n° 108-109
Mars - Juin
2021

POUR LA RECHERCHE

http://www.psydoc-france.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Au sommaire

Compte Rendu des Assises

« Psychotrauma et étrangers malades »

26 mars 2021



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,

● Ce *Pour la recherche* est consacré au soin des étrangers exilés malades souffrant de troubles psychiatriques. Les Assises « Psychotrauma et étrangers malades » qui se sont tenues en mars dernier à l'Inalco sur ce sujet ont permis d'aborder, dans leur dimension clinique et administrative, les problèmes qui se posent dans la pratique.

L'approche est très difficile pour deux raisons principales.

La première est la nature même des troubles. Elle est caractérisée, dans de nombreux cas, par une vulnérabilité extrême des patients aux conditions de leur contexte, du double fait de la gravité des traumatismes qu'ils ont vécus et de la situation de précarité existentielle à laquelle ils sont confrontés dans l'actuel. L'insécurité générale dans laquelle ils se trouvent aggrave la problématique primaire.

La seconde est que les praticiens sont eux-mêmes confrontés dans leur pratique à ces deux registres. Le permier implique le diagnostic. Faut-il considérer uniquement le syndrome traumatique dans sa dimension catégorielle ? Ou bien faut-il l'étendre, dans la prise en charge de leurs patients, aux troubles majeurs de la personnalité et aux facteurs de risque et de vulnérabilité qui les accompagnent ? L'abord administratif complique les choses en considérant la possibilité pour les patients d'un traitement dans leur pays d'origine vers lequel ils seraient redirigés. Dans bien des cas, la prise en compte du contexte médical du pays d'origine ne répond pas à la possibilité sanitaire réelle d'une prise en charge du trauma.

Existe-t-il des recommandations cliniques de prise en charge ? Elles restent pour l'essentiel à construire. Plusieurs cas cliniques sont relatés dans ce numéro (*Estelle Gioan, Claire Mestre, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Laure Wolmarck, Martine Timsit-Berthier)*. Ils donnent un éclairage de ce que peut être le traumatisme complexe dans sa particularité de ne pas pouvoir être rapporté seulement à un événement, mais aussi à ce qu'il engendre dans le rapport du sujet au monde, à lui-même et aux autres. Une thèse et un article de E. Declerq* en donnent un éclairage intéressant en soulignant l'intérêt que peut avoir l'introduction d'interventions basées sur la pleine conscience en relation avec la psychothérapie. Le rappel du réel corporel et la levée prudente de la dissociaton dans un contexte securisé permettraient de réduire le cercle vicieux qui s'est établi dans l'esprit du patient avec le vécu traumatique. La pensée permanente qui l'accompagne et les indices de tous ordres qui le rappellent conduisent à une chaîne cérébrale fermée autoblocante qui conditionne le fonctionnement psychique.

On trouvera également dans ce numéro un point juridique (*Arnaud Veïsse)*, le contexte de création d'un collectif interdisciplinaire pour aborder la complexité des problèmes psychiques et administratifs (*François Journet*), le compte-rendu d'une enquête auprès des intervenants de terrain (*Chiara De Pascalis, François Journet et Mathilde Conan),* une évolution des avis médicaux *(Claire Gekiere),* une méthode d'expertise psychiatrique utilisée avec les militaires favorisant les points de contact et d'entente possibles entre cliniciens et médecins d'instances décisionnelles (*Jacques Marblé*), l'intervention de Claire Hédon, défenseure des droits ●

*Declerq. E. (2018). *Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil. De la torture déshumanisante à une psychanalyse de la réhumanisation.* PUL.

Propos des Assises…
Psychotrauma et étrangers malades (mars 2021)

Des pratiques complexes peu connues dans un contexte socio-juridique et politique difficile

● Un collectif de soignants issus du champ hospitalier, libéral, associatif et d'acteurs de la recherche a souhaité alerter sur cette situation et mobiliser les acteurs du soin en organisant des Assises sur le thème « Psychotrauma et Étrangers malades ». Il a recueilli l'expertise des soignants pour préciser les réalités du soin aux exilés en France, en particulier ceux souffrant de graves traumatismes psychiques. La gravité et la tranversalité des situations cliniques nécessitent d'améliorer leur évaluation qui ne peut se réduire à une application de critères standards généraux, et doit permettre de préciser leur approche. ●

● Dans son intervention introductive Thierry Baubet* a proposé de dire quelques mots sur l'importance de la question des psychotraumatismes, l'intérêt (nouveau) de la discipline et des autorités de santé sur la question (depuis 2015) et la nécessité d'intégrer la question des exilés à toute politique de santé sur les traumatismes, décloisonner donc. On pourra retrouver les éléments de son intervention dans la revue GISTI *Plein Droit,* n° 131, Décembre 2021, pp 11-14. boutique.gisti.org

** (PUPH, Université Sorbonne Paris Nord, AP-HP, Centre National de Ressources et de Résilience)*

Évolution juridique, politique et pratique du droit au séjour pour raison médicale



Arnaud Veïsse, Médecin, Directeur Général du COMEDE

● Organisées en mars 2021 à *l'Inalco** par le collectif *Dasem psy* et ayant réuni plus de 400 participants, les premières assises *Psychotrauma et étrangers malades* ont pu dresser un tableau des besoins de soins des patients exilés atteints de psychotraumatisme, de la recherche, et des pratiques de soins et d'accompagnement socio-juridique.

Les différentes interventions de la journée ont également permis d'interroger les pratiques d'évaluation médicale de l'*Office Français de l'Immigration et de l'Intégration* (OFII), ayant conduit à une forte baisse de la protection juridique des personnes concernées. Cette évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale (DASEM, pour « étrangers malades ») est à resituer dans l'histoire plus longue de ce droit consacré par l'Assemblée Nationale en 1997 (loi Debré) et 1998 (loi Chevènement), pour les personnes dont le retour au pays risque d'entraîner des « conséquences d'une exceptionnelle gravité », faute de « soins appropriés ».

« Droit au séjour pour raison médicale », l'expression signale d'emblée deux logiques différentes : d'une part la question du droit au séjour des étrangers, et d'autre part celle du droit à la santé pour tous. C'est de la divergence entre ces deux logiques que dépend, depuis plus de 20 ans, l'application effective de ce droit, qu'on peut décomposer en plusieurs périodes : dans les années 1990, l'émergence du besoin et la reconnaissance du droit ; entre 1998 et 2003, une application largement favorable ; puis entre 2003 et 2016, des tensions croissantes entre les discours et pratiques de la « lutte contre l'immigration » et les principes et actions de « protection de la santé ». Ces tensions ont entrainé la réforme de 2016 conduisant à retirer l'évaluation médicale des « étrangers malades » des services du Ministère de la Santé pour les confier à une agence sous tutelle du Ministère de l'Intérieur, l'OFII.

Dans les années 1980-1990, le contexte de crise sociale s'accompagne notamment d'un phénomène massif d'exclusion des soins des personnes les plus démunies, françaises et étrangères, un certain nombre de dispositifs dédiés à ces « exclus des soins » étant créés à cette période (*COMEDE* en 1979, missions France de MDM en 1985, MSF en 1986, 1ère PASS de l'hôpital public en 1992 à Saint-Antoine). En matière de protection maladie, certaines réformes permettent d'améliorer l'accès aux soins pour le plus grand nombre (Aide médicale 1992, CMU 1998), mais au détriment des droits des étrangers en séjour précaire (exclusion de la sécurité sociale en 1993, et de la Couverture maladie « universelle » en 1998). A la même époque, l'épidémie de VIH-sida renforce la prise de conscience de l'importance de politiques de santé publiques respectueuses des droits humains, et de la lutte contre les discriminations pour les populations les plus atteintes, parmi lesquelles des populations migrantes/étrangères.

Avec l'apparition des premiers traitements antirétroviraux pour les PVVIH, l'enjeu de la continuité des soins devient majeur pour les personnes étrangères menacées d'expulsion en raison de leur situation de séjour irrégulier, notamment en prison. La mobilisation des associations de malades, des soignants et des associations de soutien, relayées à l'époque par les ministères de la Santé et de la Justice (en charge de la santé en prison) permettent de faire émerger la nécessité de reconnaître un droit au séjour pour les personnes concernées afin qu'elles puissent poursuivre leurs soins en France. Mais si la lutte contre le sida a été l'aiguillon de la reconnaissance de ce nouveau droit au séjour, les premières études épidémiologiques ont très vite montré la prépondérance des maladies non infectieuses parmi les étrangers malades, en premier lieu les psychotraumatismes qui constituent la première cause de maladie grave parmi les exilés, en lien en particulier avec la fréquence et la gravité des violences subies.

Le « droit au séjour pour raison médicale » inscrit dans la loi en 1997/1998 présente la particularité d'être fondé exclusivement sur des critères médicaux, couverts par le secret médical. Si la préfecture doit apprécier les conditions administratives qui déterminent la forme de la protection accordée (Carte de séjour temporaire si les conditions sont réunies, Autorisation provisoire de séjour en cas d'ancienneté en France (moins d'un an), possibilité d'assignation à résidence en cas de « troubles à l'ordre public »). C'est l'évaluation médicale qui détermine *in fine* si la protection doit être accordée ou non. Les médecins

en charge de cette évaluation sont ainsi en « première ligne » d'une procédure de régularisation qui échappe, en principe, aux logiques de « quotas » à l'œuvre dans les autres dispositifs de régularisation. C'est de leur capacité à faire prévaloir les principes déontologiques et de protection de la santé dans leur décision que va dépendre l'application effective de ce droit.

Entre 1998 et 2003 les Médecins inspecteurs de santé publique (MISP, relevant à l'époque des DRASS) prennent largement en compte les recommandations du Ministère de la Santé et des instances de santé publique, comme le Conseil national du Sida, sur la reconnaissance du double risque médical : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge de la maladie, et le risque d'insuffisance des soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine. Si les données portant sur l'application globale du droit ne sont pas communiquées par les pouvoirs publics, l'observatoire du COMEDE et de ses partenaires associatifs constate une réponse favorable des premières demandes de titre (environ 6000 par an), et de renouvellement, dans plus de 95% des situations où les critères médicaux sont préalablement évalués comme présents. Mais cette situation va changer dans les années suivantes.

L'application effective du DASEM a connu une première dégradation depuis 2003, avec le ministère de la « Sécurité intérieure » puis la présidence Sarkozy et l'instauration des ministères de « l'Identité nationale ». Dans un rapport commandé à l'Inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour des étrangers, il est ainsi écrit que « Le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système » et les pratiques préfectorales se font de plus en plus restrictives pour entraver l'application de la procédure comme l'ont régulièrement dénoncé l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, ou encore le Défenseur des droits.

Mais ces pratiques préfectorales se heurtent à la « boîte noire » que constitue la décision du médecin en charge de l'évaluation (MISP, puis Médecin des ARS). On voit alors se développer un climat de suspicion à l'égard, non plus seulement des étrangers et de leurs soutiens habituels considérés comme « angéliques » et/ou « militants », mais aussi désormais des médecins, depuis les psychiatres intervenant en soutien de leurs patients jusqu'aux Misp dont le « manque de compétence » conduirait à des « dérives manifestes », selon le rapporteur des débats sénatoriaux concernant la loi de « maîtrise de l'immigration » de 2003.

Les médecins en charge se plaignent régulièrement à leur ministre de tutelle, la Santé, des pressions qu'ils et elles subissent de la part des services préfectoraux en réaction à de supposés « pourcentages excessifs d'avis positifs ». Et les premiers responsables sont désignés : puisque les troubles psychiques constituent la majorité des demandes et des accords, le principal problème vient des psychiatres, et du crédit à accorder à leur appréciation clinique, faute d'un « test de laboratoire » comme pour le VIH. Mais si ces pressions influencent certains médecins, comme on peut l'observer dans les écarts de taux d'accord du DASEM par département jusqu'en 2017, la plupart continuent d'interpréter les critères médicaux dans le sens des obligations déontologiques et des recommandations du ministère de la Santé, et le taux global d'avis médicaux favorables se maintiendra autour de 75%.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue la réforme de l'immigration de mars 2016, qui va confier à une agence sous tutelle du Ministère de l'Intérieur, l'OFII, la responsabilité de l'évaluation médicale. Alors même que les critères médicaux n'ont pas changé, on observe dès la première année, en 2017, une chute des taux d'accord à 53% pour l'ensemble des pathologies et à 23% pour les troubles psychiques. ●

* Glossaire p 11

Émergence du collectif Droit au séjour des étrangers malades PSY (Dasem PSY)

François Journet, psychiatre

● La loi « Asile et Immigration » de mars 2016 a confié l'évaluation des Demandes de Séjour des Étrangers Malades (DASEM) au service médical de l'OFII qui relève du Ministère de l'intérieur, substituant une nouvelle procédure, opérationnelle en janvier 2017, à la précédente qui relevait du Ministère de la santé *via* les ARS. Le résultat : une réduction drastique d'avis favorables à ces demandes, passés de ¾ auparavant à moins de la moitié, choquant nombre d'intervenants du soin et du social accompagnant ces personnes exilées, en particulier celles souffrant de graves troubles psychiques.

Ces dernières, qui représentaient le premier motif de DASEM en 2017 (un quart de l'ensemble des DASEM, dont la moitié de troubles posttraumatiques), n'obtenaient qu'un quart d'avis positifs. Depuis 2017, le nombre des DASEM total a chuté, surtout celui pour motif psychiatrique, lequel est devenu le quatrième motif en 2020. On observe une remontée du taux d'avis positif à 66,2 % toutes pathologies confondues, mais ce taux n'est que de 35,3 % pour les troubles psychiques, et ces taux sont à rapporter à un nombre de demandes réduites.

Des médecins psychiatres et généralistes, psychologues, juristes, intervenants sociaux se sont réunis en collectif pour défendre le droit des étrangers malades, en ciblant les DASEM pour troubles psychiques. Un travail de réflexion, d'information, d'écrits et argumentaires a été réalisé pour faire reconnaître les réalités des situations vécues en France par des personnes souffrant de troubles complexes intriqués à un contexte d'exil et de précarité.

Ce travail est d'autant plus nécessaire que cette clinique n'est pas toujours comprise dans le champ psychiatrique.

La journée d'Assises « Psychotrauma et étrangers malades » a réuni à l'INALCO en mars 2021 des praticiens de terrain, des universitaires spécialistes du psychotrauma, des migrations et discriminations et la défenseure des droits. Cette journée a notamment abordé le problème du « système extrêmement rigoureux » (selon le directeur de l'OFII), qui se félicite de la chute des demandes consécutive à la nouvelle procédure. Cette « rigueur » qui réduit le nombre d'avis positifs, néglige les spécificités psychiatriques, pourtant énoncées dans l'arrêté du Ministère de la santé pour l'accomplissement de cette mission d'évaluation. Elles concernent la stabilité socio-familiale et l'importance du lien thérapeutique (qui soutiennent une sécurité psychique et sociale indispensable dans des configurations psychiques où le lien au monde et à l'autre est gravement perturbé), à laquelle s'ajoute la question du retour impossible au pays pour des victimes de persécutions et d'atrocités, pour qui la désaffiliation est radicale, et où l'hypothèse d'un soin au pays est un non-sens.

Sur le terrain, nous constatons des avis arbitraires dans l'évaluation de deux points déterminants :

1. La « gravité exceptionnelle en cas d'interruption des soins » ;

2. La « possibilité d'accès au soin dans le pays d'origine ».

Le premier point se trouve évalué selon des critères généraux surplombant les singularités.

Le second point (la possibilité d'accès au soin qui doit être effective selon la nouvelle loi), la considère comme acquise dans des pays où le financement par les patients serait discriminant, où les systèmes de santé sont défaillants.

Quand l'avis est positif, il indique trop souvent une durée de soin réduite, méconnaissant la nécessité de garantir une sécurité dans la durée pour réduire le risque de rechute.

De plus, les certificats des soignants, leurs pratiques, sont dévalorisés dans les rapports au parlement de l'OFII. Ceux-ci insistent sur le dépistage de fraudes (très rares), stigmatisent les soins pratiqués, jugés inadaptés en référence aux recommandations internationales sur le trauma et négligent la spécificité des situations en France, résultant de violences intentionnelles subies, intriquées aux désaffiliations et précarités. Ils dénoncent l'émotion et le « militantisme » des soignants impliqués, sous-estimant la complexité des réalités cliniques du terrain, la valeur du travail adapté à chaque cas et de l'engagement thérapeutique personnalisé qui l'accompagne.

Ces assises veulent porter la voix et les témoignages d'acteurs impliqués et d'universitaires, pour faire reconnaître ces spécificités et cette complexité des troubles psychiques des exilés. ●

Enquête auprès des intervenants sur le terrain des DASEM

Chiara De Pascalis, médiatrice santé

● Une enquête réalisée auprès de professionnels accompagnant des patients faisant une DASEM psy montre l'importance des difficultés dans les suivis, notamment les effets de l'évaluation restrictive de l'OFII, ainsi que la diversité et la qualité de leurs pratiques.

Depuis 2017, le nombre d'avis positifs rendus par l'OFII dans la procédure d'évaluation médicale des DASEM a chuté de manière drastique, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques et de psychotrauma. Les avis médicaux ne sont pas argumentés individuellement mais les écrits généraux de l'OFII énoncent des critères d'évaluation généraux, qui ne correspondent guère aux réalités du terrain des intervenants.

Pour mieux comprendre les difficultés des personnes qui accompagnent les patients sollicitant une demande de droit au séjour pour des raisons psychiatriques, nous avons proposé une enquête dans le réseau élargi du collectif DASEM PSY pour explorer les questions suivantes : Qui suit les exilés en souffrance psychique ? Avec quelles pratiques de soin ? Comment la procédure DASEM et l'évaluation de l'OFII sont-elles perçues par les soignants (ce terme désignant les personnes questionnées et citées ci-dessous qui participent de fait au soin des exilés) ?

Entre 2020 et 2021, 70 personnes ont répondu à un questionnaire anonyme et 10 ont participé à des entretiens individuels qualitatifs. Les professionnels sont pour la plupart médecins (généralistes et psychiatres), psychologues et intervenants du social-juridique, travaillant surtout dans l'associatif ou le public en métropole. Les patients accompagnés pour un DASEM, sont souvent des demandeurs ou deboutés de l'asile et ont presque systématiquement un diagnostic de psychotrauma et un traitement médicamenteux.

Cette enquête préliminaire met en lumière les difficultés rencontrées par les intervenants. Les suivis sont longs et complexes et doivent être adaptés aux patients (interprétariat professionnel, nécessité d'un temps suffisant, écoute et empathie particulières, considération du contexte social et de la précarité). Il en résulte une grande hétérogénéité des techniques et approches ainsi que des prescriptions médicales, signant une difficulté et/ou nécessité à devoir s'adapter à chaque situation clinique. La place du social-juridique, définie souvent comme centrale ou essentielle, déborde sur les consultations et l'espace des soins.

A ces difficultés, s'ajoute la « frustration » vis-à-vis de l'OFII. Le questionnaire a demandé d'évaluer l'OFII sur une échelle de 1 (très négative) à 10 (très positive) sur les deux points principaux déterminant l'avis médical de l'OFII :

1. La sous estimation de la gravité pour le patient d'une interruption des soins.

2. Les possibilités effectives de soins par le pays d'origine.

Concernant le premier point, un temps suffisant pour les entretiens est doublement nécessaire, d'une part du fait de la gravité des situations exposées et d'autre part, de la perception chez le patient d'un manque de reconnaissance des troubles et souffrances psychiques qui accompagnent le psycho traumatisme.

Concernant le second point, il y a trop souvent une méconnaissance des situations réelles dans les pays concernés, tenant à la fois à la situation du patient dans le pays et d'autre part, à la nature du traitement qui est prodigué sans prendre en compte la complexité du traumatisme et des troubles qui lui sont associés.

Les obstacles et refus des DASEM PSY ont des conséquences négatives pour les patients comme pour les accompagnants. Pour les patients, cette violence peut être perçue comme un refus de leur maladie, impactant gravement leur capacité de projection dans un avenir et leur état psychique. Pour les accompagnants, elle engendre des sentiments d'impuissance, de suspicion, de désillusion et/ou de forte charge mentale issus des démarches pendant un suivi qui implique souvent un fort engagement. Plusieurs accompagnants anticipent cet échec et y préparent leurs patients.

Cette première enquête a permis d'avoir un aperçu des difficultés des professionnels. Des recherches complémentaires pourraient permettre de mieux connaître ces réalités particulières chez les exilés et leurs accompagnants. Chez eux, les souffrances psychiques comportent des traumas intentionnels qui ne peuvent pas se dissoudre dans des approches générales se rapportant à d'autres contextes qui ne considèrent pas les spécificités cliniques complexes rencontrées ici. ●

** enquête réalisée par Chiara De Pascalis, médiatrice santé, François Journet, psychiatre, Mathilde Conan, psychologue*

Évolution des avis médicaux des médecins de l'ARS, puis de l'OFII, l'exemple de la Savoie

Dr Claire Gekiere, psychiatre

● L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité de la Savoie rattachée au CHS du même nom prend soin principalement de personnes migrantes, précarisées par leurs conditions d'accueil et de vie en France.

Comme psychiatre, je reçois en consultation des personnes souffrant de psychotraumatismes graves (environ 650 en 10 ans). Certaines demandent un titre de séjour dit « Étranger Malade » (EM).

Pour étudier l'évolution des avis médicaux en Savoie, nous avons repris, avec l'aide de Magali Chabrol, que je remercie

vivement, les dossiers des personnes pour qui j'ai établi les certificats, pour ces demandes depuis 2010.

J'ai également dû répondre, depuis 2017, à des « demandes de complément d'information » émanant de l'OFII, telles que, je cite : « Merci de bien vouloir nous apporter les comptes-rendus des 31 consultations de psychiatrie », ou bien : « Les ordonnances des 6 derniers mois recto-verso, avec le tampon de la pharmacie ».

Depuis 2010, 69 personnes m'ont apporté leur dossier à remplir, dont certaines à plusieurs reprises pour des renouvellements. D'abord simple certificat médical transmis au médecin de l'ARS, puis à partir de 2017 le dossier à adresser au médecin de l'OFII, à Grenoble dans le cas de la Savoie.

Il s'agit donc de demandes pour motif psychiatrique (psychotraumatismes graves).

Pour les avis médicaux, sur ces 69 situations :

- 25 n'ont relevé que de l'ARS, donc avant 2017.

- 24 que de l'OFII, après 2017.

- Et 20 ont été traitées par les médecins de l'ARS puis de l'OFII, des demandes de renouvellement donc (sauf 2 cas, des demandes à l'ARS puis plus tard à l'OFII).

Quels sont les résultats ?

Les avis de l'ARS ont presque toujours été favorables, entre 2010 et 2016. Ce sont les réponses du préfet de la Savoie qui ont évolué : plutôt positives, elles sont devenues négatives une fois sur 2 à partir de l'été 2013, prenant alors brusquement le contrepied de l'avis médical, avec 2 sortes de considérations contradictoires :

- des soins sont possibles dans le pays d'origine pour les troubles psychiatriques [ce dont la préfecture déclare qu'elle en a eu connaissance par le demandeur lui-même] ;

- les motivations du rejet d'asile par la CNDA mettent en cause la réalité des faits évoqués et jettent un trouble sérieux sur les troubles psychiques supposés en résulter.

Contradictoire donc, car on ne voit pas bien pourquoi des gens qui ne souffrent pas de trouble psychiatrique auraient besoin de soins dont la préfecture affirme qu'ils existent dans le pays d'origine où l'on veut les renvoyer.

Ce genre de considération à propos de la CNDA a ensuite disparu….

Pour les avis médicaux de l'OFII, sur 24 situations :

- Cinq ont été perdues de vue ; 3 ont fait l'objet d'avis positifs dont 2 où les dossiers étaient avant tout somatiques, 4 sont en cours (avec des délais de réponse très longs) ; 12 ont reçu un avis négatif, dont la rhétorique, connue *via* le texte de la décision préfectorale se décline ainsi :

- Premièrement : la personne nécessite bien « une prise en charge médicale dont le défaut peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité » ; Deuxièmement : les soins sont possibles dans le pays d'origine ; Troisièmement : la personne peut voyager. C'est ainsi que le problème est réglé.

Pour les 20 situations traitées d'abord par l'ARS, puis par les médecins de l'OFII, le déroulement a été le suivant :

Pour les avis médicaux :

- Le MARS a donné 18 avis positifs et un négatif. Dans un cas, une possibilité de Demande d'Asile (DA) a primé sur la demande EM.

Le préfet a donné 9 fois un avis négatif, annulé 6 fois par le Tribunal Administratif (TA), s'appuyant notamment sur l'avis positif du MARS et parfois sur nos certificats médicaux, et sur l'aspect trop général des recours possibles aux soins dans le pays d'origine, avancés par le préfet pour argumenter sa décision.

Les médecins de l'OFII ont donné :

- 4 fois un avis positif (dont 1 où une pathologie somatique complexe dominait) ;

- 6 fois un avis négatif ;

- 4 situations perdues de vue avec des attentes longues de la réponse de l'OFII ;

- pour 6 personnes, des régularisations sont intervenues en cours du traitement du dossier (d'une durée très longue), après 5 à 10 ans de présence en France.

Le préfet a suivi à chaque fois l'avis des médecins de l'OFII.

Voici un exemple des conséquences d'avis négatifs de l'OFII succédant à plusieurs renouvellements sur avis positifs de l'ARS :

Mme D. a 40 ans, elle est arrivée en France en octobre 2010 depuis l'Angola, nous nous connaissons depuis 2011. Déboutée, elle obtient un titre EM en juillet 2011, renouvelé cinq fois jusqu'en juin 2017.

Elle a pu travailler et faire plusieurs formations. Elle reçoit en septembre 2018 un refus de renouvellement (demandé donc 17 mois plus tôt). Elle perd alors son travail en maison de retraite où elle était très appréciée, puis son logement qu'elle ne peut plus payer.

Le préfet note que par ailleurs elle n'est pas assez intégrée puisqu'elle ne « présente que des CDD » (et pour cause, avec son titre de séjour à durée limitée) et que « ses bulletins de paie révèlent un salaire inférieur au SMIC » alors, qu'ironie du sort, elle n'avait plus droit à la CMU compte tenu du montant trop élevé de ses revenus l'année précédente dans cette maison de retraite où elle travaillait vraiment beaucoup.

Très atteinte moralement, elle essaye d'obtenir un Titre de Séjour (TS) lié à ses plus de 10 ans de présence.

Les symptômes sont revenus : insomnie, cauchemars, tristesse infinie. ●

L'exceptionnelle gravité et le soupçon

Psychotraumatismes : les blessures invisibles face à l'administration de la preuve



Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, anthropologue Inalco, CESSMA UMR 245, ICM et psychologue clinicienne, Hôpital Avicenne, Bobigny

Laure Wolmark, psychologue, ancienne responsable santé mentale au COMEDE

● Depuis 2015, la reconnaissance de la catégorie nosographique de « psychotraumatisme » va croissant en France, tant sur le plan social que scientifique. Pour autant, les étrangers souffrant de ce trouble voient de plus en plus souvent leur demande de titre de séjour pour soins rejetée. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle cette discordance tient au discrédit et au soupçon portés sur la parole des personnes exilées.

En effet, au cours de la procédure d'asile, le récit des violences est nécessaire devant l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) et, le cas échéant, devant la CNDA (Cour nationale du droit d'asile), sans pour autant ouvrir à une protection dans la majorité des cas. Ce rejet de la demande de protection internationale renvoie les personnes exilées victimes de violence, à des formes de déni de la gravité des sévices et tortures subis. Cette situation peut être aggravée en cas d'échec de la procédure de demande de titre de séjour pour raison médicale.

Le cas d'un homme souffrant d'un psychotraumatisme sévère et d'une varicocèle, à la suite de tortures et de sévices sexuels, nous a confronté aux effets du rejet de la procédure de demande de titre de séjour pour soins. La parole qui raconte les violences est une parole complexe et douloureuse. Elle expose à des risques d'effondrement si elle n'est pas reçue dans un cadre bienveillant et rassurant.

L'espace médical peut reproduire la violence institutionnelle s'il n'est pas protégé des injonctions administratives et de leur corollaire, le soupçon porté sur la véracité des récits et la gravité des symptômes. Il renvoie alors les personnes exilées au risque d'être expulsées et réexposées à des violences pouvant conduire à la mort. Ce soupçon les insécurise psychiquement, réactive les symptômes psychotraumatiques, aggrave la déliaison sociale et psychique et, enfin, exclut les personnes exilées d'une inscription dans un ordre socio-politique commun. ●

L'intervention de François Heran, Directeur d'ICM et professeur au Collège de France (chaire «sociétés et migrations» peut être écoutée à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=UmvCJTB1of4&list=UU5pEzvF_JH05tpgSHh79rMg&index=6



Deux observations cliniques

Immolation par le feu d'un étranger malade souffrant d'importantes séquelles de brûlures : Une victime martyre des procédures d'asile.

Martine Timsit-Berthier

● La gravité des conséquences que peut provoquer un avis négatif a été illustrée par l'histoire clinique de Arman A., patient de 31 ans, d'origine arménienne, père de 3 enfants qui s'est immolé par le feu devant la Préfecture de Toulon le 19 Juillet 2019.

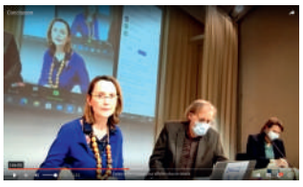
Gravement brûlé de façon accidentelle lors d'une émeute survenue à Erevan en Juillet 2016, il a subi, durant son hospitalisation d'un mois, à l'hôpital de cette ville capitale de l'Arménie, des tortures physiques et psychologiques de la part de la police qui voulait lui extorquer de faux aveux stipulant qu'il était un des meneurs de cette émeute. Comme il ne cédait pas à ces injonctions, sa famille a aussi été l'objet de menaces.

Cette expérience doublement traumatique, tant d'un point de vue physique que psychologique l'a amené à quitter l'Arménie et à demander l'asile en France. Je l'ai suivi à partir de Février 2018 pour un état de stress post traumatique extrêmement sévère et dont la gravité a d'ailleurs été reconnue par le collège des médecins de l'OFII. Celui-ci a conclu néanmoins que Monsieur Arman A. pouvait être soigné en Arménie, ignorant la singularité de cette histoire clinique et appliquant des critères administratifs généraux. En effet, l'Arménie est décrété pays « sûr » par l'OFPRA depuis octobre 2015 et cela en dépit de plusieurs rapports très sévères de la part de « Amnesty International ».

Ainsi, après avoir été capable de résister à une police d'état qui voulait lui imposer par la force un récit qui n'était pas le sien, Monsieur Arman A. s'est trouvé victime d'une procédure d'asile (OFPRA et CNDA) qui n'a pas reconnu la véracité de son témoignage. Son « récit de vie » a pourtant été rédigé dans la souffrance, au prix d'une aggravation considérable de son état psychopathologique provoquant une hospitalisation d'urgence en milieu psychiatrique.

En s'immolant par le feu malgré son vécu d'ancien brûlé, Arman a mis sa vie en péril. Après sa longue hospitalisation en soins intensifs puis en service de réadaptation, puis après le confinement, soit près d'un an après son geste, ma première question fut de lui demander s'il était content d'être vivant. Sans hésiter, il me répondit : « oui » et il ajouta : « Si l'on veut me renvoyer en Arménie, je recommencerai ». A-t-il voulu dénoncer... et reprendre la maitrise de sa destinée ? ●

La double peine de Bouticca



Estelle Gioan, Claire Mestre***

**Psychologue clinicienne, consultation médecine transculturelle, CHU de Bordeaux, association Ethnotopies.*

*** Psychiatre et anthropologue, consultation médecine transculturelle, CHU de Bordeaux, association Ethnotopies*

● Bouticca est une jeune femme de 33 ans quand nous la rencontrons en 2017 avec son petit garçon âgé de 3 ans. Elle vient de la République Démocratique du Congo. C'est le Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) qui nous oriente cette patiente car : « Elle n'arrive plus à dormir, elle dit qu'elle a beaucoup de choses dans sa tête et que depuis quelques temps sa tête ne fonctionne plus ». La demande initiale concerne cette mère mais la question des interactions mère-enfant est aussi présente dans le soin proposé par notre équipe. En effet, la travailleuse sociale note également : « Des difficultés dans sa relation avec son fils, ce dernier étant très vif cela la fatigue beaucoup ». Bouticca a 2 enfants qui sont restés au pays. C'est un sujet douloureux qu'elle préfère ne pas aborder. Nous la recevons en présence d'une interprète en lingala.

Le souci de l'équipe est de prendre en charge l'état psychique de Bouticca ainsi que de son petit garçon. Déjà au CADA, elle était très assidue à un groupe parent-enfant[1].

Bouticca relate son parcours douloureux lors des consultations. Elle était membre active du mouvement politico-culturel et religieux Bundu Dia Kongo (BDK), qui a comme objectifs de lutter pour la défense, la protection ainsi que la promotion des droits et des intérêts du peuple Kongo. Ses parents étaient membres fondateurs et ils ont disparu il y a plus de 10 ans. Son prénom signifie d'ailleurs « femme forte ». Des exactions ont été faites contre les membres de ce mouvement sous le président Kabila, évènements relayés par les presses locale et

internationale. Bouticca a été victime et témoin des violences extrêmes et organisées[2]. Ainsi, lors d'une prière en 2016, des hommes de l'armée de Kabila sont entrés dans la salle, ont tout cassé, ils ont menotté et emmené les hommes dont son mari. Elle a été battue et violée par plusieurs hommes.

Notre accompagnement s'inscrit dans une démarche psychothérapeutique : Bouticca présente une symptomatologie de stress-post-traumatique complexe, avec des plaintes somatiques, une aménorrhée (depuis les viols), des ruminations anxieuses, un ralentissement psycho-moteur et une tristesse de l'humeur.

N'ayant pas réussi à faire valoir son statut de victime lors de l'OFPRA, Bouticca confie : « Ils ne m'ont pas cru ». L'OFPRA indique que tout a été dit de façon sommaire. Pourtant Bouticca est un membre initié, elle peut fort bien expliquer ce qu'est le BDK, son organigramme, le rapport aux ancêtres, les valeurs associées dont les connaissances de la pharmacopée. Notre soin psychique s'inscrit dans une tresse transculturelle associant des éléments culturels, géopolitiques et psychiques. Bouticca se redresse alors, son port de tête est haut, sa posture n'est plus accablée, elle retrouve une dignité.

Nous l'orientons vers un kinésithérapeute avec lequel nous avons l'habitude de travailler et elle adhère à un accompagnement par une partie de notre équipe où elle apprend également à faire du vélo. « Vous êtes là et vous me relevez », dit-elle.

Nous accompagnons Bouticca dans la préparation à la CNDA, avec l'aide d'une frise chronologique afin de l'aider à trouver des repères spatio-temporels ; en effet, elle souffre de confusion mentale. Nous observons des moments de décrochage psychique, des moments d'absence et des discontinuités dans sa relation à son fils.

Ayant reçu une réponse négative à la demande d'asile, le CADA organise sa sortie en janvier 2018, afin qu'elle ne se retrouve pas à la rue. Une alerte est envoyée à la préfecture ainsi qu'une évaluation sociale à l'Aide Sociale à l'Enfance afin de transmettre tous les éléments d'inquiétude. Ils pourront ainsi bénéficier d'une place en hôtel. Nous instruisons alors une Demande de séjour pour soins.

Fin 2018, Bouticca découvre qu'elle est enceinte de 5 mois. N'ayant plus ses règles depuis 2016, elle ne pensait plus pouvoir tomber enceinte. En effet, Bouticca a retrouvé son mari sur Bordeaux.

Face à la flambée symptomatologique, en rapport avec une période particulièrement vulnérable[3] nous l'orientons vers le service de psychiatrie périnatale. Lorsqu'elle reçoit en septembre 2018 (mais dont elle ne prendra connaissance qu'en 2019, le courrier ayant été envoyé au CADA où elle n'était plus hébergée) une réponse négative du DASEM et une Obligation à Quitter le Territoire Français en juillet 2019, elle s'aggrave sur le plan psychique.

En mars 2019, Bouticca accouche d'une petite fille. Elle lui choisit un prénom, França, en référence à une interprète qui l'a beaucoup aidée. Une hospitalisation lui est proposée au sein de l'Unité Mère Enfant mais Bouticca ne souhaite pas être séparée de son fils ainé, âgé de 8 ans.

Des synthèses ont lieu très régulièrement autour de cette situation, les professionnelles sont inquiètes. Une orientation est préconisée pour le fils de Bouticca : il présente de nombreuses difficultés (gestion des émotions, très angoissé, comportements bruts et impulsifs envers les camarades, en grande demande d'attention, grande agitation psychomotrice…) et bénéficie déjà d'un suivi très régulier avec un orthophoniste. Face aux difficultés repérées, une orientation vers un foyer maternel est préconisée, qu'elle intègre en janvier 2020, ce qui sécurise Bouticca. Elle assure, malgré sa souffrance psychique, de nombreux rendez-vous pour elle et ses enfants.

Pour justifier le refus du DASEM, la préfecture et l'OFII précisent que :

- Son état de santé nécessite une prise en charge médicale, mais un défaut de prise en charge ne devrait pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité,

- Son état de santé lui permet de voyager et

- L'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine est sans incidence.

La réponse négative spécifie aussi qu'elle n'est pas isolée au Congo puisque :

- Elle a des enfants au pays,

- Elle n'apporte pas la preuve de l'intensité et de la stabilité de sa vie privée et familiale sur le territoire français,

- Elle n'atteste pas être exposée à des menaces en cas de retour dans son pays d'origine puisque sa demande d'asile a été rejetée,

- Elle ne fait valoir aucun élément justifiant son intégration dans la société française et ne produit aucun document établissant son insertion durable dans la société française.

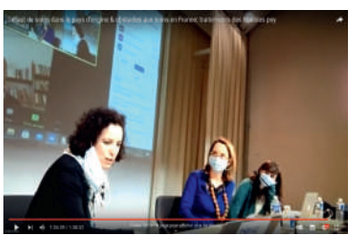
Ces arguments traduits à Bouticca sont difficilement entendables pour la patiente et pour nous ; ils font écho à son parcours et à son endurance, reconnus par tous, et sonnent comme une disqualification terrible et supplémentaire de sa parole et de sa personne. Bouticca y réagit par un effondrement psychique avec éléments dissociatifs, comme si elle perdait pied avec la réalité ; nous avons ressenti un sentiment d'impuissance et une colère vis-à-vis de nos institutions. Bouttica subit une double peine : elle a été victime d'exactions graves puis non-reconnue par l'Etat français du danger encouru puis de son état psychique et celui de ses enfants. Nous continuons l'accompagnement de cette maman et de ses deux enfants, comme soignantes et témoins de son parcours de femme endurante. Malmenées par la non reconnaissance de notre expertise, nous continuons notre engagement dans une éthique du *care*, qui est un prendre soin. Nous sommes soucieuses de la place de l'autre, de l'étranger, de son accueil, de sa considération et de sa place dans notre société. ●

notes

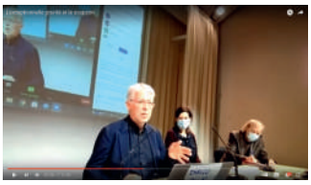
1. Céline Allafort et Claire Mestre, Co-construire une « communauté transitionnelle » avec les familles exilées. L'autre, cliniques, cultures et sociétés, 2021, volume 22, n°1, pp. 71-80.

2. Thierry Baubet, Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. Journal international de victimologie, Tome 2, numéro 2, avril 2004 pp. 107-113.

3. Mestre, C. (2016). Bébés d'ici, mères d'exil. Erès.



Un modèle d'expertise ?



Dr Jacques Marblé (Lyon), psychiatre agréé par le Ministère des armées

marblejacques@gmail.com

● Concernant les étrangers malades, et plus expressément les étrangers malades relevant de troubles psychotraumatiques, les psychiatres traitants se trouvent confrontés depuis plusieurs années à des instances (OFII, OFPRA, CNDA) qui semblent traiter par le mépris les certificats, pourtant largement circonstanciés, que ceux-ci leur adressent. Les retours sont souvent désastreux, pour les patients d'abord, pour les psychiatres traitants ensuite, pour la plupart engagés dans des suivis à long terme avec des patients cumulant troubles psychiques et problèmes sociaux. Parler un langage commun avec ces instances, tout au moins partager nos expériences cliniques, s'avère crucial pour dépasser une mauvaise foi ou une politique du chiffre, dès lors supposées, et montrer qu'il peut exister des points de contact et d'entente possibles entre cliniciens et médecins d'instances décisionnelles.

Un modèle d'expertise répondant à ces exigences existe au bénéfice des militaires : nous disposons dans les armées, depuis le 10 janvier 1992, d'un texte encadrant la reconnaissance d'abord, l'indemnisation ensuite, des troubles psychiques de guerre. Il s'agit d'un guide-barème, destiné aussi bien aux experts qu'à l'administration (l'armée et le service des pensions en l'occurrence) afin d'éviter le plus possible les distorsions de formation, de langage et de point de vue de chaque partie, d'où son côté didactique.

Il comporte trois parties, la première, fondamentale, énonçant les principes généraux de l'expertise psychiatrique, d'ordre éthique, la deuxième les aspects cliniques, la troisième plus spécialement consacrée à l'indemnisation tout en restant très clinique.

La première partie, dite de principes généraux, englobe un chapitre de terminologie, une classification des infirmités basée sur la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM10) et un rappel des conditions d'examen du sujet en expertise.

Quelques extraits montrent, à travers les conditions de l'expertise, la philosophie de ce texte :

« Aucune expertise ne se réduira à de simples données d'examen ni à des conclusions diagnostiques : celles-ci devront s'appuyer sur une démarche logique, rigoureuse, claire, aisément compréhensible de tous ».

« Le dossier antérieur, les allégations de toutes origines feront l'objet d'une étude approfondie et critique ; ainsi l'existence d'erreurs antérieures manifestes devra être signalée et rectifiée ».

« Une des erreurs logiques le plus fréquemment rencontrées et qui est absolument inacceptable consiste à attribuer à un état antérieur des désordres psychiques qui ne sont pas entièrement expliqués par le service ou le fait survenu en service ».

Les pseudo-experts ont parfois tendance à banaliser des discours leur paraissant trop froids, trop mécaniques ou trop répétitifs pour être honnêtes à leurs yeux, alors qu'il ne s'agit que de l'effet du trauma et d'une sidération qui n'est jamais loin. Ils cherchent également une prétendue fragilité ou des antécédents psychiatriques qui n'excluent en aucun cas un traumatisme psychique.

« La notion d'une causalité directe et déterminante avec le ou les faits de service suffit à établir l'imputabilité au service. La discussion doit s'appuyer sur une véritable argumentation. Ainsi la négation de l'existence d'un trouble ne saurait uniquement reposer sur le caractère subjectif de l'expression des plaintes ; de même la négation d'un lien avec le service ne saurait se fonder seulement sur le délai écoulé jusqu'à l'apparition des troubles ou sur l'absence de documents médicaux contemporains des faits évoqués. »

Il s'agit de la période de latence entre un trauma et le déclenchement de troubles, qui peut durer des mois ou des années, et se révéler à l'occasion d'un nouveau traumatisme.

« Dans les cas de névroses traumatiques de guerre, les difficultés pour l'établissement de la preuve peuvent résulter, d'une part, du fait que les sujets se confient parfois très difficilement à autrui, fût-il médecin, et, d'autre part, parce que le constat se fait avec des délais d'apparition assez souvent retardés ». Rappelons, comme il est précisé dans les conditions d'examen du sujet en expertise, l'enjeu particulier de la pathologie psychotraumatique qui ne trouvera à s'objectiver que dans un cadre rassurant et de qualité : « L'accueil du postulant, les conditions matérielles de l'examen, doivent faire l'objet d'une grande attention permettant au sujet d'être considéré avec le respect dû à tout citoyen et non comme un être anonyme, objet d'une procédure de routine ».

Enfin, « Il s'ensuit que l'expertise médicale peut accéder au rang d'élément parfois décisif de preuve, fondée sur la rigueur de l'argumentation » d'où l'importance d'une cohérence ne se bornant pas à un recueil de symptômes, dont certains peuvent d'ailleurs manquer, mais fondée, au-delà de la notion de stress, sur une conception psychodynamique du trauma.

La deuxième partie est un catalogue nosologique qui, s'il fait la part belle au syndrome psychotraumatique, parcourt l'ensemble des grands syndromes psychiatriques pour peu qu'ils aient une dimension réactionnelle, comme les états psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité. Ce découpage est important car il permet, lorsque le syndrome de répétition psychotraumatique n'est pas totalement constitué, d'y rattacher des troubles que nous connaissons bien comme les attitudes régressives et de dépendance affective, une humeur de tonalité dépressive plus ou moins permanente, une répétition des situations d'échec, une désocialisation ou des conduites addictives.

La troisième partie, la partie barème, est consacrée à l'indemnisation qui se fait en pourcentage d'altération du niveau de fonctionnement existentiel : je ne la détaillerai pas sauf à citer un militaire vu récemment qui, comme la plupart de ses camarades, me disait qu'il ne réclamait rien sauf de la reconnaissance, restant bien loin de toute attitude revendicatrice. Le diagnostic ou le montant de la pension semblent secondaires tout comme la question de la responsabilité de l'Etat, dès lors que cette reconnaissance a lieu dans un contexte de prise en charge et de reconstruction. La plupart sont d'ailleurs rarement à l'origine de la demande de pension, certains la refusent par honte ou culpabilité.

Le texte nomme ainsi les trois critères constitutifs de l'évaluation de l'invalidité :

- La souffrance psychique, « éprouvée, consciemment ou non, par le sujet et/ou perçue par l'entourage ».

- La répétition « qui s'exprime au sens psychopathologique par des troubles au long cours ou rémittents ».

- « La perte relative de la capacité relationnelle et le rétrécissement de la liberté existentielle qui concerne le mode de relation à autrui et le degré d'inadéquation des conduites aux situations ».

Doivent être pris en compte également des critères positifs tels que « la capacité de contrôle des affects et des actes, le degré de tolérance à l'angoisse et à la peur, l'aptitude à différer les satisfactions et à tenir compte de l'expérience acquise, les possibilités de créativité, d'orientation personnelle et de projet ». Ces critères, peu médicaux à priori, sont indépendants de toute spécificité nosographique c'est-à-dire peu ou pas du tout référés à telle ou telle affection psychiatrique. Chacun peut faire l'objet, je cite, « d'une évaluation assez précise voire d'une vérifiabilité ou d'une prédictivité ». Autrement dit, on peut se prononcer sur le pronostic en fonction de ce qu'on connait de la pathologie psychotraumatique et de son évolution !

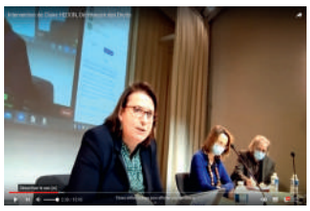
Ce texte guide l'expert tout en permettant à la commission consultative médicale de suivre sa démarche clinique et étiopathogénique, de rester au plus près de son raisonnement, sans possibilité de le dévaloriser dès lors qu'il repose sur du vécu et sur la qualité d'un échange autorisant une évaluation la plus fine possible : « Par son métier, l'expert connait les différents types d'enchainement causal affirmables pour tel ou tel trouble. Il lui appartient de les expliciter clairement afin d'être compris de tous et de faire en sorte que ses conclusions soient étayées par une argumentation médicale qui en justifie les termes. Ainsi les autorités seront à même d'apprécier si, de l'ensemble des éléments du dossier, se dégage une force probante suffisante pour former leur conviction et de décider, en motivant leur décision, que la preuve d'imputabilité est bien établie ».

L'expert a aussi un effort à fournir en matière d'intelligibilité, une expertise relevant toujours peu ou prou d'un exercice de traduction, entre clinique et droit. De là peut s'établir une relation de confiance entre l'instance décisionnaire et l'expert, qui reste cependant parfaitement indépendant. L'évaluation de l'invalidité, une fois la pathologie reconnue, peut se faire au plus près de la qualité de vie (en l'occurrence plutôt la qualité de survie…) de certains sujets traumatisés. Il s'agit, certes, d'une démarche d'objectivation, mais n'oblitérant pas la personne au travers d'une véritable relation, tentant de rendre au sujet son humanité perdue.

Les psychiatres traitants retrouvent les mêmes séquelles psychotraumatiques chez les étrangers, à travers des parcours de vie et de migration qui les amènent à rencontrer le réel de la mort, de la torture, de la violence. Cette expérience les rapproche des militaires ayant eu à subir, ou à agir, la violence dans des circonstances où leur vie, le sens même de la vie, a été profondément altéré. La question de l'étrange se pose à tout sujet traumatisé dans la mesure où, soldat, membre d'une ONG, spectateur d'un concert à Paris ou réfugié, il a pu se sentir rejeté et devenir un étranger à lui-même, du fait même de la pathologie dite post-traumatique, une pathologie qui non seulement dissocie mais aussi parait toucher à la structure : la blessure ne se fermera jamais, il faudra vivre avec. Il peut en outre persister à se sentir étranger à l'humanité dont il a été rejeté à un moment ou un autre. Ceci est probablement la cause d'une mésentente fondamentale entre experts et spécialistes dès lors que l'on continue à classer en psychiatrie la pathologie traumatique dans les états réactionnels, et non pas structurels qui seuls relèveraient d'une « vraie maladie ».

Le modèle d'expertise pratiqué dans les armées depuis une trentaine d'années, taillé sur mesure pour l'appréciation des troubles psychotraumatiques, pensé comme un pont entre soignants, « experts » et instances décisionnaires, est fondé sur une relation de confiance entre ces divers intervenants. A la suite des attentats de 2015, ce dispositif est désormais ouvert aux victimes civiles du terrorisme. Si la question de l'indemnisation ne se pose pas, pourquoi ne serait-il pas transposable aux étrangers malades en ce qui concerne la reconnaissance de leurs souffrances et l'établissement d'un diagnostic ouvrant des droits au soin. Pourquoi ne pas imaginer un travail d'élaboration relatif aux troubles psychiques en général et aux troubles psychotraumatiques en particulier chez les étrangers malades incluant cliniciens et instances décisionnaires, dont les Assises de mars 2021 pourraient constituer les prémisses ? ●

Claire Hédon, défenseure des droits



● Trois ans après avoir alerté sur les atteintes aux droits des étrangers[1], nous avons recensé en 2019 celles subies par les personnes malades étrangères, à ce titre doublement vulnérables, et nos tentatives pour y remédier[2]. Parmi les phénomènes qui y contribuent, j'en mentionnerai deux, avant de revenir sur la prise en charge particulièrement défaillante des étrangers souffrant de pathologies psychiques.

1. Tout d'abord, le transfert de l'évaluation de l'état de santé des étrangers malades sollicitant leur admission au séjour des agences régionales de santé (ARS) vers l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), instauré par la loi du 7 mars 2016, a eu pour effet une baisse des admissions au séjour à ce titre.

Dans plusieurs avis[3] sur cette loi, le Défenseur des droits a souligné les risques d'un tel transfert, en particulier celui d'un recul de l'objectif de protection au profit d'un objectif de gestion des flux migratoires. Nous avons effectivement constaté une baisse drastique des avis médicaux favorables au maintien sur le territoire, passés de 75% des dossiers examinés à un peu plus de 50% en 2017.

Pour l'OFII, cette baisse – assumée – résulte d'une meilleure objectivisation des avis par la mise en place d'une approche collégiale et le recours à un référentiel unique, la base de données « BISPO » (bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine).

Alors que la BISPO est censée harmoniser les pratiques, nos saisines montrent qu'il subsiste une part d'aléa dans les avis rendus par le collège de médecins de l'OFII, qui peuvent parfois différer à seulement quelques mois d'intervalle. Pour y remédier, nous recommandons depuis 2019 que la BISPO soit rendue publique, dans sa forme accessible aux médecins.

L'OFII étant placé sous la tutelle exclusive du Ministère de l'Intérieur, le deuxième risque était que le Ministère de la Santé se désengage de l'évaluation de la santé des étrangers malades. Nous recommandons donc de l'associer à la mise à jour de la BISPO et nous rappelons la valeur contraignante de ses orientations, prévues par la loi et formulées par arrêté. Ainsi, lorsque l'avis médical paraît contraire à ces orientations, nous recommandons que les personnes puissent accéder aux motifs de cet avis. Enfin, nous préconisons de prévoir une voie de recours dédiée contre les avis médicaux défavorables rendus par l'OFII.

2. Une autre source d'entrave à l'accès des étrangers malades à leurs droits est la suspicion persistante dont ils font l'objet.

C'est cette suspicion qui semble guider les réformes comme celle de 2016, mentionnée ci-dessus.

Pourtant, les chiffres et statistiques officiels démentent en tout point les idées reçues, notamment celle d'un système de santé qui serait source d'« appel d'air ».

D'abord, l'admission au séjour pour raison de santé demeure très résiduelle – moins de 2% des titres de séjour délivrés à l'issue d'une première demande. Par ailleurs, les fraudes aux analyses biologiques sont rares – moins de 1% des dossiers présentés[4]. Il est donc essentiel de déconstruire ces idées préconçues qui aboutissent à faire primer la gestion des flux migratoires sur les protections auxquelles ont droit des personnes malades, et de ce fait particulièrement vulnérables.

3. Dans ce contexte de fragilisation des droits des étrangers malades, la question de la prise en charge des pathologies psychiques est un point de préoccupation important.

Dans les centres de rétention administrative (CRA), où les pathologies psychiques et psychiatriques sont surreprésentées, les carences dans la prise en charge sanitaire sont nombreuses : manque de médecins, défaut d'interprétariat, difficultés d'accès aux unités médicales. En matière de pathologies psychiatriques, elles sont alarmantes. Plusieurs facteurs y contribuent : des moyens dérisoires au regard de l'ampleur des besoins (seul le CRA du Mesnil-Amelot bénéficie d'une permanence psychiatrique, non quotidienne), des personnels non formés, qui assurent de fait une prise en charge sécuritaire, en recourant par exemple à l'isolement.

Au-delà des CRA, je suis très préoccupée par les conséquences dramatiques, pour les enfants souffrant de troubles psychiatriques, du primat accordé à la lutte contre l'immigration irrégulière sur la protection des droits des malades.

Nous sommes régulièrement saisis de refus de séjour opposés aux parents d'un enfant malade au motif que l'OFII a estimé que l'enfant pourrait être pris en charge dans son pays d'origine. Or, pour les enfants atteints de troubles psychiatriques ou de handicaps lourds et bénéficiant en France d'un suivi au sein de structures de type IME, la continuité de la prise en charge compte autant que l'accessibilité du traitement.

Le Défenseur des droits intervient donc régulièrement au soutien de ses situations, objet de son dernier rapport annuel sur les droits de l'enfant[5]. ●

notes

1. Les droits fondamentaux des étrangers en France, rapport 2016.

2. Personnes malades étrangères, des droits fragilisés, des protections à renforcer, rapport 2019.

3. Avis n°15-17, avis n°16-02.

4. Selon l'OFII, 165 fraudes aux analyses biologiques ont été détectées par le service médical en 2017 et 54 en 2018

5. Défenseur des droits, rapport 2021 consacré aux droits de l'enfant, Santé mentale des enfants : le droit au bien-être.

Références et liens utiles

1. **Vidéoconférences des assises accessibles ici sur la playlist du COMEDE :**
https://www.youtube.com/channel/UC5pEzvF_JH05tpgSHh79rMg

2. **Rapports au parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration)**

RAPPORT AU PARLEMENT 2020

https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport%20Parlement%20proc%C3%A9dure%20admission%20s%C3%A9jour%20pour%20soins%202020.pdf

RAPPORT AU PARLEMENT 2019

https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/02/OFII-Rapport-au-parlement-du-service-m%C3%A9dical_2019.pdf

RAPPORT AU PARLEMENT 2018

https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/OFII-RAPPORT-MEDICAL-2018-A4-v03022020.pdf

RAPPORT AU PARLEMENT 2017

https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

3. Arrêtés

- Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : INTV1637914A

- Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L.313-11 (11o) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : AFSP1638149A

4. Revues

- Revue « Actualité et dossier en santé publique » Numéro 111: Santé des Migrants, juin 2020.
https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1172

- Revue Plein droit, n° 131 : « Étrangers, des traumas mal/traités par l'État », décembre 2021.

- Revue Maux d'Exil #61 : Personnes étrangères atteintes de psychotraumatismes : quelle protection ? https://www.comede.org/download/maux-dexil-61-personnes-etrangeres-atteintes-de-psychotraumatismes-quelle-protection/

5. Articles, tribunes

Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes Revue « Actualité et dossier en santé publique », Numéro 111, septembre 2020, Santé des Migrants, p 43-45, François Journet, Claire Mestre, Francis Remark, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Arnaud Veïsse, Laure Wolmark.

La défense du droit au séjour pour soin pour les souffrances psychiques : une fonction soignante de porte-voix, Editorial de la revue l'Autre, 2019, Francis Remark, Claire Mestre, François Journet, Arnaud Veisse, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Gwen Le Goff et Marie-Rose Moro.

Demandeurs de séjour pour soins : « Pourquoi un tel déni de la souffrance psychique ? » Tribune du Monde, 12 mars 2019, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Sarah Iribarnegaray.

https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/03/12/demandeurs-d-asile-pourquoi-un-tel-deni-de-la-souffrance-psychique_5434684_3232.html

L'évaluation des dossiers médicaux des étrangers malades doit revenir au ministère de la santé, tribune du Monde, 3 mars 2022, collectif dasem psy. https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/03/03/l-evaluation-des-dossiers-medicaux-des-etrangers-malades-doit-revenir-au-ministere-de-la-sante_6115987_3232.html

La délivrance de titres de séjour aux étrangers malades chute depuis 2017, Le Monde, 16/11/18, Julia Pascual https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/11/16/la-delivrance-de-titres-de-sejours-aux-etrangers-malades-chute-depuis-2017_5384218_3224.html

Argumentation pour une juste évaluation - plaidoyer du Groupe Dasem psy http://sppni.ovh/pag/ofii.php#plaidoyer

Lettre du collectif Dasem Psy : https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/12/Lettre-du-collectif-Dasem-Psy-au-2-de%CC%81c-1.pdf

Rubrique de François Journet sur http://www.techniques-psychotherapiques.org/SPIP/spip.php?rubrique4

Glossaire

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

BISPO : Bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CMU : Couverture maladie universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la santé des Exilés

CRA : Centre de rétention administrative

DA : demandeur d'asile

DASEM : Demande d'Autorisation de Séjour Etranger Malade (Droit au Séjour pour raison médicale)

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

INALCO : Institut National des Langues et Civilisations Orientales

MARS : Médecin de l'Agence Régionale de Santé

MDM : Médecins du monde

mhGAP : Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). Le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale,

ou mhGAP (de l'anglais mental health Gap Action Programme)

MSF : Médecins sans frontière

MSMPS : santé mentale et soutien psychosocial

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (relève du Ministère de l'Intérieur)

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (sous tutelle du Ministère de l'intérieur depuis le décret du 25 novembre 2010

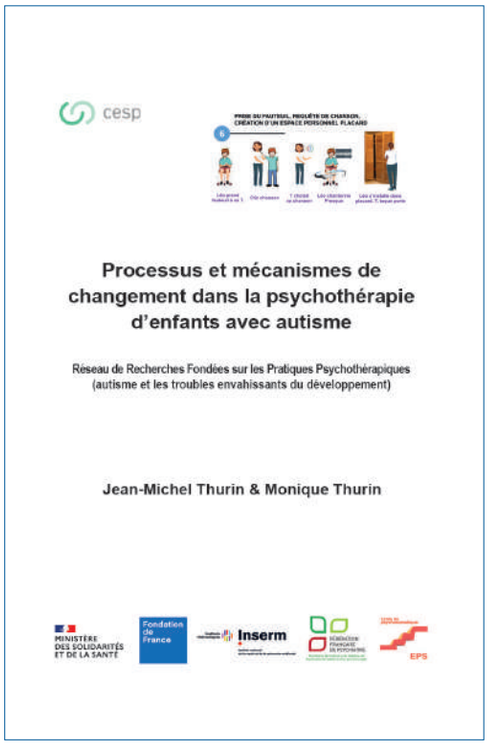
ONGI : Organisation non gouvernementale internationale

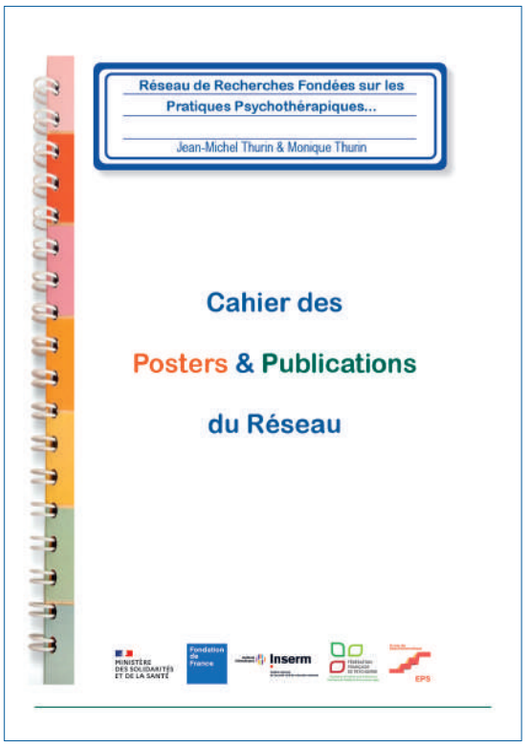
PVHIV : Personne vivant avec le HIV



Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

La recherche, consacrée à la psychothérapie menée en conditions naturelles de 66 enfants et adolescents avec autisme, est présentée de façon synthétique et concrète dans un livret et un cahier des posters et publications.





Ces deux documents* retracent le travail du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Le premier présente (1) les « Objectifs concrets » du pôle autisme du réseau, (2) ses « Résultats » à partir des protocoles de recherche « cas individuel », « cas regroupés » et types d'analyses statistiques utilisées, (3) les « Avancées significatives et retombées en termes de santé publique qui en sont issues, notamment dans les applications cliniques ». Nous y avons associé une ouverture sur une perspective complémentaire de la psychothérapie impliquant la relation entre les dimensions biologique, psychologique et sociale du développement psychique sur lequel nous travaillons actuellement.

Cette recherche fait apparaître le caractère très pertinent de la psychothérapie chez des enfants dont la gravité de l'autisme est importante. Les psychothérapies sont menées dans des conditions naturelles. La recherche est réalisée dans le cadre d'un réseau basé sur la pratique impliquant une collaboration directe chercheurs - cliniciens. Les cliniciens interviennent dans le recueil des données et cotations des instruments en groupes de 3 pairs. Les 66 études menées chez les enfants et adolescents confirment la possibilité et les effets d'une recherche articulée avec la pratique. Les processus de changement et les facteurs qui y participent sont décrits précisément et temporellement, ce qui ouvre une fenêtre sur la causalité. Le futur est engagé du côté d'un approfondissement des mécanismes associant les registres physiologiques, psychologiques et sociaux.

* Ces documents ont été adressés par courrier à 250 personnes et sont disponibles en format .pdf à l'adresses suivante :

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

Pour la Recherche

ffp@internet-medical.com
Tél. : 01 48 04 73 41 - Fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2022)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : Graffik plus - 01 48 12 11 62