

# Proposition d'argumentaire court pour les situations psychiatriques

## **Constat général pour les DASEM psys**

Selon le rapport d'activité de l'OFII pour 2017, sur les demandes de titres de séjour déposées en 2017 pour raisons de santé, 10 041 demandeurs présentaient une pathologie psychiatrique (soit 27,4% de l'ensemble des demandes et parmi elles, près de la moitié de ces demandes concernent des états de stress psycho-traumatique (ESPT))<sup>i</sup>.

Or dans l'observation du COMEDE, les troubles psychiques graves représentent 35% de l'ensemble des pathologies graves dont souffrent les exilés. On peut donc constater ici que les demandes de DASEM pour raison psy sont, non pas sur-représentées comme le pensent les agents de l'OFII et du ministère de l'Intérieur, mais au contraire sous-représentées par rapport à leur « poids » réel dans cette population.

Les avis de l'OFII ont été négatifs pour 73,5% des demandeurs ayant une pathologie psychiatrique en 2017, soit une augmentation considérable d'avis négatifs relativement aux avis de l'ARS dans la procédure antérieure à 2017.

NB : les rapports précédents concernant les avis des MARS ne rapportaient que des taux d'accord globaux, sans le détail par pathologie. On peut donc affirmer que le taux global de protection (toutes pathologies confondues) a baissé, mais sans pouvoir mesurer précisément la baisse de la protection pour des personnes atteintes de troubles psy. Ces avis négatifs concernent également de nombreuses situations jugées antérieurement positivement par les ARS. Comment comprendre une telle augmentation d'avis négatifs dans la nouvelle procédure ?

## **Exemples d'avis négatifs pour situations traumatiques liées à des violences intentionnelles :**

Les dossiers médicaux de l'OFII que nous avons documentés comportent :

- 1- Le rapport médical, établi par le médecin rapporteur à partir d'un certificat médical « type » accompagné d'un courrier détaillé du médecin soignant le patient, avec convocation du patient dans la moitié des cas (selon le rapport de l'OFII). (1<sup>ère</sup> étape de l'évaluation)
- 2- Le formulaire avec cinq questions auxquelles répond, en cochant une case oui / non, un collège de trois médecins de l'OFII (dont un psychiatre en principe pour les pathologies psychiatriques), réunis en téléconférence pour étudier le dossier réalisé à la première étape.<sup>ii</sup>

Dans ces évaluations négatives, les soins sont reconnus nécessaires (question 1) mais :

- Le plus souvent, le collège nie l'exceptionnelle gravité en cas d'interruption des soins (question 2) et le problème du retour au pays. Ce faisant, il annule sans explication les éléments et conclusions fournis par le thérapeute, mais aussi le rapport médical du médecin rapporteur qui confirme en les résumant ces données, après convocation ou non de la personne.
- Rarement, l'avis reconnaît la gravité en cas d'interruption du suivi mais considère possible un retour au pays pour y être traité, négligeant alors, en toute incohérence, que cette gravité psychiatrique reconnue tient justement des sévices subis au pays rendant ce retour impossible.
- Dans tous les cas, les conditions premières du lien thérapeutique, de la stabilité sociale, de l'abord pluridisciplinaire (réseau social) dans le soin psychiatrique et psychothérapique, sont ignorées ainsi que le problème d'un retour sur les lieux des événements<sup>iii</sup>.
- Enfin, le traitement est toujours considéré accessible par les collèges de l'OFII : i.e. en RDC, où pourtant nos patients natifs de RDC (dont beaucoup ne font pas de DASEM) et nos collègues contactés en RDC<sup>iv</sup> attestent de l'obstacle économique majeur, l'indigence du système de soin psychiatrique, la fiabilité incertaine des traitements, limitant l'accès à une minorité privilégiée.<sup>v</sup>

## **Représentations et critères des médecins de l'OFII dans le rapport au parlement de la mission DASEM pour 2017<sup>vi</sup>**

Ce rapport permet d'appréhender l'approche du service médical de l'OFII vis à vis des situations cliniques de nos patients et vis-à-vis des médecins qui les soignent et rédigent les certificats<sup>vii</sup>.

Il est remarquable que **ce document stigmatise les médecins du terrain** rédigeant ces certificats<sup>viii</sup> **sans jamais reconnaître l'engagement thérapeutique de la majorité d'entre eux**, en première ligne sur le terrain malgré les obstacles, auprès des patients dont l'OFII doit avoir le souci<sup>ix</sup>.

Le rapport précise à propos de l'évaluation des situations psychiatriques, qu'il s'agit d'une « démarche d'expertise » qui nécessite des informations suffisantes, « *une bonne connaissance des maladies psychiatriques et du contexte, des enjeux qu'elles sous-tendent.* »

Pourtant, **ce « contexte » et « les enjeux » sont dévalorisés**, depuis **le récit** qui pourtant donne sens à la situation clinique (« *Les éléments biographiques résumés et circonscrits, ne sauraient remplacer les éléments cliniques, pas plus en quantité qu'en qualité.* ») jusqu'à **la précarité**, éliminée en toute ignorance de ses implications réelles considérables en clinique du traumatisme que connaissent les soignants du terrain<sup>x</sup>. Ainsi, le rapport explique que (1) « *certain psychiatres en arrivent à considérer dans leurs certificats initiaux que la demande de titre de séjour pour soins est la cause et le remède au trouble psychiatrique du demandeur et qu'il conviendrait d'en tirer les conséquences, en délivrant un « titre de séjour thérapeutique », ce qui n'existe pas dans les textes à ce jour* », et que (2) « *le titre de séjour pour soins, par sa durée limitée, participe certainement aux troubles anxieux associés à la précarité.* » mais que la stabilité légitime attendue ne peut être apportée par le statut « de demande de titre de séjour pour soins », puisque son attribution n'est pas pérenne.

**Les situations cliniques de TPST**, diagnostic principal des demandes psychiatriques, sont mises en doute (les événements traumatogènes relèvent du « déclaratif »<sup>xi</sup>) et réduites à l'étiquette générique du DSM 5 justifiant une application rigide de normes standard thérapeutiques et pronostiques (durée, efficacité), reprenant les recommandations scientifiques internationales. Cette standardisation ignore les limites du DSM et ce qu'est un soin psychiatrique rigoureux en situation réelle, adapté à la singularité d'un patient dans le contexte d'exil. Ici, (1) les spécificités traumatiques liés aux violences intentionnelles, que ne différencie pas le DSM, sont oubliées, (2) les pratiques expérimentées de terrain que sont les interventions psychothérapeutiques complexes<sup>xii</sup> (d'inspiration psychodynamiques, de « soutien psychothérapeutique »<sup>xiii</sup>, ou association d'approches diverses, travail en réseau) avec la variété de médicaments utilisés et utiles selon les situations (dont benzodiazépines et hypnotiques) sont déconsidérées, (3) les effets de l'insécurité sociojuridique sur l'évolution et/ou la chronicisation sont déniés, tandis que (4) l'absence d'hospitalisation sur un long parcours pour un patient annoncé suicidaire fait nier la gravité plutôt que reconnaître les effets des soins et soutien.

Au total, le problème du retour impossible au pays pour de nombreux patients, l'impact sur les soins et l'évolution clinique de la précarité sociojuridique, ainsi que la transmission intergénérationnelle des traumatismes ne sont pas considérés dans cette évaluation où des critères « objectifs » systématiques, génériques, réduisent les singularités et réalités cliniques comme l'expérience des acteurs du terrain.

### **Face à ce déni des réalités cliniques et des graves conséquences pour la santé de nos patients après les refus de titre de séjour motivés par ces avis négatifs, nous affirmons la nécessité de critères adaptés pour une évaluation rigoureuse et pertinente au service de la santé des personnes**

Une évaluation médico-psychologique rigoureuse doit considérer les dimensions psychiques, médicale, sociale, anthropologique, administrative d'une situation singulière, et être informée des conséquences prévisibles des avis négatifs sur le patient et son environnement socio-familial.

- A- **L'évaluation doit respecter le code de déontologie médicale** (protection de la santé, préservation du secret médical, facilitation des avantages sociaux liés à l'état de santé) et des instructions du ministère de la Santé<sup>xiv</sup>, et se fonder exclusivement sur les risques médico-psychologiques encourus en cas de rupture ou d'insuffisance de soins, sans interférence des considérations administratives, en toute indépendance vis-à-vis des politiques d'asile et de contrôle de l'immigration. Ce devrait être

notamment le cas pour des personnes déboutées de leur demande d'asile, pour qui les conséquences psychiques des violences subies doivent être prises en compte en cas de demande de DaseM, l'évaluation devant se prémunir de toute posture de suspicion a priori.

#### **B- Pour établir un diagnostic, une thérapeutique et un pronostic, il faut considérer :**

- Le récit du patient, indispensable pour ouvrir au sens et à la singularité clinique.
- La nécessité prioritaire d'une sécurisation par les liens thérapeutiques et sociaux pour les sujets souffrant d'effets de traumatismes et violences, pour qui l'accueil et l'implication du soignant, l'empathie et le travail sur les échanges transféro-contre-transférentiels ont un rôle primordial<sup>xv</sup>.
- La différence entre traumatismes accidentels et intentionnels, ignorée dans le DSM 5 (EPST moins pertinent que l'état de stress psychotraumatique complexe de la CIM 11)<sup>xvi</sup>.
- La prise en compte et la compréhension des effets de la précarité sociojuridique pour les victimes de violences intentionnelles (détresse de l'exclusion sociale, pouvant aller jusqu'à la « mort sociale »)<sup>xvii</sup>.
- La compréhension de la conception complémentariste pour les patients issus de cultures différentes.
- La résilience qui ne peut se réduire à une capacité des sujets comme simples « stratégies d'adaptation ».
- L'importance d'une resocialisation adaptée aux traumatismes, qui n'a rien d'une assignation de chaque patient à sa culture, à sa société ou son pays d'origine.

#### **C- Sur les conséquences à envisager en cas de rupture de soin pour des patients vivant des problématiques traumatiques, il faut insister sur :**

- Les risques (ou l'illusion de la possibilité) d'un retour au pays que sont (1) l'aggravation de la symptomatologie, l'errance et la marginalité en France (les patients font tout pour rester) et (2) le fait que le retour qui permettrait des prises en charge par d'autres moyens (autres socio thérapies) se heurte au fait qu'ils sont devenus étrangers dans leur propre pays, déjà exclus par les maltraitances subies et ne pouvant compter généralement sur aucun groupe en cas de retour.
- Le côté collectif du trauma migratoire et les risques de désocialisation (et de mort) en cas d'arrêt des séjours autorisés et de retours intempestifs dans les pays d'accueil.
- Les répercussions des traumatismes non soignés au long cours, avec les risques liés à la transmission transgénérationnelle en plus de la morbidité et mortalité accrues des individus touchés.

#### **Conclusion :**

La violence des traumatismes actuels est un défi pour toute psychothérapie, et le lien établi avec un thérapeute et un soin demeure souvent la seule garantie d'une survie psychique. La gravité des situations cliniques que nous rencontrons doit être justement évaluée et reconnue pour soutenir le soin et permettre une évolution dans les meilleures conditions possibles, au service de la santé individuelle et collective.

#### Quelques références bibliographiques sur les psychotraumatismes liés aux violences intentionnelles :

- « Clinique du trauma », 2, (éd. Erès)
- Revue « mémoire » numéro 73 de sept. 2018 du Centre Primo Lévi.
- « Soigner les victimes de torture en France, Livre Blanc » <https://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/livreblancversionfinale.pdf>
- « Quels traitements pour l'effraction traumatique ? » [Tovmassian Laurent Tigran](#), [Hervé Bentata](#), [Jean Gortais](#), Inpress Editions, Paris, 2014, Essai
- « MANUEL DES PSYCHOTRAUMATISMES CLINIQUES ET RECHERCHES CONTEMPORAINES », Yoram MOUCHENIK, Thierry BAUBET, Marie Rose MORO Eds (Eds), La Pensée Sauvage, Grenoble (2012)
- « Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés », [Lachal Christian](#), Ed. La Pensée Sauvage, 2006, 125 pages, GRENOBLE.
- [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME\\_Orspere-Samdarra/RHIZOME\\_69-70.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/RHIZOME_69-70.pdf) Psycho-trauma complexe, diagnostic et prise en charge, Oliver Fossard, Samia Lahya

---

<sup>i</sup> Demandes pour motifs psychiatriques : 40,2% de première demande, 59,8% de renouvellement. Rapport de l'OFII : [http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii\\_ raa\\_ 2017.pdf](http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_ raa_ 2017.pdf)

<sup>ii</sup> Formulaire accessible dans : *Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.313-22, R.313-23 et R.511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*. [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000033724103](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033724103)

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

<sup>iv</sup> Docteur Alphonse Muteba Mushidi, Docteur Erick Kwakya, Cf. **annexe système de soin en RDC**

<sup>v</sup> Témoignages consolidés par les données économiques. Cf. <http://apps.who.int/gho/data/node.home?lang=en#> Alternatives économiques, numéro spécial, les chiffres 2018, octobre 2018 ; <https://www.alternatives-economiques.fr/publication/chiffres-2018/197001010100-00081700.html>

<sup>vi</sup> [http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport\\_au\\_parlement\\_pem\\_2017.pdf](http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf)

<sup>vii</sup> Certificats qui livrent des informations délicates, nécessitant l'établissement d'une confiance dans la durée.

<sup>viii</sup> : Cf. la place des dénonciations dans le rapport de : (1) actes scandaleux commis par une infime minorité (encart occupant la page 41) et fraude (**31 occurrences de « fraude »**) (2) signalement de certificateurs pour 200 patients, (3) incompétences ou insuffisances diagnostiques et thérapeutiques supposées avec les pratiques hors recommandations officielles.

<sup>ix</sup> Ce sujet mérite une étude en milieu réel, au-delà de préconisations théoriques, auprès des intervenants dans les différents cadres de soin (public, privé, associatif) afin d'évaluer l'investissement nécessaire pour maintenir l'accueil : difficulté d'accès au droit commun (service public ou psychiatres de ville), conséquences de la précarité sociale (logique de survie) et des problématiques cliniques (confusions, troubles de mémoire, etc.) nécessitant des aménagements particuliers.

<sup>x</sup> Cf. revue Rhizome, revue de l'ORSPERE-SAMDARRA N° 69-70 : « Soigner le traumatisme », avec nombreux articles d'intervenants de terrain expérimentés travaillant depuis de nombreuses années avec ce public . [http://www.ch-le-venatier.fr/documents/Publications/RHIZOME\\_Orspere-Samdarra/RHIZOME\\_69-70.pdf](http://www.ch-le-venatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/RHIZOME_69-70.pdf). Voir également note xv.

<sup>xi</sup> Cf. récits de persécutions suspectés au prétexte de ressemblances pour des patients d'un même pays, oubliant les pratiques de persécutions locales.

<sup>xii</sup> Sur les recherches en psychothérapie, voir le travail de l'école de psychosomatique de JM THURIN. Par ex. « **Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ?** » **Jean-Michel Thurin**. | PSN, vol. 14, n° 1/2016  
[http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice\\_display&id=218443](http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=218443)

<sup>xiii</sup> Le rapport prétend : « Les psychothérapies dites « de soutien » ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un environnement culturel plus favorable pour le patient ». p. 62

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

<sup>xv</sup> A ce sujet, on peut référer aux nombreux travaux des thérapeutes spécialisés dans le traitement des exilés victimes de torture, quelque soient les écoles (psychiatrie, psychanalyse, approche transculturelle, centrées sur les persécutions politiques et la torture, intervenants dans les problématiques de précarité) qui insistent sur la place du thérapeute, l'engagement particulier nécessaire quand le lien à l'autre a été trahi, les tabous anthropologiques transgressés, et en l'absence de tout secours.

<sup>xvi</sup> Le diagnostic d'état de stress psychotraumatique complexe (Herman) est plus pertinent dans les situations de persécutions, reconnu dans la CIM 11, juin 2018 : il s'agit de ne jamais réduire la clinique à une étiquette générale qui sous-estime l'importance des conditions particulières de vie et leur impact psychique. « *Le syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT-C) est un trouble susceptible de se développer suite à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible. Il s'agit, le plus souvent, d'événements prolongés ou répétitifs, durant lesquels l'action de s'échapper était difficile ou impossible (exemples : torture, esclavage, génocide, violence domestique prolongée, abus physiques et/ou sexuels répétés durant l'enfance).* »

<sup>xvii</sup> Cf. les travaux de Jean Furtos sur la souffrance psychosociale et le syndrome d'auto-exclusion. ( Jean Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Editions Rue d'Ulm, collection « La rue ? parlons-en ! », 2009. 58 p). Sur « la mort sociale », voir l'article de Hassin et Chaliier. <http://www.franceadacieuse.com/2017/04/30/mort-sociale-charlier-hassin-isolement-exclusion-ethique/>