

DROIT AU SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES LES ÉTRANGERS MALADES MAL/TRAITÉS PAR L'ÉTAT

Deuxièmes assises du collectif DASEM PSY

5 avril 2023
Campus Condorcet

- **Introduction par Marie Caroline Saglio Yatzimirsky¹**

Représentations qui viennent tordre la réalité et tordre le droit, DaseM attaqué par des législations de plus en plus restrictives et une politique sécuritaire. Assises précédentes avaient mis en relation des personnes inquiètes sur les effets de la baisse pour les situations observées. Essayer de comprendre pq les patho psy sont toujours aussi déconsidérées
Poser d'autres questions, ntmt les effets sur les familles. Finir sur les mobilisations.

- **Thierry Baubet** (PUPH, Université Sorbonne Paris Nord, AP-HP, Centre National de Ressources et de Résilience, CN2R)

Point sur les connaissances sur les traumatismes des exilé·es, littérature conséquente sur les réfugié·es, ce qui n'est pas la même population : personnes qui n'ont pas obtenu cette protection sont encore plus démunies et fragilisées.

Trauma comme savoir qui s'oublie au fur et à mesure, on en a bcp parlé à la fin du XIXe puis au moment des deux guerres mondiales, puis Vietnam : oublié entre chaque. **Poches de déni entre les moments**, puis Vietnam, des millions de personnes rentrées éclopées de guerre. Pour être pris en charge, faut que ça rentre dans la nomenclature du DSM : création de la catégorie du trouble post-traumatique. Plus de vétérans du Vietnam qui sont morts de suicide que de la guerre elle-même.

En France

- psychiatres militaires
- à partir de 1995 : psychiatres des CUMP
- psychiatres et psy des asso humanitaires et d'aide aux migrants (aspects transculturels)

Contexte des attaques terroristes qui remet au cœur de l'actualité la question du PTSD.

2019 : création du **CN2R** (centre national de ressources et de résiliences) et des CRP. Mais problème du manque de financements

En dehors des écrits cliniques, très peu d'études épidémiologiques ou interventionnelles sur les chiffres des étranger·es concerné·es : petits échantillons, pas d'étude nationale. 30 à 60 % de troubles psychiatriques dans les études. Pas de chiffres sur les suicides, mais on sait qu'il y en a (en en ayant suivi)

Les études portent en général sur les réfugiés mais pas sur les personnes en situation de précarité administrative.

Revue de litté de Bryant et al 2023

¹ Prise de notes de Léo Manac'h complétées par des envois de documents des intervenant·es

30 % des réfugiés pour PTSD : pb méthodo de chiffres très disparates, comment on mesure un trouble mental en épidémiologie ? Echelles d'évaluations ou d'auto-évaluation ? Selon quels critères ? Par web ? Interprètes ? Instruments et application transculturelle qui sont discutables. Prévalence PTSD dans la pop générale d'entre 2 et 4%.

Trouble de stress post-traumatique complexe : correspond bcp plus à ce qu'on constate.

Autres troubles :

- dépression caractérisées, troubles anxieux et suicidalité, avec ou sans TSPT, jusqu'à 50 % des réfugiés. « La dépression, ça tue »

- trouble de deuil prolongé, ce qu'on appelait jusque-là du deuil traumatique ou pathologique. Deuil qui s'aggrave, souffrance liée à la perte, idée de rejoindre le mort qui s'impose de plus en plus.

- Plaintes somatiques

→ **attention à ne pas oublier ce qui n'est pas du PTSD.**

Facteurs de risques :

- expositions aux violences interpersonnelles, à la guerre et aux tortures (pays d'origine et voyage)

- expositions dans le pays d'accueil : à la violence favorisée par la pauvreté, vie à la rue, isolement, absence de protection, absence d'accès à l'emploi. La revue dit que c'est politique, si vous ne permettez pas un sentiment de sécurité (trauma complexe), **les conditions de précarité contribuent à l'aggravation, à la chronicisation du trouble et même à leur déclenchement.** Particulièrement bien documenté pour les personnes en détention (relation directe entre temps passé en détention et l'aggravation + pour les personnes qui ont une protection temporaire par rapport au statut de réfugié)

Soins :

- les traitements considérés comme « gold standard », EMDR et thérapie comportementales, **il est montré que dans les pop de réfugiés, ça marche nettement moins bien.** Facteur de la complexité du trauma et facteurs culturels. Ce qui a fait trauma, il faudra y aller mais tant que la première phase de travail sur les contenants plutôt que sur le contenu n'a pas été faite, ce n'est pas possible.

La complexité du trauma

Judith Herman, 1992, « **Traumatismes complexes** », prédécesseurs comme Ferenczi sur le clivage fonctionnel, anesthésie + travaux de Janet sur la dissociation de la personnalité.

Inceste : déni, dissociation, identification à l'agresseur comme **stratégies qui vont imprimer les marques et vont devenir presque aussi mutilantes que l'agression en elle-même**

→ **rapprocher les deux sur la q° de la répétition et de l'impuissance totale dans une relation de dépendance.** Que ce soit une femme victime d'emprise, totalement dépendante ou que ça soit un enfant qui, « par nature » (*ou par condition politique, cf les travaux sur la dépolitisation de la figure de l'enfant par Tal Piterbraut Merx*), est totalement dépendant de l'adulte. Impossibilité à imaginer une sortie ou une protection.

Depuis 40 ans, le DSM refuse d'envisager la possibilité de distinguer deux diagnostics malgré un corpus scientifique

Dans DSM-IV : TPST = exposition + reviviscences + hyperalerte

Ajout dans le DSM-V d'un critère supplémentaire « perturbations cognitives et des émotions », sorte de fourre-tout reprenant dans le même diag des éléments du trauma complexe. Contours du trouble changent à chaque édition du DSM et l'épidémiologie change.

Changement avec la 11^e version de la CIM (OMS) a choisi de distinguer deux diag distincts, l'historique et le TSPT complexe « exposition prolongée / répétée et en situation de dépendance » + « **disturbances of self-organization** » (perturbations de l'organisation de soi), qui sont de 3 niveaux

- pb graves et envahissants de la régulation des affects
- croyances persistantes négatives à propos de soi-même, du monde, du sens
- des difficultés persistantes à maintenir des relations et à se sentir proche, à maintenir des liens sans se sentir persécuté·es ou en danger.

Tendance à la dissociation pour des éléments extérieurs qui semblent anodins (transe, sidération, crise de nerfs), modif du système de sens (des valeurs etc), des plaintes somatiques.

→ On n'est plus dans le PTSD dans un rapport à la mémoire, on est dans qqch qui touche de façon profonde le sens de soi, la capacité de se projeter, le sens qu'on met dans le monde, qqch de bcp plus profond et existentiel.

Nécessité d'une phase de stabilisation avant de traiter le trauma et temps de la thérapie bcp plus long (2, 3, 5 ans quand on s'engage).

Attention au culturel : évoquer les rpz culturelles, les théories étiologiques, les itinéraires thérapeutiques (ex de la possession qui est vue comme relevant de la psychose alors que non, c'est de la possession, de l'anthropologie). **Mais pas les renvoyer vers ça non plus du style « rentrez chez vous et allez voir un marabout » qui est une façon de les renvoyer et de séparer la médecine blanche pour les blancs et les noirs avec les noirs.** On ne verrait pas un médecin dire à un Géorgien avec une tuberculose « rentrez chez vous et allez voir un herboriste ». **Rien d'éthique à renvoyer les personnes à ça.**

But de travailler ensemble au CN2R

Généalogie du droit au séjour pour soins : vers une policarisation de la santé des étranger·es ?

- Modération : Danièle Lochak (professeure émérite en Droit)

Danièle Lochak (PU en droit, membre du Gisti) : grosse mobilisation de la LCS pour avoir le Dasem, était au conseil national du sida (CNS) qui a pris un avis en décembre 1995 qui s'inscrivait dans une campagne des asso sida, avec une série de recommandations, expertise médicale confiée à des médecins indépendants de l'admin, prise en compte de la nature de la pathologie pour le titre de séjour. **Que soit garantie séparation entre missions sociales et mission de contrôle de l'immigration.**

Loi Debré 1997 : on peut plus expulser les EM puis Chevènement 1998 : en deux temps.

- François Journet (psychiatre) et Arnaud Veisse (médecin, Comede) : évolution des constats sur terrain

Deux voix pour symboliser la richesse du collectif du Dasem Psy, **rassembler des soignants qui n'ont pas bcp d'occasions de partager leurs savoirs.** Collectif constitué en 2018, personnes diverses, pour fonctions et cadres de travail (public, libéral, salarié, bénévole) et origines géographiques. **But de témoigner et analyser l'impact cumulatif des violences**

Avant / après 2016 :

- Critiquer arg mobilisés par l'OFII pour expliquer cette évolution

- Pression des préfets pour les médecins qui s'en était émus auprès du ministère de la Santé, ministère de l'Intérieur diligentait des enquêtes pour montrer qu'il était possible de se soigner dans les pays d'origine. Mazeau « dasem comme faille majeure du système », risque d'une dépendance des médecins de l'OFII à l'Intérieur, inquiétudes sur l'effet système.

Arrêté du 5 janvier 2017 qui a donné bcp d'espoir (insiste sur l'importance lien thérapeutique), soin qu'on ne peut réduire à une approche médicale restrictive d'une admin d'un médicament.

- Lien thérapeutique

- sécurisation par stabilisation psycho sociale et familiale

- garantie contre retour terrifiant au pays

Garantir l'existence de ce lien, s'adaptant à la personne. Recherche en psychiatrie s'intéresse bcp à l'alliance thérapeutique, qui est le cœur de ce qui fait l'efficacité d'une thérapie, rejoint les notions de transfert – contre transfert.

Tenter de rétablir lien à l'autre, à l'institution, aux liens sociaux, capacité de confiance là où désaffiliation et personne livrée à la honte. Filet de sécurité contre désespérance, destruction des soubassements sociaux. En plus des soignant·es : AS, interprètes, médiateurs, secrétaires, juristes, avocats. (2/5^e d'étiquetés soignant·es, la moitié dans le social, une quarantaine de juristes et d'avocats **dans notre journée d'assises 2023**). Partie intégrante de la prise en charge psychiatrique, difficile à faire valoir par rapport à une représentation ciblée du soin.

Quel bilan on peut faire de la loi de 2016 ?

Craintes qui se sont justifiées, à part pour une minorité de patient·es pour qui l'obtention d'un TS a permis de se projeter, limite de l'incertitude du renouvellement, carte de résident qui permet de sortir de la logique de la précarisation du séjour. Bcp de demandes rejetées.

Traumas considérés comme curables rapidement dans le milieu d'origine. Deux évolutions de chiffres : avant 2016, chiffres incomplets, taux d'avis 75 % ensemble et **pas de différence pour les motifs psy**. Après réforme 50 % puis remonté 60 % 2021 (nb de demandes a énormément diminué, phéno d'auto-censure qui s'est dvlpé) : en valeur absolue de moins en moins d'étrangers malades protégés par le dispositif. Pour troubles psy : 25 % qui l'obtiennent (35% en 2020 dont 26% pour trauma en 2020).

Étrangers en rétention : taux de 26 % d'avis favorables pour protection contre l'éloignement. Intégration de considérations d'ordre public.

Conception de la clinique restreinte qui prend peu en compte les q° de l'intentionnalité

Revendication du dir général de l'OFII de l'indépendance vis à vis du ministère de la Santé par Leschi. Ce qui n'était jamais évoqué par l'OFII : les liens thérapeutiques, la stabilisation, danger du retour au pays.

Rétablir la capacité de croire en l'autre quand l'être est éjecté de sa propre personne. Texte « Hors la loi » Erri de Luca « on ne peut pas s'habituer aux falsifications des discours publics », « Le résultat est l'indifférence, c'est-à-dire l'incapacité à distinguer les différences. » : <https://blogs.mediapart.fr/eugenio-populin/blog/291122/erri-de-luca-fuorilegge>

- Nicolas Klausser (postdoctorant en droit public, CNRS, juriste) « Les mécanismes juridiques neutralisant le droit au séjour pour soins »

Mécanismes juridiques : passer par retour en arrière et présenter un dispositif particulier qui montre reprise en main par le ministère de l'Intérieur et **CEDH qui est aussi contaminée par cette logique de contrôle des étrangers**

- **Doctrine** de l'administration (min de l'Intérieur) qui vise à **privilégier la maîtrise des flux migratoires au détriment de la santé**. Contexte crise sanitaire sida. Pref qui souhaitent

expulser les personnes victimes de la double peine. Fin 1992, Min de l'Intérieur veut consulter le min de la Santé pour savoir si position de 1988 est tjs la même : « séropo qui n'ont pas de symptômes peuvent être expulsés avec 3 mois de traitement et les laisser revenir après ces trois mois ». Situation a changé, JM Sauvé (libertés publiques) demande un nouvel avis au min de la Santé, Kouchner. Kouchner : distinguer deux situations, soit la personne est déjà sous traitement, et expulsion vers des pays où c'est sûr qu'elle aura accès à un traitement. Soit pas de traitement = nécessité d'un avis d'expertise. Réaction de JM Sauvé qui commente : bouleversement, si ignorent positions, engagement disciplinaire personnel des membres du ministère si il est présenté qu'expulsions de séropo

→ **Min de l'Intérieur qui veut préserver les hauts fonctionnaires** (contexte du sang contaminé). Sauvé poursuit : il y aura des certif de complaisance, « subordonner la police de l'étranger à la santé ». Position de 1993 = très vive réticence du min de l'Intérieur, arbitrage et jusqu'en 1997 tous les arbitrages sont en faveur de l'Intérieur, pas d'encadrement prévu. **Avoir en tête cette position originelle du min de l'Intérieur** face au discours relatif au fait que le Dasem est l'honneur de la France, pays des droits de l'homme. **En réalité, genèse du Dasem déconstruit ce récit = création contrainte par le militantisme d'Act Up et des parlementaires de l'époque qui ont fait du forcing.**

- Première pratique de reprise de la main en 2011. Disparités entre les taux d'avis favorables entre les régions, préfets privés d'une compétence de maîtrise des flux = contre-enquête médicale des préfetures. « Selon mes info, au regard de l'OMS, la plupart des maladies se soignent dans votre pays », l'étranger se retrouve piégé et fait un recours au TA. Deux options de l'étranger : ne pas lever le secret médical (mais ne fonctionne pas, pref renverse la charge de la preuve) → les étrangers se voient forcés de lever leur secret médical et d'exposer leur situation. Débat contradictoire où pref va détailler un avis médical, pref va mettre en place une ingénierie par la direction des étrangers. Conseillé santé pour la DGEF, poste créé en 2011 pour que le min de l'Intérieur puisse développer une doctrine médicale (selon laquelle tout se soigne partout). Profil du médecin recruté, qui était dans la région où plus bas taux, premier a avoir rendu des avis défavorables pour des PVVIH venues de RDC ou du Cameroun. Min de l'Intérieur : « votre profil nous intéresse ». Juguler un flux « trop d'Ivoirien dans la pref du Doubs = on envoie un signe ». Patho psy qui représentent 40 % es contre-enquêtes alors que 20 % des TS délivrés = développer un contre discours médical

Préfets suivent plus avis dont il faut transférer à l'OFII = **politique publique par le bas. Préfets qui ont construit un outil majeur pour transformer loi**

Jurisprudence de la CEDH qui peut protéger les EM au titre de l'article 3 qui est la prohibition des traitements dégradants. De 1997 à 2016 cour très restrictive en considérant qu'une personne qui est renvoyée dans son pays et n'a pas accès une trithérapie = pas un traitement dégradant, exception quand la personne est au bord de la mort. 2016 : lorsque le renvoi constitue dégradation accès traitement. 2019 : affaire concernant un ressortissant turc trouble psy, le Danemark veut le renvoyer en Turquie mais avocat réussit à convaincre que le traitement adéquat n'est pas dispo car besoin d'un accompagnement personnalisé².

- Léo Manac'h (doctorant en anthropologie, Ceped, U. de Paris, ICM) « L'OFII, stratégies de normalisation et de dépolitisation du contrôle sanitaire des étrangers »

À partir d'une perspective anthropologique issue d'une thèse en cours, j'aimerais proposer de revenir sur la mise en place de la réforme du droit au séjour pour soins à l'OFII, en analysant les façons dont l'institution a travaillé à sa normalisation, plus particulièrement dans

² Pour en savoir plus, l'article rédigé par les étudiants de Nanterre qui ont contribué à cette affaire en rédigeant une tierce intervention : <https://journals.openedition.org/revdh/16479>

le champ associatif. Par normalisation, j'entends revenir sur comment l'institution a assis la légitimité de son rôle dans l'étude des demandes de titres de séjour pour soins. Normaliser, c'est proche d'institutionnaliser, qui signifie déployer des règles venant régir une pratique. C'est aussi faire rentrer dans le rang, lisser et produire du consensus là où il y avait de la conflictualité, du refus. Et c'est en cela que je le rapproche d'une stratégie de dépolitisation du rôle de l'OFII dans la politique continue de répression des flux migratoires.

Cette intervention s'appuie sur une thèse en cours consacrée aux mobilisations pour le droit au séjour pour soins dans le contexte de l'affaiblissement de sa portée depuis la réforme de 2016. Je comprends sa remise en cause comme participant à ce que j'appelle des politiques de découragement, qui ciblent les étranger·es et les luttes. Décourager, c'est faire perdre courage, espérance, énergie. J'envisage le découragement non plus comme une conséquence contingente de ces politiques mortifères mais comme un outil stratégique central des politiques migratoires qui se manifeste dans des entraves administratives, politiques et imaginaires à la santé et aux droits des personnes étrangères. S'il cible d'abord les personnes étrangères, le découragement ricoche aussi dans les espaces de mobilisation en soutien aux étranger·es où l'on trouve aussi des personnes avec des papiers. L'intensité de l'épuisement généré par une administration qui institutionnalise des obstacles à l'accès au droit n'est bien sûr pas le même que l'on soit étranger·e ou nationaux. Pour me situer, ce sont des interrogations qui ont surgi alors que j'étais militant dans un collectif anti-expulsions. Comment inverser la tendance lourde et angoissante d'une mise à l'agenda de propositions politiques d'extrême droite quand on est si peu nombreux·ses dans les cortèges de manifestations de soutien au droit des étranger·es ? Comment résister face à un droit d'asile et un droit au séjour rendu ineffectifs ? Et que faire pour se préserver et durer dans une lutte ? En somme, comment continuer à résister dans des horizons politiques obscurcis ? Dans ma thèse, je fais ainsi l'ethnographie d'un découragement militant et des façons d'y résister. Mesurer la dimension intentionnelle de la production de découragement est pourtant difficile du côté du pouvoir, notamment du fait de la fermeture des institutions à l'enquête, qui est particulièrement vraie pour l'OFII. À part un médecin retraité de l'OFII, je n'ai pas pu avoir d'entretiens avec des membres de l'institution qui ne m'ont pas répondu. Je m'appuierai sur cet entretien, ainsi que sur des entretiens avec des militant·es qui ont eu des relations avec l'institution, les rapports de l'OFII et la prose de Didier Leschi.

Au cours de cette intervention, j'aimerais proposer une interrogation autour de la normalisation de l'OFII dans son rôle de contrôle sanitaire et ses effets sur la mobilisation en cours. Il me faudra dans un premier temps faire un détour historique pour revenir sur le sens de ce contrôle sanitaire et la place de l'institution depuis 1945. Puis je m'intéresserai au rôle de l'OFII dans la gestion des flux migratoires depuis la mise en place de la réforme du 7 mars 2016. Je déploierai les conséquences du brouillage entre les fonctions médicales et de contrôle avant d'analyser ses stratégies de normalisation dans le champ du VIH. Je conclurai sur les difficultés rencontrées par les personnes qui militent sur le droit au séjour pour soins à reposer un antagonisme face à une institution qui travaille à sa dépolitisation et sur quelques perspectives pour sortir du découragement.

1. Le contrôle de la santé des étrangers malades

1.1. Contexte : le contrôle sanitaire des personnes étrangères à leur arrivée sur le territoire français.

D'abord, rapidement : la généalogie. La construction imaginaire d'une nation saine, qui doit être préservée contre un « autre » immigré vecteur de maladies a été analysé à de nombreuses reprises. Les populations étrangères sont présentées tour à tour comme virulentes, excédentaires, sales et responsables de la circulation des épidémies (Dorlin 2005 ; Mbembe

2020). Une histoire des politiques sanitaires tend à souligner que l'entre-deux-guerres constitue en France un moment particulier d'instrumentalisation du « danger sanitaire » que représentent les étranger·es. Dans un article intitulé « L'invention du « problème sanitaire de l'immigration » », Virginie De Luca Barrusse propose de tracer la généalogie de la mise à l'agenda de politiques sanitaires articulées à des politiques de contrôle des frontières. Elle souligne le rôle des médecins hygiénistes dans la construction de la problématique. L'historien Philippe Rygiel, quant à lui, rappelle dans son ouvrage *Le bon grain et l'ivraie. La sélection des migrants en Occident* que, dans l'entre-deux-guerres, le droit au séjour d'un étranger dépend « de son utilité économique et de son innocuité sanitaire, politique et sociale ». On remarque la confusion naturalisante de l'innocuité, comprenant tout ce qui pourrait venir déstabiliser l'État souverain. Ainsi, toute latitude est laissée aux autorités locales ou aux représentants de l'État chargés de surveiller les frontières pour décider si les populations immigrées correspondent à ces critères (2006 : 52-53). Le contrôle des frontières pour motif sanitaire se construit progressivement mais est de l'ordre de l'arbitraire. Reste pour l'État à créer les structures capables d'organiser ce contrôle et de l'institutionnaliser.

1.2. Le rôle de l'OFII

En 1945, dans un contexte de mise en place du premier cadre juridique de la politique migratoire française (Weil 1993), l'Office Nationale d'Immigration est créée par De Gaulle. L'année suivante, un décret d'application lui donne la responsabilité d'organiser dans des centres de contrôle sanitaire la visite médicale des travailleur·ses immigré·es, puis pour toute personne immigrée autorisée à résider plus de trois mois sur le territoire. D'abord sous tutelle du ministère du Travail, elle passe sous tutelle du ministère de l'Intérieur en 2010. L'institution est chargée d'organiser la visite médicale obligatoire, dont la mise en place est fixée par l'arrêté du 11 janvier 2006, qui la présente comme un « examen médical de contrôle et de prévention ». Cette double finalité de contrôle et de prévention constitue, comme le rappelle Arnaud Veisse dans un article de la revue *Plein droit* de 2022 une violation directe du code de déontologie médicale (Veisse 2022 : 41). La loi du 7 mars 2016 conduit en outre à la recomposition de la filière médicale de l'OFII, qui se concentre sur l'organisation de la procédure médicale pour l'admission au séjour des étranger·es malades.

Cette brève contextualisation permet à grands traits de montrer l'institutionnalisation du contrôle sanitaire par la création de l'OFII, qui conduit des fonctions antagonistes dans le même temps, tout en se défendant d'un manque de neutralité. J'aimerais dès lors entrer dans le détail des stratégies de l'institution pour se présenter comme respectable. Il s'agira dans un premier temps d'interroger les définitions de la neutralité qui opposent les membres de l'OFII aux personnes qui en contestent la légitimité puis je reviendrai sur deux stratégies de normalisation mises en place par l'OFII.

2. Une gestion des flux migratoires qui ne dit plus son nom

2.1. La neutralité en question

« On peut se poser la question : est-ce que les médecins de l'OFII sont toujours des médecins ? » s'interroge une avocate que je rencontre, en pointant le fait que les médecins de l'OFII n'ont pas à être inscrit·es à l'ordre des médecins parce qu'ils sont fonctionnaires. Cette question rhétorique vient illustrer un fort conflit de légitimité quant à la neutralité des médecins engagé·es à l'OFII comme évaluateur·rices des demandes de titres de séjour pour soins. L'institution rappelle l'indépendance de ses médecins, réaffirmée par la loi du 10 septembre

2018 (OFII 2018 : 15) : de quoi est constituée cette indépendance ? Je déploierai les arguments mobilisés autour du sens de la neutralité des médecins de l'OFII.

Alors que j'interroge un médecin inspecteur de santé publique fraîchement retraité de l'OFII sur sa définition de l'éthique du travail, il me répond que la question de leur neutralité s'est posée bien avant le passage de l'évaluation à l'OFII. Il revient sur les façons dont les pressions étaient exercées par les préfetures sur les médecins inspecteurs de la DDASS puis par des liens informels avec les directions générales des agences régionales de santé. Il va plus loin dans l'argumentation : selon lui, la réforme de l'OFII clarifie les chaînes hiérarchiques et permet de débusquer plus aisément les formes de pression afin d'y mettre un terme. « C'est un peu ridicule de dire "indépendante" puisqu'ils ne sont pas indépendants, ils sont du ministère de la Santé ». Il en revient à une notion d'indépendance individualisée, ce qui va pourtant à l'encontre de l'arrêté du ministère de la Santé en date du 5 janvier 2017 qui fixe pourtant les missions des médecins de l'OFII.

Cette indépendance de l'OFII face à l'autorité préfectorale est pourtant remise en cause à plusieurs reprises dans les récits des personnes que j'ai rencontrées. La situation d'un client d'une avocate m'a par exemple été rapportée par cette dernière. Son client vit en France depuis plusieurs années et fait renouveler depuis cinq ans son titre de séjour pour soins, pour une durée d'un an octroyé systématiquement en tant que ses soins ne peuvent pas être interrompus. Une année, alors qu'il a déposé une demande de regroupement familial pour faire venir sa femme, il reçoit un titre de séjour de seulement neuf mois. Or la carte de regroupement familial n'est acceptée qu'en cas d'obtention d'un titre de séjour de minimum un an. Il est alors salarié d'une structure de défense des droits des étrangers malades fréquemment en conflit avec le préfet. L'interprétation de son avocate est sans équivoque : « il a fait les frais d'une vengeance. Et l'OFII s'est prêté à ça ! » Elle cite ensuite un exemple contraire où l'OFII est intervenue auprès de la préfecture pour qu'un titre de séjour soit délivré à un homme connu personnellement d'un des médecins du collège. Ces exemples illustrent l'existence des formes les plus visibles de manque d'indépendance des médecins de l'OFII, qu'ils répondent à l'exercice d'une pression extérieure ou demandent un traitement de faveur particulier.

L'OFII est une institution qui est apparue opaque et méfiante envers la recherche : tout comme d'autres collègues enquêtant sur l'OFII, mes demandes d'entretiens sont restées sans réponses ou ont reçu des réponses négatives à travers des mails suspicieux. Ces fins de non-recevoir obligent à emprunter des chemins de traverse pour comprendre l'application de la déontologie médicale en interne. J'ai ainsi préféré enquêter à partir des indices présents dans les discours de l'organisation, au sein des rapports, des tribunes et contre-tribunes dans la presse. Dans le rapport de l'OFII au parlement de 2020, les rédacteur·rices tiennent un propos qui a de quoi surprendre. Il est relatif à l'anticipation du coût que représentent les étrangers malades pour les dépenses en santé et les cotisations du contribuable. L'institution détaille le coût de plusieurs traitements avant de s'interroger sur les conditions et le bien fondé du maintien de ce dispositif. Celui-ci devrait correspondre à un budget défini dans une enveloppe quand le traitement atteint un certain plafond, ce qui organiserait ainsi le tri des étrangers malades (OFII 2020 : 4). L'OFII s'autorise dès lors à mettre en garde les parlementaires quant aux coûts des traitements. Elle pointe l'importance des économies d'argent et de l'équilibre budgétaire, ce qui n'est pas le rôle de l'institution. Cet extrait semble attester de l'imprégnation de logiques néolibérales de mise en rentabilité des services publics, extérieures à la question de la santé.

L'institution lisse ses aspects les plus controversés en les faisant apparaître sous le jour du bon sens, en adéquation avec le moment présent. Une autre façon de se positionner comme un acteur neutre de la gouvernance des politiques migratoires réside enfin dans les façons dont elle se présente comme experte, appuyée sur une multitude de références bibliographiques de recherches conduites à l'internationale, plus particulièrement dans le champ du psychotrauma. Là où les soignant·es qui accompagnaient les demandes de titres de séjour pour soins étaient

présenté·es comme militant·es, iels sont désormais présenté·es comme des militant·es et des incapables, dans un conflit de légitimation s'appuyant sur des champs de littérature du trauma, de sa qualification à sa prise en charge, qui sont différenciés. Il s'agit précisément de ne pas dire que ces champs théoriques sont différenciés et qu'il y a controverse, désaccord et donc dialogue. Ces références sont les appuis d'une entreprise de disqualification – sur laquelle je reviendrai en conclusion. Le médecin retraité de l'OFII que j'ai rencontré enjoignait, moqueur, les psychiatres à, je cite, « laisser tomber papa Freud » tout en pointant l'exemple états-uniens où les théories comportementales et cognitives bénéficient d'une meilleure assise. Ces moqueries sont exemplaires d'une culture propre à l'OFII de la disqualification de l'expertise de leurs collègues psychiatres qui rédigent les certificats.

2.2. Une stratégie de normalisation progressive de l'institution auprès des associations

Enfin, l'OFII met en place une stratégie de normalisation de son rôle auprès des associations. En effet, dans sa communication publique et dans les signes qu'elle envoie à la société civile, l'OFII travaille son image afin de stabiliser son rôle dans l'évaluation de la demande de titre pour soins. Il s'agit à la fois de se dissocier du ministère de l'Intérieur en réaffirmant la neutralité des médecins qui y travaillent, mais aussi de normaliser la nécessité du contrôle des flux migratoires qui n'est plus perçu comme un certain type de politique restrictive mais comme un impératif, une norme du bien vivre dans des États garantissant leur souveraineté (Mezzadra et Neilson 2013). Je vais ici me focaliser sur deux des stratégies mises en place face au champ associatif de lutte contre le sida, que j'ai le plus enquêté.

(...)

Deuxième exemple de la réussite de cette stratégie de normalisation : la participation de plusieurs associations de lutte contre le sida à une étude menée par une équipe de recherche de l'université Paris Diderot et mise en place en collaboration avec l'OFII. Débutée en 2017, l'étude Strada (pour Stratégie de Dépistage des Maladies Infectieuses chez les migrants en France) propose un questionnaire et un dépistage rapide pour le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) et pour celui de l'hépatite B (VHB). Il est fait lors de la visite médicale organisée dans les locaux des différentes directions régionales de l'OFII. En 2018, plus de 4 500 personnes participent, sur la base du volontariat – même si on peut douter de la possibilité à exprimer son consentement – à l'étude et sont dépistées pour au moins un des trois virus (OFII 2018 : 79). Plusieurs associations de lutte contre le sida, dont des organisations communautaires immigrées participent à l'étude. Selon une enquête, l'opposition à une coopération avec l'OFII est difficilement entendable par une partie du champ de lutte contre le sida. Tout d'abord, l'histoire de la lutte contre le sida s'est construite dans la complexification du rapport à l'éthique médicale et rend difficile à entendre l'argument du refus du mélange des formes de médecine entre contrôle et prévention. Pour certain·es militant·es, tous les moyens sont bons pour diversifier les stratégies de dépistage afin de cibler « l'épidémie cachée », c'est-à-dire les types de publics ayant une séroprévalence importante qui sont difficiles à atteindre par les associations proposant du dépistage. De plus, l'absence de dérégularisation massive des personnes séropositives étrangères dans les premiers temps de la réforme émousse la vigilance des acteurs du champ de lutte contre le sida. La situation est alors à deux vitesses entre le VIH et d'autres pathologies qui voient des reculs plus nets. Ces différences de traitement concourent à une fragmentation de la mobilisation à partir de stratégies d'alliance et de plaidoyer divergentes. Pourtant, il y a de plus en plus de dossiers de demandes de régularisation pour le VIH qui se voient refusés. « Des dossiers imperdables il y a quelques années » me diront plusieurs avocates chargées de demander le réexamen au tribunal administratif. La fin de l'exceptionnalisme sida figure un nouveau pallier producteur de sidération à laquelle les militant·es doivent faire face.

Conclusion - La difficulté de reposer de l'antagonisme dans un contexte de dépolitisation

En guise de conclusion, j'aimerais revenir sur les effets de la normalisation, en les posant comme des facteurs de dépolitisation à partir de la question suivante : en quoi l'effacement de l'antagonisme par la normalisation de l'OFII rend la mobilisation politique plus difficile et épuise en organisant l'inaudibilité des revendications ? En s'instituant comme un acteur neutre, incontournable de la régulation des flux dans l'intérêt public, l'OFII instaure un état de fait où l'on n'arrive plus à imaginer que les choses puissent être autrement. L'institution s'inscrit dans une logique du consensus, définie par Jacques Rancière comme « l'abolition des anciennes divisions du conflit politique et de la lutte des classes » (Rancière 2022 : 9).

À la question « à quoi rêvez-vous politiquement » que je pose à Vanina Rochiccioli à la fin d'un entretien, elle me répond : « à être audible ». Elle revient sur le déroulé de la séance à l'Assemblée Nationale de la « Mission d'information sur l'émergence et l'évolution des différentes formes de racisme » où était invitée Danièle Lochak, ici présente. L'universitaire s'est vu reprocher d'être d'un « antiracisme dangereux », proche des « indigénistes »³ Elle n'a eu que très peu de temps pour déployer ses argumentaires en étant sans cesse coupée de façon agressive par Robin Reda, président de la mission et député Les Républicains. Le simulacre de la discussion, tout comme la disqualification plus frontale participent à un dispositif d'inaudibilité sur lequel j'aimerais finir afin d'interroger nos forces en présence.

Ce dispositif s'appuie sur 2 éléments :

- 1. L'imposition de discours hégémoniques puissants et réactionnaires par les pouvoirs publics et relayés par des appareils médiatiques privatisés. Ces discours sont déconnectés des constats de terrains. Ex sur l'étranger malade : justification de la réforme par le fait qu'il y ait de la fraude, qui représente 0,4 % des dossiers avérés. La déréalisation de discours sur les migrations dans l'espace public a des effets sur les militant·es : en effet, comment lutter contre les mensonges ? Je pense, pour ma part, que ça produit de la sidération. Exemple d'un ouvrage écrit par le directeur de l'OFII, Didier Leschi intitulé *Immigration, ce grand dérangement*. Il écrit « Voilà les faits » tout en décrivant des choses qui ne le sont pas. Après avoir souligné que la police est en France, au contraire d'autres États, très tolérants quand des personnes se construisent un abri dans l'espace public. Puis il commente, je cite : « Il n'y a qu'en France où la police rend ces mêmes tentes à ces associations, une fois les personnes évacuées vers des hébergements pérennes, pour qu'elles puissent organiser quelque temps plus tard un nouveau campement. » (2020 : 43). Le contraire est pourtant documenté, à savoir que policiers volent, aspergent, gazent les tentes et les couvertures des personnes exilées à la rue. Et je m'autorise alors à prendre des catégories qui ne sont pas celles des sciences sociales, je crois qu'on est dans une logique de la perversion, du retournement du sens, à laquelle Didier Leschi est particulièrement fort, comme quand il vient disqualifier des membres de l'ODSE en leur disant qu'ils ne sont, en tant que principalement blancs et blanches pas représentatifs des « personnes concernées », et en envoyant un médecin noir présenter le bilan de l'OFII à un congrès de lutte contre le sida, instrumentalisant alors les « identity politics » et revendications de minorités à la visibilité. Il retourne le sens d'outils d'émancipation, propres à certaines luttes, en un outil de répression par la silenciation.

- 2^{ème} outil du dispositif de production d'inaudibilité : la disqualification des adversaires qui sont envoyé·es en dehors de la sphère du champ politique, de la conflictualité, pour devenir des ennemis. C'est le discrédit jeté sur vous dans la salle, que vous soyez soignant·es suspecté·es d'être complaisant·es, travailleurs et travailleuses sociales, suspecté·es d'être

³ Vanina Rochiccioli, « Mission "racisme" de l'Assemblée nationale : les dérapages d'un président », courrier aux membres de la mission rendu public, 12 octobre 2020 [en ligne] <https://www.gisti.org/spip.php?article6492> (consulté le 20 mars 2023).

militant·es ou chercheur·ses en sciences sociales suspecté·es d'être des islamogauchistes. Cette stratégie pourrait être ramassée en une formule de Gérard Darmanin dans une interview au journal du dimanche lorsqu'il évoque le « terrorisme intellectuel d'extrême gauche » auquel il refuse de céder pour disqualifier celles et ceux qui dénoncent les violences policières. C'est un endroit où le sens des mots est renversé et où celles et ceux qui s'y accrochent sont menacés. Le consensus défini par Rancière comme une fin du conflit passe ici par une entrave aux conditions pour s'opposer, exprimer un désaccord. Alors que faire ? Trouver du commun, discuter en acceptant les désaccords mais se reconnaissant, entre soutiens des personnes étrangères, accusé·es d'être des passeurs, terroristes intellectuels et écoterroristes. J'espère que l'on trouvera des formes d'organisations et d'alliances et que cette journée pourra y contribuer.

Bibliographie

De Luca Barrusse, Virginie. « L'invention du « problème sanitaire de l'immigration » au cours des années 1920 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 5, no. 1, 2012 : 61-77.

Rancière, Jacques. *Les trente inglorieuses*, Paris, La Fabrique, 2022.

Rygiel, Philippe (dir.). *Le bon grain et l'ivraie - La sélection des migrants en Occident, 1880-1939*, Paris, Aux Lieux d'être, 2006.

Veïsse, Arnaud. « La déontologie médicale à l'épreuve du contrôle sanitaire », *Plein droit*, no. 134, 2022 : 37-43.

- Discussion

Violence de l'institution inhérente à notre posture colonialiste

Obusite en 1914 : on électrisait les soldats pour les renvoyer

Où trouver les arguments d'une permanence du militantisme « la barre est trop haute »

Question de lutter contre le mensonge et la logique de la perversion.

Circonstance nouvelle peut déposer une DASEM après plus de 3 mois du dépôt de la demande d'asile, démontrer que circonstances nouvelles, quelle est l'instance qui interprète des circonstances.

Réforme OFII : repousse l'âge légal pour être MISP à l'OFII car difficultés de recrutement.

Contamination de la logique du coût qu'on voit à tous les niveaux. « ça coûte de l'argent », produit de la sidération du fait que cette logique soit intériorisée par plein d'acteur·rices à de nombreuses échelles (TS ex)

Témoignage psychiatre EMPP circonstances nouvelles « pourquoi c'est nouveau », remplir dans le mois le certificat ce qui est difficile (ex pour un enfant autiste, le temps d'avoir un rdv avec spé de l'autisme = six mois). Temps d'accéder à un bilan de santé = 8 mois pour test VIH, 21 mois pour du diabète, entre les deux pour le psy. Gros enjeu de la mobilisation est d'adresser

Coût : amendement sénatorial pour que ce soient les systèmes de santé des pays d'origine qui prennent en charge le coût des traitements.

Perversion : médecin qui devient expert, identification à l'employeur

« Jeu de renvoi par tribunes interposées qui ne marche pas » Examen psy c'est « vous allez bien ? Oui / non » selon les retours des personnes. Refus d'une admin qui n'est pas le même que le refus d'un médecin = impact psy extrêmement fort d'un refus de médecin.

11h30 - 11h45 // Pause

La précarisation du séjour pour soins et ses conséquences pour les parcours de soin

- Georges Yoram Federmann (psychiatre)
- Muriel Montagut (psychologue, responsable du centre Frantz Fanon, Cimade)
- Claire Gekiere (psychiatre)
- Modération : Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky (professeure des universités en anthropologie, Inalco, ICM, psychologue clinicienne)

1^{ère} question : conséquences sur les parcours de soin du refus du DASEM et de sa précarisation

Muriel Montagut - Le DASEM Psy comme un impensé

Lors d'une intervention, un médecin de l'OFII à la retraite nous avait rapporté : "Les DASEM Psy sont l'angle mort des DASEM". Les DASEM Psy recouvrent un impensé qui serait à entendre du côté de l'invisibilisation des blessures psychiques. Il faut que le symptôme soit visible/palpable - et peut-être même quantifiable - pour être identifié en tant que tel. On peut faire un parallèle entre cette invisibilisation avec notre manière de considérer la torture. En effet, dans l'imaginaire social, la torture n'existe que si elle est sanglante, et ce au détriment de la torture psychologique qui ne laisse pas de trace sur le corps.

Cette manière d'invisibiliser ce qui relève de l'emprise psychologique a pour première conséquence un manque de considération des troubles vécus par les personnes ayant subi ce type de torture (exemple de la ridiculisation de l'usage de la musique comme acte de torture à Guantánamo dans la blogosphère : Suzanne CUZICK, *Music and Torture in the War on Terror : Musicology, Media and Censorship Effects*). Pourtant les conséquences de l'utilisation de la torture, qu'elle soit psychologique ou corporelle, sont exactement les mêmes chez ceux qui la subissent. Il s'agit d'une volonté d'anéantir, de démolir un être humain : de le briser dans sa volonté, de produire sa désobjectivation.

La seconde conséquence de cette invisibilisation de la torture psychologique est d'ordre politique. Invisibilisée, la torture blanche peut être pensée comme "un degré moindre de torture" (en 2006 – Alberto Gonzalez, ancien secrétaire d'Etat à la justice). C'est parce qu'il y a derrière cette terminologie d'un degré moindre de torture, l'idée fallacieuse d'une torture propre, voir humanisée, que la torture a pu être réintroduite dans l'arsenal judiciaire américain. De la même façon, l'invisibilisation des souffrances psychologiques produit une déconsidération des DASEM Psy, avec des effets individuels et politiques. Les conséquences de cette invisibilisation sont évidemment désastreuses pour nos patients tant psychologiquement que socialement. Elles peuvent être maltraitantes car un rejet de DASEM vaut comme non reconnaissance des troubles... Les effets sont également politiques puisque l'invisibilisation des blessures psychiques permet de placer les DASEM Psy dans cet angle mort. C'est tout l'enjeu de ces assises de proposer de les penser malgré tout, et de rendre visible ces troubles psychiques, pour ne pas nous laisser entrainer dans la politique de découragement de l'OFII (Léo Manac'h).

Thérapie de référence de l'OFII

Le rapport d'activité de 2020 de l'OFII sur la procédure DASEM mentionne 3 thérapies efficaces pour traiter les troubles en lien avec un traumatisme. Les 3 thérapies mentionnées sont des thérapies cognitivo comportementales. Il s'agit de la thérapie des processus cognitifs, la thérapie d'exposition prolongée ou encore l'EMDR (Désensibilisation et reprogrammation psychique médiées par des mouvements oculaires – Eye Movement Desensitisation and Reprocessing). Les 3 thérapies peuvent être intéressantes dans le traitement des traumatismes,

mais **il ne s'agit pas de savoir si une thérapie est fonctionnelle ou pas mais si elle est adaptée au patient qui s'y engage.**

L'EMDR est une approche extrêmement intéressante que l'on doit proposer avec **prudence** aux patients en situation d'exil. Postulat de l'EMDR : les difficultés dans le présent sont liées à des expériences du passé qui ne sont pas traitées de façon adéquate et sont stockées dans le système nerveux de façon dysfonctionnelle. La charge émotionnelle et somatique non traitée reste activable à tout moment. Cela signifie que le moindre souvenir, même parcellaire, comme une odeur, une voix, une couleur... va redéclencher le patient qui se retrouve de nouveau submergé par le trauma. Dans le protocole EMDR, **nous allons réactiver ces souvenirs dysfonctionnels**, dans l'objectif de les incorporer de manière adaptée.

-Ce genre de thérapie ne peut se pratiquer que **si la personne est suffisamment stable psychiquement**, et c'est le premier écueil avec les personnes exilées, vu le chaos psychique dans lequel se trouvent nombre de nos patients.

-Il faut que le patient **ait suffisamment de ressources psychiques pour que l'on puisse réactiver ces souvenirs dysfonctionnels, sans qu'il s'effondre, qu'il ne décompense.** Ce travail de renforcement des ressources et de stabilisation préalable à l'engagement dans la thérapie n'est vraiment pas une évidence pour les patients en situation d'exil. Exemple : nous commençons souvent ce type de thérapie par la recherche d'un lieu sûr dans lequel le patient pourra éprouver un sentiment de bien-être et de sécurité. Pour certaines personnes, c'est une étape qui n'est même pas envisageable : nul lieu n'est sûr, même un lieu imaginaire. Comme si tous les espaces étaient contaminés par la violence qu'ils ont traversée.

-Enfin, il y a un **besoin fondamental de sécurité et d'encrage avant d'entamer ce type de thérapie.** Donc cela est compliqué pour les patients souvent précarisés et de fait très insécure. Par ailleurs l'alliance thérapeutique doit être suffisamment consolidée : que le patient ait la capacité de faire confiance en un autre, qu'il ait eu le temps de déposer son histoire.

En aucun cas **l'EMDR ne peut être proposé en première intention et très rarement comme seule indication.**

En aucun cas il ne peut être utilisé avec des patients ayant subi un système d'emprise tel que la torture. Dans les cas de système d'emprise, la thérapie consiste à démasquer et analyser cette emprise avec laquelle la personne se débat. Il s'agit de comprendre avec lui ce système d'emprise, l'analyser, et l'aider à traquer ses effets encore agissant en lui.

Ce qui est dissonant dans cette proposition de l'OFII : **l'accent est mis sur le processus de reconstruction en évinçant totalement la dimension sociopolitique qui est pourtant fondamentale à la prise en charge de nos patients.** Nous sommes les témoins d'une histoire déconstruite, d'un chaos psychique, voire d'actes d'inhumanité. Nous devons composer avec cette rupture radicale entre soi et le monde ressenti par certains patients, marqués par le sentiment de désappartenance au monde et à la communauté humaine.

L'OFII passe sous silence une littérature sur la clinique de l'exil qui est maintenant bien détaillée, pertinente et surtout adaptée aux personnes en situation d'exil. Or la façon de nommer les faits n'est ni accessoire, ni innocente ; au contraire, elle consolide la manière de voir les choses. Cela signifie que si le regard n'est pas clinique, on omet de penser le trauma dans ses résonances existentielles, dans ce fracas sourd que nous connaissons bien les cliniciens. Fracas pour lequel il n'y a pas d'autres options que tenir, restaurer le lien social, être là comme témoin d'une déshumanisation pour espérer que peut être, une reconstruction ait lieu.

Le trauma dans ce rapport de l'OFII est uniquement abordé sous l'angle technique. On voit l'écart abyssal entre la posture de l'OFII avec la clinique de l'exil que nous défendons. Car ce n'est pas la même chose de réfléchir au trauma en termes de pensées ou d'éprouvés dysfonctionnels ou de le penser en termes de trace existentielle ou d'inscription dans la culture et dans l'histoire.

Intervention de Claire Gekiere
psychiatre de secteur, thérapeute systémique

Il y a deux ans j'avais présenté, à partir de mes dix années de pratique en Savoie comme psychiatre responsable de l'EMPP, l'évolution des avis médicaux entre ceux des médecins de l'ARS (ministère de la Santé) avant 2017 et ceux des médecins de l'OFII (ministère de l'Intérieur) après 2017.

Mon recensement portait sur les dossiers de demande de titres de séjour pour soins, soit 69 personnes, dont certaines avec plusieurs renouvellements, pour des diagnostics de psychotraumatisme. (1)

Le résultat était simple : les psychiatres de l'OFII donnaient plus souvent un avis négatif que les médecins de l'ARS avant 2017.

Avec le procédé suivant : ils reconnaissent les troubles psychiatriques, des psychotraumatismes graves donc, mais affirmaient la possibilité de soins dans le pays d'origine. Cela forcément en lien avec une vision biomédicale des troubles psychiatriques, décontextualisés. Seule façon de pouvoir soutenir en effet qu'un état de stress post traumatique est traitable dans le pays d'origine. Seul trouble pourtant dont la définition scientifique officielle comprend obligatoirement l'existence avérée d'un traumatisme vécu dans la réalité.

Et même, ajoutent ces psychiatres, le traitement en est facilité puisqu'il n'y a pas d'écart culturel et de problème de langue...(2)

En écrivant cette introduction me sont revenues en mémoire les observations de certains psychiatres pendant la deuxième guerre mondiale, décrivant au moins jusqu'en 1942 le tableau clinique de maladies débilitantes touchant les aliénés en hôpital psychiatrique, aliénés qui étaient juste en train de mourir de faim. (3)

En 2021 j'avais donné deux courts exemples cliniques que je vais reprendre. Ils montrent comment un refus de titre de séjour pour soins altère gravement l'état de santé, en plongeant les personnes dans une double précarité :

- une précarité matérielle, quotidienne, touchant l'hébergement, les ressources financières, la protection maladie, l'accès à l'alimentation

- une précarité existentielle puisqu'il s'agit, avec la situation irrégulière et l'OQTF (obligation de quitter le territoire français) accompagnant le refus, de « vivre sous la menace », pour reprendre le titre du livre de Stefan Le Courant (4), ce qui accentue l'isolement relationnel et social.

Assèchement, asphyxie...

Alors...

Mme D. Elle a 42 ans. Nous nous connaissons depuis juin 2011. Elle a fui l'Angola et est arrivée en France en 2009. Elle a dû laisser ses deux jeunes enfants et sa mère, après avoir vécu des violences graves plusieurs années.

Débutée de sa demande d'asile, elle obtient en juillet 2011 un titre de séjour pour soins, renouvelé 5 fois jusqu'en juin 2017, en raison d'un état de stress post traumatique typique et marqué.

Avec ce titre de séjour elle a pu travailler et faire plusieurs formations : préparatrice de commande, puis travail et formation réussie « d'agent de restauration », plus, grand classique en Savoie, des ménages le week-end en station.

Au fil des années son état psychique s'améliore. Travailler, même durement (une fois elle a souffert d'une fracture de fatigue) lui plaît. Elle s'est fait des amies dans chacun de ses emplois. Elle a pu garder le contact avec ses enfants.

En 2017 elle poursuit une formation « d'assistante de vie en famille » et travaille en CDD en maison de retraite, où elle est d'autant plus appréciée qu'elle accepte tous les remplacements au pied levé, quand tombe en septembre 2018 le refus de renouvellement de son titre de séjour demandé, notons-le au passage, 17 mois plus tôt.

Je vous cite deux extraits de l'arrêté préfectoral :

« Considérant que les médecins de l'OFII ont estimé que si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut de prise en charge peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elle est originaire, elle peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, qu'au vu des éléments du dossier, son état de santé peut lui permettre de voyager sans risque vers son pays d'origine »

« Considérant... qu'il ressort des éléments du dossier que Mme D ne présente que des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à six mois depuis 2012, dont le dernier contrat a été conclu du 04 mai 2018 au 06 mai 2018, que ses bulletins de paye révèlent un salaire inférieur au SMIC ; qu'elle ne justifie d'aucun diplôme, qualification ou profession particulière qui me permettrait d'envisager son admission exceptionnelle au séjour, nonobstant son titre professionnel obtenu le 30 mars 2016 lui conférant le grade d'agent de restauration ». Des CDD évidemment, vu son titre de séjour, et quant à ses revenus, ironie du sort, elle n'avait plus droit à la CMU compte tenu du montant trop élevé l'année précédente de ses revenus, dans cette maison de retraite où elle travaillait vraiment beaucoup.

Elle perd son travail, puis son logement quelques mois plus tard, une fois ses économies épuisées. Son état psychique se dégrade immédiatement : les insomnies, qui s'étaient calmées, comme les ruminations anxieuses et les cauchemars, au fil du temps, repartent de plus belle.

« Des fois le matin je prends le sommeil »

« Là, j'ai vraiment des soucis, je suis pas tranquille »

« Des fois, des choses mal qui viennent dans ma tête, des fois je mange pas ».

Elle était suivie pour une hypothyroïdie, des problèmes gynécologiques et dentaires. Tout se complique, le suivi en libéral n'est plus possible, elle reprend contact avec la PASS, ne pouvant plus payer sa mutuelle et peinant à obtenir l'AME.

En 2020 elle essaye d'obtenir un titre de séjour lié à sa présence plus de 10 ans en France, et en constitue le lourd dossier, à déposer après la fin de son OQTF.

Elle, si calme et courageuse, est en pleurs dans mon bureau : *« Je ne supporte plus la situation »*. Elle fréquentait depuis quelques temps un compatriote. Du coup elle se voit contrainte d'aller vivre chez lui, puis m'explique qu'elle doit le quitter car ça se passe beaucoup moins bien avec une vie commune. *« La personne avec qui je vis, c'est un peu compliqué pour moi »* euphémise-t-elle.

Depuis j'ai perdu sa trace, quand elle a cessé un jour de venir à Chambéry depuis Grenoble. Appels et courrier sont restés brusquement sans réponse.

Mr C. a 38 ans. Il est venu de Guinée Conakry en 2010, après un passage en prison et des tortures qui hantent ses cauchemars.

Nous nous connaissons depuis mai 2012. Débouté de sa demande d'asile, il a obtenu un titre de séjour pour soins en août 2012, renouvelé 5 fois jusqu'en 2017, en raison d'un tableau de stress post traumatique grave et fixé, que je décris à nouveau dans un certificat rédigé en 2019 après qu'il ait reçu, deux ans après en avoir fait la demande, le refus du renouvellement, assorti d'une

OQTF.

Extrait du certificat :

« Il continue à présenter un tableau psychiatrique de psychotraumatisme grave et fixé :

-des crises d'angoisse récurrentes

-une tristesse constante avec sentiment de culpabilité (envers sa famille restée en Guinée) avec des périodes d'accalmie

-des troubles graves du sommeil avec avec insomnie. Les cauchemars post traumatiques répétés sont partiellement améliorés (sans disparaître) par le traitement psychotrope et la prise en charge psychologique (reviviscence des problèmes graves, dont la torture, qu'il décrit avoir vécus dans son pays). Les essais de diminution du traitement ont entraîné, à chaque fois, une recrudescence des troubles, même si l'on note, au fil du temps, une diminution de la fréquence des cauchemars.

-des troubles de concentration avec une lenteur d'idéation qui lui a posé problème pour s'adapter au travail. »

Après une formation en milieu protégé, en raison de l'impact de ses problèmes de concentration, il avait un travail régulier et obtenu un logement social. Pendant quelques années il a même cumulé deux emplois pour surtout ne pas se retrouver seul avec ses ruminations et ses cauchemars.

Il a perdu son travail et réussi, en travaillant au noir, à garder son logement.

« des fois, je m'enferme à la maison, je pleure »

Quelques mois avant le refus, il avait rencontré une jeune femme guinéenne, en demande d'asile, une jolie histoire qu'il évoque délicatement. Ils ont eu un petit garçon en août 2020. Avec l'OQTF « je sors pas beaucoup, ça fait mal au coeur ».

Il reprend un traitement, « sinon je faisais plein de cauchemars ».

« Des fois je vois des choses, certains cauchemars de peur, être en prison ».

Se sont invités dans ses cauchemars me dit-il « des commentaires sur les papiers ».

Lui aussi tente d'obtenir une régularisation après plus de 10 ans en France.

« Des fois la nuit il m'arrive de pleurer à l'intérieur ».

J'ai bien évidemment, en vous racontant cela, l'impression d'enfoncer des portes ouvertes.

Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade !

Mieux vaut être en situation régulière que vivre sous la menace...

Enfoncer quelqu'un dans la précarité et l'insécurité quotidienne pour une durée indéterminée, et sans prise possible sur sa situation, cette inhospitalité des conditions politiques de l'accueil (5) fabrique un monde social pénurique et violent. Ce qui entretient ou aggrave les troubles psychiques existants, les psychotraumatismes, et peut en rajouter d'autres : angoisses, dépressions, idées de persécution...

Cela isole dans des inclusions stigmatisantes - « migrant précaire »- en détériorant ou même en détruisant les appartenances reconstruites en France, qui soutiennent le sentiment d'exister (6). Pour Mme D : un travail où elle est appréciée, un groupe d'amies dont elle est obligée de s'éloigner, l'espoir de pouvoir faire venir un jour ses enfants qui s'éloignent.

Pour Mr C : pareil, avec la culpabilité et la souffrance de ne pas pouvoir subvenir correctement aux besoins de son enfant alors même qu'une période de stabilité lui avait permis de sortir de son isolement et de former un couple.

Saccage du sentiment d'exister, retour à la case survie, gâchis généralisé...

Alors oui, je vous le redis, la précarisation des séjours pour soins aggrave l'état de santé des

personnes dont nous tentons de prendre soin.

BIBLIOGRAPHIE

1-Claire Gekiere « Evolution des avis médicaux des médecins de l'ARS, puis de l'OFII, l'exemple de la Savoie », Pour la recherche, bulletin de la Fédération française de psychiatrie, n°108-109 , Mars-Juin 2021, p4-5

2-Dr Sebille Alain « La procédure Etranger Malade (EM) à l'OFII depuis 2017 : le cas des dossiers psychiatriques », rencontre avec les juges du TA, Paris, 14 octobre 2022, p5

3-Lafont Max « L'extermination douce », éditions de l'AREFPPI, 1987, 255p.

4-Le Courant Stefan « Vivre sous la menace, les sans-papiers et l'Etat », Seuil, 2022

5-Jamouille Pascale « Par delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration », La Découverte, Paris, 2013

6-Neuburger Robert « Rituels d'appartenance et rituels de soumission » dans « Les rituels familiaux », Petite Bibliothèque Payot, 2006

« Exister, le plus fragile et intime des sentiments », Petite Bibliothèque Payot, 2012

Georges :

« très heureux d'être là, et très dévasté, par le traumatisme vicarien, dont le symptôme est l'amnésie sélective. Une partie de la symptomatologie se lit sur nous, sur les traces sur nos corps ». Soulèvements de la terre dissout parce qu'ils sont trop bons.

« Notre Mer

Notre Mer

Notre Mer qui es si bleue

Que ton Nom soit partagé

Que ton horizon me fasse renaitre

Que ta volonté et ta miséricorde m'acceptent

Offre-nous aujourd'hui notre Triton* de ce jour

Comme une trompette de la renommée

Et non plus comme un cercueil

Pardonne-nous nos défaites et nos deuils

Comme nous pardonnerons à nos bourreaux

Et ne nous soumetts pas aux quotas

Mais délivre l'Europe de ses peurs et de ses carcans »

Georges Yoram Federmann

*L'**opération Triton** est une ancienne opération de l'agence européenne [Frontex](#), effective entre le [1^{er} novembre 2014](#) et le [31 janvier 2018](#), dont l'objectif était de surveiller les frontières et non de sauver des migrants.

J'exerce depuis 37 ans en cabinet libéral selon des modalités singulières que m'ont enseignés les « toxicomanes ». Ils m'ont appris à m'adapter à leur rapport au temps, marqué, selon mes observations, par l'insomnie et un tableau préfigurant celui des syndromes post-traumatiques des demandeurs d'asile, décrit plus précisément un peu plus tard. Je me suis rendu compte que ces patients qui étaient parmi les plus vulnérables ne parvenaient pas à honorer les RDV, surtout pas le matin. J'ai donc créé, à ma connaissance, la première et (la seule ?) consultation de psychiatrie libérale « sans RDV ». Je me suis imposé d'accueillir ces patients « à leur heure » et non pas « à la mienne », d'une certaine manière. J'ai aussi fait « de la substitution », avant l'heure, hors AMM, dès la fin des années 90 avec un carnet à souche que j'étais le seul psy strasbourgeois de l'époque à avoir réclamé à l'Ordre. Je soutiens encore un patient de l'époque qui prend 660 mg de Moscontin et qui va bien, comme il peut, à plus de 60 ans. Et je me suis rendu compte que les « bonnes » posologies préconisées officiellement pour la buprénorphine étaient notoirement insuffisantes pour apaiser les douleurs morales et physiques des usagers et que la prescription thérapeutique efficace était plus du côté de 16 à 32 mg des patients que de 2 à 8 des médecins.

J'ai donc fait confiance aux patients pour m'indiquer, à quelques aménagements près la posologie « utile ». Ensuite j'ai continué à appliquer toute ma vie professionnelle ces deux principes du travail sans RDV et de la prescription de la posologie « du patient », en prenant bien des risques médico-légaux et administratifs. Et ce dispositif m'a permis ensuite d'offrir un lieu d'accueil d'hospitalité inconditionnelle aux autres cabossés de la vie qui arriveront en nombre à Strasbourg, dont les demandeurs d'asile et tous les « sans-papiers ». J'ai exercé aussi la fonction d'expert pour le ministère des armées pendant 25 ans et ai examiné plus de 500 incorporés de force alsaciens dans la Wehrmacht au profil clinique si douloureux mais « inspirant » pour ma recherche : syndrome post-traumatique, impossibilité de témoigner du traumatisme, mutisme, sentiment de culpabilité, insomnie, troubles conjugaux et de la parentalité, irascibilité et troubles du comportement et du caractère. Tableau que je retrouverai chez les déboutés du droit d'asile avec toutes les conséquences psychiques sur leurs enfants : troubles obsessionnels, conformisme, méfiance, discrédit frappant le père, rôle majeur joué par la mère, enfants se substituant aux parents pour traduire ou rédiger les démarches administratives.

J'ai été confronté au mutisme des traumatisés que j'ai « respecté ». Je me suis interdit toute psychothérapie avant l'obtention de la carte de résident (de 10 ans). J'ai proposé des « psychothérapies de réanimation » fondées sur l'hospitalité au cabinet, l'alliance avec les autres acteurs juridico-sociaux et la prise en compte au pied de la lettre des bribes de récits rapportées. J'ai beaucoup travaillé aussi sur les circonstances de l'adhésion au nazisme des médecins et des psychiatres et me suis demandé comment « nos collègues allemands ayant adhéré au nazisme à partir de 1933, sans y être obligés » se représentaient les juifs, les tsiganes au moment de la sélection à Auschwitz ; comment ils se représentaient les malades mentaux

destinés à être exterminés dans le cadre de l'Opération T4 : pas comme des humains mais comme des « sous-hommes » et peut-être même comme des animaux, comme des lapins ou des cobayes. Je me suis dit qu'il existait un racisme social et anthropologique structurel enseigné dans les facultés de médecine qui imposait aux praticiens de ne soigner que les patients leur ressemblant : même classe sociale, mêmes représentations anthropologiques, suspicion vis-à-vis du discours subjectif du patient, dogme de la toute puissance du savoir et du pouvoir médical jusqu'à décider de la mise à mort des patients « sélectionnés ».

J'ai essayé beaucoup d'adversité administrative dans ces combats avec notamment le rapport de l'IGAS de 2009(1) (en même temps que le calamiteux Sommet de l' Otan à Strasbourg).

Rapport motivé par la suspicion de l'existence de filières psychiatriques

favorisant la régularisation dans le Bas-Rhin : 60 % des 2000 demandes médicales à l'époque étaient d'ordre psy pour 15 % dans le reste de la France.

Le rapport n'a mis en évidence que des bonnes pratiques pionnières autant à l' hôpital qu'en libéral mais au lieu de les populariser , il a demandé de retirer « l'agrément aux psy qui utilisaient ce dispositif pour des motifs notoirement militants ».

L'impact de la non délivrance d'un titre de séjour sur les enfants est massif et dévastateur, je l'ai évoqué plus haut. Mais ce à quoi je voudrais rendre aussi attentif, c'est l'impact psychologiquede la délivrance d'un titre de séjour après des batailles échelonnées sur 5 à 10 ans. L'obtention du titre ne doit pas cacher et ne peut effacer le lot de souffrances endurées et j'ai vu des familles momentanément rassurées par la régularisation mais confrontées à la précarité, au chômage, au mal-logement, au mal-voisinage avec l'apparition de troubles graves de la personnalité chez certains enfants jusqu'au délire de persécution ...comme si les enfants exprimaient de manière psychopathologique ce que les parents avaient tout fait pour contenir....comme si l'expression de la souffrance se transmettait à la génération suivante...

A un moment de mon intervention , j'ai chanté une adaptation du classique « Pour moi la vie va commencer »(voir en infra) popularisé par Johnny Halliday.

J'ai commencé à chanter au cabinet, en salle d'attente, durant les consultations pour restituer du sens au discours atones des patients ou accompagner leur mutisme ; pour me poser en décalage contre l'absurdité de leur situation. Et c'est une réflexion du psychanalyste Paul Masotta partagée en privé, datée du 17 février après la projection d'un documentaire signé Cécile Allegra, Le Chant des vivants, qui m'a mis sur une piste de compréhension :

« La question, qui était aussi bien et d'abord une observation, m'était venue dans une séquence du film où un de ces jeunes gens chante magnifiquement un texte qui balance d'un énoncé édulcoré à une expression plus brute, plus juste, sur la violence horrible subie; entre les deux, une interpellation qui nous demande en substance : " voulez-vous vraiment que je vous dise ? - voulez-vous vraiment entendre? " Cette question se renverse et traverse tout le film: " comment me serait-il possible de dire ? - est-il possible de dire sans s'exposer à nouveau à l'horreur et risquer son triomphe sur mon être, sur mon corps ? C'est, impressionné par cette séquence si bouleversante du film, que m'est venue la référence à Jacques Demy. J'avais en tête "une chambre en ville" ,mais aussi les parapluies et les demoiselles et Peau d'Âne. Rien à voir avec notre film ? C'est à voir ! Car la question que je posais est sans doute l'actualisation du regard que je porte sur le cinéma de Demy. Je me dis de longue date que s'il a choisi la forme musicale et chantée c'est en rapport avec ce qui ne peut pas se dire, ce qui ne se doit pas comme ce pour quoi on n'a pas les mots. Il me paraît de longue date que ses films portent en chanson et en musique cet indicible et cet ineffable. Cette question, j'aurais pu et dû la poser pendant le débat dans l'espoir de le ramener un peu sur le film dont nous avons peu parlé. Mais j'apprenais, atterré, des choses du monde dont j'ignorais l'ampleur, l'échelle et le système abject. Et aujourd'hui, c'est à Georges Federmann, qui chante de plus en plus ses mots publics, que la question pourrait se poser de l'influence de Jacques Demy sur son style. La chanson ouvre un

jeu avec ce qui ne peut ou ne doit se dire, et avec ce qui ne peut ou ne veut être entendu et déplace les "frontières" du dicible. ».

J'aimerais aussi revenir sur « la prescription » du pardon que je préconise dans mon travail et dans ma vie, une fois que les effets de sidération du traumatisme sont (un peu) mis à distance. Tout comme l'usage du terme « juifs d'aujourd'hui »(2).

D'où l'utilisation simultanée des drapeaux palestinien et israélien : Ce qui arrive aujourd'hui aux étrangers d'une société représente, en termes politique, social, économique et symbolique, ce qui pourrait advenir aux « nationaux », autochtones, indigènes, aux propres enfants de la société en question. On sait qu'il faut une ou deux générations au moins pour se libérer du vécu de douleur morale, de haine, d'amertume et d'effroi. Comment envisager une cohabitation entre les ennemis d'hier - Israéliens et Palestiniens, Hutus et Tutsis, Catholiques et Protestants en Irlande - sans un travail de deuil et un travail de reconnaissance du préjudice de la victime et des responsabilités du bourreau ? Il est indispensable de rechercher les liens pouvant exister avec des situations cliniques courantes en appliquant cette hypothèse.

Aussi dans mon travail comme dans ma propre vie, je recommande le principe suivant : « Dans votre couple, admettez et agissez comme si votre partenaire avait toujours raison et adaptez votre attitude en conséquence. »

Car il s'agit de prendre aussi bien soin de ceux qui sont à notre proximité, de reconnaître leur part d'étrangeté et la fonction d'étranger qu'ils peuvent jouer dans notre propre organisation psychique pour faire en sorte de contribuer aussi aux équilibres conjugaux, familiaux et non seulement sociaux et politiques. Autrement dit, pour favoriser une véritable posture écologique, qui peuvent bien être les « menacés » qui consultent dans nos cabinets ? Qui sont les « Juifs d'aujourd'hui » ? On voit bien que là « juif » n'est pas une religion ou une spiritualité mais une fonction : « celle qui permet de stigmatiser ».

- (1) La délivrance des titres de séjour aux étrangers malades dans le département du Bas-Rhin, rapport établi en janvier 2009 par Michel VERNEREY (Inspecteur général des affaires sociales-Rapport No RM2008-085P) et Tristan FLORENNE (Inspecteur général de l' administration-rapport No 08-047-01)
- (2) Georges Yoram Federmann, *Le Divan du monde*, Golias, 3^e édition, 2019, 276 pages, p. 135.

Vignette clinique

Salomon, prince à la rue d'origine étrangère ne sera jamais roi en France ou comment une forme de racisme administratif a fini par avoir raison d'un homme aux si grandes potentialités gâchées qui n'a pas eu « la chance » de fuir l'Ukraine.

Il ne sera jamais mari ni père.

Strasbourg, le 21 juin 22,

Cher Salomon,

Nous sommes le 21 juin et la fête de la musique va battre son plein.

Mais je n'aurai pas le cœur à vibrer.

Vous êtes arrivé en France en juillet 2009.

Il y aurait eu 13 ans.

13 ans sur 42 années de vie...Presque 1/3 tiers.

L'administration s'est toujours borné à ne pas vous reconnaître, vous désignant par « M. X se disant J. Salomon ».

Nous nous sommes pourtant battus depuis 4 ans et j'étais convaincu que vous alliez arriver à obtenir cette reconnaissance administrative, ce sésame à la con qui vous aurait apporté un peu de sécurité et de dignité.

Vous qui avez été si impressionnant par votre maîtrise du français, des bonnes manières et de respect...

Vous qui, au cabinet, n'éleviez jamais la voix ; cette voix douce et presque tendre, en tout cas si attendrissante.

Vous, que l'on pouvait retrouver en prison à l'Elsau comme une étape « touristique » incontournable de votre parcours alsacien.

Il est vrai que les incarcérations ne semblaient pas vous impressionner, vous qui « entendiez siffler les balles » perpétuellement dans les réminiscences traumatiques qui ne vous lâchaient jamais.

Vous qui me faisiez l'honneur de me solliciter pour trouver un dentiste libéral qui aiderait à reconstruire votre dentition à laquelle vous teniez tant.

Et Anita Knafou s'y était collée

Votre vécu traumatique vous a dévasté pour toujours.

Vous racontiez que vous aviez pris au Libéria des amphétamines et de l'héroïne « pour ne pas avoir peur ».

Vous rapportiez les résurgences des scènes de guerre sous forme d'hallucinations auditives : « de cris d'enfants », de « gens qui hurlent » ou « de coups de fusil ».

Vous vous représentiez parfois, sous le choc, les humains « comme des reptiles ».

La précarité, les humiliations répétées, le sentiment d'inutilité ont fait évoluer le tableau vers une sorte d'autisme social et relationnel qui vous a enfermé dans une forteresse psychique qui pouvait vous couper du monde.

Tous ceux qui vous ont croisé ont perçu ce sentiment de gâchis :

« c'est véritablement tragique car ce patient a des potentialités psychologiques, affectives et relationnelles qui sont gâchées ».

Vous avez passé votre temps à essayer de survivre en essayant de ne pas vous noyer comme un équilibriste

Sur un fil sans fin...

Je vous ai décrit comme « un homme généreux, idéaliste et loyal donnant le change pour tenter d'offrir une adaptation de façade en apparence satisfaisante, mais qui n'était que le masque d'un sentiment de culpabilité et d'inutilité, qui ne demandait qu'à s'exprimer à la (dé)faveur du moindre doute ou de la moindre interrogation »....

Pour vous pousser au baston, en prison, bref à la faute et à chaque fois à la case départ.

Vous vous êtes montré très conciliant et « policé » mais la tempête existentielle qui vous submergeait, reprenait ses droits (et ses torts) dès la sortie du cabinet.

On sentait bien qu'il n'aurait pas fallu grand-chose pour vous permettre de revenir parmi « nous tous » comme vous le souhaitiez tant et comme vous aviez fini par croire que c'était devenu impossible, tant la résistance crasse administrative imposait sa logique cynique et sadique.

On sentait que vous étiez sur le point de recouvrer en partie un sentiment de dignité et d'appartenance à une humanité civilisée et respectueuse de ses lois.

Mais les réminiscences des traumatismes terribles subis vous rattrapaient et s'imposaient à vous la nuit sous forme de cauchemars et parfois même le jour quand le doute s'insinuait de manière trop violente et vous rappelait la situation de précarité et de fragilité. Une situation vraiment de merde.

Le contact avec vous pouvait sembler parfois exagéré et presque obséquieux, mais il traduisait la reconnaissance que vous rendiez à ceux qui ne vous avaient pas abandonné sur ce putain de

chemin de croix, même si la conscience que les puissants quelles que soient leurs motivations, finissent par avoir raison dans le domaine politique et que la force l'emportait alors sur le droit et la raison.

Le doute s'insinuait car à votre « petite » échelle la logique de la loyauté ne pouvait plus s'appliquer et vous vous rendiez bien compte que l'intérêt de l'État dépasse, pour les écraser souvent, l'intérêt des individus et leur exigence de justice.

Vous avez continué à vivre avec rage et détermination et beaucoup de « classe », je trouve, et c'était votre forme de revanche sur le destin morbide qui vous a toujours accablé mais parfois l'élan vital était si altéré que vous deviez puiser au plus profond de vos ressources psychiques pour ne pas abandonner.

En demandant des ordonnances qui « chevauchaient » ou quelques billets de 10

Qui coûtait tant à votre dignité mais le faisiez quand même car vous étiez noble et courageux. « L'interruption des soins entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité à type de décompensation dépressive gravissime avec marginalisation et clochardisation avant que la menace suicidaire ne se rappelle à notre patient, en faisant perdre à l'ensemble de ses soutiens le fruit de ce travail thérapeutique exceptionnel qui a été réalisé pour ramener du néant cet homme en lui inspirant à nouveau le sentiment d'une vie à peu près normale. » écrivais-je il n'y a même pas deux ans.

Vous ne vous êtes probablement pas suicidé mais vous êtes bien « un suicidé de cette société » qui a tant de potentialités mais qui sait si bien se montrer pourrie et implacable avec les vulnérables...et les princes, comme vous, derrière « le mendiant » dévasté et méprisé.

J'ai aimé être votre compagnon de route même si j'étais bouleversé de vous revoir repartir en galère à la fin de chaque consultation.

Consultations auxquelles vous ne veniez en général pas quand vous aviez RDV et que vous imposiez (avec tact et mesure) quand vous n'en aviez pas. La classe vraiment.

J'ai beaucoup apprécié bosser avec les collègues de l' ARSEA (Muriel Lickel, notamment), Charlotte Claude, infirmière régulatrice à l' hôtel Pax, sensibles et impliqués ; combattifs.

Avec le Dr Knafou, dentiste.

Avec le Dr ARAGONES VIDAL Ester de l'Elsau.

Maître Sophie Kling a fait tout son possible.

Marie-Louise, ma secrétaire, faisait partie de la « famille ».

Je me souviens encore de cette lettre des urgences de SOS Main de janvier 2021, 17 mois avant votre mort (notre mort psychique aussi , pour une part) où vous étiez allé consulter pour une morsure « de rat INCONNU en voulant le nourrir ».

La France vous a traité comme un rat mais vous sembliez ne plus devoir en tenir rancune à quiconque , tant le régime des hommes vous avait dévasté.

Reposez en paix et continuez à nous inspirer.

Fraternellement

Georges Yoram Federmann

67000 Strasbourg

- https://fr.wikipedia.org/wiki/Premi%C3%A8re_guerre_civile_lib%C3%A9rienne

Vignette

Appel à manifester devant la préfecture du Bas-Rhin le 27 juillet 22

Co-signé par le Cercle Menachem Taffel

Le droit à l'accueil ne peut plus continuer à être bafoué dans le Bas-Rhin !

Le 27 juillet 2017, le Président de la République promettait que plus aucune personne ne serait à la rue à la fin de l'année. Depuis cette promesse faite il y a 5 ans, la situation n'a cessé de s'aggraver dans tout le pays. Aujourd'hui, à Strasbourg, des familles, des femmes enceintes, des enfants, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap dorment dehors, privées des droits et des soins auxquels ils et elles ont droit.

Partout, les associations se relaient pour venir en aide aux personnes sans-abris mais la solidarité des habitants ne peut suffire pour pallier le manque d'accompagnement social, d'hébergement, de soins, de nourriture et d'eau. L'article L-345 qui garantit de manière inconditionnelle le droit à un hébergement d'urgence est bafoué, jour après jour. Aujourd'hui, l'Etat français n'assure même pas le minimum légal aux nouveaux arrivants : les personnes qui arrivent en France pour demander l'accueil doivent être hébergées et soignées tout au long de la procédure. Ce n'est pas le cas.

Il est pourtant nécessaire que chaque responsable politique fasse le maximum pour répondre à cette crise de l'accueil et du logement car les perspectives, à court et moyen termes sont effrayantes. Nous devons dès maintenant nous préparer à accueillir davantage de personnes, à les accompagner, à les intégrer. La hausse des prix des denrées alimentaires, de l'énergie, des loyers, risque cet hiver de pousser à la rue des centaines, voire des milliers de personnes. D'ici 2050 ce sont des millions de réfugiés qui se retrouveront sur les routes de l'exil pour fuir la crise climatique. L'Etat ne peut pas fermer les yeux sur cette réalité. Nous devons être à la hauteur de ces crises, être solidaires et leur offrir un accueil digne.

Ainsi, nous, associations, collectifs, militants, appelons au rassemblement le 27 juillet 2022 devant la préfecture du Bas-Rhin pour réclamer un accueil digne pour toutes et tous et une mise à l'abri des personnes sans domicile sur tout le territoire

Premiers signataires : Agissons67, Calima

Adaptation de « Johnny » :

Pour moi la vie va commencer
En revenant dans ce pays
Là où le soleil et le vent
Là où mes amis mes parents
avaient porté mon coeur d'enfant

Pour moi la vie va commencer
Et mon passé colonial sort de l'oubli
Foulant le sol de Bobigny
Chevauchant vers Calais avec mes amis
Je m'extrait de la ZAPI

Pour moi la vie va commencer
Après avoir échappé à la Libye
et avoir failli mourir de rire
à Lampedusa et à Ceuta

je peux voir descendre la nuit

sans avoir peur d'être surpris
par les gardes-côtes italiens
tandis qu'au loin comme un troupeau
passent les ombres de l'échafaud

Et sous le ciel de ce pays
douce France
sans jamais connaître l'ennui
mes années passeront sans bruit
à exercer des métiers en tension
sans pension ou
clandestin
entre Darmanin et Dussopt
pendant que Macron se gavera de macarons Trogneux
jusqu'à Ras-le Boll-oré

2^{ème} question : Comment on adapte la clinique aux patient-es ?

Muriel :

Question de la thérapie, si elle est adaptée aux patient-es. EMDR. **Moindre parcelle peut réactiver toute la chaîne traumatique, réactiver les souvenirs dysfonctionnels pour les réintégrer de façon adaptée. Pb : adapté à des personnes suffisamment stables**, avec assez de ressources psychiques sinon peuvent s'effondrer. D'abord, on renforce les ressources psy et un lieu sûr. **Pas une étape possible pour des personnes en situation d'exil, tous les lieux sont infectés**

Troubles qui répondent à la logique intentionnelle de la torture. Si on omet de penser le trauma dans le fracas, pas d'autres options que tenir, tenir encore et espérer qu'une reconstruction puisse avoir lieu.

Claire :

Nuance sur le déclaratif, quelqu'un qui sursaute au moindre bruit de portière, clinique très consistante, voire répétitive sur le tableau clinique qui est d'une consistance. Critique du deux poids deux mesures sur le fait que quand il s'agit de militaires, pas de remise en question vs ce sont des étranger-es.

« C'est vrai que c'est entamant de voir les personnes, comment on se débrouille comme être humain, moi j'en sais rien »

Georges :

Rapport Igas 2009 sur le fait qu'il y ait eu trop de taux positifs, retirer l'agrément Algériens les plus mal traités (tous sont sous ritaline). Militer pour la fin de MDM Pardon qui fait plus sens. Israël Palestine comme nœud de l'inconciliable et du non-dit.

Enfants et famille en demande de titres de séjour pour soins

Claire Mestre : Psychiatre et Anthropologue, Association Ethnotopies, Bordeaux, Modératrice

Introduction

Les personnes que l'on soigne sont souvent des parents, ils font famille.

Les bébés sont pleinement partenaires de l'angoisse de leurs parents, particulièrement quand ils sont dans un face à face continu avec une mère enfermée dans une impasse psychique, sociale et administrative. En effet, il y a une sur représentation des femmes seules dans l'exil et le plus grand dénuement. Que faire ? Comment offrir à ce bébé la perspective d'un avenir possible avec l'insouciance de l'enfance ?

Les enfants ensuite sont très réceptifs aux angoisses parentales en plus de l'insécurité ressentie par le contexte instable. Ils peuvent aussi présenter des symptômes plus ou moins graves en lien direct avec le contexte, ou s'aggravant avec le contexte.

Quant au contexte, il est important de rappeler :

Adeline Hazan, Présidente de l'UNICEF France, a rappelé que l'UNICEF, créée à la fin de la seconde guerre mondiale pour les enfants orphelins (dont ceux des pays vaincus), s'est d'abord tournée vers les enfants n'appartenant pas aux « pays développés ». Néanmoins, depuis 10 ans, des actions en France ont été décidées pour sensibiliser citoyens et surtout décideurs publics aux droits des enfants. Quelques chiffres témoignent de cette nécessité : un enfant sur cinq vit au dessous du seuil de pauvreté, et 42 000 enfants n'ont pas de foyers fixes –ils vivent dans les hôtels ou des foyers- dont 1600 dans la rue ! Ceci en France !

Il faut donc ainsi rappeler que la France a signé a convention internationale pour la protection de l'enfance, qui stipule que chaque enfant a droit à une protection et à des soins spécifiques jusqu'à ses 18 ans, à une protection contre la violence. Nous pouvons dire que la non reconnaissance de leurs parents et le déni de leurs besoins en soutien peuvent être des violences.

Les mille premiers jours et la suite par Christian Lachal, Psychiatre, psychanalyste, ex-consultant MSF

Je ferai référence à plusieurs reprises dans cette intervention, au :

[Rapport au parlement pour l'Année 2019, du Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration \(OFII\)](#). Il s'agit du troisième rapport établi en application de l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

[Ainsi qu'au Livret : L'initiative des 1000 jours de l'OMS et l'origine développementale de la santé et des maladies](#)

(DOHaD : Société francophone pour la recherche et l'éducation sur les Origines Développementales Environnementales et Épigénétiques de la Santé et des Maladies)

Et à l'application en France des directives de l'OMS, supervisée par le Dr Cyrulnik : site : 1000-premiers-jours.fr

Les enfants font rarement l'objet d'une demande de séjour pour soins. Si c'est le cas, les parents peuvent recevoir un titre provisoire de séjour pour rester avec eux. Dans le cas inverse (parent malade- enfant), l'autorisation de séjour est automatique pour les enfants si le parent a reçu la sienne pour raison de santé et soins. Les enfants bénéficient d'une modalité d'intégration, quelle que soit la situation du ou des parents, la **scolarisation**. C'est important. Notons d'ailleurs qu'ils sont bien accueillis, dans la majorité des cas. Deux difficultés découlent cependant de là :

- Le ou les parents (souvent des mères seules) « sans papiers », passent leurs journées à chercher un abri pour la nuit (estimation d'environ 1600 enfants et

adolescents sans domicile fixe). Cet abri est souvent temporaire et l'enfant est obligé de **changer d'école** fréquemment.

- **L'enfant, dans l'école, suscite différentes contre-attitudes, des plus négatives aux plus positives. Les enseignants éprouvent souvent de l'empathie pour ces enfants qui se retrouvent, à la sortie de l'école, le soir dans la rue, ou dans un hôtel, en grande vulnérabilité et en précarité alimentaire. Ils souhaiteraient les aider mais cela leur est interdit.**

(Lire : [Revue européenne des migrations internationales. Vol. 34 - n°4 | 2018 : École et migration. Enfants et jeunes migrants à l'école de la République : une scolarité sous tension. Maïtena Armagnague-Roucher : 45-71.](#))

Mais les enfants non-scolarisables, les moins de 2/3 ans, les bébés, les nourrissons ? Ils sont invisibles ou invisibilisés.

Rappelons cette période des 1000 premiers jours, mise en exergue par l'OMS, qui a été reprise par le ministère de la Santé français. Qu'elle est la santé mentale des enfants migrants de moins de 1000 jours ?

Commençons par une histoire, un peu transformée pour anonymiser les personnes concernées.

Faits vécus en O., République « autonome » de la Fédération de Russie, fin 2003. Arrivée de la famille en France en Janvier 2004. Vécu dans la rue jusqu'en août (Paris), moment de l'accouchement de la maman, d'une petite fille nommée Lisa (la maman se croyait stérile). Elle est hospitalisée et la famille entre alors dans la procédure de demande du Droit d'Asile, qui leur sera refusée.

Il s'agit d'une femme qui présentait sans doute antérieurement et à minima, une personnalité fragile, avec des affects anxieux.

Monsieur a passé plusieurs diplômes mais ne trouve pas facilement du travail. Par contre, il est sollicité, avec son frère jumeau, par le FSB, pour signer un engagement, ce qu'ils refusent tous les deux. Monsieur est proposé par le frère de Madame, J. qui travaille comme artisan plombier. Ce jour-là, ils sont sur un chantier, chez une personne qui se présente au parlement russe (la Douma) dans l'opposition. Ce jour-là, ils sont donc au travail et deux hommes surgissent et tuent le candidat à la députation. Monsieur et son beau-frère se sauvent mais ils ont été vus par les tueurs. Monsieur téléphone à sa femme pour la prévenir et lui dire d'aller se cacher chez sa mère. Au moment où elle s'enfuit de chez elle, elle échappe de peu à une tentative d'enlèvement par des hommes, sans doute du FSB.

Par la suite, ils iront à Moscou, se cacheront quelques temps. Ils apprennent que Monsieur est recherché activement et que son frère jumeau a été capturé et torturé pour lui faire dire où se trouve Monsieur. Ils décident de quitter la Russie. Le jumeau disparaît, on ne sait pas où il est. On retrouvera son cadavre par la suite, jeté dans la nature. Eux ont fui, accompagnés de J., le frère de Madame, qui ne porte donc pas le même nom de famille.

Au terme du parcours pour leur demande d'asile, ils sont déboutés.

Je les reçois à quatre, (Madame, Monsieur, J. et la petite Lisa). Quels sont les symptômes ?

Madame : elle est dans un état d'angoisse envahissante. Les angoisses portent sur le bébé, sur leur situation de précarité, sur la certitude que le FSB les recherche et finira par les trouver. Ils passent un certain temps dans des hôtels. Madame est le plus souvent dans l'incapacité de sortir seule ou avec le bébé. Elle a toujours peur. Durant plusieurs mois, elle passe son temps au lit,

en détresse totale, forme de dépression grave, mais elle est réticente à prendre des médicaments. Elle est persuadée que Lisa a une maladie, « quelque chose » qui ne va pas. Les consultations alternent entre le médecin généraliste (nombreuses somatisations) et le psychiatre. Le premier certificat et le premier contrôle auprès du médecin inspecteur lui permettent d'obtenir un titre de séjour pour raison de santé de la Préfecture. Par la suite, le contrôle annuel renouvelle ce titre de séjour mais cela ne la rassure pas. Les troubles, de type anxio-dépressifs, s'accompagnent d'une méfiance importante vis-à-vis de l'extérieur de la famille, allant parfois sur des idées persécutives, mais qui ne se coagulent jamais sous la forme d'un délire. L'insistance de ces troubles, le ressassement permanent qui tourne autour des événements de départ, les conduites de repli et d'évitement peuvent être inclus dans un ESPT, la forme d'expression étant modelée par l'idiome culturel du Pays d'origine ([Lire : Mark Nichter \(2010\) : Idioms of Distress Revisited, In Cult Med Psychiatry \(2010\) 34 :401–416](#)). Par la suite, son état s'améliorera, elle est amenée à sortir plus et un appartement stable sera trouvé. Elle donne naissance à une deuxième petite fille nommée Alexa et, comme souvent, cette maman sera tirée vers l'extérieur par la nécessité de s'occuper des enfants.

Monsieur : il présente un ESPT avec prédominance des signes d'évitement et d'hypervigilance. Les reviviscences apparaissent dans le cours de la consultation mais ne sont pas verbalisées. Les troubles du sommeil sont importants. Il ne peut jamais se laisser aller. Il a beaucoup de difficultés à apprendre le français malgré des efforts considérables comme si « quelque chose faisait barrage » dans sa tête. Il trouvera difficilement un travail, manuel, pour lequel il se montre maladroit et il a du mal à comprendre et à accepter la diminution de ses aptitudes. Il vit des périodes de découragement total et se trouve alors à l'unisson de sa femme, elle-même découragée en permanence.

Lisa : Comment l'état des parents a-t-il altéré le développement des enfants, Lisa et Alexa ? Dans les premières consultations, Lisa se présente comme une enfant dans un attachement excessif à la mère. L'évaluation de l'attachement est toujours très importante chez des petits avec une histoire de trauma. Cet agrippement anxieux l'empêche de descendre des genoux de sa mère, même pour aller sur ceux du père. Elle montre une hypervigilance. Par la suite, alors qu'elle acquiert le langage, elle développe un mutisme sélectif, accompagné d'un évitement des rapports à l'autre qui me fait m'interroger sur d'éventuels troubles du spectre de l'autisme. Très lentement, elle prend plus d'aise pendant les consultations. Il faudra une année pour qu'elle se décroche du corps de la mère et accepte d'aller s'installer à la table des enfants où elle peut dessiner. Son dessin évolue avec l'âge, mais ils sont « rigidifiés », montrant des maisons tracées à la règle, des petites filles comme parfaites, les nattes impeccables. Aucun commentaire n'est possible du fait du mutisme. La mise en place d'un suivi plus intensif de cette petite fille est rendue difficile du fait de ses difficultés à se séparer et à s'exprimer. La mise à l'école sera difficile. Par la suite, Lisa va développer des compétences hors du commun au piano. Comme elle n'a pas de piano à la maison, elle profite des moindres instants, à l'école, où elle peut jouer. Rentrer dans une classe musicale est difficile, du fait d'un ostracisme qui la rejette à plusieurs reprises de ce type de classe.

Lisa a aujourd'hui 18 ans (nouvelles données par la collègue qui a continué le suivi après mon départ en retraite). Elle reste très solitaire, inscrite au Conservatoire à Paris, occupant seule une petite chambre. Les troubles de l'attachement ont été suivis, à l'école, du mutisme et d'une grande difficulté à établir des relations avec les autres enfants. On peut parler aujourd'hui d'une phobie sociale très invalidante.

Alexa : cette fillette n'a pas développé les mêmes difficultés que sa sœur, s'est montrée enjouée, dynamique, s'exprimant davantage. Je n'ai pas assez d'éléments pour décrire les stades de son développement. Cependant, alors qu'elle a bientôt 16 ans, elle présenterait des troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie.

La famille a suivi un modèle bien décrit par les travaux de Scheeringa et Zeanah : Michael S. Scheeringa and Charles H. Zeanah (2001) : A Relational Perspective on PTSD in Early Childhood. Tulane University School of Medicine, Department of Psychiatry and Neurology. Section of Child and Adolescent Psychiatry, New Orleans, Louisiana. available online at: <https://doi.org/10.1023/A:1013002507972>.

Cette étude détermine comment les traumatismes des uns et des autres interagissent à l'intérieur de la famille ; trois patterns sont décrits, qui se construisent d'abord lors des interactions précoces : 1) pattern où le parent est en retrait, ne répond pas à l'enfant, n'est pas disponible ; 2) pattern de surprotection et de constriction de la vie familiale ; 3) pattern où le parent réactive sans cesse le trauma, peut même mettre l'enfant dans des situations dangereuses ou qui font peur.

On peut dire que cette famille a plutôt réalisé le pattern 2 avec, au début de leur arrivée en France, des éléments du pattern 1. Il ne s'agissait pas, au départ, d'événements traumatogènes spectaculaires ou horrifiants, mais on voit, sur un suivi de longue durée, comment une symptomatologie à bas bruit chez les parents cristallise tout le devenir de la famille, notamment des enfants.

Cette histoire nous montre comment se transmettent les troubles parentaux aux enfants. Le suivi de cette famille sur une très longue période a permis de comprendre comment les troubles des deux filles du couple se déduisent des troubles des parents, la mère avec un syndrome dépressif chronique, idiome d'un ESPT, le père avec un ESPT partiel, qui se manifeste, en particulier, dans l'inhibition, la mise à mal des fonctions exécutives et une dégradation de l'estime de soi, qui se manifestent par exemple, dans l'impossibilité d'apprendre la langue du pays d'accueil : la précarité administrative de la famille rend difficile la prise en charge psychothérapeutique de chacun des membres, cette précarité aggrave la santé mentale de la maman, les empêchements du père, les troubles psychiques des deux filles. Comment un ou deux médecins de l'OFII peuvent-ils diagnostiquer ces troubles sévères, à composantes individuelle et familiale ? Peut-on proposer qu'ils rentrent dans leur pays d'origine ? Exécution assurée pour le père, ostracisme et persécution de la famille, tout ferait obstacle aux tentatives de soins.

Attardons-nous ici sur un problème récurrent dans ces cas : ces patients ont le plus souvent fait une demande de reconnaissance d'un statut de réfugié, ce qui leur a été refusé. Cette reconnaissance est fondée principalement sur un récit de ce qui leur est arrivé. Ce récit est confronté à des connaissances sur le pays, sa situation géopolitique, économique, climatique des agents de l'OFPRA puis des juges de la Cour Nationale du Droit d'Asile, et la demande finit le plus souvent par une décision fondée sur l'« **intime conviction** » ([Lire : Smain Laacher : Croire à l'incroyable : un sociologue à la Cour National du Droit d'Asile. 2018 ; nrf Essais, Gallimard.](#)) ! Lorsqu'un médecin psychiatre met en avant le diagnostic d'ESPT, par la description des symptômes que présente son patient, celui de l'OFII aura tendance, nous en faisons l'hypothèse :

- D'une part à retenir les événements traumatogènes comme l'essentiel des critères diagnostiques, sans s'attarder sur les signes complexes du Syndrome, sur leur gravité, leur ancienneté, leur caractère invalidant. Ceci est particulièrement vrai pour le diagnostic chez les enfants, chez les petits.
- Comme les événements à l'origine ont été reconnus comme fallacieux, inexacts dans l'intime conviction des agents administratifs qui les ont précédés, Le Critère A du syndrome « tombe » et, de ce fait, tombe l'ensemble du syndrome. Le raisonnement tourne en rond.
- Au moment d'évaluer la possibilité du patient de retourner dans son pays d'origine, l'aspect de danger vital que représenterait un tel retour, danger qui découle des événements vécus, le rejet répété de ces événements amène à ne pas prendre en compte cet aspect, seul sera retenu le danger de la maladie elle-même. Il conviendrait

au moins, dans ce cas, d'avoir à l'esprit les conséquences potentielles des ESPT : isolement, suicide, addictions, comportements dangereux pour soi-même ou pour les autres. Il faut noter que moins d'un patient sur 2 est convoqué pour une visite, les appréciations sont prononcées, donc, sur le certificat du médecin qui a rédigé la demande. Néanmoins, 70% des demandes reçoivent une réponse négative.

Nouvelles conceptions de l'OFII

- Le **plaidoyer** sur les troubles de santé mentale soutenu dans le rapport du Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (Rapport au parlement, année 2019) révèle un travail certain pour parer aux critiques ayant suivi les débuts de ce processus mis en place par le Ministère de l'Intérieur. Mais ce plaidoyer n'est certes pas exempt d'**intentions** pour le moins obscures, en particulier dans la discussion sur les patients souffrant d'ESPT. Un premier argument porte sur le fait qu'un certain nombre de certificats sont « de complaisance », *des certificats médicaux remplis par des psychiatres appréhendés par la justice* (P. 36). Le rapport note que dans un certain nombre de cas, les certificats reçus par les médecins de l'OFII souffrent d'un manque de description clinique, ou bien de descriptions alarmistes sur l'état du patient, ou encore de prises en charge ne correspondant en rien à ce qui est décrit. Ces arguments devraient pousser les médecins de l'OFII à rentrer en contact avec leurs collègues négligents et /ou à demander des compléments informatifs, ce qui n'arrive pas. Ensuite est proposée une analyse de la littérature concernant les modes de prise en charge proposées par l'OMS en matière de santé mentale dans les Pays à faible revenus, mettant en avant l'approche psychosociale par des agents communautaires de formation réduite. Manifestement, ces collègues ne perçoivent pas vraiment à quoi correspond un dispensaire de santé primaire au Sierra Leone, en Indonésie ou au Soudan. Ou ce que sont devenues les structures de soins en Ukraine, aujourd'hui. Un certain niveau d'aides et de soins ont pu être développés dans le sillage d'ONG internationales, dans des pays où la part du budget alloué à la santé, et à la santé mentale est très loin du minimum indispensable

- Chacun, dans ces situations se réfère à la fameuse Pyramide des interventions conçue par l'OMS

- En fait, les états post-traumatiques doivent être référés aux services spécialisés, **en haut de la pyramide**. J'ai pu constater lors de missions pour MSF dans différents pays que les choses ne sont pas aussi simples et que l'argumentaire du rapport de l'OFII à ce propos consiste à repeindre en rose les dures noirceurs de la réalité. Bien entendu, les soins communautaires sont importants, encore faut-il que la communauté ne soit pas détruite, exilée, déchirée, coupée en plusieurs parties par la guerre civile, anéantie par un gouvernement totalitaire, comme c'est le cas pour la plupart des patients concernés. Ce qui se double d'une destruction des briques de base de ce qui fait communauté, par exemple la destruction des écoles, des habitations, des hôpitaux et autres lieux de soins. Nous retrouvons là, d'ailleurs, le caractère de gravité des ESPT liés à des événements, situations violentes **intentionnellement produites** par les hommes. Ce plaidoyer ne fait pas mention des effets de la violence chez les victimes, sur les enfants et prend comme exemple une catastrophe naturelle, situation très différente que l'on retrouve rarement comme signal de départ pour les étrangers malades. Il vaut mieux, pour les auteurs du rapport, faire levier des débats dans le milieu de l'humanitaire sur la meilleure prise en charge à décider dans les situations d'urgence ou d'exode massif, oubliant au passage que ces questions se posent souvent pour des **réfugiés**, accueillis en premier lieu dans les pays pauvres qui bordent leurs frontières, ayant fui leur communauté d'origine. Le modèle du programme psychosocial (PPS) a été conçu pour essayer d'homogénéiser les activités des ONG. Les ambitions et les conceptions de ces pays pour développer la Santé Mentale dans leurs propres structures se situent plutôt du côté du modèle occidental.

- Retenons-là qu'il n'est pas fait mention des enfants, encore moins des bébés et de leurs mères. Or il se trouve que dans les camps, sur la route de l'exil, puis en France, des enfants naissent, des mères accouchent, des familles s'agrandissent et d'autres se décomplètent au gré des parcours, des pertes, des deuils.
- Revenons aux 1000 premiers jours !

Les 1000 premiers jours

Les premières périodes de la vie, depuis l'environnement péri-conceptionnel et la grossesse, jusqu'à la fin de la première enfance (les « 1000 premiers jours », selon le motto adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), élargi plus récemment à l'adolescence, constituent une fenêtre unique de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes qu'il soit nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie créent des marques sur le génome, programmant la santé et le risque futur de maladie d'un individu pour la vie.

Pour signaler d'emblée que de nombreuses études concernent les enfants et les bébés pris dans les guerres, les catastrophes, des situations de violence extrême. Ces études comportent souvent une prise en compte des traces neurobiologiques du psycho trauma et décrivent les effets développementaux des traumas précoces. On s'intéresse de plus en plus aux modalités de [transmission traumatique](#) entre les membres d'une même famille, en particulier entre mères et enfants. Des spécialistes de ces questions, reconnus par leurs pairs, y compris à l'international, cherchent, publient en France. Citons la Professeure Marie-Rose Moro, le Professeur Thierry Baubet, la Docteure Lisa Ouss-Ryngaert et tant d'autres.

Certes, la reconnaissance du [psycho trauma chez l'enfant](#) est relativement récente. Les travaux de Lenore Terr, de l'Université du Michigan, sont connus depuis la fin des années soixante-dix. Mais des études plus transversales, associant différentes spécialités intéressées au premier développement, depuis la conception jusqu'aux 2 ans de l'enfant ont été nécessaires pour élargir le focus « psycho-trauma » à d'autres aspects de la santé mentale et de la santé physique lors des guerres, des soumissions du bébé à la violence, aux abus et aux maltraitances, à la dénutrition etc.

Pour trouver, dans des termes accessibles, un état des lieux du développement précoce des enfants et des effets de différentes agressions auxquelles il doit faire face, on pourra se référer au [National Scientific Council on the Developing Child](#) et aux publications de cette task force par les meilleurs spécialistes du Council, [publications de Harvard University](#). Sont abordés :

WORKING PAPER SERIES:

- [Working Paper 1: Young Children Develop in an Environment of Relationships](#) (2004).

Les petits enfants se développent dans un **bain relationnel**. C'est d'abord l'environnement familial, puis, d'autres personnes prenant soin de lui. Le processus développemental se fait à travers des échanges relationnels avec les adultes, les enfants plus grands, l'enfant peut initier ces échanges et doit alors trouver une réponse.

- [Working Paper 2 : Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brain](#) (2004)

Le développement émotionnel des enfants se construit dans **l'architecture-même de leur cerveau**. En fait, les développements des capacités cognitives, émotionnelles et sociales sont liés de façon inextricable et l'on peut dire que, durant la vie entière, les

apprentissages, les comportements et à la fois la santé mentale et la santé physique sont en étroite relation.

- *Working Paper 3* : Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain (2005, updated 2014)

Un **stress important** modifie l'architecture de leur cerveau en développement. Ce que l'on nomme le « **stress toxique** » peut avoir des effets délétères sur l'apprentissage, les comportements et la santé. L'activation continue des réponses aux stressés, lorsqu'il y a des conditions de vie très dégradées, une adversité plurifactorielle telle qu'une pauvreté et une précarité extrêmes, des négligences répétées, des abus physiques, émotionnels ou sexuels de l'enfant, l'utilisation d'alcool ou/et de substances par la mère peuvent conduire à des maladies ou des déficits tout au long de la vie.

- *Working Paper 4*: Early Exposure to Toxic Substances Damages Brain Architecture (2006)

Une exposition précoce à des **substances toxiques** endommage l'architecture cérébrale.

- *Working Paper 5*: The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture (2007)

Le **séquençage et la qualité des expériences précoces** participent à former, tracer l'architecture cérébrale. Les gènes fournissent les instructions de base, mais les expériences laissent une « signature » chimique agissant sur l'expression des gènes, déterminant quand et comment cette expression génique s'effectue. Cette plasticité cérébrale (et donc la capacité à modifier notre personnalité) diminue avec l'âge mais ne disparaît pas. Il est clair qu'agir pour que le premier développement se passe bien est plus efficace et moins coûteux, pour les individus et leur communauté que d'essayer de le réparer par la suite.

- *Working Paper 6* : Establishing a Level Foundation for Life : Mental Health Begins in Early Childhood (2008, updated 2012)

Ces éléments pré-cités, en établissant un niveau initial pour la vie psychique font que **la santé mentale commence dans la première enfance**.

- *Working Paper 7*: [produced by the National Forum on Early Childhood Policy and Programs] Workforce Development, Welfare Reform, and Child Well-Being (2008)

- *Working Paper 8* : Maternal Depression Can Undermine the Development of Young Children (2009)

La dépression chez la mère peut compromettre le développement de son bébé. De nombreuses études ont documenté cette question.

- *Working Paper 9* : Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development (2010)

Une/des peur (s) et une/des angoisse(s) sur le long terme peuvent affecter les apprentissages et le développement des enfants.

- *Working Paper 10* : Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development (2010)

Les expériences précoces peuvent altérer l'expression des gènes (épigénétique) et affecter le développement dans le long-terme.

- *Working Paper 11* : Building the Brain's "Air Traffic Control" System : How Early Experiences Shape the Development of Executive Function (2011)

Il se construit une sorte de contrôle (comme une tour de contrôle du trafic aérien) qui permet de contrôler nos impulsions, effectuer plusieurs activités simultanées, faire des plans, maintenir son attention et son niveau de vigilance etc. Ces capacités (life skills) forment un ensemble qui correspond aux fonctions exécutives. Les expériences précoces modèlent le développement de ces fonctions exécutives.

- *Working Paper 12* : The Science of Neglect : The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain (2012)

Il s'est développée une science de ce que sont les carences. Ainsi, l'absence permanente de soins ajustés peut perturber le développement cérébral de l'enfant.

- *The Science of Early Childhood Development* : Closing the Gap Between What We Know and What We Do (2007)

L'approche scientifique du développement dans la petite enfance permet de combler le gap entre ce que l'on sait et ce que l'on fait, concernant les bébés.

- *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy* : Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children (2007) Ces connaissances permettent de conduire un cadre basé sur l'approche scientifique pour définir les politiques de la petite enfance : c'est l'usage de la « preuve » qui permet d'améliorer les apprentissages, les comportements et la santé, notamment chez les enfants vulnérables.

- *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood* (2010)

Les fondements de la santé sont établis, pour la vie entière, au cours de la petite enfance.

Ce groupe de spécialistes de la petite enfance, des sciences du développement, de la pédiatrie, des neurosciences et des relations intrafamiliales et mère-bébé, sous l'égide de Harvard University, ont donc produit des bases auxquelles se référer, et qui relèvent d'un consensus entre experts. On ne peut que constater que ces bases servent en partie à l'établissement du document OMS sur les 1000 premiers jours.

A partir de ces travaux, on peut aussi avancer que **les enfants de migrants**, les plus petits, les bébés et leurs mères sont particulièrement concernés par ces connaissances consensuelles et sont donc les premiers dont devrait s'occuper la Santé, dans ses tâches de prévention, de diagnostic et de traitement. Peurs, dépressions maternelles, insécurité familiale du fait des démarches administratives qui ne débouchent pas, des conditions de vie en grande précarité qui compliquent et altèrent les soins aux petits, les mettant en situations de carence, de négligence, les expériences précoces désastreuses qu'ils ont à vivre, tout cela constitue un fardeau trop lourd pour ces enfants et leurs familles. Les ESPT chez certains petits, ou chez leurs mères, rajoutent à ce fardeau de façon spécifique.

Ces situations relèvent de qui : du Ministère de la Santé ? Du Ministère de l'Intérieur ? Bien sûr, les Associations sont attentives à tout cela mais on peut dire qu'il y a pour le moins une **certaine négligence, carence de l'État** pour ces petits enfants qui vivent-là les expériences qui feront la base de leur vie future et de leur santé actuelle. En plus, ils représentent, pour reprendre

les termes de François Héran (François Héran : *Avec l'Immigration, mesurer, débattre, agir* (2017) Éditions La Découverte), les sujets de situations pour lesquelles « *être pour ou contre l'immigration n'a pas plus de sens, en effet, que de se prononcer pour ou contre le vieillissement (...)* ». Ils n'ont pas exprimé leur souhait de venir en France pour une vie meilleure, ils ne fuient pas la guerre car trop petits pour en discerner les significations et les conséquences, ils ne cherchent pas du travail ! Ils vivent simplement un présent précaire qui leur rend difficile de stabiliser leur niveau de conscience, d'avoir des rythmes de sommeil et de nourriture réguliers, de ressentir des peurs, des angoisses, des affects négatifs qui proviennent peut-être d'eux-mêmes, ou de leur maman, ou d'autres personnes de l'entourage, qu'ils ne peuvent pas commencer à construire une **anticipation**, qu'ils n'ont prise sur rien et ne peuvent expérimenter leur toute-puissance et la désillusion par lesquelles passent les bébés. Des cris et des bruits forts, des silences, le besoin d'être pris dans les bras d'une mère recroquevillée et qui pleure et se balance...

Dans la vignette clinique proposée, tous les ingrédients sont réunis pour que l'aînée, à partir d'un premier développement (et d'une grossesse) vécus dans la grande précarité développe dans sa vie future des conséquences graves de cette **détresse première**. Malgré des certificats qui font état de cette situation, aucun compte ne sera tenu de la fillette, ni de sa sœur. Celle-ci va grandir dans le même cadre familial, marqué profondément, dans ses fonctionnements de retournement sur soi, de la peur et de la dépression chronique de la mère, des difficultés post-traumatiques du père, par les événements vécus dans leur pays d'origine. Cela nous conduit par ailleurs à noter deux aspects qui sont des points aveugles de l'évaluation par l'OFII :

- *Le premier* est la méconnaissance des manifestations culturelles de l'ESPT et des autres états que l'on qualifiera de « détresse ». Il est bien relevé que « l'évaluation se doit de reposer avant tout sur la clinique médicale, sur des outils objectifs, quantitatifs et écologiques, et non sur l'émotion ou le militantisme. ». Prenons l'adjectif « écologique » pour une allusion au contexte culturel, d'autant qu'ensuite est proposé le soin par une approche communautaire et les Programmes psychosociaux, ce qui permettrait à l'étranger malade d'être « soigné » dans sa langue. (Rapport OFII). La relation de l'étranger vis-à-vis de sa culture est complexe, d'autant que cette culture n'est pas identifiable à elle-même, elle est ouverte : il y a une forme de continuité entre les cultures. Tout cela a été documenté de façon minutieuse et fait l'objet de multiples publications, nous citerons ici l'école de la Professeure Marie-Rose Moro, la Professeure Cécile Rousseau à Montréal et les chercheurs en anthropologie de l'Université McGill et beaucoup d'autres. De toute façon, les étrangers ne répondent pas à des manipulations qui consisterait à les tremper dans une culture, puis dans une autre où ils seraient comme des poissons dans l'eau et on voit là une réification des termes de culture, de communauté, et bien sûr de langue. Dans l'histoire relatée plus haut, replonger dans le pays d'origine, se serait comme s'immerger dans un bain de sang, retrouver une « eau » où se sont des tueurs qui nagent et non des programmes psychosociaux. Il existe un **agenda des soins** aux étrangers qui n'est pas pris en compte.

- *Le second* est que les membres de la famille, complétée ou décomplétée constituent une nouvelle forme d'unité essentielle pour les bébés et petits enfants, nous venons de le voir, mais aussi pour les enfants plus âgés, les adolescents, les adultes et les plus âgés restés au pays. Lors des guerres, des violences communautaires, d'État, liées aux mafias, les familles sont très souvent affectées, décomplétées. Les contraintes administratives du pays d'accueil vont aggraver ces séparations, ces pertes. Nous l'avons vu, par la diminution du regroupement familial. Par les femmes venues seules. Par les pères isolés, avec parfois un enfant. Par les morts dans le pays d'origine, ceux donc qui souffrent de troubles de santé, incluant la santé mentale. Par les noyades en Méditerranée. Ceux restés au pays peuvent être menacés, tomber malades,

mourir. Or, l'administration envisage les individus un par un, les enfants ne peuvent justifier que rarement de leur propre état de santé pour obtenir le séjour pour leurs parents, et donc les bébés... passent à l'as !

ESPT chez les Bébés

A plusieurs occasions, j'ai reçu des bébés ou des nourrissons qui présentaient un ESPT :

Un couple avec une fillette de 20 mois. La fillette hurle dans les bras de sa mère, qui semble amorphe. Le père, très maigre, les yeux injectés, tourne en rond dans mon cabinet. La mère est professeur de français dans son pays d'origine, elle peut donc me raconter ce qui s'est passé. Sans entrer dans les détails, une scène traumatogène est décrite : dans la maison des parents de Monsieur, des miliciens envoyés par le gouvernement pénètrent, veulent emmener le père de Monsieur. Il crie pour défendre son père, la fillette est présente et hurle. Le père de Monsieur est tué de balles dans la tête.

Au cours de la consultation, la fillette et le père revivent (reviviscence avec dissociation chez le père qui ne sait plus où il se trouve) la même expérience traumatique. Il faudra trois semaines pour que le père parvienne à se calmer, ce qui amène secondairement un apaisement chez la fillette.

Je n'ai vu aucune trace de tels états dans le rapport de l'OFII. Pour bien comprendre ce dont il s'agit, je propose souvent une référence concernant une fillette de 1 an au moment du traumatisme et qui sera suivie sur plusieurs années par des spécialistes du développement, du trauma, de la mémoire, de la pédiatrie.

Gaensbauer T., Chatoor I., Drell M., Siegel S., Zeanah C. (1995): Traumatic Loss in a One-year-old Girl: J. Am. Aca. Child Adolesc. Psychiatry ; 34 (4) : 520-528.

A tous ces enfants, il faudrait ajouter ces femmes portant leur grossesse dans un désarroi quotidien, parfois (souvent) victimes de viol à un moment ou l'autre de leurs parcours. Que ce soit dans l'exil, dans les camps de Réfugiés ou en France, ces femmes et ces enfants doivent faire face, toujours couplés, au **trauma** et à la **précarité**. Chaque fois, la violence et la privation qui les frappent sont multipliées par dix si ce sont des violences et des privations **intentionnelles**.

-Workshop Report (2011): *Children affected by armed conflict and other situations of violence* Geneva, 14-16 March 2011. ICRC.

-Myles Blank, MD, FRCPC (2007): *Posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschoolers ; Play therapy, psychoeducation, and family support are key when trauma affects children in the preverbal and early verbal years.* BC Medical Journal Vol. 49 N°3, April 2007

-Brechtje Kalksma-Van Lith (2007): *Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state-of-the-art*, In *Intervention* 2007, Volume 5, Number 1, Page 3 - 17

-Roberto Lewis-Fernandez (Columbia University, New York State Psychiatric Institute); Laurence J. Kirmayer (McGill University) (2019) : *Cultural concepts of distress and psychiatric disorders. Understanding symptom experience and expression in context.* *Transcultural Psychiatry* 2019, Vol. 56(4): 786–803

-Allan n. Schore (2001) : *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health*; *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22(1–2), 7–66 (2001)

-Didier Fassin, Estelle d'Halluin (2009): *Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies* in *Ethos* · February 2009

-Jack p. Shonkoff, Andrew s. Garner and the committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on

- Developmental and Behavioral Pediatrics (2011): *The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress*; Pediatrics; originally published online December 26, 2011.
- L.J. Kirmayer et al. (eds.), *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, 21 International and Cultural Psychology
- M Fazel, A Stein (2002):*The mental health of refugee children*; Archives of Disease in Childhood · December 2002
- Maïtena Armagnague-Roucher (2018) : *Enfants et jeunes migrants à l'école de la République : une scolarité sous tension*, In École et migration, vol. 34 n°4 | 2018
- Marie-Laure Cadart (2004) : *La vulnérabilité des mères seules en situation de migration* ; Dialogue 2004/1 (n° 163), : 60 -71 Éditions Erès
- Mark Nichter (2010): *Idioms of Distress Revisited*; Cult. Med. Psychiatry (2010) 34: 401–416
- Sharon Abramowitz (2010): *Trauma and Humanitarian Translation in Liberia : The Tale of Open Mole* in Culture Medicine and Psychiatry · June 2010

Laure Wolmark, psychologue clinicienne, chargée de recherche, Crash, Médecins sans frontières, Non Lieux de l'exil)

Le retentissement psychique des situations d'exil et de traumatismes multiples sur les enfants et leurs familles

Je pense à cet égard que cet aspect est méconnu.

Au Comede, (où j'ai exercé plusieurs années) nous avions connaissance de parents malades avec enfants en France, principalement des mères isolées et lors des permanences téléphoniques-santé mentale, des parents qui appelaient pour savoir quoi faire, notamment avec des enfants souffrant de troubles autistiques.

En même temps, c'est très important de connaître assez bien la procédure, parce que ce qui se joue psychiquement est indissociable d'un **ensemble administrativo-juridique qui d'une certaine manière, colonise le psychisme.**

Comment le politique a des effets sur la santé psychique des parents, et sur les enfants par ricochets, mais aussi directement. (Un grand merci à Karine Crochet du Comede qui, de Guyane m'a fait un briefing express très efficace sur la procédure DASEM « accompagnant d'enfants malades ».) Mais je pense aussi qu'il est important de ne pas en faire seulement une question de *spécialiste des enfants exilés*, ce qui contribuerait à accentuer la différence entre ces enfants et les autres.

Revenons à la question du retentissement psychique des situations d'exil et de traumatismes multiples sur les enfants et leurs familles. Immense question qui se pose sur plusieurs échelles temporelles :

Ici et maintenant : c'est de cela dont on va parler. Il ne s'agit pas d'attendre que l'exclusion ou les violences liées à l'exil affectent durablement et/ou gravement la santé mentale des enfants pour s'en préoccuper. Certains des enfants sont, ici et maintenant, déjà dans l'après-coup de violences dont ils ont pu être témoins ou victimes, et qui ont été à l'origine du départ du pays d'origine.

Mais dans la prise en charge psy/en santé mentale des enfants, il y a toujours une double, voire une triple dimension : soigner les symptômes qui créent de la souffrance maintenant, prévenir les effets que des conditions d'existence inadaptées ou adverses pourraient avoir pour le

développement ultérieur, éviter que des symptômes précoces empêchent ou retardent des apprentissages importants. Dans ces dimensions, qu'on pourrait dire de prévention, il faut inclure non seulement les soins aux enfants, mais aussi les soins psychiques des parents, parce que leur état psychique a des incidences sur celui des enfants.

Au sujet de la manière dont la santé mentale des parents influe sur celle des enfants, on est sur une ligne de crête très fine ; il faut pouvoir penser le lien entre santé psychique des parents et des enfants (dans les deux sens) sans blâmer l'un ou l'autre. Et là je dirai qu'on peut suivre une ligne descendante, qui va des parents aux enfants, mais aussi ascendante qui va des enfants aux parents : en effet, avoir un enfant souffrant d'une pathologie psychique grave n'est pas sans effet psychique pour les parents (cf. *Le miroir brisé* de Simone Korff-Sausse, Calmann-Lévy, 1996).

Il y a même une autre dimension temporelle, qui est du registre de la transmission intergénérationnelle inconsciente du trauma et des effets de l'exil : celle-ci se saisit plus tard encore, à l'âge adulte, voire chez les enfants des enfants d'exilés. (*Le Traumatisme en héritage*, Helen Epstein, 2006).

En terme méthodologique et du point de vue psychodynamique, je pense que c'est à partir de ce cadre théorique très large qu'on peut réfléchir aux enjeux psychiques du DASEM « accompagnant enfant malade », en précisant comment les politiques migratoires aujourd'hui, dans leur complexité et leur restrictivité, ont des implications sociales et psychiques sur la vie des familles. Il y faut une attention aux détails de la loi et du droit, à la réalité sociale, mais en gardant une toute petite distance, un tout petit écart, qui est celui dans lequel je crois nous travaillons avec nos patientes et patients – parfois on travaille justement à le faire exister –, pour que la vie psychique ne soit pas réduite à ces réalités très dures.

La nécessité absolue de protéger les enfants : par le soin notamment et par aussi leurs parents dans la perspective d'une parentalité entourée.

Il nous faut prêter attention aux dispositifs de contrôle : on sait à quel point la catégorie de soutien à la parentalité comme catégorie de l'action publique peut être ambiguë, entre soutien et contrôle normatif – notamment parce qu'elle vise surtout la parentalité de personnes pauvres et/ou perçues comme étrangères. ([La parentalité des exilés est facilement soupçonnée, comme celle des pauvres en général.](#))

La plupart des parents, malgré l'attente d'un titre de séjour qui pourrait permettre de se stabiliser et de vivre avec des ressources suffisantes remplissent tout à fait leur mission de protection, d'éducation et de soins aux enfants.

D'autre part, je voudrais souligner que les parents dont on parle, sont le plus souvent des mères, voire des mères isolées. C'est elles qui ont le plus souvent la charge des rendez-vous médicaux et du suivi (psy) des enfants (Carole Brugeilles, Pascal Sebille, Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires, Dans *Informations sociales* 2013/2 (n° 176), pages

24 à 30 et Clara Champagne Anne Solaz *Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ?* *Economie et Statistique* Année 2015 478-480 pp. 209-242)

Elles sont aussi beaucoup plus nombreuses à avoir migré seules avec un ou des enfants, et/ ou à les élever seule en exil (En population générale, la majorité des familles monoparentales sont composées d'une mère et de ses enfants (83% pour l'ensemble de la France, 84% pour l'Ile-de-France d'après le recensement de la population de 2011). Au sein des familles monoparentales sans logement, les mères sont encore plus présentes (97,7% des parents de familles monoparentales sont des femmes). Etude de l'observatoire du samu social, 2016 : famille monoparentale et précarité). 90,9% des parents interrogés sont étrangers).

Ces précisions étant faites, il faut souligner l'importance d'une parentalité entourée par le social, là où les parents exilés manquent souvent d'un groupe familial sur lequel s'appuyer ici, même s'ils peuvent être en lien avec la famille au pays. Une parentalité entourée, ce serait aussi avoir la possibilité de faire garder son enfant pour travailler, se soigner etc. (enquête DSAFHIR de l'observatoire du SAU social : difficultés d'accès aux soins .

Sur la nécessité de protéger les enfants et d'agir dans l'intérêt de l'enfant, ce qui importe, dans cette affaire de DASEM, en premier lieu, c'est qu'il puisse être soigné. Or là encore, le statut administratif des parents compte, plus qu'on ne le croit (exclusion du panier de soins de l'AME : ME + ITEP + Institut d'éducation motrice+ Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés + Institut pour déficients auditifs + Institut déficients visuels + CMPP +Bureau d'aide psychologique universitaire + Service d'accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire + Etablissements expérimentaux+ ESAT (ex CAT))

Ce qui compte aussi est la possibilité d'avoir un interprète, de s'entretenir avec des personnes pouvant se représenter le poids de l'exil et des violences sur la santé, et à même s'il le faut de s'engager avec les enfants et leurs parents dans la procédure DASEM.

Le retentissement social et psychique des refus des DASEM des parents sur la situation des familles et des enfants

On peut évoquer le refus DASEM aux parents, mais plus généralement parler des enjeux psychiques de la procédure, des refus et même des accords. Ces enjeux subjectifs/psychiques peuvent être de l'ordre de la souffrance, de la douleur psychique, du découragement, de l'aggravation de troubles préexistants, notamment si le refus a pour conséquence de maintenir les parents à la porte de leur exil, « sur la frontière ». Les frontières ce ne sont pas des lignes tracées sur une carte, (cf. Anne-Laure Amilhat-Szary, *Qu'est-ce qu'une frontière aujourd'hui*, PUF, 2015 et Camille Schmoll, *Les damnées de la mer*, Ed. La Découverte, 2020) mais elles départissent un eux et nous, un dehors et un dedans de la protection, de la citoyenneté, de l'accès aux droits. On peut être arrivé sur le territoire dans lequel on a cherché un asile, et toujours vivre sur la frontière. Bien sûr c'est d'autant plus vrai pour les personnes retenues en CRA (Centre de Rétention Administrative), en ZA (Zone d'Attente), ou assignée à résidence, mais peut-être plus généralement, les personnes qu'on pourrait dire empêchées d'exil (voir Alice Cherki), à qui on ne permet pas de vivre en exil/leur exil, les personnes donc sans droit au séjour, ou en discontinuité ou attente de droit au séjour.

Mais quand le DASEM est pour les soins de l'enfant, il modifie l'équilibre, en bien et en mal, de la relation à trois termes : parents, enfants, maladie. On passe de parent d'un enfant malade, à parent d'un enfant qui a une maladie, celle-ci étant isolée et objectivée pour les besoins de la procédure.

Ce qui peut être rapproché de ce que j'avais pu entendre et observer chez mes patients adultes qui avaient demandé un titre de séjour pour soins. J'avais le sentiment que d'une certaine manière, **la procédure les mettaient à distance de la maladie**, qui finissait par ne plus leur appartenir totalement – un peu à la manière dont pour certain·e·s demandeur·se·s d'asile

finissent par se détacher de leur récit. Cela pouvait être positif, un peu comme parfois connaître son diagnostic rassure, ou pose quelque chose, ou cela pouvait aussi geler l'élaboration, en faisant du trouble un objet externe.

Comment la demande d'un Titre de Séjour pour soins, et l'accord ou le refus modifient la représentation de son propre trouble ou celui de son enfant ? Je pense par exemple aux hypothèses de psychanalystes sur la blessure narcissique pour les parents liés au fait d'avoir un enfant handicapé (Simone-Korf-Sausse et Simeng Wang : séminaire RFAS, <https://www.publisocial.fr/compte-rendu-de-la-premiere-seance-du-seminaire-migrations-et-sante/>). Est-ce que la procédure modifie ce rapport ? Qu'est-ce que le refus ou l'accord change : est-ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire que d'un coup sa maladie acquière une certaine valeur qui renarcissiserait l'enfant et les parents ?

Les effets aussi sur les soignants qui s'en occupent : témoignages de l'instabilité en termes d'hébergement, de scolarisation et de soins des enfants. Effets d'impuissance

Même si les blessures que nous nous faisons ne sont pas les mêmes, nous avons en commun de nous cogner sur la frontière de l'administration.
Empêchement d'exil, et empêchement de l'aide.

Frédérique Fogel, anthropologue, ICM, CNRS, autrice de Parenté sans papier, Ed.Depaysage, 2019

Je partage quelques données ethnographiques concernant des situations parentales autour d'un enfant malade, et la possibilité (ou non) pour les parents d'accéder au séjour pour ce motif.

Une mère malienne sans papiers, élevant seule son fils né en France, exprime son désarroi devant le diagnostic psychiatrique posé sur son enfant, qu'elle ressent comme une assignation discriminatoire, liée à « la folie ». Et devant les effets de ce diagnostic : elle l'accompagne d'un rdv à l'autre, du psychologue à l'orthophoniste ; elle est en position de demander l'accès au séjour en tant que « parent d'enfant malade ». Mais elle refuse ce statut et se bat pour que son fils soit scolarisé « normalement ». Entre deux « crises », l'enfant va à l'école, à temps partiel, à temps plein. Au bout de trois années d'une scolarisation chaotique dans plusieurs établissements (école maternelle, « école à la maison », école primaire...), les trois certificats de scolarité sont réunis, la mère peut accéder au séjour selon la circulaire Valls, au motif de la Vie Privée et Familiale.

Obtenir un titre de séjour dans ces conditions, c'est à la fois une stabilisation dans une vie agitée, et un court répit dans un parcours administratif encore précaire, puisque le titre est « provisoire » (comme tous les titres). Les années suivantes, l'enfant continue ses allers et retours auprès de psys dans des centres différents, et sa scolarité dans des classes spécialisées. Sa mère ne perd pas l'objectif qu'il intègre un cursus ordinaire ; il lui montre qu'il est bien comme ça. Quand il atteint sa treizième année, sa mère demande pour lui la nationalité française. Maintenant, il est majeur. Sa mère a obtenu, depuis quelques années, le titre de résidente, en tant que mère d'enfant français.

De nombreux autres cas montrent différentes facettes de la réticence des parents à « dépendre » de leurs enfants pour leur propre accès au séjour. S'il est acceptable et même quelques fois assez « flatteur » d'être reconnu comme « parent d'enfant français », et « normal », c'est-à-dire conforme à la loi, aux obligations parentales, « signe d'intégration », d'être un parent responsable qui scolarise ses enfants (circulaire Valls, « parent d'enfant scolarisé »), il est

beaucoup plus difficile d'être « parent d'enfant malade », reconnu dans sa relation de parenté au fondement de la maladie, cela d'autant plus si la maladie est d'ordre psychiatrique. Et en particulier lorsque le traumatisme est issu d'une situation où le fils a subi des violences à la place de son père, ce « malheur » du fils ne peut pas être accepté comme l'argument de la régularisation. Pour de nombreux parents, le diagnostic psychiatrique rend encore plus concrètes que le quotidien, des formes d'exclusion, de discrimination, de racialisation. C'est la situation la plus compliquée quand le système juridique et administratif inverse le sens ordinaire des relations entre les générations, celui où « les parents font tout pour les enfants, pas l'inverse ».

Quelques mots de conclusion

La souffrance psychique est largement ignorée et déniée chez les exilés et leurs enfants. Les refus de DASEM psy des médecins de l'OFII aggravent ce déni et l'invisibilisation des plus fragiles. Citons les situations où il n'y a aucune protection : celles des femmes victimes de viol (tout au long de leur vie et sur les routes migratoires) et celles des enfants victimes de traumatismes directs ou indirects tout au long de leur vie.

L'état désorganise les liens familiaux des personnes exilées et les procédures de DASEM psy relaient cette désorganisation : soit en mettant dans de grandes difficultés des parents souffrants non admis à un séjour pour soins, et mal soutenus dans leurs parentalités soit en offrant des séjours pour soin à des enfants exilés, inversant « le sens ordinaire des relations entre les générations, celui où les parents font tout pour les enfants ».

Les soignants de plus font face aux pénuries de soins psychiatriques possibles en plus des carences en accompagnement social des exilés. Ceci rend toute coordination des soins très compliquée et chronophage, aggravant le découragement des soignants dans leurs missions de soin.

- Discussion

Francis Remark :

Refus du sens vécu du trauma, parlent que du trauma accidentel et non intentionnel

Gros délitement des ressources humaines, qui est important pour les enfants. Bcp de travail de téléphone et de mails face aux écoles qui ont moins de moyens. Ce qu'on fait subir aux enfants de migrants, on le fait subir aux enfants plus généralement.

Pb que les enfants ne doivent pas pleurer ou crier en hôtel pour ne pas gêner l'hôtelier, toute une logistique très compliquée. Enfants qui déménagent 20 fois par an, font le devoir sur le lit des parents. Q° des écrans qui font partie de ce qu'ils peuvent faire quand sont entourés

Vers une alliance des mobilisations pour le droit au séjour pour soins

- Modération : Adeline Toullier (juriste)

Voir ce droit à l'aune des attaques dont il a fait l'objet et des outils de défense pour empêcher que ça devienne une fiction. Le plaidoyer c'est l'idée de jouer sur l'influence sur les décideur·ses publiques, on y arrive plus ou moins bien « **et au regard de l'histoire du droit au séjour, on y arrive de moins en moins bien** »

Revenir sur le rôle du VIH dans la mise en place du DASEM : en quoi a-t-il servi de moteur et quel héritage on peut en faire aujourd'hui pour comprendre les rapports entre les pathologies.

- François Émery (militant de la lutte contre le VIH et du droit des étrangers)

Asso de LCS osaient attaquer directement. Président d'Act Up-Paris « c'est quoi ce pays de merde ». Pas une création pure et originale de la LCS mais concomitance de bcp d'acteurs, qui reflètent la pluralité des intérêts à agir. Ex de l'ODSE.

- Matthias Thibault (Cimade)

Alliance inédite entre asso VIH et acteurs du droit humanitaire. Occupation de tarmac, actions forte visibilité médiatique + **recours contentieux (1994) qui a donné lieu à la décision du conseil d'Etat qui est le prélude des lois de 1997-1998**. Rapport de force, coalition d'acteurs, répertoires d'actions, usage d'un langage et d'une rhétorique d'action publique.

Complémentarité entre membres qui partagent des propriétés sociales avec des ministères (partage culture admin, pied dans la porte) et des personnes directement concernées qui se dégage d'une rhétorique de santé publique relative à l'égalité des chances

Alliance de classe qui permet de faire advenir cette mobilisation

7 mars 2016 « **traumatisme pour nous** », 5 janvier 2017 annexe deux fixe précisions pour certaines pathologies, pour les pays émergents, campagnes d'accès rétroviraux pas effectifs et donner titre de séjour aux séropo : clause de garantie, un peu énervement d'être les seuls, « on vit dans deux mondes parallèles quand on parle du VIH et du reste, qui crée une dissonance totale », patho qui sont déjà à l'étape d'après

Existe-t-il encore une exception VIH et le VIH doit-il encore tenir ce rôle de moteur ? Effet d'effritement sur les derniers résultats (2020). Leschi ne se cache pas des attaques qu'il porte, « obsolète et peu précise »

Sur la question plus normative en termes de stratégies, héritage historique, culture de la mobilisation, de l'action publique et collective (héritage Act Up et Aides qui sont des locomotives) et **héritage de la place des personnes concernées dans les combats**, héritage de la conférence de Denver « rien pour nous, sans nous », enjeu de la place des personnes concernées pour la défense du Dasem peut être portée par les personnes VIH.

François :

Oui et non, question de la professionnalisation et de la marginalisation des personnes dans leurs propres luttes. On ne sera jms au même niveau d'investissement, ODSE : personnes non blanches peu présentes. **ODSE comme pas vraiment un outil de lutte mais outil de formation et de partage de savoirs.**

Leschi : directeur d'un établissement public qui s'autorise à prendre la parole, loi qui fixe le cadre des fonctionnements des établissements publics.

OFII établissement public qui a un engagement militant, stratégies de communication et outils qui sont importants. ODSE qui défend des positions de droit public, de droits fondamentaux, avec de l'expertise et de la recherche et en face, on a un exécuter des politiques publiques qui devient militant. Stratégie de com offensive de l'OFII. Pas de stratégie de réponse établie.

Matthias :

Fonctionnement de l'ODSE, limites et forces

Fusion de deux types de collectifs constitués dans les 90s, en faveur du Dasem et en faveur de la mise en place de la couverture maladie universelle et inclusion des personnes étrangères en situation irrégulière dans la CMU = ont perdu. AME qui a scellé le sort des étrangers exclus de l'universel. ODSE issu et donné comme mission une vigilance. 20 ans après, fortes attaques.

26 asso qui se réunissent une fois par mois. **Pas une fédé d'asso mais collectif qui se réunit et forces vives qui sont bénévoles et salariées. Mesurer les résultats au regard des forces vives qui s'y investissent.**

Expertise juridique et constats de terrains, juristes, asso de TS, permet dialogue et réactivité face à des pratiques dysfonctionnelles.

Sert à la prod de plaidoyer, d'expertises (notes ministérielles), montre obstacles à chaque étape du Dasem, CP pour dénoncer attaques législatives. Obj de l'ODSE n'est pas d'avoir pignon sur rue.

Faiblesse : plaidoyer de défense, manque des stratégies de fond sur cmt on défend un Dasem. Positions des asso qui sont tributaires de formes de racisme structurel.

Entraves progressivement apparues sur le Dasem. Complexification accrue, dématérialisation, considérations d'ordre public qui l'emporte. Pathologies et individualisation au cas par cas des situations.

- Lucile Abassade (avocate, ADDE)

De plus en plus complexe ne serait-ce que de déposer une demande, commencé covid plus d'accès aux pref, effets catastrophiques de l'absence de régularisation.

Pas facile d'avoir une stratégie à long terme face à l'ingéniosité des attaques qui viennent de partout et même d'acteur-rices qu'on ne connaissait pas. On essaie de faire des choses politiquement correctes (formation au barreau de Bobigny). « J'ai du mal à endosser le mot stratégie et sa superbe »

Demande de rdv pour déposer – vous voyez le délire ? – pour déposer une demande. Conséquences dramatiques. Quelles alliances pour faire face à tous les obstacles administratifs ?

Matthias :

L'instrumentalisation croissante de la notion de menace à l'ordre public : de plus en plus utilisée pour contourner les mécanismes de protection (pour les personnes étrangères malades et ntmt atteintes de troubles psy) : invocation risque de trouble à l'ordre public. Peu de prise sur cette notion de menace à l'ordre public et instrumentalisation qui permet de contourner les formes de protection. Pas les seuls, réflexion en termes de coalitions d'acteur-rices. Vient toucher toutes les personnes indésirables (TDS, toxico, migrants).

Lucile :

Revient sur le cas d'une personne qui a fait une demande d'asile : CNDA qd a refusé au motif qu'il avait des troubles psy et qu'il pourrait « potentiellement » devenir dangereux. Glissement très grave entre étranger et délinquance, qui peut atteindre des acteurs de la justice. **Face à une sape médiatique du discours, nos discours très raisonnables et rationnels paraissent marginaux.**

François :

Interroge la qualité de l'État de droit dans lequel nous vivons

Dasem droit arbitraire. Bispo comme banque de données toujours pas « dispo ». Factures de fiches pays d'un cabinet de conseil

Médiapart : « les étrangers malades ça n'intéresse pas bcp de personnes en France », histoire de cabinets de conseil qui a permis que l'article sorte. Rien depuis. Établissement public qui a un arrêté cadre sur comment va se dérouler la procédure. Pas de réponses face aux glissements de l'état de droit.

« Et Matthias va nous trouver plein de réponses »

Adeline « on s'est dit lqu'on allait finir sur une note positive, on a une véritable boîte à outil pour vous sortir du marasme », le VIH ça marche plus, les médias ça marche plus, l'opinion non plus. Brice Hortefeux disait « le sida, c'est pratique », et bah les pathologies psy, c'est pas

pratique. On ferme l'accès au Dasem sur les critères de santé (psy c'est bizarre, on simule) et on ferme aussi par l'argument de l'ordre public, personnes malades psy se heurtent à cette double lame d'entrave. « Il ne faut pas renoncer », comment à travers l'expérience d'autres pathologies, il faut s'unir pour faire des nouvelles coalitions.

Matthias :

Sociologie de l'action publique « malades expulsés, malades assassinés », on est passé à « nous n'avons plus les moyens d'être humains » (restrictions éco et vague de xénophobie), arg des coûts des EM. **Quel va être le nouveau paradigme et référentiel qui va cristalliser des acteur·rices. « La santé pour toutes et tous universaliste »** vs OFII militante.

ODSE : un nouveau courrier pour tenter de dénoncer les ingérences du ministère de l'Intérieur. Consolider les alliances entre recherche et militantisme, asso et soignant·es face aux formes de suspicions de parte et d'autre.

Trouver la place des personnes concernées

Lucille :

Le contentieux dans les répertoires d'action : ADDE fait des « interventions volontaires ».

Actuellement en débat un contentieux concernant l'avis médical de l'OFII qui est « collégial » : est-ce qu'il se parle vraiment ? Les médecins n'étant souvent pas réunis physiquement.

Exemple de lutte collective ayant fonctionné : contentieux né de la dématérialisation, collectif « Livre Noir ». Bien que le dispositif d'origine ait été censuré par les tribunaux, la dématérialisation a toutefois perduré et l'accès aux préfectures demeure une gageure. Soutien des médecins qui est vraiment important dans les tribunaux, avocatEs n'ont plus de crédibilité, certif médical bien écrit qui compte. Seul le médecin peut attester de la cicatrice mentale, soignant·es impliqué·es qui font toute la différence. Psychiatre et psychologue qui se sont déplacées à la CNDA : faisait la différence face au juge.

François :

Socle commun de l'ODSE : fusion AME / CMU et retour au min de la Santé de la prérogative. On n'est plus sur le bon paradigme, tant qu'on n'aura pas de réflexion sur les nouveaux paradigmes dans lesquels on exerce nos activités respectives. En défensif, on est très bon (quand attaques)

Matthias :

Arrêté de 2017, sa réactualisation va arriver sur la table, travail collectif ? Lobbying, expertise, action publique

Lucille :

Les débats du droit d'asile à la CNDA ne sont pas retranscrits. Plus d'autre solution pour attester les violences que de lever le t-shirt.

Quand les femmes parlent de violences sexuelles elles font face à un mur.

Conférence finale - grand témoin

- Camille Schmoll (directrice de recherches à l'EHESS, ICM)

Continuum de la violence et de la maltraitance, façon dont on peut soigner quand les plaies sont encore ouvertes, voire ravivées par le contexte de précarité et l'adversité de ce contexte institutionnel. **Q° des temporalités et des contextes de soin, comment instituer un espace de sécurité**

Travail sur la violence des frontières, pas sur la violence subie dans le pays mais façon dont la traversée des frontières instituait de nouvelles violences. Frontières européennes remontent très très loin : externalisation des frontières. **Enjeu de visibiliser, rendre audible les histoires auxquelles on est confronté, les faire connaître, enjeu de reconnaissance des personnes.** Enjeux de lutte pour faire face à ces politiques migratoires.

Manifestations de colère et d'impuissance : soucis de rester humain face à des violences. **Termes forts de gâchis, de catastrophe.** Mot d'abandon, de déni dont sont l'objet les personnes qui auraient besoin d'être reconnues. Paradoxe d'autant plus criant quand on parle de métiers en tension et de besoin de soins vs grande partie de ces femmes qui se retrouvent en Europe du Nord sont extrêmement actives dans le secteur du soin, passent leur temps pour prendre soin de nous, de nos parents et qu'elles n'ont pas la possibilité elles-mêmes, ou de façon extrêmement entravée, de prendre soin d'elles.

Notion « d'horizon migratoire », autonomie des migrations, agentivité des personnes.

Question du récit : lieux de vie comme lieux frontières où restent très longtemps, temps qui s'étire (Kobelinsky 2010) et donc où il y a du temps pour le récit. On sait que le récit de la trajectoire n'a pas bcp d'utilité. Langues qui se délie et on parle bcp des violences, recueil des récits sans savoir ce qu'on allait pouvoir en faire. Enjeu de reconnaissance très fort, besoin de dire les violences qu'on a subies. Pose la question de la transmission, car plus bcp de possibilités de récits dans les trajectoires des femmes. Reproduisent un certain nombre de violences qu'elles ont vécu : se mettent avec des personnes violences. Q° de la circulation des récits : on fait quoi de ces récits ? Chapitre dans le livre *Les damnées de la mer* à partir du récit d'une femme camerounaise : enjeu de ne pas violenter le récit pour ne pas violenter la personne.

Instrumentalisation du genre et des « violences sexo-spécifiques » par les institutions contre les migrations (Frontex qui explique que lutter contre les traversées de frontières c'est lutter contre les violences de genre).

Instrumentalisation misérabiliste des femmes de notre part : la question de l'autonomie qui est très importante.

Enfants qui se sont ressaisis et qui ont compris l'enjeu de l'autonomie des migrations