

**OBSERVATIONS DE PARCOURS D'EXIL CONCERNANT  
L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE TORTURE ET DE  
MAUVAIS TRAITEMENTS EN FRANCE**

Présentées au Comité contre la Torture en vue de la 57ème session, du 18 avril 2016 au 13 mai 2016.

## Présentation de l'association :

Créée en 2001, l'association Parcours d'exil a pour objet la mise en œuvre de tous les moyens pour la prise en charge médico- psychologique et sociale de toute personne victime d'atteintes aux Droits de l'Homme et/ou aux Droits de l'Enfant, notamment de torture, de violence d'Etat, pratiques culturelles préjudiciables à la santé des femmes ou des enfants et des mineurs isolés.

Parcours d'exil réalise trois missions principales :

- **Soigner** les demandeurs d'asile, les réfugiés victimes de traumatismes graves (tortures, persécutions, excision, mariage forcé, conflits armés..) et les Mineurs Isolés Etrangers;
- **Former** les professionnels à l'accompagnement des personnes victimes de psycho traumatismes ;
- **Informier** le grand public et les décideurs sur les violations des droits de l'Homme et la pratique de la torture dans plus de 100 Etats dans le monde.

Le centre de soins basé à Paris accueille chaque année environ **700 patients**, dispense plus **5 000 consultations** médicales et/ou psychologiques et forme ou supervise **350 professionnels**.

Les patients du centre de soins sont essentiellement des migrants issus chaque année d'une cinquantaine de pays différents, avec une forte proportion de patients africains (77% en 2014). Les patients sont majoritairement des hommes (63%) et 71% des patients accueillis en 2014 avaient moins de 35 ans.

Parcours d'exil souhaite attirer l'attention du Comité sur les questions de **l'accès à la réhabilitation** et **l'accès à la protection** en France des victimes de Torture.

## 1. Accès à la Réhabilitation

La situation que nous constatons habituellement est que la très grande majorité des victimes de torture en France sont des personnes en situation de migration qui ont fui leur pays afin de solliciter une protection internationale.

Comme indiqué dans la réponse de la France aux observations du Comité en date du 3 février 2016, la France a reçu en 2015 près de **80 000 demandes d'asile**. S'il est difficile d'évaluer le nombre de demandeurs d'asile ayant été victime de torture, certaines études peuvent donner des éléments de grandeur.

Ainsi, dans un rapport daté de 2005, le Ministre de la Santé estimait<sup>1</sup> que 20% des réfugiés ont été soumis à la torture. La France accueillant actuellement environ **165 000 réfugiés statutaires**, on peut estimer à 33 000 le nombre de personnes ayant besoin d'accéder à des services de réhabilitation.

Sur le plan médical, une étude de 2009<sup>2</sup> réalisant la synthèse de 181 études portant sur 81 866 réfugiés et personnes touchées par des conflits issues de 40 pays différents, montre un taux de prévalence de plus de 30% de l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT). Rapporté au nombre de demandeurs d'asile accueillis en France chaque année, on obtient le chiffre de 24 000 personnes montrant des séquelles nécessitant un traitement.

Ces différents chiffres permettent de se représenter le besoin de soins qui peut exister pour cette population.

Face à cela, **l'offre de soins est défailante car largement sous-dimensionnée**, notamment au regard des dispositions relatives à la réhabilitation des victimes telles que défini dans l'Observation Générale n°3 de 2012.

En effet, dans son paragraphe 13, l'Observation stipule notamment que « *Pour s'acquitter de l'obligation d'assurer à la victime de torture ou de mauvais traitements les moyens nécessaires à une réadaptation aussi complète que possible, chaque État partie doit adopter un mode d'approche à long terme et intégré et faire en sorte que des services spécialisés*

---

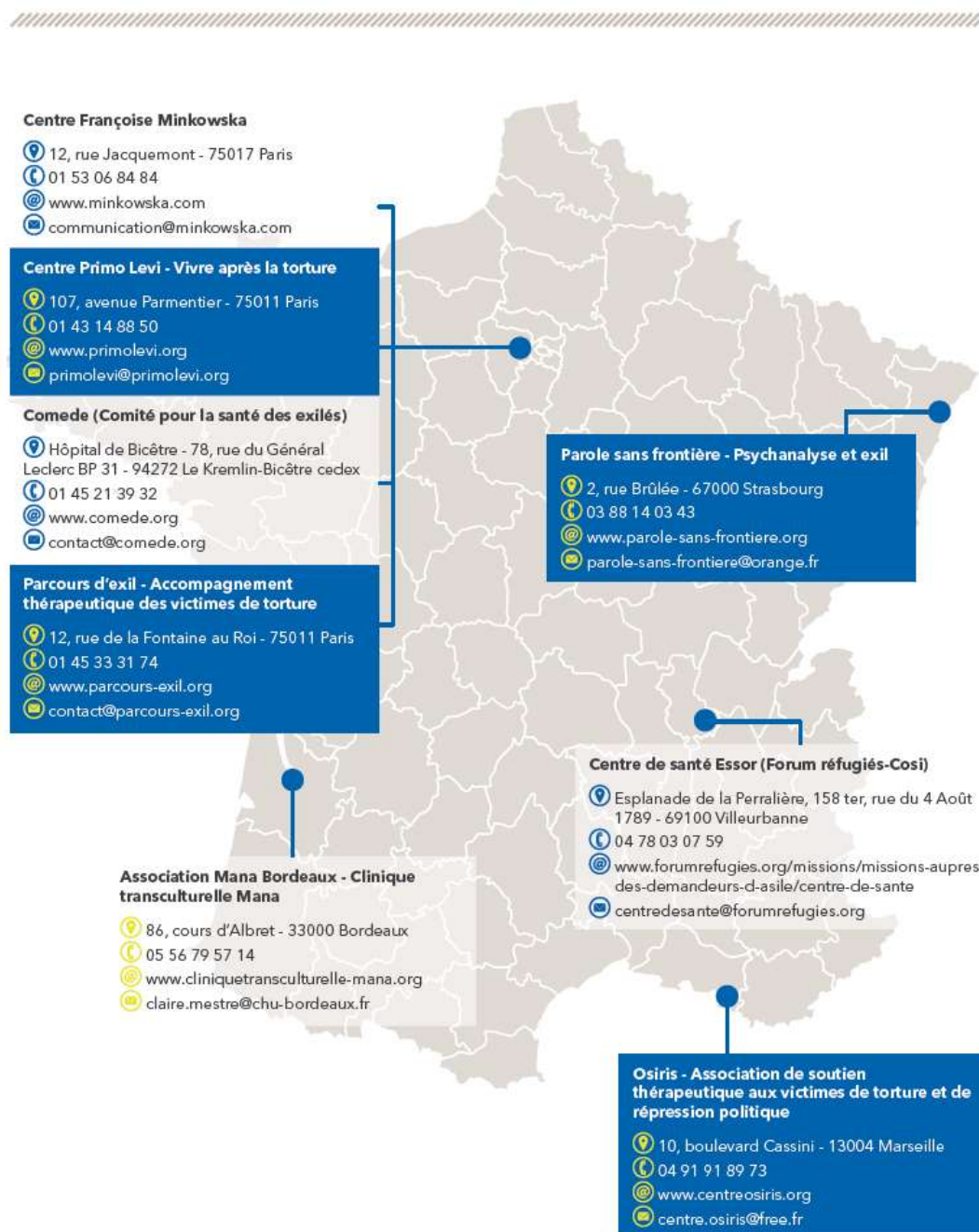
<sup>1</sup> Préface d'un guide réalisé conjointement par l'Association pour les victimes de la répression en exil (Avre) et le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

<sup>2</sup> "Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis", Steel et al., 2009

*dans la prise en charge des victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements soient disponibles, appropriés et facilement accessibles ».*

S'il existe un certain nombre d'associations d'aide aux victimes en France, très rares sont celles qui s'adressent aux situations spécifiques des migrants victimes de torture. La spécificité de la prise en soins de ces personnes (le soin du traumatisme dans un contexte interculturel) les exclue de fait de soins de droits commun.

## LES CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS EN FRANCE



Ainsi, **seules 8 associations spécialisées** (dont Parcours d'exil) sont recensées sur le territoire, pour une capacité d'accueil d'environ **4 000 patients par an**. La moitié d'entre elles sont situées en région parisienne. Toutes ces associations font état d'un manque de moyens financiers qui ne leur permet pas de répondre à toutes les sollicitations et provoquent des délais d'attente souvent supérieurs à six mois.

Cette situation entraîne de graves disparités quand à l'accès aux soins, certaines victimes se situant à plusieurs centaines de kilomètres du premier centre de soins.

Ainsi, il n'existe par exemple aucun service de réhabilitation dans la région Nord, alors que les camps autour de Calais ont compté jusqu'à 5 000 personnes y vivant.

Pourtant, l'Etat Français ne met en œuvre aucune politique à long terme visant à répondre à ce problème de santé publique.

On constate plusieurs phénomènes qui font obstacle au développement de services spécialisés :

- **Restriction des financements alloués** aux associations et abandon de la contribution Française au Fond Volontaire des Nations Unies pour les Victimes de Torture;
- **Dilution des responsabilités** entre les différents ministères (Ministère de la Santé, Ministère de l'Intérieur, Ministère des Affaires Etrangères...);
- Non adaptation du droit commun à ce type de population ;
- Manque de formation des professionnels.

## **2. Accès à la protection**

Après l'adoption du nouveau paquet Asile par le Parlement Européen au mois de juin 2013, la France a procédé à la transposition des différentes Directives par la loi du 29 juillet 2015.

Alors que la Directive « Accueil » (Directive 2013/33/UE) annonçait un certain nombre d'avancées au profit des demandeurs d'asile vulnérables, parmi lesquels les victimes de torture sont spécifiquement désignées, on constate que la transposition en droit Français est imparfaite.

### **2.1 La procédure d'identification**

En effet, alors que la Directive Accueil prévoyait dans son article 22 la mise en place d'une procédure d'évaluation systématique de la vulnérabilité des demandeurs d'asile préalable à la décision relative à l'attribution du statut de réfugié, la France a refusé d'y inclure l'identification des victimes de tortures.

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE D'ACCUEIL

### I. Besoins d'hébergement

	OUI	NON	Non-réponse
Hébergé par la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1 Stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Précaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergé par un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 Précaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer pour quelle durée : .....			
Sans hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### II. Besoins d'adaptation

	OUI	NON	Non-réponse
Femme enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date prévue du terme : .....			
Handicap sensoriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1 Visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.3 Difficultés à verbaliser, mutisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap moteur - Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 Chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépôt de documents à caractère médical effectué par le demandeur sous pli confidentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	Non-réponse
Le cas échéant, l'original des documents a-t-il été restitué au demandeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'accepte que ces informations soient transmises à l'OFPRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les autorités ont réalisé une hiérarchisation des causes de vulnérabilité en distinguant des vulnérabilités « objectives » telles que le handicap, la grossesse, la maladie grave, des vulnérabilités « subjectives » qui auraient un lien avec la procédure d'asile, comme le fait d'avoir été victime de torture, de viol ou de violences.

La distinction ainsi opérée a de fait exclu les victimes de torture de la procédure d'identification précoce.

Cette hiérarchisation apparaît contraire au texte des directives, alors que la procédure d'identification pourrait rechercher d'éventuelles séquelles liées à un ESPT afin « d'objectiver » l'identification des victimes de violences sans se prononcer sur le vécu traumatique lui-même (par exemple, le questionnaire PROTECT).

## 2.2 Les certificats médicaux légaux

De la même manière, la loi du 29 juillet 2015 a transposé l'article 18 de la Directive relatif à l'établissement de rapports médicaux légaux dans le cadre de la procédure d'asile :

*« Art. L. 723-5.-L'office peut demander à la personne sollicitant l'asile de se soumettre à un examen médical.  
« Le fait que la personne refuse de se soumettre à cet examen médical ne fait pas obstacle à ce que l'office statue sur sa demande.  
« Les certificats médicaux sont pris en compte par l'office parallèlement aux autres éléments de la demande.  
« Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'asile et de la santé, pris après avis du directeur général de l'office, fixe les catégories de médecins qui peuvent pratiquer l'examen médical, ainsi que les modalités d'établissement des certificats médicaux. » ;*

A ce jour, l'arrêté mentionné n'a toujours pas été adopté et il n'existe aucune forme d'encadrement de la pratique des médecins amenés à réaliser ces examens médicaux.

Nous craignons donc qu'en l'absence de définition de modalités strictes, les examens pratiqués ne soient pas au niveau des standards internationaux tels que le Protocole d'Istanbul.

### 2.3 La formation des professionnels travaillant auprès des victimes de torture

Outre le droit pour les victimes de torture d'avoir accès à des services de réhabilitation, l'article 25 de la Directive « Accueil » a spécifiquement établi une obligation pour les personnels travaillant auprès d'elles de recevoir une formation spécifique. Cette obligation n'a pas été mise en œuvre à ce jour.



## Afin de répondre à ces situations, Parcours d'exil demande, avec le soutien de l'IRCT :

- La mise en œuvre d'une **politique publique de soins des migrants victimes de torture**, coordonnée au sein d'une commission interministérielle. Il apparaît essentiel de coordonner les différentes actions qui répondent aux besoins spécifiques des migrants victimes de torture. Il est indispensable d'associer à la mise à l'abri et au parcours juridique le volet très spécifique de la santé.
- **L'attribution de moyens financiers en rapport avec la réalité des besoins de soins.**  
Si un effort réel a été fait concernant l'accueil des migrants victimes ayant eu à subir des traumatismes majeurs, l'accès aux soins spécifiques reste terriblement insuffisant. Les centres de soins compétents en la matière restent trop peu nombreux et concentrés sur quelques régions, leur instabilité financière et la taille des listes d'attente nécessitent qu'une attention particulière soit portée à ce point.  
Les réseaux de prise en charge des victimes de torture, viols ou autres formes graves de violence doivent être développés et disposer de moyens appropriés.  
La localisation des lieux d'hébergement des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence doit permettre l'accès à des soins de santé physique et mentale adaptés.  
L'accélération des délais procéduraux en matière d'asile ne doit pas se faire au détriment des soins psychologiques et de la préparation à l'entretien de détermination d'une protection internationale.
- La mise en œuvre d'une **procédure systématique visant à identifier et orienter précocement les victimes de torture**, en application de la Directive « Conditions d'Accueil » de l'Union Européenne adoptée en 2013.  
La vulnérabilité résultant d'actes de torture, de viol ou d'autres formes graves de violence doit être évaluée le plus tôt possible lors de la procédure de demande d'asile. Une procédure formelle d'évaluation des besoins particuliers en matière de procédure doit être instaurée.  
Les agents chargés de l'évaluation des besoins particuliers doivent avoir reçu une formation spécifique relative à la prise en charge des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence. L'évaluation de la vulnérabilité résultant d'actes de torture, de viols ou d'autres formes graves de violence doit être menée conjointement avec des professionnels de santé.  
À cette fin, la formation des professionnels de santé relative au psychotraumatisme doit être développée afin que l'évaluation de la vulnérabilité réponde aux standards internationaux.
- La mise en œuvre d'une **obligation de formation professionnelle** spécifique pour les personnels travaillant auprès des demandeurs d'asile victimes de torture, en accord avec cette même Directive.  
Des programmes de formation et surtout un suivi des personnels confrontés au quotidien à des victimes lourdement traumatisées par la torture est une impérieuse nécessité. Quand on connaît l'impact des traumatismes sur l'interlocuteur qui fait face à une victime de torture, il apparaît impossible de ne pas mettre en place des structures de soins et de formation pour les soignants. Ces pratiques permettraient

d'optimiser le travail réalisé par les professionnels et limiter les turn-over et burn-out chez ces professionnels.

- Un **protocole répondant aux standards internationaux** en la matière doit être instaurée à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides afin **d'assurer la certification médico-légale dans le cadre de la demande d'asile.**

Ce protocole doit permettre la délivrance d'attestations par des psychologues conjointement aux certificats de médecins habilités. Les officiers de protection doivent avoir reçu une formation spécifique à l'entretien avec les personnes victimes de torture, viols ou autres formes graves de violence par des professionnels de la santé mentale formés tant aux traumatismes qu'à la rédaction spécifique de certificats médico-légaux adaptés à ces situations complexes afin d'assurer une procédure harmonisée et de qualité.