

DIU Santé, Société et Migration
Université Claude Bernard, Lyon 1
Année universitaire 2014 – 2015

LA RELATION DE SOINS A L'EPREUVE DES
CERTIFICATS MEDICAUX DANS LE CADRE DE
LA DEMANDE D'ASILE

Vannina TOMASINI
Interne en psychiatrie
Université de Grenoble

Sommaire

Acronymes	3
I. Introduction.....	5
II. Présentation du terrain	7
A] Généralités sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	7
1) Contexte sociopolitique :	7
2) Textes fondateurs :	10
3) Localisation et organisation :	11
4) Personnes bénéficiaires :	12
5) Objectifs et missions :	13
6) Spécificité des PASS psychiatriques :	14
B] Présentation de la PASS psychiatrique/EMLPP de Grenoble.....	16
1) Création, localisation et organisation :	16
2) Une équipe pluridisciplinaire et particulière :	16
3) Personnes bénéficiaires :	17
4) Missions et objectifs :	18
5) Parcours d'une personne se présentant à la PASS :	19
C] La demande de titre de séjour :	21
1) La demande d'asile :	21
2) La demande « étranger malade » :	25
3) Des situations de précarité chez les étrangers en demande de régularisation :	27
III. Interprétation :	29
A] Une demande particulière à laquelle il faut répondre :	29
1) Une formulation atypique :	29
2) Une étape du soin ?	30

3) Caractérisée par l'urgence ?.....	31
4) Deux possibilités de réponse pour le médecin :.....	32
B] Vécu du médecin : d'un sentiment d'utilisation à l'élaboration d'une réflexion.....	34
1) Un sentiment marqué d'être utilisé lors d'une première rencontre :.....	34
2) Une réaction plus neutre lors d'un suivi :.....	36
3) Effets possibles sur la relation de soins ?.....	36
4) Intérêt et pertinence de la rédaction d'un tel document :.....	37
C] Le récit du demandeur d'asile : silence ? construction ? mensonge ?.....	40
1) Narration possible ou rendue impossible ?	40
2) Performativité du récit ?.....	42
3) Véracité du récit face à un demandeur d'asile préjugé menteur ?.....	43
D] Un travail d'objectivation : étape nécessaire aux soins et pour la rédaction :	45
1) Un travail centré sur une clinique particulière :.....	45
2) Un travail rythmé par le parcours administratif :.....	46
3) Face à des symptômes variés et entremêlés :.....	47
4) Pertinence du PTSD :.....	51
5) Un défaut de formation :.....	53
IV. Conclusion	55
V. Bibliographie	59

Acronymes

ADA : Accueil Demandeurs d'Asile

ADATE : Association Dauphinoise Accueil Travailleur Etranger

AME : Aide Médicale d'Etat

APARDAP : Association de Parrainage Républicain des Demandeurs d'Asile et de Protection,

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ARS : Agences Régionales de Santé

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CMU : Couverture Maladie Universelle

DDAS : Direction Départementale des Affaires Sociales et Familiales

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EMPP : Equipes Mobiles Psychiatrie et Précarité

EMLPP : Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité

ETP : Equivalent Temps Plein

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

OFPRA : Office Français Pour les Réfugiés et les Apatrides

MDM : Médecin du Monde

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

PRSP : Plans Régionaux de Santé Publique

PTSD : PostTraumatic Stress Disorder ou Syndrome De Stress Post-Traumatique

SDF : Sans Domicile Fixe

I. Introduction

Dans le cadre de mon internat en psychiatrie, j'ai souhaité pouvoir élargir mes horizons, m'ouvrir à des sujets qui ne m'étaient pas familiers, changer de points de vue et de regards ainsi que découvrir d'autres manières d'analyse par le biais des sciences sociales. J'étais aussi intéressée par les figures du migrant précaire et des grands précaires dont on entend parler à certaines périodes dans l'actualité et que l'on peut croiser tous les jours dans la rue. C'est pour ces raisons que je me suis inscrite au DIU « Santé, société et migration ».

En parallèle à cette approche théorique par le biais du DIU, j'ai choisi d'effectuer un stage de six mois sur le Pôle Psychiatrie Précarité du Centre Hospitalier Alpes Isère¹. Le temps de stage était réparti de la manière suivante : 7 demi-journées sur la Permanence d'Accès au Soins de Santé (PASS)/ Équipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité (EMLPP) de Grenoble et 3 demi-journées sur un CMP de Grenoble. Sur la PASS, je recevais essentiellement des « migrants précaires » dont un grand nombre était des demandeurs d'asile. Il s'agissait, pour moi, d'apprendre à connaître ces personnes que l'on ne voit que peu ou pas dans le système de soins.

Assez rapidement au début de mon stage, du fait de la reprise de la file active de l'interne m'ayant précédé, j'ai été confrontée à des demandes de certificats médicaux. On peut rapidement replacer cette demande dans le contexte actuel de gestion des flux migratoires où la politique d'immigration est de plus en plus restrictive avec une « vision désormais manichéenne : victimes ou menteurs »². Le nombre de personnes obtenant leur statut de réfugié est relativement faible en comparaison au nombre de demandes d'asile déposées chaque année. De fait, « la réduction de l'accès au statut de réfugié s'est traduite par une augmentation importante de la demande de certificats auprès des médecins. Il s'agit de répondre à la souffrance d'une personne dans un Etat qui cherche à réduire l'accès sur le territoire. Les médecins, seuls autorisés à intervenir sur le corps, deviennent dès lors

¹ Le CHAI est un établissement public spécialisé en santé mentale. Il comprend un site d'hospitalisation à Saint-Egrève et des structures de soins insérées dans la communauté. Il prend en charge une zone géographique comprenant une partie de l'agglomération grenobloise, le voironnais et une partie du Sud de l'Isère ce qui représente un bassin de 650 000 personnes (adultes et enfants).

² MESTRE Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », *L'Autre*, 2009/2, Volume 10, p 162.

dépositaires d'une source de légitimité juridique »³.

Face à ces demandes, je me suis sentie assez démunie par rapport à ce qu'il fallait écrire, à ce que je pouvais écrire, aux conséquences que ces écrits pouvaient avoir et à la manière dont cette rédaction s'intégrait à la relation de soins. De fait, la plupart des personnes que je suivais à ce moment-là était dans une démarche de soins avec la mise en place d'une relation où l'on notait une implication mutuelle du médecin et du patient. Je me suis alors demandé comment la relation de soins allait évoluer : allait-elle se modifier ? ; si oui, de quelle manière ? C'est à partir de cette réflexion que j'ai défini ce sujet qui porte sur la relation de soins à l'épreuve des certificats médicaux dans le cadre de la demande d'asile.

Au cours de ce travail, nous serons amenés à parler de la relation de soins. En psychologie sociale, la relation fait référence à une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui. En médecine, les soins correspondent à des actes par lesquels on veille au bien-être d'autrui. Cette relation repose sur deux acteurs principaux : le médecin que l'on pourra qualifier alternativement de praticien, de thérapeute, de clinicien ou de soignant et le patient, terme qui vient du latin « *patiens* » signifiant « celui qui souffre ». Nous appuierons sur des cas cliniques issus de ma pratique dans le cadre des consultations sur la PASS ou bien sur le CMP. Nous aurons aussi recours à des connaissances apportées par les différentes interventions des modules du DIU mais aussi par la littérature existante à ce propos avec notamment des articles de Jean Furtos, de Claire Mestre ainsi que des articles des revues *Rhizome* et *Maux d'exil*.

Dans un premier temps, après avoir replacé leur contexte de création, nous présenterons les Permanences d'Accès aux Soins de Santé et leurs objectifs en matière de santé générale et mentale. Il s'agira ensuite de décrire le terrain propre à ce mémoire avec une présentation de la PASS psychiatrique/EMLPP de Grenoble puis, de faire un point sur les deux principales demandes de titres de séjour : l'asile et « étranger malade ». Dans un second temps, nous tenterons de répondre à la problématique en évoquant la place de la demande, le vécu du médecin face à cette demande, les caractéristiques du récit des demandeurs d'asile, ainsi que le travail d'objectivation réalisé par le médecin.

³BOURGUEIL Yann, « Billet », *Maux d'exil*, septembre 2005, n°12, p1.

II. Présentation du terrain

A] Généralités sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

1) Contexte sociopolitique :

La mise en place des PASS repose sur une mise en action du droit constitutionnel. En effet, le droit à la protection de la santé est reconnu par le préambule de la Constitution de 1946. Au sortir de la 2^{ème} Guerre mondiale, la mise en place, par le Conseil National de la Résistance en 1945, d'un système de protection sociale a joué un rôle dans la cohésion de l'Etat français. Ce dispositif dont le financement repose sur les cotisations des employeurs et des travailleurs, garantit aux citoyens un égal et libre accès aux soins. A l'époque, il ne prenait pas en compte le statut administratif et il était aveugle à la condition sociale. Un des dispositifs rendant compte de ce droit est l'existence du « service public hospitalier » bien que créé en 1970. Ainsi, le Code de la Santé Publique « impose aux établissements assurant le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé »⁴. L'hôpital constitue encore le principal lieu d'accueil des plus démunis comme il l'est depuis le Moyen-âge en se positionnant dans une logique d'assistanat.

A partir de la fin des années 50, notamment avec la « réforme Debré »⁵ de décembre 1958, l'hôpital se modernise avec une évolution vers un « hôpital excellence » en lien avec les progrès réalisés en matière de techniques et de savoirs médicaux. Les structures hospitalières se retrouvent alors dans une position paradoxale : il faut poursuivre la course à l'excellence ainsi qu'à l'équipement ce qui aboutit à la création de structures de plus en plus spécialisées en matière de soins mais il faut aussi répondre aux attentes sociales puisque l'hôpital reste le lieu où se présente les personnes les plus démunies et donc les plus fragiles.

⁴ Article L.6112-2 du Code de la Santé Publique.

⁵ La « réforme Debré » crée les Centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux de recherche réunissant praticiens et universitaires.

Le choc pétrolier de 1973 va faire entrer le système de protection sociale dans une crise budgétaire. En effet, en raison de l'augmentation du prix du baril de pétrole, les coûts de l'industrie explosent ce qui entraîne leur délocalisation à l'étranger et donc une augmentation du taux de chômage et une désindustrialisation de la France. Parallèlement, du fait de l'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie, la durée de vie augmente ce qui engendre une augmentation des dépenses de santé. Pour autant, le rôle d'assistance de la sécurité sociale n'est pas remis en question.

Dans les années 1980, il est observé une application insuffisante du droit à la protection pour la santé. Les inégalités en matière de santé se creusent avec une exclusion des plus démunis, étrangers ou non, du système de soins. En effet, ces personnes continuent de se rendre à l'hôpital en cas d'urgence mais la prise en charge proposée est souvent parcellaire et insuffisante. Cette population est d'abord qualifiée de « nouveaux pauvres » puis, de « précaires » suite à l'élaboration du concept de « précarité ». Il s'agit, selon Joseph WRESINSKI, de « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives »⁶. Les « sécurités » dont il est question, dans cette définition, renvoient principalement à l'emploi, au logement, aux revenus et à la famille. La précarité se définit donc par la perte des « objets sociaux » c'est-à-dire la « perte de la place que chacun a dans sa famille, dans le groupe, dans la société »⁷. On parle alors de personnes en situation de précarité.

Dans un premier temps, ce sont des associations telles qu'ATD Quart Monde, Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières qui se sont saisi de ces questions et qui ont essayé de prendre en charge ces populations. Ainsi, Médecin Sans Frontière a ouvert un temps de consultation à destination de ces « précaires ». Ce monde associatif s'est ensuite rapproché des politiques en leur amenant des éléments concernant la réalité du terrain ce qui a permis une évolution progressive du droit.

⁶ WRESINSKI Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, *Journal officiel*, 1987, p6.

⁷ PAUL Jacques, « Souffrance psychique et souffrance sociale. », *Pensée plurielle*, 2/2004, n°8, p25.

A la même époque, on observe aussi un durcissement des politiques migratoires avec l'adoption de lois par le gouvernement français qui restreignent de plus en plus l'accès aux titres de séjour et qui facilitent les expulsions d'étrangers en situation illégale. Ce changement se répercute aussi sur l'accès à une protection sociale avec une prise en compte du statut administratif depuis la loi du 23 août 1993 dite « loi Pasqua ». Cette loi a opéré un tournant majeur dans l'accès aux soins des étrangers en subordonnant le droit à l'assurance maladie à la régularité du séjour du bénéficiaire. Les personnes étrangères sans titre de séjour se retrouvent alors exclues de la Sécurité Sociale. En 1998, le Haut Comité de Santé publique publie un rapport dans lequel il met en garde le gouvernement contre une montée en puissance des phénomènes de précarisation et leurs conséquences sur la santé. C'est dans ce contexte que la loi du 29 juillet 1998, dite « loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions » a été mise en place. Elle fait partie d'un programme d'action publique touchant à l'emploi, au logement, à la santé, à l'éducation et à la culture. Cette loi consacre « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies » comme un « objectif prioritaire de la politique de santé ». Elle cherche à corriger les inégalités sociales de santé en remplaçant l'hôpital dans son rôle social, rôle mis de côté par la technicisation et la spécialisation progressive. Dans l'optique de cette loi, d'autres mesures vont être mises en place en 1999 :

- La Couverture Maladie Universelle (CMU) :

Elle permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couverte par un régime de Sécurité sociale. Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu inférieur à un plafond déterminé, les autres devant s'acquitter d'une cotisation de 8 % de la part de leurs revenus fiscaux supérieure à ce plafond. Elle peut être associée à la CMU-complémentaire (CMU-c) qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

- L'Aide Médicale d'Etat (AME) :

Elle permet l'accès aux soins aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France. Elle est attribuée aux étrangers résidants en France depuis plus de 3 mois sous conditions de ressources. Ce dispositif permet de rendre solvable des soins qui auront de toute façon lieu.

- Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) :

Ils ont pour but d'améliorer l'accès effectif à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, par le biais d'actions concrètes mises en place par les différents acteurs locaux (services de l'état, agences régionales de l'hospitalisation, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé, etc.) afin de développer la coopération entre les différents partenaires, dans un souci de décloisonnement des interventions.

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

2) Textes fondateurs :

Les PASS et leurs fonctionnements reposent donc sur différents textes de loi.

La loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion datant de juillet 1998 a permis de réaffirmer le rôle social que doit avoir l'hôpital. Dans le cadre de la mise en place des PRAPS, il est demandé que « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes »⁸.

Par la suite, d'autres textes sont venus encadrer les PASS. La circulaire du 23 novembre 2005⁹ définit les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la

⁸ Article L.6112-6 du Code de la Santé Publique

⁹ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

prise en charge de ces publics. La circulaire du 07 décembre 2007¹⁰ a permis de définir la poursuite des PRAPS dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP). Enfin, la circulaire du 18 juin 2013¹¹ relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS fournit un référentiel et une base de recueil d'informations sur les PASS pour les Agences Régionales de Santé (ARS).

3) Localisation et organisation :

Conformément aux textes, les PASS sont majoritairement implantées dans des établissements publics de santé et préférentiellement de grande taille. Elles peuvent, cependant, être localisées sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Elles doivent bénéficier d'une signalétique claire à l'accueil et dans les principaux lieux de passage dans l'établissement de santé. En 2008, il existait plus de 400 PASS sur le territoire français¹². En 2012, « une permanence sur six était située dans des unités urbaines de petite taille ou en zone rurale et deux permanences sur trois étaient situées dans des unités urbaines de taille moyenne »¹³. En Rhône-Alpes, on compte actuellement 42 PASS avec 36 généralistes et 6 en milieu psychiatrique¹⁴.

Le financement de ce service public obligatoire repose sur une « demande explicite de chaque établissement hospitalier auprès de l'ARS au titre des missions d'intérêt général, c'est à dire non tarifées à l'activité. La responsabilité du fonctionnement effectif d'une PASS est donc partagée entre l'établissement hospitalier et l'ARS »¹⁵.

Les PASS ont généralement des équipes pluridisciplinaires composées de personnel médical, infirmier, d'un travailleur social et parfois d'un psychologue afin de prendre en compte la complexité des situations. La majorité des PASS conserve une vocation généraliste c'est-à-dire où l'on effectue une évaluation médico-sociale. Dans le cas de pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile, il est parfois nécessaire de créer des

¹⁰ Circulaire DGS no 2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

¹¹ Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013.

¹² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chiffres_cles_2010-Version_definitive.pdf

¹³ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », Guide pratique pour les professionnels, 2013, p 97.

¹⁴ <http://www.appassra.org/l-officiel-des-pass/>

¹⁵ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 98.

permanences spécialisées type PASS-buccodentaires ou PASS psychiatriques, ces dernières étant en lien étroit avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité. Les PASS doivent avoir les moyens de recourir à des services d'interprétariat en cas de besoin, les soins (consultations, examens complémentaires, traitements) qu'elles proposent sont dispensés gratuitement. Les équipes ont aussi pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux ce qui permet de faciliter l'accès non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux associatifs ou institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

4) Personnes bénéficiaires :

Les dispositifs PASS ont tous pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité c'est-à-dire n'ayant ni droits ouverts ni droit potentiel à une protection maladie, mais aussi les personnes ayant une protection maladie mais exclues du système de santé de droit commun du fait de leur vulnérabilité sociale (isolement, errance, SDF, absence de domicile stable, difficulté à comprendre les exigences administratives, sociales et médicales, barrière de la langue). Ces structures sont donc amenées à prendre en charge les étrangers résidant en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'Aide médicale État ou du Fonds pour les soins urgents et vitaux¹⁶. On parle alors de « migrants précaires ».

On retrouve chez ces populations une souffrance que l'on qualifie de « souffrance psychique » qui désigne selon Didier Fassin, « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société »¹⁷. La peur très particulière de perdre les objets sociaux peut entraîner « une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou

¹⁶ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit*, p 96.

Ce Fonds a pour objectif d'instaurer un financement des soins indispensables délivrés aux personnes dépourvues de tout droit potentiel à l'AME. Il vise à permettre aux hôpitaux de financer les soins urgents délivrés à ces personnes. Il ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'Hôpital public (ou assimilé) et n'ouvre donc pas de droit personnel à l'AME.

¹⁷ FASSIN Didier, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Edition La Découverte, Collections « Alternatives sociales », 2004, p 9.

même qui disparaît »¹⁸. Ceci permet d'introduire le concept de « souffrance psycho-sociale » puisque les objets sociaux sont, selon Jean Furtos, à la fois quelque chose de concret mais aussi en rapport avec un système de valeurs qui fait lien.

5) Objectifs et missions :

Les PASS ont pour mission d'offrir un accès aux soins ainsi qu'un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Leur approche se fait de manière globale et transversale. Trois types d'activités peuvent alors être distingués :

- Auprès des patients :

Il s'agit d'offrir gratuitement les soins nécessaires à la préservation de l'état de santé par le biais des consultations (infirmières ou médicales) sur la PASS mais aussi en rendant possible l'accès au plateau technique de l'établissement ainsi qu'à la délivrance de médicaments. Il s'agit aussi de prévoir les moyens humains pour accompagner les personnes dans le recouvrement des droits : à la santé mais aussi sociaux avec un travail sur l'amélioration des conditions de vie, notamment l'accès au logement. Ceci permet, une fois l'accès aux soins engagé, d'assurer la continuité des soins dans le temps et de permettre un retour à l'offre de soins de droit commun.

- Auprès des professionnels de l'établissement.

Il s'agit d'intervenir pour l'information, la sensibilisation et la formation du personnel de l'établissement de santé pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients. Cela permet d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs de l'établissement et de développer une mise en réseau optimale avec un décroisement des soins.

¹⁸ FURTOS Jean, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Dossier Souffrance et Société, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, *Mental'idées*, 09/2007, n°11, p 26.

- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement.

Il s'agit de développer la mise en réseau, non seulement des acteurs de l'hôpital mais aussi des intervenants du secteur sanitaire, des acteurs du champ social et de tous professionnels agissant dans le réseau local de précarité, au sens large.

De plus, un comité de pilotage rassemblant les acteurs intervenant dans le champ de la prise en charge sanitaire des patients en situation de précarité, des secteurs institutionnels et associatifs doit être mis en place et se réunir au moins une fois par an. Il contribue à la dynamique de la PASS et au renforcement des partenariats *intra* et *extra-muros*, en inscrivant la PASS dans le réseau médico-social local.

Les PASS permettent donc une prise en charge globale du patient précaire puisqu'elles accueillent le patient au sein du système hospitalier, elles prennent en charge la précarité et l'accès aux droits et enfin, elles initient des soins et s'assurent de leur pérennité dans le temps.

6) Spécificité des PASS psychiatriques :

Du fait d'un accès aux soins psychiatriques particulièrement difficile, des permanences spécialisées, les PASS psy ont été créés. Les premières sont apparues en 2009 et en 2014, on en comptait 44 réparties sur le territoire français. Leurs équipes sont aussi pluridisciplinaires et sont généralement composée d'un psychiatre, d'un infirmier et parfois d'un travailleur social. Dans la même optique que les PASS généralistes, leur mission est de fluidifier le parcours de soin du patient entre la PASS psy et les établissements de psychiatrie avec un travail autour de la santé mentale et de la précarité. La santé mentale est définie selon J.Furtos comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives »¹⁹.

¹⁹ Congrès International de Lyon, « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsm : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Ramonville, Edition Erès, 360p.

Les PASS, psychiatriques travaillent en lien étroit avec les Equipes Mobiles Psychiatrie et Précarité (EMPP). Les premières EMPP ont été créées à partir de 1999 suite à la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. L'idée était de mettre en place un dispositif à « bas seuil » d'exigence pour les personnes en situation de précarité et souffrant de pathologies psychiatriques en comparaison aux institutions à « haut seuil » d'exigence que constituent les hôpitaux psychiatriques.

Les EMPP ont pris leur essor à partir de 2005 avec la définition de leurs missions par la circulaire du 23 novembre 2005²⁰ et avec l'intégration de leurs financements ciblés dans le plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008. On en comptait 126 en France en 2011. Leur mission principale est « d'aller vers » c'est-à-dire d'aller au contact des personnes en situation de précarité et souffrant de pathologies psychiatriques et/ou en situation de « souffrance psycho-sociale » sans attendre l'expression d'une demande par la personne concernée. Ces équipes se positionnent dans une fonction de « tiers » et de soutien aux équipes médico-sociales de première ligne en assurant une « interface » entre ces équipes et les secteurs de psychiatrie. Elles veillent aussi à la continuité des soins en favorisant l'entrée dans les dispositifs de soins de droit commun tout en prévenant les difficultés potentielles liées à la prise en charge de ce public : méconnaissance des autres soignants face à la souffrance psycho-sociale, différences culturelles, consommation de toxiques, langue étrangère... Leur objectif reste de mettre un retour au droit commun avec, pour les soins psychiques, une prise en charge sur les Centres Médico-Psychologique (CMP).

Ces deux structures, les PASS psy et les EMPP, font un travail autour de la santé mentale en situation de précarité et d'exclusion. Bien que l'un de ces dispositifs soit mobile et l'autre fixe constituant alors un repère spatial fixe, la vocation ultime de ces deux structures est bien de permettre une stabilisation de la maladie et un retour au système de droit commun. Sur Grenoble, ces deux dispositifs sont regroupés en un même lieu et ont la particularité d'être assurés par la même équipe de professionnels.

²⁰ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

B] Présentation de la PASS psychiatrique/EMLPP de Grenoble

1) Création, localisation et organisation :

Au partir de fin 2001, il existait sur l'agglomération grenobloise, un Pôle Psychiatrie Précarité qui avait été initié dans le cadre du PRAPS. Il dépendait du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) et correspondait à une équipe qui se disait « mobile ». Cette structure a été reconnue Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité (EMLPP) à partir de 2001. Ce dispositif a été complété, en 2010, par une PASS psychiatrique.

Sur le plan législatif, une PASS en milieu psychiatrique devrait avoir un poste de médecin généraliste pour permettre une évaluation médico-sociale. Du fait de l'existence d'une PASS somatique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, il a été décidé d'implanter la PASS-psy à proximité pour permettre une collaboration régulière entre les deux PASS. La PASS psy ainsi que l'EMLPP sont donc implantées dans un immeuble de La Tronche, à proximité du CHU. Cette structure est accessible en transports en commun mais elle peut être difficile à localiser ce qui impose parfois de multiplier les explications ou de prévoir un accompagnement lorsque les partenaires souhaitent orienter des personnes qu'ils prennent en charge.

Afin de permettre la délivrance gratuite de médicaments psychotropes au public accueilli sur la PASS psychiatrique, une convention a aussi été passée entre le CHAI et deux pharmacies de ville.

2) Une équipe pluridisciplinaire et particulière :

Les deux dispositifs PASS psy et EMLPP sont assurés par des professionnels de différents horizons formant une seule et même équipe, prénommée « GAIA ». Cette dernière est constituée d'un médecin psychiatre, de trois infirmières, de deux psychologues, d'une assistante sociale, d'une cadre et d'une secrétaire. Leurs temps de travail sont répartis sur les deux équipes de la manière suivante :

- 0,5 Equivalent Temps Plein (ETP) médical psychiatre pour les deux équipes
- 2.7 ETP d’infirmière en santé mentale pour l’EMLPP
- 0.5 ETP de psychologue pour la PASS et 0.80 ETP de psychologue pour l’EMLPP
- 0.7 ETP d’assistant de service social pour la PASS
- 0.5 ETP de cadre de santé pour les 2 équipes
- 0.8 ETP de secrétaire pour les 2 équipes

3) Personnes bénéficiaires :

La PASS prend en charge toute personne de plus de 16 ans, souffrant de pathologies psychiatriques et/ou en situation de « souffrance psycho-sociale », non sectorisés ou vivants sur des structures sectorisées²¹ mais nécessitant un accompagnement transitoire vers des structures de droits communs et ce quelle que soit sa situation administrative. Il peut s’agir de SDF, de grands précaires mais aussi de demandeurs d’asile.

En 2010, au moment de sa création, la file active de la PASS était essentiellement des personnes d’origine française en situation de précarité, SDF ou « grand précaires » qui nécessitaient une prise en charge psychiatrique du fait de pathologies psychiatriques ou d’une « souffrance psycho-sociale ». Depuis 3 ans environ, cette file active s’est modifiée avec l’accueil d’un grand nombre de demandeurs d’asile sur la PASS. Ils viennent essentiellement soit d’Europe de l’Est (Kosovo, Arménie, Albanie) soit d’Afrique (République Démocratique du Congo, Guinée, Angola). Ceci est en lien avec la régionalisation de la demande d’admission au séjour d’autant plus que la région Rhône-Alpes est la deuxième région d’accueil des demandeurs d’asile après l’Ile de France. Ainsi, l’Office Français Pour les Réfugiés et les Apatrides (OFPRA) enregistrait 479 demandeurs d’asile résidant en Isère en 2009 contre 779 en 2010²².

²¹ En France, la psychiatrie est sectorisée c’est-à-dire répartie en secteurs. Ces derniers désignent une zone géographique (un bassin de 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et de 210 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile) mais aussi le dispositif de prévention, de traitement et de coordination des soins en santé mentale. Cette politique a été initiée dans les années 1960 pour mettre fin à la réclusion et parfois l’internement à vie des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Ses objectifs principaux sont la précocité, la proximité et la continuité des soins. Le centre médico-psychologique (CMP), situé au sein de la cité, constitue le pivot de cette politique : il est à la fois lieu de diagnostic et d’organisation d’un réseau de soin autour des patients (hôpital, médecin traitant).

²² <http://ada-grenoble.org/10-association-ada/88-baisse-du-nombre-de-nouveaux-demandeurs-d-asile-en-2014>

4) Missions et objectifs :

La PASS-psy assure des missions distinctes et complémentaires à celles de l'EMLPP. Il s'agit de permettre un accès aux droits et aux soins en lien avec des soins psychiatriques. De fait, ses fonctions sont :

- d'accueillir les personnes adressées par les différents partenaires.
- d'orienter ces personnes vers des structures de soins psychiatriques ou somatiques de droit commun lorsque cela est possible.
- d'évaluer, lorsque ces personnes ne relèvent pas du droit commun, si la demande de soins est bien d'ordre psychiatrique et/ou relevant de souffrance psychique.
- de proposer des soins sur la PASS pour une durée la plus courte possible lorsqu'une orientation sur le droit commun n'est pas possible.
- d'assurer, conjointement avec l'EMLPP, le relais vers les partenaires de droits communs qui continueront les soins et la prise en charge sociale dès que possible.

Dans l'attente d'une orientation, la PASS psy peut donc être amenée à dispenser directement des soins, les actes réalisés par les professionnels de la PASS sont alors essentiellement des actes de consultations. Elle offre un accueil à « bas seuil », notamment avec une tolérance par rapport aux heures de RDV et aux absences ce qui favorise la continuité des soins. Par contre, la PASS-psy ne prend pas en charge ni les demandes de prescription de traitement de substitution ni la rédaction des documents nécessaires à une demande étranger malade²³.

L'activité de l'EMLPP est principalement tournée vers l'extérieur avec des interventions dans la cité, au plus près des publics en situation de précarité (accueil de jour, hébergement d'urgences, logements précaires et mobiles) en lien étroit avec les acteurs de terrain (les associations dont Médecin du Monde (MDM), les services sociaux dont la Protection Maternelle Infantile (PMI), le secteur libéral, la psychiatrie publique). Dans ce cadre, l'équipe participe aux maraudes de MDM, assure des permanences dans des structures sociales de manière régulière telles que Point d'eau²⁴, le Secours catholique²⁵, Totem²⁶,

²³ Cf. p25.

²⁴ L'association Point d'eau a été créé en 1993. Elle accueille en journée les personnes en grande précarité, pour la plupart sans domicile fixe. Le lieu rassemble des sanitaires, une buanderie, une bagagerie pour y laisser des vêtements d'hiver, un coin café, un salon, une bibliothèque, des tables pour entamer la conversation ou au contraire s'isoler. Il est possible d'y passer des coups de téléphone, ou de demander une boîte postale temporaire.

²⁵ Le Secours catholique dispose d'un local dans lequel les personnes en situation de précarité peuvent prendre leurs repas, notamment le petit déjeuner et se reposer en journée.

l'Appart²⁷ et se tient à disposition de l'ensemble des structures sociales, de manière souple et réactive. On parle alors « d'aide aux aidants ».

Cette équipe constitue alors un centre de ressources pour les différents partenaires du réseau local du fait de son savoir-faire dans l'approche de ces publics et dans leur prise en charge.

5) Parcours d'une personne se présentant à la PASS :

Sur la PASS, l'accueil est primordial avec notamment le respect des conventions sociales ainsi que la proposition de boissons et de gâteaux. Il existe des temps balisés à raison de deux demi-journées par semaine consacrées aux « temps PASS » c'est-à-dire à un temps d'accueil pour les nouvelles demandes. Les professionnels présents reçoivent alors les personnes qui se présentent soit d'elles-mêmes soit orientées par l'EMLPP ou par des partenaires. Un « entretien de pré-accueil » est alors réalisé par un des membres de l'équipe quelque soit sa fonction (médecin, psychologue, infirmier, assistante sociale). Il s'agit alors d'évaluer la demande ainsi que de vérifier l'absence de domiciliation ou de droits ouverts mais aussi la nécessité d'une prise en charge psychiatrique. Cela permet ensuite d'orienter et d'accompagner la personne concernée vers les structures appropriées : celles relevant du droit commun lorsque cela est possible ou bien celle relevant de la PASS. Dans ce cas, la personne sera orientée vers la psychologue et/ou le psychiatre qui proposeront des consultations régulières. Un bilan social peut aussi être effectué s'il s'avère nécessaire afin d'accompagner la personne dans l'obtention de ses droits sociaux, notamment ceux relatifs à la sécurité sociale. Dans certains cas, les situations sont discutées en réunion clinique afin de prendre une décision d'équipe sur la suite à donner à la demande. La prise en charge sur la PASS-psy se veut la plus brève possible avec une orientation et un accompagnement sur des structures de droit commun.

²⁶ TOTEM est un service du Relais Ozanam, association créé en 1957 qui a pour objectif de recueillir et d'héberger des hommes à la rue. Ce service s'adresse à des personnes isolées ou en couple, sans enfant, vivant à la rue, pouvant être accompagnées d'animaux et cumulant diverses problématiques : addictions, difficultés relationnelles, santé somatique fragile, troubles psychiques voire psychiatriques afin de leur permettre de retrouver un logement.

²⁷ L'appart est un service social, créé en 1967 et géré par l'ADAF/ALTHEA (Aide Sociale Aux Femmes) pour le compte de la DDASS. Il est spécialisé envers les personnes en situation ou en risque de prostitution. Des temps de permanences ont lieu ainsi que temps de repas (2 fois dans la semaine).

Bien souvent, les personnes accueillies sur la PASS-psy sont d'origine étrangère. Elles ont bien souvent du fuir leur pays dans l'urgence et elles se retrouvent en situation d'exil à laquelle s'ajoute une situation de précarité. On parle alors de « migrants précaires ». En parallèle à cette démarche de soins, elles ont, dans la plupart des cas, démarré des démarches administratives leur permettant de rester sur le territoire français : soit une demande d'asile soit une demande « étranger malade ».

C] La demande de titre de séjour :

On retrouve deux types de parcours administratifs chez les « migrants précaires » qui se présentent sur la PASS : soit celui de demandeur d'asile soit celui d'étranger malade. Dans quelques cas, d'autres types de régularisation ont lieu mais cela reste peu fréquent. Bien souvent, ces demandes de régularisation sont associées à des situations de précarité.

1) La demande d'asile :

Le droit d'asile est internationalement reconnu par la Convention de Genève sur les Réfugiés de 1951 et est inscrit dans la Constitution française. Cette convention définit le réfugié comme toute personne « qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ».

Il s'agit d'une définition assez large à partir de laquelle les Etats peuvent accorder deux types de protection : l'asile constitutionnel en cas d'obtention du statut de réfugié ou bien la protection subsidiaire en de refus du statut de réfugié lorsqu'il existe une menace grave de subir la peine de mort, une menace grave de subir la torture ou des traitements inhumains et dégradants ou encore une menace grave et individuelle dans un contexte de violence généralisée due à un conflit armé (guerre ou guerre civile).

Pourtant, on observe, depuis 25 ans, en France comme en Europe, une dérive des Etats vers des interprétations minimalistes de cette protection en utilisant la gestion des flux migratoires comme justificatif. Ainsi, les demandes d'asile sont de plus en plus souvent rejetées. Ainsi, en 2014, en France, il y a eu 64 811 demandes d'asile et 14 589 décisions positives soit 22,5%²⁸.

²⁸ <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Statistiques/Tableaux-statistiques/Les-demandes-d-asile>

La procédure de demande d'asile se déroule de la manière suivante, description valable jusqu'au 15 juillet 2015, date à laquelle une loi relative à la réforme du droit d'asile a été adoptée par le Parlement français. Cette réforme vise notamment à réduire la durée de traitement des procédures avec un passage de 24 mois actuellement à 9 mois. L'explication ci-dessous ne prend pas en compte les dernières modifications effectuées par cette loi étant donné qu'un certain nombre de points doivent encore être clarifiés et fixés par voie réglementaire.

Tout d'abord, le demandeur doit se rendre à la Préfecture où il reçoit un formulaire d'admission au séjour qu'il est censé remplir en français et dans lequel il précise son identité ainsi que celle de sa famille. Il doit se munir de 4 photos d'identité ainsi que d'un justificatif de domicile (d'un tiers ou d'une association agréé par la Préfecture). Il peut ensuite se retrouver dans trois procédures différentes : la procédure dite normale, la procédure Dublin et la procédure prioritaire.

En cas de procédure normale, les agents préfectoraux vont alors :

- procéder au relevé de ses empreintes digitales afin de vérifier son identité et de s'assurer que la France est effectivement responsable de sa demande d'asile. Ces empreintes sont insérées dans le fichier européen EURODAC dans lequel elles ne doivent pas être retrouvées.
- lui délivrer une autorisation provisoire de séjour (APS) valable un mois
- lui remettre un formulaire de demande d'asile à remplir en français et à renvoyer à l'OFPRA dans le délai strict de 21 jours après la délivrance de l'APS
- lui proposer une prise en charge d'hébergement en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) ou dans un centre d'hébergement d'urgence s'il y a de la place.
- Le demandeur d'asile bénéficie alors de la CMU et perçoit l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) d'un montant de 340 euros/mois.

Lorsque les empreintes figurent déjà dans le fichier EURODAC, cela signifie qu'elles ont été prises dans un autre pays signataire du règlement Dublin. L'étranger est alors placé en procédure DUBLIN. L'Etat tiers est alors informé de la présence de l'étranger en France. Il peut demander sa réadmission ce qui conduit à une reconduite de l'étranger dans l'Etat responsable sauf s'il a quitté le territoire Schengen durant plus de 3 mois avant son arrivée en

France. L'Etat tiers peut aussi se déclarer non responsable et dans ce cas, l'étranger peut déposer sa demande d'asile en France. Il pourra toucher l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) et bénéficier de l'AME.

Lorsque les empreintes ne figurent pas dans le fichier EURODAC, la Préfecture peut placer la demande en procédure prioritaire lorsque l'étranger a la nationalité d'un « pays d'origine sûr »²⁹, lorsque sa présence constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat ou lorsque la demande est considérée comme frauduleuse ou abusive. Dans ce cas, la Préfecture ne délivre pas d'APS, le demandeur a 15 jours pour déposer son formulaire pour l'OFPPRA qui doit rendre sa décision dans un délai court. En cas de rejet par l'OFPPRA, le recours à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) n'est pas suspensif.

Sous 21 jours en procédure normale, le demandeur d'asile envoie son dossier à l'OFPPRA. Il comprend le formulaire rédigé en français, daté et signé, accompagné de 2 photos d'identité, de la photocopie de l'APS et de la copie de tout document d'identité. Il peut être complété par un certificat médical qui reste facultatif. A la réception du dossier, l'OFPPRA l'enregistre si toutes les conditions sont remplies et envoie une lettre d'enregistrement au demandeur d'asile. Ce document contient son numéro de dossier et lui permet d'obtenir un récépissé auprès de la préfecture valable six mois et renouvelable ensuite tous les trois mois pendant toute la durée de la procédure.

Le demandeur d'asile reçoit ensuite une convocation par courrier simple pour un entretien dans les locaux de l'OFPPRA où il sera entendu par un officier de protection instructeur avec l'assistance d'un interprète si nécessaire. Cette audience doit permettre au demandeur d'asile d'exposer complètement les motifs de sa demande, de compléter ou rectifier son récit écrit et de clarifier les éventuelles zones d'ombre. Des questions peuvent lui être posées afin d'obtenir une vision complète des événements vécus et des motifs de ses craintes. S'en suit alors la phase d'instruction pendant laquelle l'officier de protection identifie les éléments pertinents de la demande, se prononce sur la crédibilité interne et externe des

²⁹ Un « pays d'origine sûr » est, selon l'article L741-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, un pays qui veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie et de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

déclarations du demandeur, sur les conséquences à tirer des pièces éventuellement versées au dossier ainsi que sur la qualification juridique des faits invoqués. L'officier de protection peut, dans ce cadre, saisir les services documentaires de l'Office en vue de vérifier la situation dans le pays d'origine du demandeur ou solliciter la division des affaires juridiques, européennes et internationales en vue d'une consultation sur une question de droit. Sa décision est ensuite notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception au demandeur d'asile. Si elle est positive, le demandeur d'asile peut se voir reconnaître la qualité de réfugié³⁰ ou lui accorder la protection subsidiaire³¹. Si elle est négative, le demandeur d'asile dispose d'un mois à partir de la date de notification de la décision de l'OFPRA pour former un recours devant la CNDA.

En cas de recours auprès de la CNDA, le dossier du demandeur d'asile doit contenir les informations suivantes : son identité, sa nationalité, son adresse de domiciliation, la copie de la décision de l'OFPRA ainsi qu'un courrier exposant l'objet de la demande et les arguments en fait et en droit invoqués par le demandeur pour contester la décision. Le demandeur d'asile peut aussi joindre des documents pour étayer son récit comme des certificats médicaux. Une fois enregistré, le recours peut faire l'objet d'un rejet par ordonnance c'est-à-dire qu'il est rejeté sans audience. Sinon, le demandeur d'asile est convoqué à la CNDA pour une audience publique de déroulement différent où il peut bénéficier de l'aide d'un interprète. Dans un premier temps, le président donne la parole au rapporteur qui procède à la lecture de son rapport. Ce document fait mention des éléments propres à éclairer le débat sans prendre parti sur le sens de la décision. Puis, des questions sont posées au requérant par les trois membres de la formation de jugement. L'avocat prend ensuite la parole pour présenter des observations orales. Enfin, le président de la formation de jugement invite les parties à quitter la salle. La décision se prend à huit clos et à la majorité, elle est envoyée par voie postale au demandeur d'asile dans un délai de 21 jours environ. Si la demande est acceptée, le demandeur d'asile peut se voir reconnaître la qualité de réfugié ou bénéficier de la protection subsidiaire. Si la demande est rejetée, l'étranger est débouté. Il va alors recevoir une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Dès sa réception,

³⁰ Ce statut permet l'obtention d'une carte de résident valable 10 ans avec droit au travail. Il permet la venue de sa famille (conjoint, concubin et enfants de moins de 19 ans). Il empêche tout retour possible dans le pays d'origine sous peine de perdre ce statut.

³¹ Ceci permet l'obtention d'un titre de séjour d'un an avec droit au travail avec un renouvellement tant que les conditions ayant entraîné l'octroi de la protection n'ont pas cessé. Il permet aussi la venue de sa famille (conjoint, concubin et enfants de moins de 19 ans).

l'étranger a le choix entre enclencher un retour volontaire par le biais de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ou déposer dans un délai d'un mois un recours auprès du Tribunal administratif.

2) La demande « étranger malade » :

Bien que ce mémoire traite des demandeurs d'asile, il paraît important d'aborder le droit de séjour pour raisons médicales puisque bien souvent, en cas d'échec de la demande d'asile, les migrants pris en charge dans des structures de soins se tournent vers cette option. Cela permet aussi de faire le distinguo entre certificat médical et rapport médical.

Cette demande correspond à l'article L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et permet l'accès à un titre de séjour avec droit au travail pour des étrangers sans papiers atteints d'affection grave c'est-à-dire « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L311-7 [obligation de visa] soit exigée ». Elle se déroule comme suit.

L'étranger se rend auprès de la préfecture de son lieu de domicile avec les pièces suivantes : un justificatif de domicile daté de moins de 3 mois, un justificatif d'acte d'état civil, une preuve de sa présence en France depuis plus d'un an, une photographie d'identité et un timbre fiscal d'un montant de 50 €. A aucun moment, il n'a à présenter de preuves quant à son état de santé ou quant à son entrée en France. En l'absence de trouble à l'ordre public, la préfecture lui délivre alors un imprimé nécessaire à l'établissement d'un rapport médical ainsi que la liste des médecins agréés dans le département.

L'intéressé se rend ensuite chez un médecin agréé ou un praticien hospitalier pour la rédaction d'un rapport médical détaillé de son état de santé. Il s'agit d'un rapport et non d'un certificat médical c'est-à-dire d'un document destiné à un confrère comportant des informations médicales couvertes par le secret médical. Ce rapport doit comporter des informations concernant l'état de santé de l'intéressé. Il évalue trois conditions³² :

³² COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 15.

- la nécessité d'une prise en charge médicale en détaillant les moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la personne malade (les médicaments, les soins, les examens de suivi et de bilan, etc.).
- le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale appropriée », qui relève de l'appréciation de chaque médecin et qui repose en particulier sur le pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement.
- le risque d'absence des soins appropriés en cas de retour au pays d'origine, qui doit également être évalué individuellement en fonction de la situation clinique de la personne (stade d'évolution de la maladie, risque de complications éventuelles, etc.) et de la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine (structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments, etc. suffisants en qualité, en quantité, en disponibilité pour permettre une continuité effective et appropriée).

Dans le cas d'une demande de carte de séjour pour raison psychiatrique, l'évaluation doit aussi tenir compte³³ :

- du risque d'aggravation de l'état psychique du patient, et notamment du risque suicidaire.
- de la perte de chance d'amélioration de son état psychique en cas de rupture de la continuité des soins, particulièrement de séparation brutale avec le/la psychothérapeute.
- du risque de traumatisme secondaire par réimmersion contrainte dans l'environnement traumatogène pour les personnes ayant subi des violences à l'origine de leur exil
- du risque de rejet, de violences, de traitement inhumain et dégradant dans certaines sociétés où les personnes souffrant de troubles psychiques sont particulièrement stigmatisées et exclues.

Le médecin agréé ou hospitalier adresse ensuite le rapport sous pli confidentiel au médecin de l'ARS. Dès réception du rapport médical, ce dernier informe les services compétents de la préfecture ce qui permet la délivrance d'un récépissé de demande de titre de séjour à l'étranger dans l'attente de l'instruction de son dossier.

³³ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 293.

Le médecin de l'ARS s'assure ensuite que le rapport est rédigé par un professionnel « agrément » et qu'il apporte une réponse précise aux questions posées. Il rend alors un avis à la préfecture qui précise si l'état de santé nécessite ou non une prise en charge médicale ; si l'absence de prise en charge peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; s'il existe un traitement approprié dans le pays d'origine ainsi que la durée prévisible du traitement.

La préfecture examine les conditions administratives et l'avis du médecin de l'ARS. Elle n'est pas liée à l'Avis et elle peut rendre deux décisions : soit un avis favorable qui donne droit à une carte de séjour « vie privée et familiale » d'un an et une APS avec droit au travail soit un avis défavorable qui donne lieu à un refus du séjour et à un OQTF. Il est à noter que le préfet peut aussi rendre une décision favorable même si le traitement existe dans le pays d'origine, en cas de circonstance humanitaire exceptionnelle, après avis complémentaire du directeur général de l'ARS.

3) Des situations de précarité chez les étrangers en demande de régularisation :

Chez les migrants et notamment chez les demandeurs d'asile, l'arrivée dans le pays d'accueil est bien souvent synonyme de précarité. En effet, ils ont souvent dû fuir leur pays dans l'urgence ce qui implique l'abandon des ressources fondamentales telles que la famille, le logement, l'emploi, les biens matériels et financiers. Ils se retrouvent ensuite dans un pays étranger où ils doivent tout reconstruire. Or, ils se trouvent dans des situations plus ou moins précaires, selon qu'ils aient ou non accès à un logement, mais souvent sans emploi et sans proches susceptibles de les étayer. Cette précarité les maintient dans un quotidien synonyme de survie. Cette situation est préjudiciable à leur santé tant sur le plan physique que psychique, santé déjà fragilisée par les potentiels traumatismes ayant précipité l'exil, par l'exil lui-même, par le stress de l'arrivée dans un pays inconnu et par les conditions de vie qu'ils y trouvent. Au cours de leurs parcours administratif, ces « migrants précaires » sont amenés à rencontrer des associations qui les aident dans leurs démarches. C'est souvent par ce biais qu'ils sont orientés vers des structures de soins telles que les PASS et notamment les PASS psychiatriques.

Une fois cette orientation effectuée, ces « migrants précaires » sont pris en charge par des professionnels de santé de diverses fonctions. Lorsqu'ils ont entamé, en parallèle, des démarches de demande d'asile, il est assez fréquent que le médecin qui est amené à les suivre soit confronté à une demande de certificat médical, demande aux enjeux multiples.

III. Interprétation :

A] Une demande particulière à laquelle il faut répondre :

La formulation de rédaction de certificats médicaux n'est pas toujours faite par la personne concernée, elle peut intervenir à différents moments du parcours de soins et elle relève souvent d'un caractère d'urgence. Elle met le médecin face à deux options de réponses : accepter ou refuser.

1) Une formulation atypique :

La demande de certificats médicaux peut être formulée par des personnes très différentes. Elle peut être faite par l'intéressé(e) mais bien souvent, cette demande a été portée voire formulée par d'autres. On ne peut pas forcément parler d'une non-demande mais plutôt d'une demande inversée. En effet, les demandeurs d'asile ont tendance à déplacer leur demande c'est-à-dire qu'ils ne la formulent pas au bon interlocuteur. Ainsi, ils se plaignent de problématiques sociales telles que le logement aux soignants et de problématiques somatiques ou psychiques aux travailleurs sociaux. Il est donc fréquent que la formulation de cette demande passe par des tiers. Il s'agit souvent de ceux qui aident à l'instruction du dossier : le juriste d'une association, l'avocat du demandeur, les éducateurs de la structure d'hébergement du demandeur. Ces derniers poussent les demandeurs d'asile qu'ils prennent en charge à demander des certificats médicaux avec l'idée que l'obtention de ce document leur permettra d'augmenter leurs chances d'obtenir l'asile. Ceci s'observe d'autant plus lorsque les demandeurs d'asile sont pris en charge sur une structure de soins telle que la PASS.

Dans la pratique, lors des consultations médicales, les patients parlent de leur parcours administratif et finissent parfois par formuler une demande de certificats médicaux qu'ils se sont alors appropriés. Dans d'autres cas, la demande est formulée par d'autres, éducateurs ou assistants sociaux, souvent inquiets devant l'approche de la convocation à l'OFPRA ou à la CNDA. Parfois, ce sont les dates de convocation aux différentes audiences qui sont évoquées durant l'entretien mais les patients ne posent aucune question par rapport à la rédaction de documents. Faudrait-il alors y entendre une demande ?

2) Une étape du soin ?

Sur la PASS psychiatrique, les personnes reçues sont orientées vers les différents praticiens après un entretien de pré-accueil associé parfois à une discussion en équipe lors d'une réunion clinique. Du fait de ce fonctionnement, il s'agit de personnes demandeuses de soins et il est assez rare qu'une demande de certificat soit formulée lors de la première consultation.

Sur les PASS, il est aussi difficile de respecter les objectifs premiers d'accueil et d'orientation. En effet, pour être pris en charge sur des structures de droits communs type CMP, il est nécessaire d'avoir une adresse d'habitation depuis plus de 3 mois du fait de la sectorisation ainsi que des droits ouverts. Les demandeurs d'asile sont dans une certaine précarité sociale avec des changements possibles dans les structures d'hébergement voire un arrêt de l'hébergement avec un retour à la rue. Pourtant, dans le cadre de la demande de titre de séjour, toutes ces personnes ont des adresses administratives. Mais, « la domiciliation que proposent certaines structures pose problème à la psychiatrie publique car elle ne correspond pas à une adresse d'habitation effective, et donc ne répond plus de la prétention à l'égalité de distribution de la territorialisation »³⁴. De plus, il est fréquent de recourir à des interprètes³⁵ au cours des prises en charge de demandeurs d'asile ce qui peut aussi être un frein aux prises en charge sur les CMP, pas forcément pour des questions budgétaires mais plutôt face à des réticences des médecins qui doivent dépasser leurs préjugés en acceptant un tiers durant leur entretien. De fait, il est assez fréquent de démarrer des suivis qui peuvent se poursuivre sur plusieurs mois voire sur plusieurs années. La demande de certificat médical intervient donc le plus souvent au fil du temps, le parcours administratif rythmant la relation de soins qui s'instaure. Faut-il alors attendre la demande ou faut-il la devancer en proposant la rédaction de ces documents de manière systématique ?

³⁴ CHAMBON Nicolas, « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. », Rhizome, 2013, n°48, p6.

³⁵ « En cas de difficulté de communication linguistique, il est important de pouvoir avoir recours à un interprète professionnel plutôt qu'à un interprète de fortune, membre de la famille (enfants ou adultes) ou bien amis des patients. En effet, cette proximité patients-interprètes risque d'interférer avec le soin. C'est pourquoi la compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont nécessaires ». COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit*, p 281.

3) Caractérisée par l'urgence ?

Lorsqu'elle est formulée, quelque soit le porteur de la demande, on note un caractère d'urgence. En effet, cette demande intervient souvent quelques jours avant la fin d'envoi des dossiers pour l'OFPRA ou pour la CNDA. Le médecin peut alors se sentir mis au pied du mur face au sentiment de devoir rendre rapidement un écrit reposant sur le récit d'une personne déjà fragilisée. Or, l'urgence en psychiatrie est définie, selon la circulaire du 30 juillet 1992, comme « une demande dont la réponse ne peut être différée [...] il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». Cela correspond aux tentatives de suicides, aux manifestations aiguës d'une pathologie psychiatrique chronique, à certaines formes d'abus de substances et aux situations de crise liées à un événement de vie (deuil, séparation, licenciement, etc...). Par conséquent, ces rédactions de certificats ne rentrent pas dans ces critères. Il est donc possible de temporiser cette demande ce qui permet au médecin de prendre le temps de réfléchir au contenu et aux mots utilisés lors de la rédaction du certificat.

Par contre, ce caractère urgent vient placer le thérapeute dans la réalité du demandeur d'asile en véhiculant un certain nombre d'éprouvés. Il s'agit surtout de leurs peurs comme celle d'être confrontés à un potentiel refus de leur demande d'asile et d'être renvoyés dans leurs pays où parfois, ils risquent la mort. L'enjeu lié à la rédaction de ces documents est donc grand et se transmet facilement aux médecins qui peuvent alors avoir un sentiment d'urgence. Ils peuvent aussi avoir d'autres réactions, moins fréquentes, avec la survenue d'émotions de l'ordre du rejet. Ces réactions ne sont pas habituelles dans leur pratique et il est important de pouvoir les analyser et les comprendre afin de pouvoir maintenir une relation qui reste une relation de soins.

4) Deux possibilités de réponse pour le médecin :

La rédaction d'un certificat médical est cadrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Ce document a un caractère purement médical [...il] est la forme normale et habituelle sous laquelle un médecin témoigne d'un état de santé qu'il a constaté dans son exercice »³⁶. Il n'est obligatoire que lorsqu'un texte législatif ou réglementaire l'exige. Il est établi à la demande du patient et il est le plus souvent destiné à un tiers non médecin, le secret médical étant alors levé. Le certificat est remis en main propre à l'intéressé. Par conséquent, « les révélations qu'il comporte doivent être limitées à l'usage auquel le certificat est destiné »³⁷. Ce document entre aussi « dans la catégorie juridique des témoignages écrits »³⁸, il engage alors la responsabilité du médecin à raison de son contenu tant formel que matériel.

Dans le cadre des demandes d'asile, le certificat médical est facultatif, c'est donc au médecin d'accepter ou non sa rédaction. Dans ce contexte, le certificat a plusieurs fonctions : « décrire, certes, mettre en lien la souffrance psychique avec les événements pré-migratoires, notamment ceux qui sont en rapport avec la fuite mais aussi appuyer le récit du demandeur d'asile en soulignant la difficulté de narration »³⁹. Il peut alors être tentant « de répondre négativement aux demandes de certificat. Malheureusement cette dernière solution est impossible pratiquement et moralement car elle signifie, pour le patient qui le demande, d'essayer un refus qui est entendu comme une négation de sa propre histoire »⁴⁰. De plus, le COMEDE recommande la rédaction de certificats « s'il existe effectivement des signes post-traumatiques invisibles pour le juge »⁴¹. Par contre, la « déontologie conseille au médecin de refuser lorsqu'un tel certificat est demandé directement par un tiers, sauf si cette demande est reprise à son compte par le patient »⁴². Accepter sa rédaction, en refusant les certificats de complaisance, peut donc permettre une première reconnaissance humaine du récit de ces

³⁶ BOISSIN H. et ROUGEMONT D., « Les certificats médicaux : règles générales d'établissement », Rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins, 2006, p2.

³⁷ *Ibid.*, p3.

³⁸ *Ibid.*, p1.

³⁹ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *L'évolution psychiatrique*, 2006, n°71, p 541.

⁴⁰ GIRAUX Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », *Rhizome*, décembre 2005, n°21, p 46.

⁴¹ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, prise en charge médico-sociale », Guide pratique pour les professionnels, 2008, p 380.

⁴² *Idem.*

demandeurs d'asile qui ont souvent été confrontés à des expériences déshumanisantes. Cela peut alors jouer un rôle dans la prise en charge thérapeutique. De fait, en cas de refus, « le psychiatre qui prend en charge le patient devrait au minimum s'assurer qu'un collègue peut se charger de la rédaction de ce certificat »⁴³. Dans ce contexte, certains propos sont difficilement acceptables. C'est le cas, par exemple, des paroles d'un psychiatre, responsable de CMP qui acceptait de prendre en charge un demandeur d'asile mais qui refusait de faire le moindre certificat par crainte d'un « effet boule de neige » marqué par une arrivée massive de demandeurs d'asile sur le CMP.

Cette demande de certificats médicaux dans le cadre de la demande d'asile place le médecin dans une position particulière à laquelle il n'est pas habitué. Il est alors important de s'intéresser au vécu du praticien.

⁴³ BAUBET T., ABBAL T., *et al.*, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Journal International de Victimologie*, n°2, 2004 dans DROMER Carole, "Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France", Recueil Alexandries, Collections Masters, 2006-2007, Université d'Evry, p 49.

B] Vécu du médecin : d'un sentiment d'utilisation à l'élaboration d'une réflexion

Le vécu émotionnel et les réactions du médecin ne sont pas les mêmes selon le moment de la formulation de la demande de certificats médicaux : lors d'une première consultation ou lorsque la relation de soins est déjà installée. De plus, cette demande va engendrer une série de questions concernant les effets possibles sur la relation de soins mais aussi sur l'intérêt de rédiger un tel document.

1) Un sentiment marqué d'être utilisé lors d'une première rencontre :

La première consultation correspond à un premier contact. Elle permet une rencontre entre deux individus au cours de laquelle le médecin va tenter de retracer le parcours de la personne qu'il a en face de lui, d'entendre les différentes plaintes, d'évaluer la symptomatologie, de situer le tableau clinique dans un cadre nosographique plus grand et de proposer la thérapeutique la plus appropriée qu'elle passe par la parole ou par un traitement médicamenteux. Du fait de leurs parcours et des potentiels traumatismes psychiques auxquels elles ont été confrontées, certaines personnes peuvent être méfiantes face à une inhumanité potentielle. Parfois, il s'agit même d'une première rencontre avec la psychiatrie. Une des premières fonctions du thérapeute est alors de « rétablir un lien de confiance à travers la relation entre deux êtres humains, au-delà de l'asymétrie de la relation soignant-soigné, des différences de genre, d'âge et de culture »⁴⁴. Le travail d'élaboration, de mise en histoire du trauma et de l'exil pourra se faire par la suite.

Il arrive parfois que certaines personnes utilisent les dernières minutes de la consultation pour formuler une demande de certificat médical. C'est ce qui s'est passé lors de ma première rencontre avec Madame E.

⁴⁴ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 291.

Mme E est une femme de 39 ans d'origine macédonienne. Elle est arrivée en France en 2012, elle a fui avec son mari et ses 4 enfants suite à des menaces et des passages à l'acte de la mafia albanaise. Ils ont fait une demande d'asile, ont été déboutés, ils vivent donc en France en situation irrégulière.

Mme E a été adressée sur le CMP par une psychologue de la maison des habitants pour des épisodes d'anxiété importante marqués par des chutes répétées. Lors du premier entretien, elle est venue accompagnée par son mari. Nous avons pris un certain temps, avec l'interprète, pour tenter de retracer son parcours et pour essayer d'identifier ce qu'elle appelle « de l'épilepsie ». Au moment où j'ai commencé à clore l'entretien et à proposer un autre RDV, son mari a pris la parole pour me demander si je pouvais écrire un certificat médical dont la destination reste floue : permettre une réouverture de leur dossier de demandeurs d'asile ou enclencher une demande étranger malade. Je me souviens alors avoir été en colère à la fois par rapport au moment où la demande avait été faite mais aussi par rapport au contenu même de la demande avec l'impression que j'avais passé beaucoup de temps à essayer de comprendre une situation alors qu'en fait, il ne s'agissait pas vraiment d'une demande de soins mais plutôt d'une recherche d'un moyen de régulariser leur séjour en France.

Dans ces situations, le médecin peut éprouver un sentiment de colère, de rejet, d'incompréhension avec l'impression d'être utilisé, manipulé par la personne qu'il a reçue. Ces sentiments amènent le praticien à s'interroger sur la réalité de la demande de soins et à se demander si cette personne n'essaierait pas de trouver un moyen de rester en France coûte que coûte. De plus, le soignant peut avoir des difficultés à saisir de quelle manière va-être utilisé le document qu'on lui demande. Or, le Conseil de l'Ordre conseille au médecin de « maîtriser l'objet, l'origine de la demande, la finalité et savoir à qui il doit le remettre »⁴⁵. Dans le cadre de la demande d'asile, il est difficile de suivre ces recommandations : « rédiger un certificat revient alors à accepter de ne pas maîtriser entièrement le contexte et les enjeux qui l'entourent »⁴⁶. Cela incite aussi à s'interroger sur un potentiel « détournement de la fonction soignante pour des enjeux juridiques »⁴⁷.

⁴⁵ Carole DROMER, "Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France", Recueil Alexandries, Collections Masters, 2006-2007, Université d'Evry, p 32.

⁴⁶ *Ibid.*, p50.

⁴⁷ GENY-BENKORICHI M. et VIGNAL M., « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », Réseau Samdarra, Rapport de synthèse, Avril 2012, p 34.

2) Une réaction plus neutre lors d'un suivi :

Lorsque la relation de soins est installée, les réactions du médecin sont différentes bien que certaines situations puissent à nouveau le renvoyer au sentiment d'être manipulé. Ces demandes sont globalement mieux acceptées par le praticien qui s'est engagé « dans une écoute et dans une position (psychique et physique) à la fois vigilante, prudente, empathique, bien loin d'être neutre⁴⁸. Dans ce cas, « le certificat se présente comme une prolongation de la position thérapeutique »⁴⁹.

Par contre, l'existence d'un suivi n'empêche pas d'éprouver un sentiment de colère et de rejet. Ces émotions peuvent réapparaître lorsque les demandeurs d'asiles portent la parole de tiers qui viennent prendre part à la relation duelle. Les mots rapportés peuvent parfois être entendus comme des ordres auxquels le médecin devrait se conformer. Il peut s'agir de demandes d'avocats ou du patient concernant l'ajout de phrases au certificat déjà établi en insistant sur le lien direct pouvant exister entre certains faits et la symptomatologie clinique. Or, « ce que le médecin atteste dans un certificat doit correspondre, avec une scrupuleuse exactitude, aux faits qu'il a constatés lui-même »⁵⁰. C'était, par exemple, le cas d'une jeune femme qui était arrivée en consultation à la PASS avec un post-it de la part de son avocat sur lequel figurant des injonctions de phrases à ajouter au certificat médical déjà établi, phrases qui transformaient le dit certificat en certificat de complaisance.

3) Effets possibles sur la relation de soins ?

Après avoir analysé et dépassé son vécu émotionnel, le médecin peut être amené à se questionner sur les conséquences potentielles de sa réponse sur la relation de soins et ce quelque soit la relation de soins établie avec le patient. En effet, il peut craindre qu'en fonction de sa réponse, le lien établi même de manière brève s'en trouve altéré entraînant alors un arrêt du suivi. Ceci vient interpeller le médecin dans sa fonction de soignant. Soigner vient étymologiquement du latin "soniare" qui signifie « s'occuper de ». Etre soignant revient,

⁴⁸ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op.cit*, p 537-538.

⁴⁹ *Ibid.*, p 542.

⁵⁰ BOISSIN H. et ROUGEMONT D., « Les certificats médicaux, règles d'établissement », *op.cit*, p 3.

d'après le ROBERT, à « s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un » ainsi qu'à « s'occuper de rétablir la santé ». De fait, tout soignant cherche à accompagner et à aider au mieux en tenant compte de ce qu'il est en capacité de faire de part sa fonction et de part le cadre légal existant. Il est alors important d'évaluer les attentes qui existent derrière cette demande, aussi bien de la part du patient que de la part de l'équipe qui, parfois, porte cette demande afin de s'y ajuster au mieux. Cela peut permettre d'expliquer ce qui est de l'ordre du possible de ce qui ne l'est pas, le médecin n'étant pas tout puissant. Le praticien peut alors ajuster sa réponse en essayant de ne pas briser un lien souvent fragile ou tout juste en construction. Ceci est illustré par le cas de Madame S.

Mme S est une femme de 53 ans, d'origine guinéenne. Elle est plutôt corpulente, toujours bien habillée soit avec un boubou soit avec des vêtements occidentaux.

Elle a été orientée à la PASS par le CHU, en janvier 2014, suite à une hospitalisation en urgence pour la décompensation de son diabète. Elle est arrivée en France avec un visa pour demander l'asile. Au pays, elle tenait un commerce qui lui permettait de faire vivre toute sa famille. Elle était représentante de quartier dans un mouvement d'opposition au gouvernement de l'époque. Pour ce motif, elle a vu une de ses filles se faire violer par des militaires puis elle a été incarcérée pendant 1 mois et libérée en raison de son diabète. Elle a dû fuir son pays en laissant un mari incarcéré depuis 2 ans et 6 enfants derrière elle.

Du fait de son diabète qui nécessite un accompagnement infirmier et de son tempérament, cette femme a été très investie par l'équipe. Lorsque je l'ai rencontrée, elle était suivie depuis 8 mois. Elle était plutôt joyeuse et souriante. Elle évoquait surtout une fatigue, des manifestations psychosomatiques avec des céphalées ainsi que des douleurs au niveau des épaules et du dos, des troubles du sommeil et surtout des troubles mnésiques et de la concentration. Petit à petit, elle a réussi à parler de sa souffrance et à l'exprimer autrement que par des maux.

J'ai été sollicitée par elle et par une des infirmières qui la connaissait bien pour rédiger un certificat médical pour l'OFPRA puis pour la CNDA. Durant un bref instant, je me suis demandé ce que j'allais écrire et quels mots j'allais utiliser pour ne pas la décevoir et pour ne pas décevoir l'équipe qui l'avait prise en charge jusque là.

4) Intérêt et pertinence de la rédaction d'un tel document :

Le médecin peut s'interroger sur le poids que peut avoir un tel certificat dans le dossier du demandeur d'asile, si ce document a une réelle influence sur les décisions rendues par l'OFPRA et par la CNDA. Selon Carole Dromer, « le certificat médical est une pièce supplémentaire qui ne suffit pas en elle-même mais qui intervient au même titre que d'autres

pièces, qui peuvent étayer la conviction. Dans quelques cas, il est déterminant et cela ne peut être considéré comme négligeable »⁵¹.

Quels éléments doivent alors figurer dans ce document pour qu'il ait un potentiel impact ? Le COMEDE conseille de rédiger un certificat « expliquant les difficultés d'expression, voire la prématurité d'une comparution devant des instances administratives ou judiciaires [afin] d'aider à faire comprendre à ces interlocuteurs des domaines judiciaires et administratifs la situation particulière du patient »⁵². Il peut aussi être utile lorsque « la possibilité de parler a été ébranlée par l'expérience traumatique [ou lorsque] la mise en mots de l'expérience replonge dans un vécu de détresse intense »⁵³. Nous avons suivi ses conseils dans le cadre de la prise en charge de Madame D.

Mme D est une jeune femme de 30 ans plutôt jolie d'origine malienne. Elle a été adressée à la PASS par l'ADATE en octobre 2014 pour une symptomatologie anxieuse et dépressive.

Elle n'a plus de famille, son père est décédé lorsqu'elle avait 16 ans et sa mère quelques mois plus tard. Elle a ensuite travaillé comme « bonne » pendant 8 ans. Elle souhaitait changer de travail pour avoir un meilleur salaire et financer ses études. Elle a fini par suivre les conseils d'un homme qu'elle connaissait mais elle s'est retrouvée au sein d'un réseau de prostitution où elle a été victime de violences physiques et psychiques. Elle a traversé différents pays jusqu'à être conduite à Lyon où on lui aurait parlé « d'attentat ». Elle a réussi à fuir avec l'aide d'une femme et elle est arrivée à Grenoble.

A son arrivée à la PASS, sa demande d'asile a été rejetée par l'OFPPRA, rejet qu'elle vivait avec un fort sentiment d'injustice. Durant les entretiens, on retrouvait une tristesse de l'humeur avec des pleurs, une anxiété importante, des troubles du sommeil, des cauchemars (« ils vont l'attraper »), le sentiment « d'être suivie » dans la rue, des idées de culpabilité et des manifestations psychosomatiques. Elle se plaignait aussi de troubles de la concentration et de la mémoire notamment sur les événements qui avaient pu être traumatiques. L'ensemble de sa symptomatologie s'était majoré avec l'approche de la date de convocation à la CNDA avec notamment des reviviscences quotidiennes diurnes, des cauchemars ainsi que des « voix » correspondantes à ses « agresseurs ». Cette recrudescence était importante, elle inquiétait les éducatrices de l'Appart, association où elle se rendait régulièrement. Ces dernières se demandaient si Mme D allait pouvoir parler lors de l'audience. L'une d'elle m'avait alors appelée pour me demander de rédiger un certificat médical expliquant les difficultés de Mme D. Après en avoir discuté avec cette dernière, j'avais écrit ce document en insistant sur ses troubles mnésiques et de la concentration qui pouvaient l'empêcher de répondre à des questions précises ou de se souvenir avec exactitude de la chronologie des différents événements qu'elle avait vécu.

⁵¹ Carole DROMER, "Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France", *op.cit* in : MESTRE Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », *L'Autre*, 2009/2, Volume 10, p 166.

⁵² COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit*, p 280.

⁵³ *Idem*.

On peut aussi se demander s'il faut adapter le contenu du document à l'audience. En effet, comme les recours diminuent avec l'avancée dans la procédure administrative, on pourrait avoir l'impression que le certificat destiné à la CNDA a un poids plus grand que celui destiné à l'OFPPRA. Pour autant, l'évocation des troubles de la mémoire et de la concentration, fréquents chez les personnes ayant été confrontées à des scènes traumatiques, a-t-il un impact sur la réalisation des audiences de l'OFPPRA ou de la CNDA ? De même, le certificat permet-il de modifier la manière dont est perçu le récit de ces personnes par les agents administratifs ?

C] Le récit du demandeur d'asile : silence ? construction ? mensonge ?

Travailler en psychiatrie passe par l'observation du langage non verbal et par la prise en compte de la parole des patients que l'on reçoit en consultation. Chez les demandeurs d'asile, cette narration peut être altérée. Lorsqu'elle est présente, elle peut être issue d'une construction en lien avec à la préparation des audiences par le demandeur d'asile. Elle peut aussi être remise en question, le demandeur d'asile étant préjugé « menteur » par les administrations françaises.

1) Narration possible ou rendue impossible ?

La rédaction du certificat se « heurte d'abord, dans l'exercice de la clinique aux obstacles ou aux impossibilités pour le patient de produire une narration »⁵⁴. En effet, on retrouve fréquemment chez les demandeurs d'asile une désorganisation de la pensée qui se traduit par une « alternance amnésie/hypermnésie, [...], des pensées opératoires, [...], un évitement de certaines pensées »⁵⁵. L'évocation directe du ou des événements traumatiques au cours de l'entretien risque aussi « de provoquer ou d'exacerber chez le patient des troubles post-traumatiques en sollicitant des souvenirs et des impressions douloureux » avec alors le risque de les revivre⁵⁶. On retrouve ces difficultés de narration en lien avec la crainte d'une réactivation du ou des traumas chez Monsieur B.

Mr B est un jeune homme de 20 ans d'origine camerounaise. De grande taille et de corpulence plutôt fine, on aurait tendance à lui donner plus que son âge. Il a été adressé par l'APARDAP pour une suspicion de syndrome de stress post-traumatique suite à des violences dont il aurait été victime en prison. Le premier RDV médical a eu lieu en juillet 2014 et un suivi s'est rapidement mis en place.

Au pays, il travaillait sur le marché de Yaoundé en vendant des vêtements et des chaussures qu'il achetait à la campagne tout en se rendant dans une « académie de football ». En décembre 2012, il a été arrêté avec un ami homosexuel par la police, il a ensuite été détenu dans une cellule, conduit en prison où il est resté plusieurs mois. Durant son emprisonnement, il a été victime de violences physiques et sexuelles répétées. Il a réussi à s'enfuir, a trouvé de l'aide auprès d'un pasteur qui l'a aidé à se rendre au Sénégal. Il a ensuite fait le trajet jusqu'en France où il est arrivé en novembre 2013. Il a pu déposer une demande d'asile mais il n'a pas

⁵⁴ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op.cit.*, p 537.

⁵⁵ *Ibid.* p 538.

⁵⁶ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, prise en charge médico-sociale », *op.cit.*, p 380.

bénéficié d'un hébergement d'urgence ou en CADA : il est parfois hébergé par des personnes mais souvent, il dort dans la rue.

J'ai fait sa rencontre en novembre 2014. A ce moment-là, il était en attente d'une date de convocation à l'OFPRA. Au cours des 6 mois de suivi, Mr B ne m'a jamais raconté son histoire et je ne suis pas certaine qu'il l'ait raconté de vive voix à mon prédécesseur. En entretien, on parlait surtout du quotidien et des symptômes qu'il présentait : il s'agissait surtout d'une tristesse de l'humeur, d'une anxiété avec des moments « d'absence », des cauchemars, des manifestations psychosomatiques (céphalées, douleurs diffuses au niveau du dos) ainsi qu'une désorientation temporelle et une incapacité à se projeter dans le futur. Les émotions n'avaient pas vraiment de place comme s'il était anesthésié.

Il ne m'avait pas fait demande de certificat médical pour l'OFPRA et il ne m'avait pas parlé du déroulement de l'audience. Par contre, il rapportait une majoration de l'anxiété et notamment de ses cauchemars depuis l'audience. Au fil des entretiens, on mettait en évidence de nombreux éléments évocateurs de PTSD associés à une tristesse de l'humeur : état d'hypervigilance anxieuse, moments de sidération marqués par des reviviscences diurnes, troubles du sommeil avec des cauchemars quasi quotidiens, des troubles de la concentration ayant un retentissement sur sa compréhension ainsi que des troubles mnésiques ayant un retentissement sur ce qu'il retenait des entretiens.

En mars, il était arrivé avec une demande d'une avocate de l'ADA par rapport à la rédaction d'un certificat médical pour le recours auprès de la CNDA. On avait évoqué ensemble ses difficultés à se raconter : il disait que reparler de son histoire, « le retraumatisait ». J'avais alors fait un certificat médical évoquant notamment ses difficultés à fournir, lors de l'audience à la CNDA, un récit détaillé, cohérent et détaillant les faits tout en respectant la chronologie.

L'enjeu est alors de pouvoir « créer un récit comme forme possible de l'expérience indicible qui a été traversée »⁵⁷. « Il faut alors beaucoup de temps, de patience [et] savoir créer un climat de confiance pour accéder aux éléments les plus traumatiques »⁵⁸. On sait aussi que le risque de réactiver le traumatisme est aggravé lorsqu'un tel entretien se situe hors du cadre d'une prise en charge thérapeutique. Pourtant, « un demandeur d'asile qui a vécu un événement traumatisant va raconter son histoire au moins quatre fois pendant sa demande d'asile »⁵⁹.

⁵⁷ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op.cit.*, p 538.

⁵⁸ GIRAUX Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », *op.cit.*, p 44.

⁵⁹ GENY-BENKORICHI M. et VIGNAL M., « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », *op.cit.*, p 17.

2) Performativité du récit ?

Dans le cadre de la demande d'asile, l'OFPRA demande un récit en français personnalisé et circonstancié des événements ayant provoqué le départ du pays d'origine et des craintes de persécution en cas de retour dans ce pays⁶⁰. Ce texte doit être « le plus précis possible sur les faits, les personnes, les dates et les lieux mentionnés en évitant d'évoquer la situation générale du pays »⁶¹. Il doit aussi « cadrer avec les catégories larges de la Convention de Genève et de l'interprétation qui en est faite »⁶². Ce texte sera ensuite comparé au contexte géopolitique à l'époque et aux faits qui ont pu y être observés. Ce travail sera effectué par des agents administratifs dans le but de dépister de potentiels mensonges. De fait, le récit détaillé est au cœur de la demande d'asile.

Face à ce parcours difficile et semé d'embûches, le demandeur d'asile, « issu d'une autre culture et sans aide a peu de chance de faire valoir ses droits »⁶³. En effet, il est attendu de lui qu'il « puisse savoir répondre en détail et de manière cohérente d'un passé conforme aux critères de la Convention de Genève tels qu'ils sont interprétés actuellement par les autorités »⁶⁴. Or, les demandeurs d'asile « sont inégaux dans leur requête et une multitude de facteurs vont influencer l'issue de leur demande : ceux qui sont dans les CADA ont plus de chance de voir aboutir leur demande »⁶⁵. Ceci est lié aux aides dont ils bénéficient : ils sont « entourés de juristes, de travailleurs sociaux qui peuvent les guider dans ce parcours difficile [et ils ont souvent] accès à des soignants expérimentés dans les soins aux exilés »⁶⁶.

Bien souvent les demandeurs d'asile bénéficient de l'aide de structures ou d'associations. Ces dernières mettent, à leur disposition, leurs connaissances, leurs capacités et leurs expériences. Elles ont donc en tête un récit qui fonctionne, modelé par les personnes à qui il est destiné puisqu'il a pour but de persuader et de convaincre. Le récit doit « dire

⁶⁰ DE BOURGOING S., JOURDAN M., SADIK G, « Voyage au centre de l'asile, enquête sur la procédure de détermination d'asile », Rapport d'observation, CIMADE, janvier 2010, p 12.

⁶¹ *Idem.*

⁶² Carole DROMER, "Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France", *op.cit.*, p 11.

⁶³ *Idem.*

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ *Ibid.*, p 51.

⁶⁶ *Idem.*

maintenant ce qu'il faut dire »⁶⁷ ce qui conduit à un risque de normalisation des récits. L'exigence de preuves et le régime de vérification des dires, au centre du parcours des demandeurs d'asile, ont alors un effet pervers avec la production de récits stéréotypés. « C'est dans ce contexte que l'inflation de la demande de certificats médicaux a eu lieu, tentant de puiser des preuves dans les corps et les esprits »⁶⁸.

L'apparition de récits normés peut avoir des conséquences à la fois pour le médecin mais aussi pour le patient. Les premiers peuvent s'interroger sur le récit qui leur est livré puisqu'il comporte une forme de performativité qui vient questionner la spontanéité du discours tandis que les deuxièmes peuvent se sentir dépossédés de leurs histoires du fait de la co-rédaction. Ce sentiment-là peut être majoré par les conseils formulés notamment lorsqu'on leur demande d'amener de faux-éléments pour majorer leur chance d'obtenir l'asile. Ainsi, il avait été conseillé à Mme S, citée ci-dessus⁶⁹, de dire qu'elle avait été violée pour majorer ses chances d'obtenir l'asile. Cet évènement n'étant pas arrivé, elle a refusé de mentir et donc de suivre ce conseil.

3) Véracité du récit face à un demandeur d'asile préjugé menteur ?

Dans cette traque du mensonge, la parole perd de son impact : elle est remise en question et les demandeurs d'asile doivent pouvoir amener des preuves justifiant leurs récits. De fait, les certificats médicaux sont « de plus en plus souvent réclamés par l'avocat ou par les associations qui accompagnent le demandeur d'asile tant il est vrai que la parole médicale dispose en la circonstance d'un poids, d'une légitimité dont ne dispose plus la parole du requérant. Au point qu'aujourd'hui, un dossier sans certificat devient - aux yeux de beaucoup d'avocats - un dossier difficilement plaidable »⁷⁰. Pourtant, « la procédure d'asile n'est pas une procédure pénale, laquelle a pour objectif la recherche de la vérité à travers une preuve »⁷¹.

⁶⁷ Carole DROMER, "Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France", *op.cit.*, p 50.

⁶⁸ *Idem.*, p 50

⁶⁹ Cf. p37.

⁷⁰ GIRAUX Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », *op.cit.*, p 44.

⁷¹ MALHOU Aurélie, « La reconnaissance juridique, une nouvelle naissance ? », 2014, p 35 in : CAPOGNA-BARDET Ghislaine, (sous la direction de), *La clinique du trauma*, Centre Primo Levi, Ramonville, Editions Erès, 2014, 198p.

Par conséquent, dans le cas de la prise en charge des demandeurs d'asile, cette demande vient positionner le clinicien en tant que juge. En effet, faire cette requête revient à demander que quelqu'un fournisse des preuves de leurs histoires en espérant que cela joue en leur faveur auprès des agents administratifs de l'OFPRA ou de la CNDA. Le certificat vient alors attester la véracité de leur discours. Or, les soignants sont habitués à travailler avec ce qui leur ait dit qu'il s'agisse de vérités ou de mensonges. Ils n'ont pas à juger ce qui leur ait rapporté. Leur unique fonction est d'aider les personnes en souffrance qu'ils ont en face d'eux quelque soit leurs identités, leurs parcours et les actes qu'ils ont pu commettre. Ainsi, le Serment d'Hippocrate contient la phrase suivante : « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions »⁷². On peut aussi ajouter que « le certificat est autant un acte médical qu'un témoignage d'une relation partagée et de l'histoire d'une personne ». De fait, le médecin va osciller « entre deux attitudes sans trouver de juste milieu : soit suivre son patient dans ce qu'il rapporte au risque de perdre son « objectivité » dans l'écriture du certificat [...], soit prendre une position d'expert au risque de ne pas prendre en compte le principal : la souffrance de son patient, le retentissement psychologique »⁷³.

Ecouter le récit est une partie du travail du psychiatre. Son métier est aussi de rechercher différents symptômes, de les regrouper ensuite en syndrome puis de les placer dans une entité nosographique plus grande. Cela passe par un travail d'objectivation.

⁷² Serment d'Hippocrate de l'Ordre français des médecins de 1996

⁷³ GIRAUX Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », *op.cit.*, p 45.

D] Un travail d'objectivation : étape nécessaire aux soins et pour la rédaction :

Selon le COMEDE, « le certificat médical peut être justifié lorsque les lésions post-traumatiques évoquées sont invisibles pour le juge parce qu'il ne peut constater les signes du corps vêtu ou parce qu'il n'a pas appris à en déchiffrer les symptômes psychologiques »⁷⁴. Mais, les éléments post-traumatiques ne sont qu'une parcelle de la clinique observée chez les demandeurs d'asile. Il s'agit « d'une clinique fort complexe; malheureusement victime de concepts réducteurs »⁷⁵.

1) Un travail centré sur une clinique particulière :

La clinique observée chez les demandeurs d'asile reçus sur la PASS présente un certain nombre de particularités. Ainsi, les tableaux cliniques comportent des similarités telles que les troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes, d'insomnies et de cauchemars, la fatigue, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que les plaintes psychosomatiques avec notamment des céphalées. Parfois, « les plaintes algiques constituent le seul motif de recours aux soins, réalisant parfois une véritable modalité de reviviscence traumatique »⁷⁶. Ces éléments, lorsqu'ils sont « consécutifs aux violences de l'exil et de l'exclusion, aux violences subies dans le pays d'origine peuvent être l'expression de troubles psychologiques sévères »⁷⁷. En effet, « les actes de violences, particulièrement lorsqu'ils sont répétés, et/ou lorsqu'une intentionnalité destructrice ou négatrice y est à l'œuvre, comme c'est le cas dans la torture et dans le viol, constituent des ruptures existentielles pour celles et ceux qui y ont été soumis. Ces actes de violence touchent à des éléments fondamentaux de l'identité et du narcissisme ainsi qu'au rapport aux autres. Ils changent la vision du monde de ceux qui les ont subis [du fait d'une] confrontation au réel de la mort et de l'expérience de la volonté d'anéantissement d'un être humain par un autre »⁷⁸. De fait, ces personnes relèvent d'une prise en charge spécifique, souvent médico-psycho-sociale.

⁷⁴ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, prise en charge médico-sociale », *op.cit.*, p 379.

⁷⁵ BAUBET Thierry, « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants », *Maux d'exil*, décembre 2008, n°25, p1.

⁷⁶ *Ibid.*, p2.

⁷⁷ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 287.

⁷⁸ *Ibid.*, p 285.

2) Un travail rythmé par le parcours administratif :

Le parcours administratif ne peut être évincé de la relation de soins. En effet, la symptomatologie se modifie souvent à l'approche des dates de convocation à l'OFPRA et à la CNDA avec une recrudescence de la symptomatologie initiale. De même, les décisions administratives ont un retentissement important sur la symptomatologie retrouvée lors des entretiens médicaux. Ainsi, l'obtention du statut de réfugié politique peut être à l'origine d'un apaisement majeur de la symptomatologie notamment des symptômes les plus bruyants. Il s'agit des « effets thérapeutiques [...] qui surviennent lorsque les patients traumatisés par la torture et la violence politique obtiennent une reconnaissance symbolique »⁷⁹. « Pour certains, cette décision hautement symbolique aura pour fonction « de leur faire justice », notamment par rapport aux auteurs des violences subies »⁸⁰. A l'inverse, un rejet de la demande d'asile peut mettre en danger l'intégrité même du sujet. On observe, souvent, une réactivation de la symptomatologie initiale. Ceci est d'autant plus marqué lorsque les demandeurs d'asile ont été déboutés c'est à dire que l'asile ne leur a pas été accordée par la CNDA. En effet, ces individus ont le sentiment d'être niés dans ce qu'ils sont, dans ce qu'il leur est arrivé. Le refus vient alors mettre en doute la véracité de leur histoire ainsi que la réalité de leurs vécus et de leurs éprouvés. « Ne pas être cru par une institution représentant la justice peut avoir un effet dévastateur, ravivant les traumatismes liés aux sévices subis, [puisque ces individus sont] de nouveau soumis à la toute-puissance d'un autre qui [les] place dans une situation de non-droit et [leur] refuse la possibilité de s'intégrer, de devenir [des hommes] comme tout le monde »⁸¹. Ceci se traduit alors par une recrudescence de la symptomatologie initiale.

Parfois, il est donc « nécessaire de multiplier les entretiens de psychothérapie à l'approche des convocations, pour contenir l'angoisse, [ou parce que] la perspective de prendre la parole précipite le processus d'élaboration psychique »⁸². Le cas de Mme H explicite bien ces différents aspects.

⁷⁹ GUERRERO Omar, « Traumatisme et altérité », 2014, p 147 dans CAPOGNA-BARDET Ghislaine, (sous la direction de), *La clinique du trauma*, Centre Primo Levi, Ramonville, Editions Erès, 2014, 198p.

⁸⁰ MALHOU Aurélia, « La reconnaissance juridique, une nouvelle naissance ? », *op.cit*, p 37 in : *ibid*.

⁸¹ *Idem*.

⁸² COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit*, p 280.

Mme H est une jeune femme de 28 ans d'origine albanaise de petite taille et plutôt menue. Elle semble fragile. Elle a été adressée à la PASS Psy en décembre 2014 par l'Appart, une association qui la suit dans le cadre de sa demande d'asile.

Elle est arrivée en France en juin 2015. Elle a commencé à apprendre le français et elle se débrouille plutôt bien. Les entretiens se font alors sans interprète mais avec beaucoup de patience et de reformulation pour que nous réussissions à nous comprendre. Elle ne m'a pas raconté son histoire tout de suite d'autant qu'elle avait déjà pu la déposer auprès de la psychologue de la PASS. Elle évoquait sa souffrance et l'on retrouvait par une tristesse de l'humeur avec des pleurs, des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, des reviviscences diurnes et nocturnes sous forme de cauchemars quotidiens, un état d'hypervigilance, de nombreuses manifestations psychosomatiques avec des céphalées, des douleurs abdominales ainsi que des troubles mnésiques. Elle était régulièrement suivie par un médecin généraliste qui lui avait prescrit un traitement antidépresseur approprié ce qui m'avait fait m'interroger un temps sur la nécessité d'une prise en charge sur la PASS. Nous avons décidé ensemble de la poursuite de ce suivi.

Elle a pu, avec le temps, conter son histoire : par le biais d'un oncle, elle s'est retrouvée dans un réseau de prostitution. Elle aurait été séquestrée 8 mois avant de réussir à fuir avec l'aide d'un client. Elle a ensuite effectué une grande partie du trajet jusqu'en France à pied. Elle expliquait l'impossibilité de son retour du fait des réactions de sa famille et notamment de son père s'il avait connaissance de ce qu'il s'était passé.

Elle a appris, en février 2015, sa date de convocation à la CNDA qui aura lieu mi mars. On notait à partir de là, une recrudescence de la symptomatologie initiale avec une majoration de l'anxiété se traduisant par davantage de manifestations psychosomatiques ainsi qu'une majoration de la tristesse de l'humeur. Elle pouvait aussi dire « qu'elle mélange la tête ». Avec l'équipe, nous avons tenté de l'accompagner au mieux. Elle s'est rendue à l'audience de la CNDA, elle ne souhaitait pas en parler à son retour. Son angoisse persistait même une fois l'échéance passée.

Au mois d'avril, lors d'une consultation, sa présentation avait changé, elle ne s'était pas placée au même endroit dans la salle d'attente : d'habitude, elle se cachait dans un recoin ; là, elle était au milieu des autres et surtout, elle discutait avec les autres patients qui attendaient ce que je n'avais jamais observé avant. Elle m'avait expliqué qu'elle avait obtenu son statut de réfugié. Elle se disait encore « sous le choc » mais l'on notait une diminution importante des éléments anxieux et dépressifs. Par la suite, elle est revenue à deux reprises puis elle a demandé un arrêt du suivi sur la PASS du fait d'un apaisement important suite à la reconnaissance symbolique de ce qu'elle avait vécu. Elle voulait poursuivre le traitement médicamenteux avec son « médecin général ».

3) Face à des symptômes variés et entremêlés :

Lorsque l'on essaye d'organiser la symptomatologie observée chez les demandeurs d'asile, on s'aperçoit que les symptômes observés relèvent de différents syndromes. On retrouve ainsi des éléments de la lignée dépressive, des signes du traumatisme, ainsi que des éléments relevant plutôt de la précarité sociale.

Il est assez fréquent de retrouver des éléments de la lignée dépressive sans pour autant que la symptomatologie forme un tableau typique. Ainsi, on peut noter une tristesse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, une aboulie⁸³, une anhédonie⁸⁴, des troubles du sommeil, une modification de l'appétit. Il est aussi possible de retrouver des idées suicidaires plus ou moins envahissantes, scénarisées ou non. De fait, la « prévalence des épisodes dépressifs majeurs peut être plus fréquente chez les personnes les plus vulnérables, femmes et mineurs étrangers isolés, demandeurs d'asile et « sans-papiers » bien qu'elle soit parmi les exilés, comparable à celle de l'ensemble de la population »⁸⁵.

En plus de ces éléments d'ordre thymique, on retrouve, bien souvent, chez les demandeurs d'asile, des éléments évocateurs de « névrose traumatique »⁸⁶ lorsque l'on se réfère à la psychopathologie d'orientation psychanalytique et de « syndrome de stress post-traumatique » (PTSD)⁸⁷ lorsque l'on utilise les classifications internationales. Ces symptômes peuvent se manifester dans un laps de temps variable après l'événement, de quelques semaines à quelques mois.

Une des manifestations quasi pathognomonique est le syndrome de répétition qui se traduit par des reviviscences diurnes sous forme d'images ou de flashbacks⁸⁸, des cauchemars et des ruminations autour du ou des événements. Ce syndrome est associé à un sentiment de détresse extrême et à l'impression de revivre les événements au présent. Dans certains cas, « le syndrome de répétition s'exprime dans des états de transes, de déréalisation, répétant l'état de dissociation péri-traumatique ou mimant la situation de violence (gestes de protection, cris »⁸⁹. Ces états peuvent réaliser « des tableaux d'allure psychotique qui sont malheureusement à l'origine de nombreuses erreurs diagnostiques dans le sens d'un excès de

⁸³ L'aboulie correspond à une perte de volonté et d'initiative. Il s'agit d'un symptôme fréquemment retrouvé chez les personnes souffrant de dépression.

⁸⁴ L'anhédonie correspond à la perte de plaisir : les personnes ne sont plus en capacité de ressentir des émotions positives dans des situations qui devraient provoquer de telles émotions.

⁸⁵ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p286.

⁸⁶ La névrose traumatique a été décrite en 1889 dans le cadre d'observations faite chez des militaires. Elle permet de rendre compte des effets psychologiques des traumatismes sévères. Le tableau clinique est caractérisé par un syndrome de répétition (reviviscences diurnes, cauchemars), des manifestations neurovégétatives (sueurs, palpitations), des manifestations anxieuses avec une hyperréactivité aux stimuli évocateurs du traumatisme. A l'époque, on pensait que la personnalité antérieure du sujet avec le traumatisme était déjà fragile voire anormale.

⁸⁷ PTSD pour Post Traumatic Stress Disorder reprend en grande partie les critères de la névrose traumatique. Une des grandes différences est l'introduction de la dimension de victime puisque ce syndrome peut être évoqué quelque soit la personnalité antérieure du sujet.

⁸⁸ Durant les reviviscences, des images mnésiques sont revécues de manière hallucinatoire à l'état de veille.

⁸⁹ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p284.

diagnostic de psychose »⁹⁰. On retrouve aussi un état d'hypervigilance anxieuse ainsi que des conduites d'évitement concernant les endroits ou les situations qui rappellent le ou les évènements. Ceci est lié à la crainte que ces derniers puissent se produire de nouveau. On retrouve aussi fréquemment des plaintes concernant la mémoire ou la concentration, troubles alors en lien avec « l'envahissement du psychisme par la répétition traumatique »⁹¹. Les signes du traumatisme s'inscrivent donc « à la fois dans la positivité [...] (syndrome de répétition), mais aussi dans leur négativité (perte de mémoire, absence de récit possible) »⁹².

Certains auteurs ont aussi décrit des « traumatismes complexes » qui « sont caractérisés par une modification profonde de la personnalité, la dérégulation des affects et la somatisation. [...] Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes »⁹³. « La gravité des sévices et des violences subies – viols accompagnés d'actes de cruauté, tortures, massacres - semble être un facteur d'apparition de troubles psychotiques⁹⁴. Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté »⁹⁵.

Bien que « le concept de traumatisme psychique s'avère particulièrement opérant pour penser la souffrance de ces patients [...il] doit être complexifié et articulé aux autres dimensions de cette souffrance (comme la souffrance sociale) »⁹⁶. En effet, le statut de demandeur d'asile place déjà la personne « hors du temps » : elle est tolérée sur le territoire français sans avoir véritablement le droit de s'y installer avec notamment l'impossibilité de travailler et donc de subvenir à ses besoins ainsi que des changements fréquents d'hébergement d'urgence ce qui ne permet pas de réinvestir un espace social. Ainsi, la durée

⁹⁰ BAUBET Thierry, « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants », *op.cit.*, p2.

⁹¹ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p284.

⁹² MESTRE Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », *op.cit.*, p165.

⁹³ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p284.

⁹⁴ Les troubles psychotiques correspondent à une catégorie assez large utilisée en psychiatrie et caractérisé par une perte de contact avec la réalité. Dans ce contexte, on peut retrouver des idées délirantes, des hallucinations, des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif ainsi qu'une perception distordue de la réalité.

⁹⁵ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p 284-285.

⁹⁶ BAUBET Thierry, « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants », *op.cit.*, p3.

du parcours administratif place la personne dans une attente, « attente d'une réponse par lettre recommandée qui fige le temps et ne permet pas de se projeter dans l'avenir »⁹⁷.

Il ne faut pas non plus oublier qu'il s'agit de personnes ayant, souvent, quitté précipitamment leur pays : l'impact subjectif de la situation d'exil est alors à prendre en compte puisque chaque individu est singulier avec une histoire propre. « La négation de l'impact des conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences constituerait un déni pouvant faire penser aux patients que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée »⁹⁸.

La situation d'exil, la précarité viennent alors s'ajouter aux éléments cliniques évocateurs de PTSD, et notamment au syndrome de répétition qui « empêche l'inscription dans le présent ainsi que la possibilité d'envisager l'avenir »⁹⁹. C'est parfois, « tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération alors que la découverte d'un nouvel environnement demande à l'inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques. Les personnes souffrent [alors] de ne pas se reconnaître, de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d'échec »¹⁰⁰. Il est important alors de ne pas rechercher exclusivement des causes « du dehors » [ce qui] maintiendrait le patient dans un statut de victime, d'objet et non de sujet toujours en devenir »¹⁰¹. L'espace de soin se dessine alors « entre l'ici et maintenant, le passé et ses retours, et l'ouverture sur un possible avenir »¹⁰².

⁹⁷ GENY-BENKORICHI M. et VIGNAL M., « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », *op.cit.*, p 23.

⁹⁸ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p281.

⁹⁹ *Ibid.*, p285.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p 285-286.

¹⁰¹ *Ibid.*, p 281.

¹⁰² *Idem.*

4) Pertinence du PTSD :

Lorsque l'on essaye de catégoriser la symptomatologie présentée, on se retrouve bien souvent à utiliser la case du syndrome de stress post-traumatique (PTSD) qui fait partie d'une classification internationale, le DSM¹⁰³. Les critères le constituant sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Critères du PTSD selon le DSM-5

Critère A	La personne a été exposée à un ou plusieurs des événements suivants : mort ou menaces de mort ; blessure grave ou menace de blessure grave ; agression sexuelle ou menace d'agression sexuelle. L'exposition peut être : <ol style="list-style-type: none">1. Directe2. En tant que témoin d'événements arrivés à d'autres3. Indirecte par proximité émotionnelle avec la victime directe.4. Répétée en lien avec des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.
Critère B	Reviviscence du traumatisme avec au moins une manifestation sur les cinq suivantes : <ol style="list-style-type: none">1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est perturbé par l'événement3. Réactions dissociatives (par ex : flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduit4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
Critère C	Symptôme d'évitement avec au moins une des deux manifestations suivantes : <ol style="list-style-type: none">1. Éviter les pensées, les sentiments ou les discussions liés à l'événement traumatique.2. Éviter les personnes, les situations ou les activités liées à l'événement traumatique.
Critère D	Altérations cognitives et émotionnelles (commencées ou aggravées après l'événement) avec au moins deux manifestations sur les sept suivantes : <ol style="list-style-type: none">1. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement2. Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres ou du monde3. Distorsions cognitives persistantes quant aux causes/conséquences de l'événement4. Etat émotionnel négatif envahissant (ex : peur, colère, culpabilité, honte)5. Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes6. Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres.7. Incapacité persistante à vivre des émotions positives.

¹⁰³ Le DSM ou en français le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un ouvrage de référence, publié par la Société américaine de psychiatrie, classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Il est utilisé dans le monde entier. La dernière version est le DSM-5 qui a été publié en mai 2013. Il fait fréquemment l'objet de nombreuses critiques.

Critère E	Symptômes persistantes d'activation neurovégétative (commencées ou aggravées après l'évènement) avec au moins deux des manifestations suivantes : 1. Irritabilité, crises de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets. 2. Comportement imprudents ou autodestructeurs (comportement, consommation de substance, automutilation) 3. Hypervigilance 4. Réaction de sursaut exagérée. 5. Troubles de la concentration 6. Troubles du sommeil
Critère F	La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
Critère G	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
Critère H	Il n'est pas attribuable à une consommation de substance ou à une autre pathologie du DSM.

Cette case diagnostique est souvent celle qui figure dans les certificats médicaux, elle correspond à « l'unique langage à partir duquel la souffrance psycho-traumatique est désormais codée. La présence d'un PTSD est ainsi considérée comme le principal signe de souffrance chez les migrants qui ont été exposés à la violence, et parfois même, comme un indicateur de la réalité des violences alléguées »¹⁰⁴. Pour autant, elle ne recouvre pas la totalité de la symptomatologie clinique observée chez les demandeurs d'asile où l'on retrouve aussi des troubles mnésiques importants, des manifestations psychosomatiques où le corps vient parler là où la parole n'est plus, des éléments de la lignée dépressive ainsi que des éléments hallucinatoires qui parfois pourraient faire évoquer des diagnostics de psychose. Quelle place pour ces symptômes ? Dans quelle case syndromique pourrait-on les regrouper ?

De plus, mettre systématiquement en avant le PTSD lors de la rédaction des certificats médicaux ne risque-t-il pas à terme de majorer la méfiance des administrations face aux dossiers de certains demandeurs d'asile pris en charge dans des structures de soins ? Les agents administratifs pourraient alors évoquer des certificats stéréotypés. Cela renverrait à nouveau à la question de la preuve avec alors une réponse à trouver en dehors du médical.

¹⁰⁴ BAUBET Thierry, « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants », *op.cit.*, p1.

5) Un défaut de formation :

Les tableaux cliniques présentés par les demandeurs d'asile sont bien loin des tableaux typiques appris dans les livres et que l'on retrouve parfois dans la réalité. Ils sont parfois déstabilisants pour les soignants qui ne savent pas forcément à quelle pathologie rattacher les symptômes présentés par certains patients. Ils se retrouvent alors confrontés aux limites de la psychiatrie telle qu'ils ont l'habitude de l'exercer d'autant plus que la prise en charge des demandeurs d'asile nécessite bien souvent des ajustements au niveau du cadre : il faut pouvoir accepter les retards, les oublis de RDV et se rendre disponible pour pouvoir en proposer de nouveaux rapidement. Monsieur M est un exemple des limites auxquelles peuvent se retrouver confrontés les psychiatres avec un questionnement concernant le diagnostic à évoquer.

Monsieur M est un homme de 25 ans, plutôt longiligne, d'origine congolaise (RDC). Il a été adressé à la PASS par un médecin psychiatre des urgences en mars 2014 pour des idées suicidaires non scénarisées parfois envahissantes en lien avec un vécu traumatique. Il a d'abord fait une demande d'asile en Belgique, pays où il a été débouté. Il est ensuite venu en France pour déposer une nouvelle demande. Il évoquait de nombreux éléments traumatiques : le décès de la majorité de sa famille de manière violente (empoisonnement de son père puis assassinat de ses frères et sœurs) ainsi que des tortures ayant laissé des séquelles physiques suite à son emprisonnement dans son pays.

Sur la PASS, il pouvait avoir une présentation étrange alternant entre la somnolence et un état de veille normal. Il était très méfiant : il pensait que l'on allait prévenir le Congo ou la Police de sa venue. Son discours était souvent confus même s'il parvenait à parler de son histoire et de son parcours avec des temps de sidération durant les entretiens suivis d'une libération de la parole. On retrouvait une intrication de symptômes avec des idées de persécution (il pensait « que les gens le détestent », « qu'on va l'empoisonner », que « les prises de sang lui volent sa vie ») ; des voix qui lui ordonnaient d'aller en Angola aider ses deux frères ; des angoisses, des idées de culpabilité ; des manifestations psychosomatiques avec des céphalées ; des troubles du sommeil à type d'insomnie.

En novembre 2014, Monsieur s'est à nouveau présenté aux urgences pour des troubles du sommeil et devant les idées délirantes évoquées, il a été hospitalisé une dizaine de jours en soins sous contraintes. Il est sorti avec un programme de soins et un suivi sur le CMP. Dans les suites de son parcours de soins, il a été amené à rencontrer différents psychiatres qui se sont interrogés sur la case diagnostique correspondante à la symptomatologie qu'il présentait. Une psychiatre concluait son observation clinique de la manière suivante : « tableau clinique complexe, probablement post traumatique, mais avec intrication d'éléments psychotiques et thymiques ». Une autre évoquait une « pathologie limite entre un état de stress post traumatique et des éléments d'allure psychotique avec un sentiment d'insécurité ».

De fait, les psychiatres peuvent être fort déçus face à certains patients : certains ne parviennent pas à trancher entre PTSD et troubles psychotiques tandis que d'autres considèrent que les demandeurs d'asile ne présentent pas de réelle pathologie psychiatrique, leur souffrance étant alors uniquement réactionnelle à leur situation sociale.

On se rend bien compte de la nécessité de formation des professionnels d'autant plus que ces situations cliniques sont « peu abordées dans le cadre des formations initiales ou dans les ouvrages de références nosographiques »¹⁰⁵. De fait, « si le développement de recherches et de connaissances spécifiques dans ces domaines est essentiel, leur diffusion vers l'ensemble des professionnels du soin psychique est tout aussi nécessaire »¹⁰⁶.

¹⁰⁵ GENY-BENKORICHI M. et VIGNAL M., « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », *op.cit.*, p12.

¹⁰⁶ COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », *op.cit.*, p281.

IV. Conclusion

Sur les PASS, la demande de certificat médical s'intègre donc, très souvent, dans une relation de soins plus ou moins construite où elle constitue une étape à part entière du suivi. Elle peut être formulée par le demandeur d'asile mais aussi par des tiers le prenant en charge dans un autre domaine que le soin. Elle revêt souvent d'un caractère d'urgence qu'il est important d'entendre. Face à cette demande, le médecin peut faire le choix d'accepter ou de refuser ce qui revient alors à dénier l'histoire propre de la personne concernée.

Une fois cette demande formulée, le praticien peut avoir l'impression d'être utilisé ce qui engendre des réactions de rejet et/ou de colère. Après que le médecin ait mis ces émotions à distance, il est amené à s'interroger sur les effets engendrés par la rédaction de ce document sur la relation de soins mais aussi sur la réalité de l'impact de ce certificat sur la procédure de demande d'asile que ce soit lors des audiences à l'OFPRA et à la CNDA ou lors du traitement administratif avec le rendu de décision.

Dans le cadre de son travail, le psychiatre s'appuie sur le récit du demandeur d'asile. Du fait de son rôle de soignant et dans le cadre de sa pratique habituelle, il n'a pas à porter de jugement sur ce qui lui est dit ni même à se questionner sur l'authenticité des propos. Pourtant, en raison du paradigme du soupçon régnant autour du demandeur d'asile, le médecin est amené à interroger la véracité du récit qui lui est fait. Le praticien se retrouve ensuite dans une position de juge où il doit fournir des preuves de l'histoire propre qui lui a été contée. En cas de refus de la demande d'asile, le clinicien pourrait devenir méfiant vis-à-vis du récit qu'il a entendu puisque ce dernier a été rejeté par les administrations. L'intrication du parcours administratif et du parcours de soins introduit donc une autre dimension à laquelle le thérapeute doit être attentif.

Par la suite, le médecin est aussi amené à effectuer un travail d'objectivation face à une clinique particulière où s'entremêlent différents symptômes : des éléments dépressifs, d'autres évocateurs de PTSD et d'autres encore liés à la précarité sociale dans laquelle se retrouve souvent les demandeurs d'asile à leur arrivée en France. Un des diagnostics, souvent utilisé dans les certificats médicaux, est le PTSD bien qu'il ne rende compte que d'une partie de la symptomatologie observée. Cette pratique risque aussi d'attirer le soupçon sur ces

certificats que les agents administratifs pourraient considérer comme stéréotypés. Ceci renverrait à nouveau à la question de la preuve avec une réponse à trouver en dehors du champ médical.

Cette demande de certificat médical place donc le médecin face à des questions particulièrement complexes à résoudre tant sur le plan médical, éthique que politique. Ainsi, les praticiens doivent sortir de leur cadre de référence en ayant un questionnement sur le contenu des certificats ainsi que sur les meilleures stratégies à adopter pour aider les personnes qu'ils soignent. Un psychiatre illustre cette situation de cette manière : « de psychiatre que je suis, il faut devenir avocat, métier que l'on ne m'a pas appris ». Pourtant, la rédaction de ces certificats est « loin d'être banale, puisqu'elle met en jeu une relation humaine thérapeute-patient confiante et engagée et donc essentielle dans le soin du demandeur d'asile »¹⁰⁷.

De plus, l'écriture de ces certificats est « insérée dans des rapports de force mettant en jeu la validité du discours du patient comme demandeur d'asile, la position sociale du médecin, la politique de l'immigration et la décision d'une administration opaque et parfois ressentie comme abusive »¹⁰⁸. Les praticiens se retrouvent alors malgré eux, « au sein d'enjeux qu'ils ne maîtrisent pas ou peu »¹⁰⁹. On observe donc une immersion du médical dans des problématiques administratives et politiques.

Etre impliqué dans les procédures d'asile amène aussi le médecin à s'interroger sur la façon dont la France prend en charge les demandeurs d'asile. En effet, l'administration vient réclamer un récit circonstancié et personnalisé à des personnes qui ne sont, souvent, pas en mesure de le formuler du fait même du ou des traumatisme(s). Ainsi, les personnes sont censées « décrire leur vie souvent douloureuse, les tortures et les mauvais traitements, les privations de liberté, les discriminations qu'elles ont subies en étant le plus précis possible, en se souvenant des lieux, des dates, des circonstances d'événements qui ont pu se dérouler il y a longtemps ou qu'elles ont pu effacer de leur mémoire, car extrêmement traumatisants »¹¹⁰.

¹⁰⁷ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op.cit.*, p543.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p537.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p 543.

¹¹⁰ DE BOURGOING S., JOURDAN M., SADIK G, « Voyage au centre de l'asile, enquête sur la procédure de détermination d'asile », *op.cit.*, p 11.

Les demandes sont rejetées parce que « les faits ne sont pas établis ou qu'ils ne relèvent ni du statut de réfugié, ni de la protection subsidiaire »¹¹¹. Or, l'absence de précisions vient parfois signer la réalité du traumatisme. Ces refus renvoient, le patient et le médecin, à leurs propres croyances : les premiers pensant être « au pays des droits de l'Homme » et les seconds étant confrontés à l'image qu'ils pouvaient avoir de leur propre pays dont la devise est « Liberté, Égalité, Fraternité ». On peut aussi ajouter qu'en l'absence de titre de séjour leur permettant de travailler, les demandeurs d'asile « sont maintenus dans une précarité et une économie parallèle »¹¹² ce qui ne favorise pas leur reconstruction. La procédure de demande d'asile en elle-même semble être aux prises avec le non-sens et peut avoir un véritable effet traumatisant. Contribuer à aider au mieux les demandeurs d'asile par la rédaction de ces certificats médicaux peut alors correspondre à un engagement politique et s'inscrire dans un mouvement de protestation.

Une loi relative à la réforme de l'asile a été votée par le Parlement le 15 juillet 2015, certains points sont encore à fixer. Elle vise principalement à réduire le délai de traitements des demandes avec une volonté de passer à une durée de 9 mois voire de 3 mois pour les « procédures accélérées » au lieu de 24 en moyenne actuellement. Elle homogénéise aussi l'interprétation de la Convention de Genève qui se fera selon la directive européenne dite « directive qualification ». De plus, elle délègue à l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration la gestion des conditions de vie du demandeur d'asile (hébergement et allocations). Elle autorise aussi de manière plus précoce l'accès au marché du travail, au bout de 9 mois pour les demandeurs d'asile n'ayant pas eu de réponse de l'OFPRA. Ces deux derniers points semblent prendre en compte les conditions de précarité dans lesquelles peuvent se retrouver les demandeurs d'asile. Par contre, la diminution du délai des temps d'instructions peut interroger sur le caractère potentiellement traumatisant de la procédure pour des personnes qui ne bénéficieront pas forcément du temps nécessaire à la mise en récit des événements qu'elles ont pu vivre.

On pourrait étendre ce travail aux demandes « étranger malade » au cours desquelles il est nécessaire d'établir un rapport médical. Souvent, ce type de régularisation est utilisé

¹¹¹ DE BOURGOING S., JOURDAN M., SADIK G, « Voyage au centre de l'asile, enquête sur la procédure de détermination d'asile », *op.cit.*, p 32.

¹¹² COMBE Hervé, « Géopolitique du certificat médical », *Maux d'exil*, septembre 2002, n°12, p 4.

lorsque toutes les autres possibilités de reconnaissance ont été épuisées. Ainsi, ces demandes se sont multipliées comme « conséquences néfastes d'une politique très restrictive et très injuste de la demande d'asile politique, symptômes du respect de plus en plus étriqué de la Convention de Genève »¹¹³. Pour autant, « même en s'intéressant à ce qui se passe dans le monde, est-ce bien le rôle du médecin de savoir précisément si tel ou tel pays possède le dispositif sanitaire nécessaire ? [...] Le médecin se trouve ainsi chargé d'avoir un avis sur un sujet qui ne fait pas partie de son domaine de compétences »¹¹⁴. De plus, rédiger ce type de rapport revient à accepter un jugement de sa propre clinique par ses collègues mais aussi à s'exposer à la suspicion de l'administration. Ainsi, en octobre 2007, « trois psychiatres se sont vus refusés par le préfet de leur département, le Puy-de-Dôme, l'agrément les autorisant à rédiger, en tant que psychiatres, des rapports médicaux en vue de l'obtention d'un titre de séjour pour raisons médicales »¹¹⁵. Il leur était reproché de ne pas tenir une position de neutralité totale du fait de leur implication dans des mouvements questionnant la politique d'immigration en cours en France.

¹¹³ MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op.cit.*, p 543-544.

¹¹⁴ COMBE Hervé, « Géopolitique du certificat médical », *op.cit.*, p4.

¹¹⁵ ASENSI Hélène, « Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades », *Maux d'exil*, décembre 2008, n° 25, p 5-6.

V. Bibliographie

ASENSI Hélène, « Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades », *Maux d'exil*, décembre 2008, n° 25, pp5-6.

BALLIERE Frédéric, *Le recours aux soins des demandeurs d'asile*, Paris, Editions L'Harmattan, 2011, 136p.

BAUBET Thierry, « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants », *Maux d'exil*, décembre 2008, n°25, pp 1-3.

BAUBET T., ABBAL T. *et al.*, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Journal International de Victimologie*, n°2, 2004.

BOISSIN H. et ROUGEMONT D., « Les certificats médicaux : règles générales d'établissement », Rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins, 2006, 7p.

BOURGUEIL Yann, « Billet », *Maux d'exil*, septembre 2005, n°12, p1.

CAPOGNA-BARDET Ghislaine (sous la direction de), *La clinique du trauma*, Centre Primo Levi, Ramonville, Editions Erès, 2014, 198p.

CHAMBON Nicolas, « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. », *Rhizome*, 2013, n°48, pp.5-6.

CHAMBON N., COCHET P. et LE GOFF G., « Soigner des migrants précaires en psychiatrie publique », *Ecarts d'identité*, 2013, n°121, pp.38-44.

COMBE Hervé, « Géopolitique du certificat médical », *Maux d'exil*, septembre 2002, n°12, pp3-4.

COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, prise en charge médico-sociale », Guide pratique pour les professionnels, 2008, 619p.

COMEDE, « Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement », Guide pratique pour les professionnels, 2013, 373p.

CONGRES INTERNATIONAL DE LYON, « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsm : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Ramonville, Edition Erès, 360p.

DANET F., MIEGE-MONLOUBOU C., RAUSCHER C. et PETROUCHINE R., « A propos des certificats médicaux dans la clinique auprès des demandeurs d'asile », 2008 in : FURTOS J., *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008, pp 177-180.

DE BOURGOING S., JOURDAN M., SADIK G, « Voyage au centre de l'asile, enquête sur la procédure de détermination d'asile », Rapport d'observation, CIMADE, janvier 2010, 68p.

DON RICHARDSON J. *et al.*, « L'état de stress post-traumatique : orientation du traitement sur la base d'une évaluation minutieuse des troubles physiques et mentaux comorbides », *Les troubles de l'humeur et de l'anxiété*, 2010, volume 10, n°6, 6p.

DROMER Carole, « Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France », Recueil Alexandries, Collections Masters, 2006-2007, Université d'Evry, 64p.
<http://www.reseau-terra.eu/article982.html>

FASSIN Didier, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Editions La Découverte, Collections « Alternatives sociales », 2004, 198p.

FURTOS Jean, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, *Mental'idées*, Dossier Souffrance et Société, 2007, n°11, pp 24-33.

FURTOS Jean, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le carnet PSY*, 2011/7, n°156, pp 29-34.

GENY-BENKORICHI M. et VIGNAL M., « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », Réseau Samdarra, Rapport de synthèse, avril 2012, 72p.

GIRAUX Fabrice, « Rôle ambigu du certificat médical », *Rhizome*, décembre 2005, n°21, pp 44-46.

IZAMBERT Carole, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », 2014/1, in LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline, NGUYEN Vinh-Kim (sous la direction de), *La médecine du tri : histoire, éthique, anthropologie*, Les cahiers du Centre Georges Canguilhem n° 6, Paris, Presses Universitaires de France, 2014, 312p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Santé, Protection sociale, Solidarité », *Bulletin Officiel*, 15 aout 2013, n° 2013/7, pp253- 261.

MESTRE Claire, « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *L'évolution psychiatrique*, 2006, n°71, pp 535-544.

MESTRE Claire, « Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques », *L'Autre*, 2009/2, volume 10, pp 162-170.

PAUL Jacques, « Souffrance psychique et souffrance sociale. », *Pensée plurielle*, 2/2004, n°8, pp. 21-29.

TABARY Jean-Jacques, « Traumatismes et exil : le certificat étranger malade est-il utile ? », *Rhizome*, juillet 2013, n°48, p 10.

TREGOUET Stéphane, « L'informel ou comment construire la relation à l'autre », *Soins Psychiatrie*, janvier/février 2013, n°284, pp 21 – 24.

WRESINSKI Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, *Journal officiel*, février 1987, n°6, p 6.

ZEROUG-VIAL Halima, « Samdarra : genèse d'un réseau de santé mental des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône Alpes », *Maux d'exil*, décembre 2008, n°25, p 3.

ZEROUG-VIAL H., COURRIOL Y., CHAMBON N., « Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale. », *Rhizome*, 2014, n°51, pp.57-60.