivis
sur plusieurs plans
(psychologique, médical,
juridique et/ou social)

La moyenne
d'âge des
patients reste
à peu près la
même :

35 ans



La proportion
d'enfants
et de familles
a tendance
à augmenter

**A leur arrivée au centre, les déboutés du droit d'asile sont de plus en plus nombreux...
... alors qu'il s'agit des personnes le plus en besoin de protection.**

Jusqu'en 2005, ils représentaient entre 0 et 6% de nos patients. Depuis, ils sont entre 10 et 25%. A l'inverse, entre 20 et 30% des personnes qui s'adressaient au centre pendant les premières années avaient le statut de réfugié ; aujourd'hui, c'est le cas de seulement 9% d'entre eux.

Comment le Centre s'est-il adapté à ces évolutions ?

- En créant un espace « Enfants et adolescents » dès l'année 2000, avec une procédure d'entrée prioritaire et simplifiée, une équipe de psychologues spécialisés dans leur prise en charge et un responsable du suivi auprès des écoles ;
- En triplant presque ses capacités d'accueil : 353 patients en 2013, contre 136 l'année de sa création ;
- En développant un centre de formation (agrée depuis 2002) pour former les professionnels extérieurs (assistants sociaux de secteur, éducateurs, personnel de foyers, psychologues, etc.) à travailler avec ce type de personnes ;
- En développant des réseaux de professionnels en Île-de-France, en région et dans les autres pays francophones ainsi que des partenariats avec des structures associatives et publiques ;
- En renforçant l'activité juridique et sociale : aujourd'hui, l'équipe comprend 2 assistants sociaux à temps partiel et 1 juriste qui, à eux seuls, reçoivent 194 patients ;
- En augmentant le budget alloué à l'interprétariat (le centre, quasiment depuis sa création, travaille exclusivement avec des interprètes professionnels vacataires).

Jacques a 19 ans. Il est erythréen. Un jour, en voiture avec sa petite amie, ils ont un accident ; elle ne survit pas à ses blessures. **C'était la fille d'un haut gradé, autrement dit d'un homme puissant.**

Menacé par cet homme et ses sbires qui le considèrent responsable de cette mort, il doit prendre la fuite. Une fois en France, il rencontre des compatriotes qui l'entraînent dans des manifestations contre le régime erythréen. **Alors que son dossier de demande d'asile est presque prêt, il se fait arrêter et renvoyer en Erythrée.**



A peine sorti de l'avion, il est embarqué par la police, direction la prison. Les tortionnaires ont trouvé sur les réseaux sociaux les photos de manifestations auxquelles il a participé en France. Pendant plus de deux mois, **il sera quotidiennement torturé, violé, humilié, menacé de mort.**

Une fois libéré, il quitte de nouveau son pays pour la France, où il dépose une demande d'asile.

Débouté de cette demande sous prétexte de ne pas avoir assez de preuves pour étayer son

récit, il s'enfonce dans la dépression. À la rue, il ne mange plus, ne parle à personne, vit dans la peur d'être de nouveau renvoyé en Erythrée.

Un jour, un compatriote lui recommande le Centre Primo Levi. Un médecin le reçoit au centre pour soigner les séquelles des tortures. Quelques mois plus tard, **lors d'un banal contrôle de police, il est envoyé en centre de rétention¹**, alors même qu'il a rendez-vous à la préfecture deux jours plus tard. Trois ans jour pour jour après sa première expulsion d'Europe, qui l'avait directement jeté dans les geôles erythréennes... Terrorisé à l'idée d'être une fois encore renvoyé dans son pays, Jacques est heureusement libéré par le juge administratif, après 5 jours d'angoisse, grâce au travail acharné de la juriste du Centre Primo Levi.

Aujourd'hui, il est suivi par le médecin du Centre mais aussi par un psychologue, car cette arrestation a ravivé ses traumatismes.

A 22 ans, **Jacques est un jeune homme brillant mais paralysé par ses angoisses.** Il rêve pourtant de choses simples : pouvoir poser son bagage, trouver une formation, reprendre ses études, avoir un toit.

¹ En France, les centres de rétention administrative sont utilisés pour retenir les étrangers auxquels l'administration ne reconnaît pas le droit de séjourner sur le territoire français et a décidé de procéder à leur éloignement forcé.

DES PROFESSIONNELS EN MANQUE DE FORMATION

Pour améliorer la prise en charge des victimes de la torture en France, le Centre a choisi dès sa création de partager son expérience et de former les professionnels extérieurs non préparés à ce type de public. Face à la demande croissante, le centre a créé en 2002 un centre de formation agréé et a étoffé progressivement son offre à destination de tous les professionnels - en France ou à l'étranger - en lien avec des personnes victimes de la torture.



Ce qui rend les effets de la torture et des violences politiques singuliers, c'est la grande difficulté des victimes à parler de leurs souffrances et à trouver une oreille attentive. Or leur silence ne fait que prolonger ces effets. Il faut donc savoir les amener à en parler par une attitude empathique, une écoute attentive de leurs souffrances et de leurs antécédents, en posant les questions adéquates avec tact.

Le problème est que faute de formation, les professionnels ne savent pas détecter les liens entre les plaintes exprimées et le passé de la personne. Il n'existe en effet de formation spécifique dans aucun des cursus potentiellement concernés (travailleurs sociaux, médecins, éducateurs, etc.). Même les cursus de psychologie, jusqu'à il y a peu de temps, ne proposaient pas d'enseignement sur le psychotraumatisme en lien avec la violence politique. Ne connaissant pas les effets particuliers de la torture, les professionnels ne vont donc pas nouer le dialogue qui pourrait faciliter la parole et permettre un suivi adapté ou une orientation rapide vers des soins médicaux, psychologiques ou psychiatriques adéquats. Face à des comportements atypiques ou, par exemple, à une absence de réaction à des traitements inadaptés, les professionnels se sentent impuissants et parfois isolés.

Dès sa création, consciente que le centre de soins ne pourrait jamais accroître suffisamment ses capacités d'accueil pour répondre à la demande, l'équipe du Centre Primo Levi a donc fait le choix de partager son expérience et de former elle-même les professionnels extérieurs, qu'ils soient en Île-de-France, en région ou à l'étranger.

Ils ont suivi une formation au Centre Primo Levi

Ces soirées sont vraiment utiles pour comprendre le cadre général de ce qu'ont vécu les personnes que l'on rencontre. Ça permet d'avoir certaines intuitions quand on est en face-à-face ou au téléphone avec les bénéficiaires, et donc de mieux travailler au quotidien.

Stephania A., officier dans le service de la Croix-Rouge chargé de rétablir un lien entre les personnes séparées par un conflit

Il est bon de sortir de sa routine et d'entendre/réentendre un peu de bon sens et de pertinence dans ce système administratif de l'asile qui ne laisse pas de place à l'humain. J'en sors avec un regard et un souffle nouveau pour continuer à aborder et à accompagner ces jeunes isolés. J'ai beaucoup apprécié les différents aspects psychologiques mis en avant. J'en retiens notamment deux, la honte et la temporalité — deux concepts qui permettent de comprendre beaucoup de choses par rapport à leurs comportements...

Gérard B., éducateur spécialisé

Dispensées par l'équipe du centre de soins elle-même et organisées selon un programme annuel ou à la demande, les formations permettent de comprendre les effets physiques et psychologiques des traumatismes associés à la violence politique sur chaque sujet et sur les familles, tout en abordant les répercussions sur le lien social. Elles prennent également en compte la problématique de l'asile et les particularités culturelles des différents publics : enfants, adolescents, familles, adultes. Le Centre est particulièrement sollicité sur le travail (en particulier clinique) avec interprète et sur la prise en charge des mineurs isolés.

La formule « à la demande », grâce à laquelle des équipes entières sont formées selon un programme adapté à leurs besoins, est de plus en plus employée. Sont ainsi passées par le centre des équipes d'Amnesty International, des Apprentis d'Auteuil, de la Croix-Rouge, du Haut-Commissariat aux Réfugiés, de la Protection judiciaire de la Jeunesse, de Médecins Sans Frontières ou encore du Secours Catholique. De même, le Centre Primo Levi a régulièrement effectué des missions de formation pour des structures étrangères, en France ou dans le pays en question : pour des structures russes, congolaises, haïtiennes, algériennes, belges ou dernièrement syriennes.

Autres outils de formation à destination des professionnels

Outre le centre de formation, le Centre Primo Levi publie depuis 1997 la revue trimestrielle *Mémoires*, qui s'est progressivement étoffée et qui a été réorientée spécifiquement pour les professionnels en 2012. Cette revue est un espace de réflexion et de débat, ouvert à des contributeurs extérieurs, sur les questions relatives aux effets de la torture et de la violence politique, à la prise en charge adaptée et au droit d'asile en France et en Europe. Par ailleurs, un centre de documentation a été ouvert en 2008, mettant à la disposition du public un fond constitué de plus d'un millier d'ouvrages, de revues, d'articles, de rapports et de travaux universitaires sur les thématiques de la santé et du trauma, de l'exil, de l'asile et des migrations, de la torture et de la violence politique ou encore du témoignage et de la mémoire.

Des avancées dans la formation universitaire et professionnelle

Même si le manque de formation reste à déplorer, il faut toutefois noter que certains enseignements commencent à être intégrés à l'université. Depuis quelques années, par exemple, des cliniciens du Centre Primo Levi interviennent régulièrement à Paris VII, à l'École Supérieure d'Interprétariat et de Traduction

LA FORMATION EN CHIFFRES

4 000

professionnels français et étrangers ont été formés depuis la création du Centre Primo Levi

Ils sont travailleurs ou assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues, médecins et personnels soignants, professionnels de l'éducation, juristes et professionnels du droit, interprètes, personnels encadrants, postes de direction, étudiants, bénévoles associatifs, chercheurs...

300

structures ont bénéficié d'une formation « sur mesure »

rattachée à Paris-Dauphine ainsi qu'à Paris-Descartes. Les colloques et réflexions autour de la santé des migrants ont commencé à apparaître il y a une dizaine d'années et ont pris de l'ampleur et de la visibilité.

Par ailleurs, outre celui du Centre Primo Levi, il existe aujourd'hui neuf autres centres de formation spécialisés dans les thématiques de l'asile, dont quatre dans la thématique particulière des effets de la torture.

Contrairement aux années 90 où, à titre d'exemple, les équipes de Médecins du Monde découvraient avec désarroi les dégâts de la torture au Rwanda, les organisations humanitaires commencent elles aussi à être mieux formées.

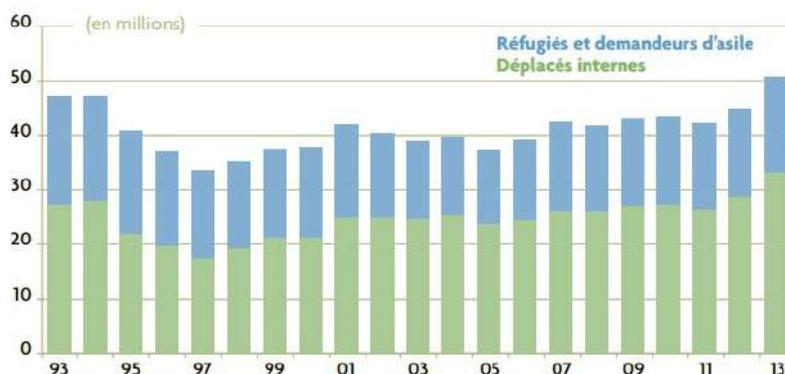
LES CHIFFRES MIS EN PERSPECTIVE

L'accueil et la prise en charge des exilés semblent dépendants d'une politique des chiffres, elle-même fondée sur de nombreuses idées fausses : l'Europe, et en particulier la France, serait aujourd'hui « envahie » par les migrants (sans distinction entre les migrants économiques et les personnes fuyant des conflits). La France serait d'une générosité disproportionnée à ses possibilités d'accueil. Il est donc important de revenir sur les véritables chiffres et de les lire avec relativisme...

Les déplacements forcés dans le monde

Selon les conflits, il y a chaque année en moyenne 40 millions de personnes forcées à quitter leur ville de résidence pour des raisons de conflit politique. Parmi eux, la plupart restent dans leur pays (ce sont les « déplacés internes ») ou dans un pays frontalier. Ainsi, en 2013, le Pakistan accueillait le plus grand nombre de réfugiés dans le monde (1,6 million), suivi de l'Iran (857 400), du Liban (856 500), de la Jordanie (641 900) et de la Turquie (609 900).

Les déplacés forcés de 1993 à 2013



Source : rapport global 2013 de l'UNHCR

La demande d'asile en Europe

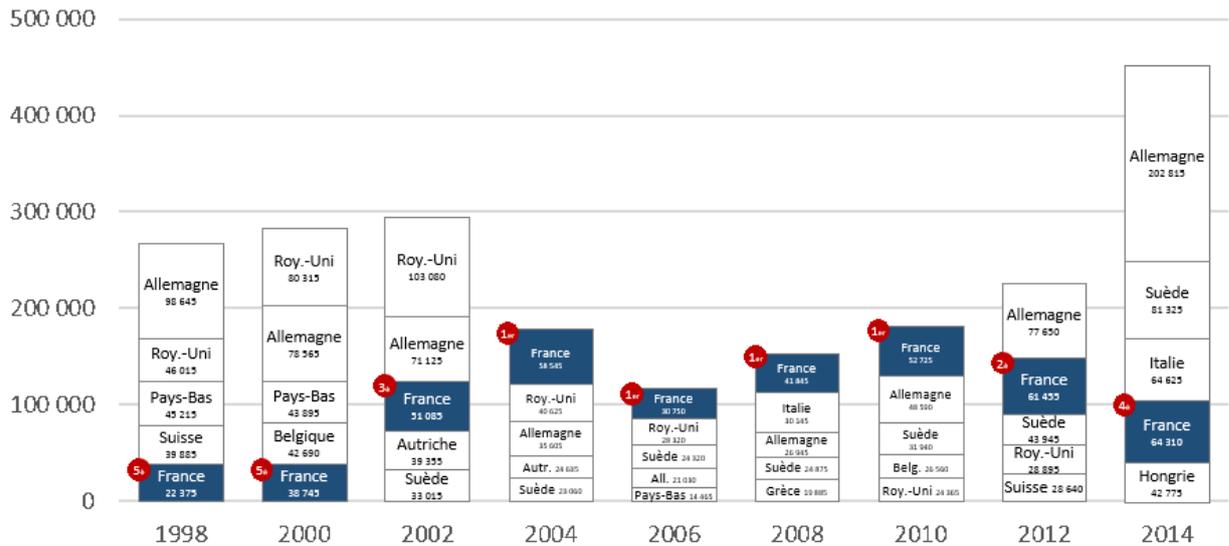
L'histoire de l'Europe est intimement liée à l'accueil de réfugiés, tout comme à l'immigration. L'Allemagne, le Royaume-Uni et la France figurent depuis longtemps parmi les principaux pays d'accueil, avec toutefois des variations et des périodes « creuses ». Après avoir été le premier pays en nombre de demandes d'asile de 2004 à 2011 (sauf en 2007), la France est repassée derrière l'Allemagne. En 2014, avec une légère baisse de 2% contrairement à presque tous les autres pays européens, elle est également passée derrière la Suède et l'Italie. Si le nombre de demandes d'asile a particulièrement augmenté cette année en Europe, la France fait donc exception.

En 2014, la France
a vu le nombre de
demandes d'asile

baisser

de 2%

Les cinq premiers pays d'Europe en nombre de demandes d'asile, de 1998 à 2014



Source : site d'Eurostat

En termes d'accord du statut de réfugié, **des quatre pays d'Europe ayant reçu le plus grand nombre de demandes d'asile en 2014, la France est celui y accordant le moins** avec 30,1% de réponses positives sur la totalité des demandes d'asile traitées. En comparaison, l'Allemagne a rendu 48,9% de réponses positives en 2014, l'Italie 58,6% de réponses positives et la Suède 82,7% de réponses positives.

Ramenés aux populations des Etats membres, le nombre de demandeurs d'asile est le plus élevé en Suède (8,4 demandeurs par millier d'habitants), devant la Hongrie (4,3), l'Autriche (3,3) et Malte (3,2).

Sachant que la liste des pays considérés comme « sûrs » diffère d'un pays d'Europe à l'autre, il faut également noter que le traitement des demandes d'asile varie considérablement : les personnes originaires d'un même pays peuvent largement obtenir le statut de réfugié dans un pays, et très difficilement dans un autre.

En 2014, la France a accordé une protection à

30,1% des requérants

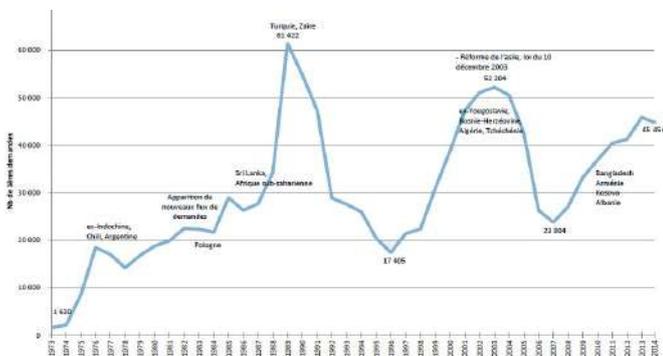
(le taux le plus faible des quatre principaux pays d'accueil)

contre

78% en 1981

La demande d'asile en France

Les premières demandes de protection déposées en France

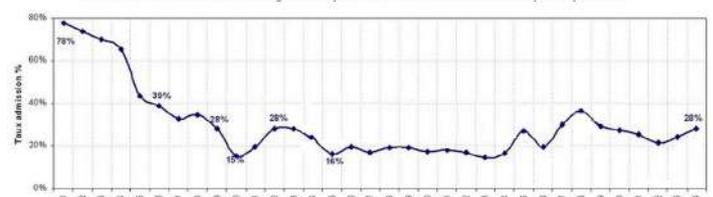


Source : site de l'OFPPA

Les demandes d'asile en France ont connu des périodes de pic, en fonction des conflits internationaux et des besoins de protection. Si le nombre de demandes est remonté de 2007 à 2013, il a cependant légèrement diminué en 2014.

Le taux d'accord en France

Taux d'admission global (par l'OFPPA et la CNDA, statut de réfugié et protection subsidiaire confondus) en France

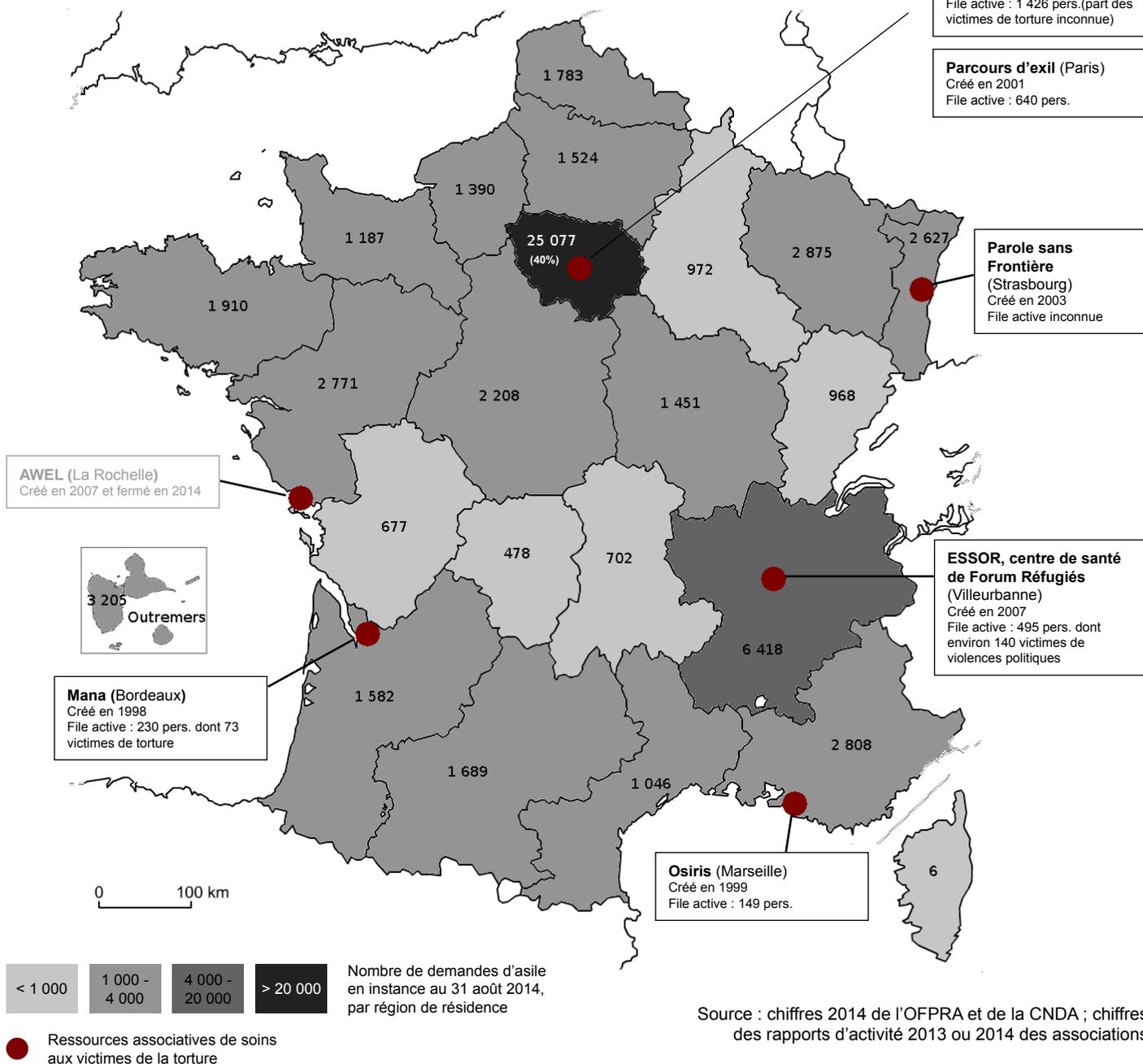


Source : site de l'OFPPA

En 1981, 78% des personnes requérant l'asile en France obtenaient une protection. Depuis, ce taux a régulièrement baissé, sauf les années de baisse drastique du nombre de demandes (92-94, 2005, 2007).

Peu de centres de soins spécialisés au regard des besoins

Seuls 10 centres de soins spécialisés ont été créés en France, dont 2 ont dû fermer ces dernières années pour des raisons budgétaires. Tous n'accueillent pas exclusivement des personnes victimes de la torture, et seul le Centre Primo Levi offre une prise en charge à la fois psychologique, médicale, sociale et juridique.



32 200
personnes chaque jour sont forcées de quitter leur foyer parce que leur vie est menacée

125 000
hommes, femmes et enfants victimes de violence politique sont présentes sur le territoire français

4 900
d'entre eux sont suivis dans un centre de soins spécialisé, dont 330 au Centre Primo Levi

QUELQUES IDÉES REÇUES SUR LES MIGRANTS

Les prétextes à fermer nos frontières aux personnes en quête de protection sont malheureusement nombreux. Les contextes de crise économique et sociale forment un terreau idéal à la xénophobie et aux idées préconçues. Les principes de solidarité et de respect des conventions internationales ne semblent pas suffisants à convaincre l'opinion et les décideurs publics d'offrir un accueil digne à ces personnes. Au-delà de ces principes, il existe pourtant un « intérêt » réel à favoriser leur accueil et à améliorer leur prise en charge.

Fermer les frontières ne fait qu'accroître les arrivées illégales

Les personnes forcées à fuir leur pays n'ont en général pas de possibilité de retour car les conflits durent des années, parfois plus. Les pays frontaliers des principaux foyers de violence sont, pour la plupart, des pays pauvres ou eux-mêmes en situation politique instable. N'ayant plus rien à perdre, ces hommes, ces femmes et ces enfants risquent donc leur vie pour rejoindre des lieux où ils pensent trouver refuge. Les politiques de fermeture des frontières ne les dissuaderont pas de tenter leur chance pour retrouver une vie stable et digne.

Les déboutés : un faux débat

En France si ce n'est dans toute l'Europe, l'asile a progressivement perdu ses lettres de noblesse. Considéré, à l'époque de la signature des conventions de Genève, comme un droit humain destiné à protéger des personnes menacées, il est aujourd'hui miné par une autre idée fautive selon laquelle il serait pris d'assaut par des « migrants économiques déguisés ». Ce préjugé légitime le nombre particulièrement élevé de personnes déboutées du droit d'asile et porte à croire en un dispositif infaillible à détecter les « vrais » des « faux ». Il suffit pourtant de jeter un oeil aux principales nationalités des demandeurs d'asile (République démocratique du Congo, Russie, Bangladesh, Syrie) pour se convaincre des réelles motivations qui les ont amenés à s'engager dans cette procédure longue et douloureuse.

Aujourd'hui, entre 10 et 25% des personnes se présentant au Centre Primo Levi ont été déboutées alors qu'elles présentent manifestement, en consultation médicale ou psychologique, des séquelles de violences graves. Souvent incapables de parler de ces violences au premier contact, et encore moins devant des personnes incarnant l'autorité (qu'il assimilent à leurs tortionnaires), ou inaptes à fournir un récit parfaitement cohérent à cause des troubles de mémoires et autres effets causés par le traumatisme, ces personnes voient leur parole mise en doute et en ressortent moins confiantes et plus anéanties encore.

Les soins coûtent moins cher s'ils sont adaptés

Comme dans toutes les problématiques de santé publique, il est évident qu'une prise en charge adaptée et précoce est moins coûteuse pour le contribuable. Aujourd'hui, il n'existe pas dans le droit commun de dispositif de santé adapté aux demandeurs d'asile en besoin de soins. Ceux qui bénéficient de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide médicale d'Etat vont de consultation en consultation dans des structures ne disposant pas d'interprètes, où les rendez-vous sont souvent trop rapides pour entrer en confiance avec le soignant et livrer les raisons de leur souffrance, où la moindre absence (souvent due à des conditions de vie instables, si ce n'est aux troubles de la mémoire et de la concentration consécutifs aux violences subies) vaut exclusion de la file active. Ainsi, les personnes qui s'adressent au Centre Primo Levi arrivent souvent avec des dossiers médicaux qu'eux-mêmes ne comprennent pas, des diagnostics erronés et des traitements inadaptés. Intégrer ces personnes au droit commun et leur offrir une prise en charge adaptée serait d'autant moins coûteuse qu'elle éviterait ces consultations inutiles ainsi que d'éventuelles prises en charge plus lourdes, en cas d'absence de soins précoces et d'aggravation de leur état.

L'impact des effets de la torture sur l'entourage

La santé et la stabilité des conditions de vie des personnes victimes de la violence politique a un impact sur leur entourage et sur la société. D'une part, les effets de cette violence ont la particularité de se transmettre aux générations suivantes : les enfants d'une personne ayant subi la torture en « absorbent » les effets sans pour autant l'avoir vécue ni même en avoir témoigné. Ces effets peuvent se manifester de différentes façons — par exemple sous la forme d'une agressivité particulièrement forte au moment de l'adolescence. Soigner ces personnes permet de diminuer ces effets, qui ont tendance par ailleurs à renforcer l'exclusion de l'ensemble de la communauté des exilés et donc de porter atteinte au « bien vivre ensemble ».

Mme M.

est iranienne. Enseignante, elle a un mari, deux enfants. En 2009, après les élections, elle descend dans la rue comme nombre de ses compatriotes. **Elle est arrêtée par la police avec d'autres manifestants. Pendant plusieurs jours, elle est maintenue en détention, arbitrairement. Au cours de cet emprisonnement, elle est torturée, frappée, violée.** Elle finit par réussir à quitter l'Iran avec sa famille. Arrivée en France, elle se rend à une permanence pour réfugiés d'Amnesty International dont un des bénévoles l'oriente vers le Centre Primo Levi. Reçue en février 2012 en entretien d'accueil au Centre Primo Levi, Mme M. exprime le besoin d'un soutien psychologique, au-delà d'une prise en charge médicale qui l'aidera à retrouver un peu de paix et de sommeil. Très isolée, **hantée par les cauchemars, hyper-sensible, ayant régulièrement des flashbacks** des scènes de torture, se sentant coupable et honteuse, ayant peur d'être rejetée, **elle n'a jamais réussi à dire à son mari, depuis 4 ans, qu'elle a été victime de viols.** Cela l'obsède pourtant jour après jour.

La prise en charge a commencé à raison d'un rendez-vous par semaine avec une psychologue clinicienne du centre de soins ainsi qu'un rendez-vous toutes les 2 semaines avec une des médecins généralistes du Centre. Elle exprime très tôt le souhait de retravailler. Pour elle, c'est sa dignité qui est en jeu. Elle gagnait sa vie en Iran, **elle ne veut pas dépendre de la société en France**, elle veut être autonome financièrement. Elle qui était enseignante dans son pays, veut retravailler avec des enfants. L'assistante sociale commence par lui conseiller d'améliorer son niveau de français, et l'oriente vers une association de cours de français. Elle progresse très rapidement puis entame une formation pour garder des enfants.

Une amélioration de son état psychique est constatée au bout d'un an de prise en charge. Elle est désormais garde d'enfant à domicile chez des particuliers. Elle a obtenu le statut de réfugiée et continue de consulter une psychologue une fois par mois environ. Malheureusement, ses conditions d'hébergement sont encore très précaires et restent un obstacle à une reconstruction complète...



Voilà pourquoi le Centre existe encore aujourd'hui.

Rédaction, conception graphique et cartographie (page 20) :
Joséphine Vuillard
Impression : ExpressionII, 10 bis rue Bisson, 75020 Paris
Achévé d'imprimer : juin 2015

Illustrations de Jean-Christophe Lie

Le Centre Primo Levi a bénéficié pour la publication de cet ouvrage du soutien de



20 ANS CENTRE PRIMO LEVI | VIVRE APRÈS LA TORTURE