

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Florence Louppe,
psychiatre au Samusocial de Paris 2
- Présences en réunion..... 12

Mercredi
24 septembre 2025
Séance de 11 heures 45

Compte rendu n° 17

SESSION 2024-2025

**Présidence de
Mme Nicole Dubré-Chirat,
Présidente,**



La séance est ouverte à onze heures cinquante.

La commission auditionne Mme Florence Louppe, psychiatre au Samusocial de Paris.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous recevons Mme Florence Louppe, psychiatre au Samusocial de Paris.

Madame, je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations et vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Florence Louppe prête serment.)

Mme Florence Louppe, psychiatre au Samusocial de Paris. Psychiatre depuis six ans au Samusocial de Paris, j'exerce principalement dans les unités de soins et d'hébergement que sont les lits halte soins santé (LHSS) où les personnes accueillies souffrent de pathologies assez lourdes, souvent intriquées.

Vous demandez dans votre questionnaire en quoi la précarité est susceptible d'accroître les risques de troubles de santé mentale. Les études épidémiologiques mettent en évidence une prévalence nettement supérieure des troubles psychiques chez les personnes en rue : pour les troubles psychotiques, le taux est de 20 % contre 1 % à 2 % dans la population générale ; pour les symptômes dépressifs, 46 % contre 11 % ; pour les traumatismes et les pathologies post-traumatiques, 30 % contre 2 % à 3 %. La précarité conduit-elle à la pathologie ou l'inverse ? C'est une question toujours en débat. Les parcours de vie des personnes précaires sont marqués par des ruptures, des violences et des traumatismes, facteurs de risques dans le développement de pathologies psychiatriques. À cela s'ajoutent d'autres facteurs comme les consommations de toxiques, souvent inévitables pour les personnes en grande précarité. Celles-ci nous décrivent leur arrivée en rue et leur besoin de boire ou de prendre d'autres substances pour dormir, pour se désinhiber et surmonter la honte quand elles commencent à faire la manche.

Dans les récits que parviennent à me faire les personnes de leur parcours de précarité, je note qu'à un moment donné, certaines ressources s'épuisent et que les défenses psychiques ne fonctionnent plus. Cette dynamique psychique se retrouve en particulier chez les personnes exilées : après avoir mis beaucoup d'énergie dans leur parcours migratoire et avoir subi beaucoup de violences, elles maintiennent un temps le désir et l'envie puis, tout s'arrête. C'est alors la dépression, voire la constitution de pathologies plus lourdes avec l'apparition de délires et la construction d'une autre réalité. Il s'agit de quelque chose de réactionnel qu'on ne peut pas vraiment qualifier de trouble de l'adaptation car cela ne correspond pas à la nosographie habituelle de la psychiatrie.

J'en viens aux freins à la prise en charge médicale des personnes en grande précarité. Dans les LHSS, les tableaux cliniques sont extrêmement complexes : les multiples comorbidités et les polypathologies mettent en jeu de nombreuses spécialités et intriguent, d'autant que les troubles cognitifs sont de plus en plus marqués. Nos patients ont du mal à trouver leur place dans les catégories de notre système de santé tel qu'il est construit, spécialité par spécialité. Nous ne savons plus finalement à qui les adresser. Quand je discute avec d'autres psychiatres

qui travaillent dans le domaine de la précarité, nous faisons le même constat : les profils pathologiques des personnes que nous rencontrons ne rentrent pas dans les cases de la nosographie psychiatrique. Nous manquons d'éléments d'anamnèse : nous ne savons pas comment la personne pouvait fonctionner avant. Y avait-il des signes d'alerte ? Allaient-elles plutôt bien ? S'agit-il de tableaux de psychose ancienne ou les troubles cognitifs sont-ils plus récents ? Nous l'ignorons. Nous nous interrogeons bien sûr sur le rôle joué par la rue et l'exclusion. Le rapport à l'autre est parfois tellement altéré qu'on a l'impression que la personne ne peut plus interagir, mais est-ce vraiment une pathologie schizophrénique au sens où on l'entend en psychiatrie ? On parle souvent de pathologies « psychoselike ». Chez les personnes exilées aux parcours très violents, quelque chose semble s'appauvrir à un moment donné mais il n'est pas aisé, là non plus, de raccrocher ces troubles à nos tableaux cliniques habituels. Tout cela fait qu'il est difficile pour nos collègues de les prendre en charge et pour nous de penser des projets.

De façon générale, ces populations sont de plus en plus confrontées à une discrimination dans les structures médicales, ce qui constitue bien sûr un frein à la prise en charge. Face à ces patients lourds, l'inquiétude se manifeste de n'avoir pas de porte de sortie pour eux : on entend parler plus fréquemment de *bed blockers*. Ils sont vite stigmatisés : ils manifesteraient un refus de soin, leur proposer des choses prendrait du temps. La barrière linguistique a aussi son importance, bien sûr.

La sectorisation de la psychiatrie constitue un autre frein pour l'accès aux soins. La règle d'attribution des secteurs a évolué récemment mais les problèmes demeurent : soit la structure d'hébergement est prise en compte pour attribuer le secteur au moment de la demande mais comme les patients SDF changent systématiquement de centres d'hébergement d'urgence ou de LHSS, cela rend impossible la continuité des soins ; soit le système antérieur avec attribution d'un secteur une fois pour toutes est appliqué, ce qui constitue un non-sens par rapport à des personnes qui sont par définition en errance.

Dans le questionnaire, vous demandez aussi quelle forme la prise en charge des troubles psychiques peut prendre pour les personnes en situation de grande précarité. D'après mon expérience, il est absolument nécessaire de réfléchir à leur santé de façon globale. Les patients que je rencontre sont accueillis pour la plupart pour des pathologies organiques et leur santé psychique n'est pas forcément leur priorité, c'est même quelque chose qu'ils cherchent parfois à mettre à distance. Pour trouver par quel biais soulager la personne de ses symptômes psychiques, il importe de faire intervenir des équipes pluridisciplinaires. Quelle place donner à l'impact d'un corps souvent très abîmé sur la symptomatologie psychiatrique ? Les démarches administratives doivent-elles être traitées en premier ?

Tisser un lien suppose une temporalité autre que pour le reste de la population. Les patients que je rencontre n'expriment pas de demandes et considèrent en majorité qu'ils n'ont finalement pas grand-chose à perdre. Il convient de procéder petit à petit en privilégiant bien sûr l'aller vers, démarche qui reste primordiale. Dans les LHSS, notre activité est plutôt bien pensée : nous sommes nombreux à entourer le patient et nous entrons dans la prise en charge les uns après les autres, en fonction des priorités du patient lui-même et de là où il se situe dans son cheminement.

J'en viens aux risques particuliers auxquels sont exposées les personnes en rue ayant des troubles de santé mentale. Bien évidemment, elles sont sujettes à des rechutes à répétition et souffrent de pathologies psychiatriques de moins bon pronostic que pour le reste de la population, du fait notamment des ruptures de soins liées à la sectorisation, de l'absence d'accès

aux traitements, voire de l'arrêt des traitements – beaucoup le disent, prendre un traitement psychotrope n'est pas compatible avec le fait de vivre dans la rue. Il existe aussi un risque en termes de comorbidités. Du fait de sa pathologie psychiatrique, la personne n'a plus la même conscience de l'état de son corps et n'est prise en charge qu'alors que sa pathologie organique en est déjà à un stade extrêmement avancé. À cela s'ajoutent les risques liés aux consommations de toxiques.

Il convient aussi de prendre en compte l'impact sur les générations à venir, chose à laquelle on pense moins intuitivement. C'est un risque que nous évoquions avec des personnes qui travaillent dans des structures d'hébergement de type hôtels où sont logées des familles. Nous nous inquiétons des répercussions sur la santé psychique des enfants de la non prise en charge des troubles de santé mentale sévères – dépressions, symptomatologies traumatiques très lourdes – dont souffrent leurs parents, en plus de l'insalubrité à laquelle ils sont confrontés et des changements fréquents de milieu scolaire.

Quant à la réinsertion professionnelle, elle est primordiale chez certains des patients que je rencontre. L'absence de possibilités de réinsertion génère chez eux des troubles psychiques. Je pense en particulier aux jeunes exilés qui ont besoin de cette perspective pour leur propre survie et celle de leur famille. Nous nous appuyons beaucoup sur le dispositif Premières heures pour lequel il n'y a hélas pas beaucoup de places. Pour les patients ayant un dossier dans une MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) et une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), il est possible de travailler dans un Esat (établissement et service d'aide par le travail). Reste que ces personnes ont été tellement exclues qu'elles rencontrent des difficultés, d'autant que peu de structures réfléchissent à adapter leurs postes : fatigabilité, contraintes liées aux exigences du milieu professionnel, en particulier pour l'organisation du temps et la planification du travail, poids des dimensions relationnelles alors que leurs symptômes psychiques mais aussi leur parcours d'exclusion ont rendu le rapport avec les autres peu aisé.

Vous vous interrogez aussi sur les actions spécifiques que nous menons à l'égard des personnes porteuses de handicap ou souffrant de troubles de santé mentale. C'est surtout sur la santé psychique que je peux vous répondre car des équipes différentes se chargent au Samusocial des autres handicaps : la mission Interface se consacre à la coordination des actions pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Elle a développé une expertise pour servir d'intermédiaire avec les structures de droit commun en fléchant vers elles ces personnes, dès que des professionnels dans nos structures d'hébergement ou les hôtels les repèrent. Il faut d'abord vaincre les réticences des équipes extérieures et les sensibiliser puis maintenir un lien avec la personne prise en charge dans un Ehpad ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour la rassurer elle et les personnes qui s'en occupent.

Nous avons aussi monté un dispositif de médiation en santé fondé sur une approche transculturelle, associant assistante sociale, médecin généraliste et psychiatre, avec l'aide, le cas échéant, d'un médiateur culturel et d'un interprète. Nous consacrons au patient un temps plus long qu'une consultation habituelle pour aborder tous les problèmes auxquels il est confronté. C'est souvent par ce biais que nous avons accès à sa symptomatologie psychiatrique et au sens qu'il donne à ses pathologies, ce qui nous permet de comprendre si nous faisons fausse route en proposant tels soins ou tels projets et de désamorcer les éventuels refus de soins.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Comment vous le savez, notre commission cherche à déterminer quelles défaillances dans le système de soins génèrent des ruptures de soins et des impossibilités d'accéder aux traitements. Vous nous décrivez des prises en charge

décousues, du fait des parcours de ces personnes d'une structure d'hébergement à une autre. Il est difficile, nous le voyons, de leur offrir une prise en charge globale sur le long terme alors qu'elles souffrent de comorbidités. Il faut aussi prendre en compte leurs priorités qui vont au logement et aux démarches administratives. Constatez-vous des manques encore importants dans la prise en charge de ces populations ?

Mme Florence Louppe. Notre équipe est de taille réduite : il y a un seul poste de psychiatre pour tout le Samusocial de Paris, deux à trois postes de psychologues, une neuropsychologue et une infirmière. Il existe quelques postes de psychologues dédiés à ces publics fléchés vers les établissements du dispositif Accueil, hébergement, insertion (AHI), qui se coordonnent avec les EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité), postes souvent occupés par des jeunes professionnels tout juste sortis de la fac qui se retrouvent seuls face à des pathologies lourdes. Il faut bien voir que les personnes accueillies dans des structures d'hébergement n'ont ni l'envie, ni l'idée, ni le réflexe de se tourner vers des centres de consultation spécialisés. La grande majorité de nos patients qui ont subi des traumatismes ne souhaitent pas revenir dessus et en parler. Ils souffrent énormément bien sûr mais, pour eux, il est beaucoup trop prématuré d'envisager une démarche de soin. Il faudrait pouvoir repérer les pathologies à un stade précoce car chez les patients que je vois, les symptômes sont déjà enkystés. Lorsqu'il y a un départ vers un centre d'hébergement d'urgence, il nous est vraiment difficile d'imaginer qui va prendre le relais pour le suivi. Il me semble important que des professionnels de la santé mentale interviennent dans ces structures de soins. Dans les hôtels, personne ne vient, y compris sur signalement, pas même les EMPP.

Même quand des initiatives sont prises, elles ont du mal à tenir sur la durée. Je pense aux dispositifs de médiation en santé dont on ne sait pas s'ils vont être financés d'une année sur l'autre. Réduire les incertitudes permettrait de rassurer les professionnels du secteur médico-social marqué par un très fort turn-over qui accentue les difficultés de nos patients. Quelle perte d'énergie et quelle perte de chances pour eux lorsqu'ils en sont à leur dixième assistance sociale, avec laquelle ils doivent tout recommencer depuis le début.

Un autre problème est la fluidité des parcours. Beaucoup de nos patients n'ont plus besoin de rester en LHSS mais nous n'arrivons pas à les mettre sur le bon parcours de soins car les structures comme les Ehpad ou les FAM sont saturées : ils ne sont jamais retenus quand il y a des listes d'attente. La question se pose particulièrement pour les personnes âgées. Nous nous interrogeons même sur la possibilité d'instaurer des quotas pour que certains de nos patients puissent quand même être accueillis. Il est certain que la coordination au niveau territorial pose problème.

Il importe aussi de prendre en compte les conditions de régularisation pour pathologie psychiatrique. Ces dernières années, il y a eu une augmentation des refus de titres de séjour « étranger malade » pour ces pathologies : en 2020, 83 % des dossiers ont reçu un avis défavorable contre 75 % en 2017. Et même si les titres sont délivrés, ils ne valent que pour une durée d'un an, ce qui nous laisse peu de temps pour agir. Or nous rencontrons tous les jours des personnes très malades qui ne rentreront jamais, il me semble, dans leur pays, et nous ne parvenons pas à faire reconnaître que des pathologies lourdes comme une schizophrénie ou un trouble post-traumatique complexe justifient le maintien sur le territoire français pour des soins. Ces personnes restent alors très dépendantes de nos structures et leurs pathologies continuent de s'alourdir, faute pour elles de pouvoir accéder aux FAM ou aux Esat. En termes de santé publique, c'est un piège.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je reviens à la sectorisation. Il me semblait que la date de naissance des personnes sans domicile fixe pouvait être utilisée, en l'absence d'adresse.

Par ailleurs, j'aimerais savoir s'il y a des priorités d'accès aux soins pour les enfants à la rue et leurs parents – enfin, plutôt leur mère car il s'agit le plus souvent de familles monoparentales ?

Mme Florence Louppe. Pour Paris, les attributions de secteur passent par le CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) de Saint-Anne. Un tour est organisé pour l'accueil des patients dits Dirp (domicile indéterminé en région parisienne) et ils ne sont généralement pas très bien accueillis par les structures du secteur désigné qui se disent : « Ah, c'est à notre tour d'avoir un Dirp ». La règle de sectorisation a un peu évolué : les adresses des structures d'hébergement, notamment les LHSS, peuvent être retenues pour la domiciliation quand les séjours sont supérieurs à trois mois. Si nous suivons un patient pendant un an dans un LHSS, c'est une petite victoire pour nous de faire reconnaître ses symptômes et la nécessité des soins et de pouvoir instaurer un traitement. Avant son départ, on organise son suivi ambulatoire avec le CMP (centre médico-psychologique) du secteur auquel nous sommes rattachés mais si le CHU qui lui est attribué se situe dans un autre arrondissement, d'emblée, le CMP nous prévient que dans trois mois, il devra aller ailleurs. Pour nos patients, c'est trop compliqué.

Les CMP traversent de telles difficultés qu'ils sont de moins en moins adaptés pour nos patients. Un retard de vingt minutes peut leur être reproché alors que le lien au temps est problématique pour eux ; un rendez-vous raté, et on ne leur en redonne pas un autre. À l'AP-HP comme dans d'autres structures de soins, nos patients n'ont plus accès à des informations dans leur langue, ce qui complique le suivi des soins et des ordonnances. Les CMP n'ont pas non plus recours à l'interprétariat.

Quant aux mineurs, je n'en rencontre pas, sauf les mineurs non accompagnés non reconnus mineurs. J'imagine que l'on donne la priorité aux mères isolées avec leurs enfants mais pour les soins, cela reste très compliqué, les structures de pédopsychiatrie étant encore plus saturées que celles dédiées à la psychiatrie pour adultes.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je vous remercie, à titre personnel, pour votre engagement auprès de ces personnes confrontées à ces situations complexes. Au sein de cette commission d'enquête, nous mettons en avant la nécessité d'un choc de prévention et dans la prise en charge ces publics, vous vous situez à l'autre bout du spectre. Les prévalences de troubles psychiques sont bien plus fortes chez ces personnes que dans le reste de la population, vous l'avez rappelé. La précarité est-elle à l'origine des troubles ou est-ce que ce sont plutôt les troubles qui sont à l'origine de la précarité ? Le débat reste ouvert.

Le tableau que vous avez fait reste sombre et j'aimerais que vous nous parliez aussi des choses positives. Pouvez-vous nous faire part de belles histoires ? Avec le bon étayage, et un peu de chance aussi probablement, peut-on changer des trajectoires de vie ? Qu'est-ce qui fonctionne ?

Je souhaiterais aussi que vous évoquiez plus spécifiquement les jeunes, surtout ceux qui arrivent à la fin de la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Leur insertion professionnelle est-elle plus facile que pour d'autres publics ?

Pour les personnes que vous rencontrez, ces allers et retours entre rue, hôpital psychiatrique, LHSS, forment un parcours sans fin, qui semble les condamner à tourner comme des hamsters dans une roue. Nous savons que dès qu'un séjour dans une structure d'accueil ou une structure de soins s'achève, c'est le retour à la rue. Le système n'est-il pas par essence dysfonctionnel, faute de moyens suffisants, puisque les solutions ne passent que par les structures où l'accueil est inconditionnel ?

Nous savons que lorsqu'il y a des passages à l'acte de la part de personnes exilées, cela suscite beaucoup de crispations dans le débat public et de très fortes stigmatisations sur le plan médiatique. Quelle place pourrait avoir la prévention ? Si je ne me trompe pas, même en situation irrégulière, les enfants peuvent avoir accès à un établissement médico-social alors que pour les adultes, c'est beaucoup plus compliqué. Me le confirmez-vous ?

Mme Florence Louppe. En LHSS, nous connaissons des issues positives mais pour obtenir des résultats, il faut vraiment du temps, or nous n'en avons pas car il faut accueillir toujours plus de personnes. Je parlerai du cas d'un monsieur soudanais, en situation régulière comme beaucoup de Soudanais, qui se demandait à quoi lui servait un titre de séjour s'il n'avait accès ni à un logement ni à un travail, ce qui ne faisait aucune différence avec les personnes en situation irrégulière. Grâce à sa régularisation toutefois, il a pu bénéficier de droits ouverts à la MDPH et d'une structure d'hébergement plus pérenne. Au moment du départ vers un centre d'hébergement d'urgence, il a décompensé un état psychiatrique post-traumatique en entrant dans un état de sidération : il ne bougeait plus, ne parlait plus. Cela a beaucoup agité l'équipe : que devait-on faire ? Fallait-il le mettre dehors de force ? Nous avons pris du temps, comprenant que ce changement n'avait sans doute pas de sens pour lui et qu'il ne fallait pas lui forcer la main. Nous avons pu retisser des liens petit à petit et il a été pris en charge dans un CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale). J'ai eu des nouvelles : sa symptomatologie psychiatrique s'est apaisée, il est suivi régulièrement par des professionnels d'un CMP et travaille dans un atelier de réparation de mobylettes et de vélos, conformément à ses vœux, car ce monsieur au fonctionnement assez rigide voulait absolument réparer des vélos. Il était donc bénéfique de s'accorder du temps supplémentaire pour prendre en compte ce que ce patient laissait à voir. Il y a sans doute beaucoup moins de risques aujourd'hui qu'il soit hospitalisé en urgence.

Dans les structures où je travaille, je rencontre peu de jeunes sortis de l'ASE. Il s'agit plutôt de jeunes aux parcours de rue déjà assez longs, de jeunes exilés qui souffrent de pathologies aiguës comme la tuberculose ou qui ont subi des accidents de la voie publique alors qu'ils faisaient des livraisons à vélo ou en mobylette, ce qui est une catastrophe pour eux, source de traumatisme, car plus rien ne leur semble possible. Nous avons réfléchi aux lieux de vie et aux lieux médicalisés pour les jeunes rencontrés lors des maraudes, qui risquent de finir en psychiatrie ou dans le monde carcéral, mais nous ne sommes pas allés plus loin. Du moins, je n'ai pas été impliquée dans le projet s'il y en a eu un.

Vous parliez des parcours de hamster. Bien évidemment, se pose toujours la question de l'hébergement et du logement.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Il y a quand même des appartements thérapeutiques même si les places sont insuffisantes.

Mme Florence Louppe. Des dispositifs comme Un chez soi d'abord sont très précieux et il faudrait les développer mais je dois préciser qu'il n'y a pas d'appartements thérapeutiques pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Ils sont réservés aux

troubles somatiques et fonctionnent d'ailleurs très bien. Il n'y a pas suffisamment d'hébergements médicalisés, en dehors des foyers d'accueil médicalisés qui sont tournés vers les pathologies très lourdes. L'accueil en pension de famille est une indication qui nous vient très régulièrement à l'esprit mais cette porte de sortie est extrêmement rare.

Se pose aussi le problème des tranches d'âge : que faire quand un patient n'est pas assez vieux pour l'Ehpad mais trop âgé pour une pension de famille, un foyer d'accueil médicalisé ou un hébergement Un chez soi d'abord ? Certaines personnes doivent attendre cinq ans avant de trouver une solution. Et si les structures ne sont pas médicalisées, il faudrait au moins qu'elles pratiquent une démarche d'aller vers en matière de soins.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. L'aller vers est consubstantiel à votre mission. Il faudrait pouvoir transposer les dispositifs qui existent dans le domaine du handicap, comme les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) et les Samsah (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Nous sommes dans une logique d'optimisation des dépenses et les équipes mobiles ont un coût assez élevé mais il est préférable qu'elles interviennent si cela peut éviter une orientation vers les urgences psychiatriques.

Mme Florence Louppe. Les personnes en situation irrégulière, en nombre très important dans les LHSS, n'ont pas accès à ce genre de dispositifs. Vous évoquiez l'enjeu sécuritaire. Je peux vous citer le cas d'un patient schizophrène très délirant ayant vécu des choses extrêmement violentes dans son pays d'origine, la Centrafrique, qui a été interpellé dans les transports publics après avoir fait un geste agressif sans que cela aille très loin. La protection subsidiaire qui lui avait été accordée dans le cadre de sa demande d'asile lui a été retirée et une fois les soins en LHSS terminés, il a fini à la rue. Il est certain qu'en termes de prévention des risques d'agressivité envers soi-même ou envers les autres – même si les chiffres sont toujours délicats à manier pour les passages à l'acte dans la population psychiatrique –, nous sommes contre-productifs. En situation irrégulière, il est impossible d'accéder aux Samsah, aux SAVS, au travail et même au dispositif Un chez soi d'abord, je crois. On est vite démunis. Or pour certains profils psychiatriques, le retour au pays d'origine est impensable. Cela conduit à des parcours d'errance, éventuellement dans un autre pays.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Cela renvoie à un problème politique très sensible, vous en avez bien conscience. Dans le processus de demande de titres de séjour « étranger malade », un médecin agréé doit confirmer que la prise en charge ne peut avoir lieu dans le pays d'origine, n'est-ce pas ? Pourriez-vous nous préciser ces points techniques insuffisamment connus ?

Mme Florence Louppe. Parmi les critères pris en compte, il y a le pronostic vital, sur lequel il est difficile de se prononcer dans la pathologie psychiatrique. Il y a aussi l'accès au traitement : dans la plupart des pays, les gens peuvent disposer soit d'un neuroleptique, soit d'un antidépresseur, autrement dit deux des quatre classes principales de médicaments utilisés en psychiatrie, argument mis en avant pour fonder les refus de plus en plus nombreux – la plupart de mes collègues ne tentent même plus de lancer des démarches de régularisation.

Cela dit, il me semble que la prise en compte des traumatismes complexes est à considérer. Nous sommes face à des personnes en état de dissociation, très handicapées par des troubles dont la cause peut renvoyer à des traumatismes survenus dans leur pays d'origine. Certaines développent même des troubles psychotiques tels une schizophrénie. Certes, en cas de renvoi, elles pourront avoir accès à un psychologue et à un traitement médicamenteux – même s'il est probable qu'elles n'iront pas le chercher à la capitale et qu'elles n'auront pas de quoi le payer,

mais le seul fait de les réexposer au lieu traumatogène est difficilement pensable. Il me semble donc que ce risque peut constituer une condition nécessaire et suffisante pour délivrer un titre de séjour pour motifs psychiatriques, à distinguer bien sûr de la régularisation au titre de l'asile.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. La plupart des demandes de titres de séjour « étranger malade » sont motivées, me semble-t-il, par une maladie préexistante et la nécessité de trouver un traitement ou de réaliser une intervention, comme une transplantation rénale, impossible d'accès dans le pays d'origine. Les pathologies que vous décrivez apparaissent au cours du séjour en France, soit qu'elles en étaient à un stade précoce au moment du départ, soit qu'elles aient été provoquées par l'exil et le parcours plus que chaotique qu'il suppose.

Mme Florence Louppe. Je pense que dans l'analyse des demandes, le fait qu'une personne se sachant malade quitte son pays pour se faire soigner n'est pas tellement apprécié. Dans les cas dont je parle, les personnes ne partent pas parce qu'elles sont malades : leur symptomatologie psychiatrique se révèle par la suite.

Nous sommes face à des situations d'impasse. Je citerai le cas d'un jeune patient venu du Bangladesh, très symptomatique, qui vient d'obtenir la protection subsidiaire. Son état se dégrade, il a même fait une tentative de suicide. Dans toutes nos démarches, nous nous sommes heurtés à des refus : pas de possibilité de s'inscrire à la mission locale de Paris en l'absence de récépissé, pas de possibilité de reprendre des études, pas de possibilité d'apprendre vraiment le français – les associations vers lesquelles nous nous sommes tournés n'offrent qu'une heure de cours par semaine –, pas de possibilité d'être admis à l'hôpital de jour dans un CMP au motif qu'il ne maîtrise pas suffisamment le français, pas de possibilité de consulter une psychologue d'approche corporelle, alors qu'il s'attaque en permanence à son corps – il nous est opposé qu'avec l'AME (aide médicale d'État), c'est trop compliqué. Le fait qu'il ait obtenu sa régularisation nous ouvrira des portes. Pour ce jeune, qu'il était impensable de voir ailleurs que dans une structure médicalisée de type LHSS – un CHU était inenvisageable –, on va pouvoir commencer à élaborer un projet bénéfique pour la société, bénéfique pour les dépenses publiques, bénéfique pour lui et sa situation clinique.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je vous remercie de contribuer ainsi à la déconstruction de certaines représentations. Je ne sais pas si vous mesurez le décalage entre la réalité que vous rapportez et les discours de certains responsables publics. Nous ne sommes pas dans une arène de débats politiques mais vous faites ici œuvre utile. L'AME est un sujet d'actualité : nous savons que certains professionnels de santé refusent de traiter ses bénéficiaires comme ceux de la C2S (complémentaire santé solidaire).

On peut se féliciter pour des raisons personnelles et humaines que vous, en tant que soignante, ayez cette approche. Politiquement, il est intéressant de faire le lien avec la logique des coûts évités, au cœur de notre commission d'enquête, et pas seulement en termes sécuritaires : comment prendre en compte le sort des personnes présentes sur notre territoire dont l'état se dégrade fortement ? Nous formulerons sans doute des préconisations à ce sujet mais je ne suis pas sûr que ce seront les plus entendues.

J'ai une question supplémentaire : vous dites que ce type de public n'est jamais admis en CHU...

Mme Florence Louppe. Si, dans les services d'urgences, bien sûr. Quand je parle de CHU, je fais référence aux centres d'hébergement d'urgence et non aux centres hospitaliers

universitaires. Ce sont plutôt dans des structures de droit commun comme les FAM ou les Ehpad que l'accès est impossible.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Dans les autres territoires métropolitains comme Bordeaux, Strasbourg, Lyon ou Marseille, les situations sont-elles comparables ?

Mme Florence Louppe. Je n'ai pas l'expérience de ces villes, je ne peux pas vous répondre précisément.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Le Samusocial est présent dans d'autres villes mais sans doute ces services ont-ils moins de personnes à prendre en charge qu'à Paris, où il y a une forte concentration de publics précaires. J'imagine qu'il y a aussi dans ces métropoles des personnes en exil qui, faute d'avoir un titre de séjour, sont confrontées à des difficultés pour accéder aux soins. Il faut souligner ici le travail positif de structures qui vont le plus possible au contact des gens pour essayer de trouver des solutions – traitements, consultations, hospitalisations d'urgence –, en vertu de l'« aller vers » qu'elles pratiquent depuis longtemps, démarche qui commence à se répandre dans d'autres secteurs.

Mme Florence Louppe. Il y a peut-être quelque chose à faire autour de la formation et de la sensibilisation. Face à la précarité qui devient de plus en plus présente, face aux personnes en exil, les assistantes sociales, dans les territoires où elles ont peu l'habitude de ces parcours comme les territoires ruraux, sont rapidement démunies.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. La médiation transculturelle est en progression et elle constitue sans doute une réponse à ce besoin.

Travaillez-vous avec le secteur associatif, notamment les associations caritatives comme les Restos du Cœur ou le Secours populaire, pour assurer un maillage plus complet ?

Mme Florence Louppe. Je travaille surtout avec des associations agissant dans le domaine médical, pas si nombreuses à Paris, comme le Comede (Comité pour la santé des exilés), le centre Françoise Minkowska ou le centre Primo Levi, qui ont des compétences en matière de pathologies de l'exil et d'apprentissage de la langue.

L'évocation des associations me conduit à vous parler d'une chose. Certains de nos patients – personnes ayant un long parcours de précarité ou jeunes récemment arrivés en France – ressentent si fortement le poids de l'exclusion qu'ils deviennent bénévoles pour des associations : là, ils peuvent avoir le sentiment d'avoir une utilité pour la société. L'association Benenova nous signale ainsi certaines missions.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Votre réponse est très intéressante mais ma question concernait plutôt la formation des bénévoles de ces associations d'aide alimentaire pour aider au diagnostic précoce.

Mme Florence Louppe. Il me semblait important de rappeler l'engagement de nos patients même si, éthiquement, cela a pu nous poser question que l'on propose à des personnes qui n'ont rien d'être bénévoles auprès d'autres personnes qui n'ont rien.

Le maillage que vous évoquiez, monsieur le rapporteur, les maraudes du Samusocial permet en partie de l'assurer. Les personnes qui travaillent dans les bus du recueil social de la RATP ou d'autres associations qui font des maraudes savent nous solliciter.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous vous remercions de nous avoir présenté votre activité, intense et nécessaire. N'hésitez pas à nous transmettre ultérieurement tout document qui vous paraîtrait utile.

La séance s'achève à douze heures cinquante.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Élise Leboucher, M. David Magnier,
M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusée. – Mme Anne-Cécile Violland