

DE LA NECÉSSAIRE RECONNAISSANCE DES PATHOLOGIES ET SOUFFRANCES PSYCHIQUES DES EXILÉS

"L'absurde surgit de la confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde".

Albert CAMUS (in Le mythe de Sisyphe)

A) PRESENTATION :

Depuis le 1er janvier 2017, la loi relative au droit des étrangers a confié aux médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) la mission d'organiser et de réaliser l'évaluation médicale des étrangers malades et d'indiquer aux préfets si la demande de la personne est recevable, et ceci en relais de cette tâche auparavant confiée aux médecins des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) puis ensuite des Agences Régionales de Santé (ARS).

Depuis les premiers avis émis par le service médical de l'OFII, et de plus en plus avec l'augmentation du taux des avis défavorables, aussi bien pour les premières demandes que pour les demandes de renouvellement, les médecins psychiatres des patients exilés qui soutiennent ces demandes se trouvent en grande difficulté pour poursuivre les soins psychiques pour lesquels ils se sont engagés, et se trouvent atteints dans leurs fonctions par les effets délétères, parfois graves, que supportent nombre de leurs patients, pour leur santé, et pour leurs situations d'insécurité et/ou d'exclusion sociale.

Avec le peu de communications qu'accepte de fournir le service médical de l'OFII concernant les arguments cliniques de leurs avis, et concernant leurs conceptions et méthodologies de sélection de la clinique psychiatrique, nous avons attendu octobre 2018 pour avoir connaissance du "Rapport au parlement" de l'OFII concernant pour l'année 2017 la "procédure d'admission au séjour pour soins" et être informés des taux de réponses favorables et défavorables selon différents critères, et informés des références cliniques et des soins validés par le service médical de l'OFII.

Avant la publication de ce rapport, des critiques et rappels des besoins de soins somatiques et psychiques ont été communiqués par différentes structures ou institutions : l'association AIDES, le Centre Primo Levi, la CIMADE (Comité inter-mouvements auprès des évacués), le Défenseur des droits, l'ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers), etc.

Le Rapport pour l'année 2017 concernant la « procédure d'admission au séjour pour soin » établit donc que

- L'octroi d'un titre de séjour pour soins a baissé de 39% en 2017.
- Le premier motif des demandes, concentrant plus d'un cinquième de celles-ci, les troubles de la santé mentale et du comportement, est aussi celui qui fait l'objet du refus le plus massif, avec plus de 75% de taux de rejet.
- L'OFII se félicite de ces taux, dû selon lui au résultat de « la lutte contre les fraudes », même si celles-ci ne représentent pourtant que des pourcentages dérisoires des demandes, et au résultat de la rigueur de leurs expertises.
- Le service médical de l'OFII se réfère à une conception particulière concernant les psychotraumatismes, considérant que la validité du diagnostic des ESPT nécessite la prise en compte

que « le critère A (DSM-5) fait référence à une exposition directe à un évènement traumatisant », que « Le traitement de 1er choix repose sur des psychothérapies d'inspiration cognitivocomportementales (TCC) », et que « La priorité est donnée à des thérapies brèves, manualisées, pouvant être adaptées aux cultures locales, susceptibles d'être administrées par des psychologues ou d'autres professionnels formés », et que « Historiquement, le concept de TSPT (« névrose traumatique de guerre ») a, dès son origine, été décrit comme une entité susceptible d'être liée à la recherche de bénéfices par le patient (Ingram 2012 ; Hall 2007)^{92,93}. L'estimation du taux de simulation (« malingering ») va de 1% à 50% selon que les sources proviennent d'études en psychiatrie, de compagnies d'assurance ou des avocats ».

Après la publication de ce rapport, de multiples commentaires et analyses ont eu lieu de la part de structures de soins médicales ou de soutiens aux droits des exilés. Ce sont en particulier le texte rassembleur du 23 novembre 2018 de 20 associations (ODSE, COMEDE, Primo Levi, LDH, Cimade, M. du M., MSF, AIDES, etc.) et les commentaires de différentes structures d'accueil des exilés (France Terre d'Asile, Forum Réfugiés, ou du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Privé, etc. car de plus en plus de structures, d'associations responsables, et de médecins et soignants prennent positions).

Mais les réactions d'opposition aux actions du service médical de l'OFII se font de façon la plus nette par les exilés souffrant de troubles psychiques par les effets insupportables qu'ils en subissent : décompensations anxio-dépressives pouvant être irréversibles, hospitalisations, exclusions dans la misère, errance sociale et géographique, toujours par rupture des liens d'identités d'appartenance.

Aussi, il est nécessaire de redéfinir, en regard aux manques des critères et aux particularités des évaluations cliniques et thérapeutiques du service médical de l'OFII, les choix et conditions des examens cliniques et des soins psychiques pour les patients exilés dont les pathologies et souffrances sont dues ou exacerbées et compliquées par les violences insupportables et diverses qu'ils ont vécues et/ou subies dans leurs pays et/ou leur trajet migratoire.

B) MANQUEMENTS CONTENUS DANS LES PRATIQUES D'EVALUATION DU SERVICE MEDICAL DE L'OFII :

" La clinique transculturelle de l'effroi est à même d'éclairer utilement nos conceptions théoriques sur le traumatisme psychique. [...] La frayeur concerne l'ensemble du groupe et pas seulement le sujet qui en est affecté, de même qu'elle concerne également sa descendance. Elle affecte ainsi les liens familiaux et transgénérationnels. Elle réalise ce qu'on pourrait appeler *une dépossession de soi*, traduisant à la fois l'hémorragie narcissique, l'attaque des contenants et la pénétration au sein du psychisme d'un contenu qui lui reste hétérogène, bouleversant le sentiment identitaire. Son soin appelle des logiques multiples qui concernent le psychisme, le corps et la restructuration des liens familiaux et sociaux."

Thierry BAUBET, "L'effroi, un regard transculturel", in le Manuel des psychotraumatismes, Marie Rose MORO et coll, Ed. La Pensée Sauvage.

-1) La recherche, par le service médical de l'OFII de trouver des moyens de donner un avis

défavorable aux demandes de droit de séjour en France pour raison de santé, est constante et utilise différentes stratégies :

- Les critères d'évaluation clinique restent obscurs et ne sont pas discutables : Il pouvait être souvent possible d'échanger ou de demander les raisons des évaluations lorsque c'était les Médecins Inspecteurs des DDASS et ARS qui décidaient. Nous vérifions aussi la réalité et parfois les effets des pressions des préfetures sur les médecins inspecteurs (Confirmé par le communiqué du Syndicat des Médecins Inspecteurs). Aujourd'hui, il n'y a plus besoin de pressions, c'est le Ministère de l'Intérieur qui, par délégation, autorise la nomination de tous les responsables, tous les médecins, et même des membres du "Comité des sages".

- Le Centre Primo Levi notait dans son livre blanc de 2012 : *"Le constat des professionnels rencontrés dans le cadre de ce livre blanc, sur l'accueil et l'accompagnement des exilé-e-s victimes de torture ou de violences politiques, est sans appel. La situation s'est dégradée et il faut agir sans tarder pour remédier aux manques et aux insuffisances. Pour eux, la nécessité est avant tout une volonté politique forte. D'après les professionnels, l'invisibilité de cette population est un premier fait significatif : soit on ne la voit pas et donc elle n'est pas prise en compte dans les politiques publiques, soit on l'ignore délibérément et le résultat est le même, rien n'est fait pour mettre en place des dispositifs adaptés"*.

Aujourd'hui le Centre Primo Levi note dans son communiqué du 23 novembre 2018 à propos du rapport du Service médical de l'OFII :

"Des pratiques médicales beaucoup plus restrictives sous l'égide du ministère de l'Intérieur

Le rapport annonce que le taux d'avis favorables à la nécessaire continuité des soins en France, toutes pathologies confondues, est passé de 77 % en 2014 à 52 % en 2017. Derrière ces chiffres, ce sont des centaines de personnes atteintes de troubles psychiques et de maladies graves dont la protection juridique est supprimée et la continuité des soins menacée", et :

"Une suspicion disproportionnée à l'encontre des malades et des médecins

Des moyens considérables ont été mobilisés au service de la « lutte contre la fraude » : près d'une personne sur deux a été convoquée pour une visite de contrôle médical, une pratique inédite. Or, seulement 115 cas de fraude avérée ont été dénombrés, soit 0,41% du nombre de demandes. L'ampleur de ces contrôles a des conséquences disproportionnées sur l'allongement des délais d'instruction, jusqu'à plus de 8 mois selon nos observations de terrain. En outre, elle traduit une défiance inédite à l'égard des médecins qui accompagnent les personnes dans le dépôt de leur demande."

- Que ce soit par les réglementations qui se durcissent de plus en plus, ou par les conditions d'examen des avis qui concernent la reconnaissance des sujets mais aussi la reconnaissance des soins réalisés par les médecins et structures de soins spécialisées, un objectif important des médecins de l'OFII est la volonté de réduire le nombre de patients exilés, alors que jamais il n'est question de chercher de possibilités de besoins de protection pour des sujets dont la situation ou la clinique est mal présentée.

- Ainsi, alors qu'en France, les moyens de soins psychiques manquent, et que le nombre d'exilés souffrant de troubles liés aux violences et effets secondaires aux nécessités de leur exil est sous-estimé, le service médical de l'OFII participe, dans ce travail d'évaluation qui est de sélection, aux volontés politiques xénophobes de considérer les exilés comme indésirables. Cette position est non respectueuse de l'éthique qui doit être une référence de la pratique

médicale.

-2) Il y a de la part du service médical de l'OFII une absence de souci médical de la protection des patients :

- Pour ceux qui risquent la reprise de violences dans leurs pays (pour raison politique, sociale, ou d'orientation sexuelle, par exemple), laissant cette reconnaissance sous la responsabilité de l'OFFPRA et la CNDA, alors que nombre d'exilés n'ont pas été retenus par ces instances et souffrent des effets de violences et tortures (Cf le bilan d'activité du Centre Primo Levi qui note qu'en 2017, 29% de leurs patients sont des déboutés du droit d'asile, et que 39% sont des demandeurs d'asile, dont certains deviendront aussi des déboutés). Jamais, dans leur rapport, les médecins de l'OFII ne prennent en compte cette composante de la clinique.

- Pour ceux qui ont besoin de sécurisation et qui risquent la reprise aigüe de leurs souffrances et pathologies en cas de ré-imprégnation s'ils reviennent en contact avec les lieux et personnes qui ont provoqué le trauma. Cette nécessité de protection, reconnue depuis longtemps pour les conditions des soins des sujets ayant subi des violences, est indiquée par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans son "arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11o) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile", par l'Annexe II, chapitre a) Les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques: " Le problème des états de stress post-traumatique (ESPT) est fréquemment soulevé, notamment pour des personnes relatant des violences, tortures, persécutions, traitements inhumains ou dégradants subis dans le pays d'origine. La réactivation d'un ESPT, notamment par le retour dans le pays d'origine, doit être évaluée au cas par cas. "

- Ainsi, la situation traumatique et socio-politique des patients n'est pas prise en compte, et ce manque est un manque aux devoirs des médecins.

-3) Il y a non-différenciation entre les traumas accidentels et les traumas intentionnels.

- En choisissant une clinique uniquement descriptive des symptômes, une interprétation réduite des critères des Etats de Stress Post Traumatiques (ESPT) qui exclue la prise en compte de ces pathologies s'il n'y a pas eu exposition directe, c'est toute la subjectivité, le sens, et l'identité clinique des traumas qui sont niés en déshumanisant les patients, reconnus seulement s'ils rentrent dans le cadre interprété des critères des conceptions du DSM-5.

- Le diagnostic d'ESPT du DSM induit une réduction clinique : par exemple le DSM ne prend pas en compte l'état de stress post traumatique complexe, validé en juin 2018 dans la CIM 11, souvent pertinent pour des situations d'exils conjuguant enfances avec maltraitances et multiples événements "traumatiques" dans la durée, avec troubles de personnalité. (Cf. Judith Lewis Herman et son livre "Trauma and recovery")

- Les apports de la psychiatrie psychodynamique sont alors rejetés alors que la clinique reconnue par tous les médecins et structures soignantes spécialisés qui reçoivent ces patients ne peut pas ignorer la différence d'impacts traumatiques selon la nature et l'identité intentionnelle ou non de l'agression, et selon d'autres facteurs sociaux-culturels et subjectifs appartenant au sujet. La réception, les contenus de l'effroi, et les effets de destructivité et de dépossession de soi, en particulier avec le sentiment induit de honte, sont très particuliers pour les traumas intentionnels, et d'autre part peuvent être aussi importants pour les proches de la victime que

pour la victime elle-même.

- Il est nécessaire, pour que les victimes des traumatismes intentionnels sortent de leurs négations induites par les destructeurs d'humanité que les soins les aident à comprendre les déterminismes de ces derniers. La démonstration en est faite toujours dans les traitements psychodynamiques des victimes de violences et de tortures, et l'analyse en est, par exemple, brillamment faite par Françoise SIRONI, psychologue experte et psychothérapeute des victimes graves (Cf. par exemple son article "La psychothérapie des victimes de torture, antidote contre les bourreaux" in le Manuel des psychotraumatismes).

-4) Il y a absence et refus de mobilisation de l'empathie, et insuffisance clinique des propriétés de la résilience.

- Pourtant, Madame le Professeur de psychiatrie Marie Rose MORO insiste depuis longtemps et entre-autre en 2003, en présentation au Colloque de la Revue L'autre "Educatrices sentimentales" sur la nécessité de "**Se laisser affecter**" : "Se laisser affecter au-delà du sentiment amoureux, pour penser autrement et dans le lien à l'autre". Et de nombreux travaux (Cf. Serge TISSERON, Boris CYRULNIK, et Christian LACHAL entre autres) ont longuement étudié cette propriété de compréhension de l'autre qu'est l'empathie, non pas pour compatir, mais pour comprendre conceptuellement et émotionnellement les effets post traumatiques singuliers et accompagner le sujet dans ses voies de dégagement par cette mise en jeu de se laisser "convoquer" (selon l'expression d'Emmanuel LEVINAS) à la place de l'autre, tout en restant différencié et extérieur.

- En lien avec l'empathie, la résilience est une capacité de résistance ou de recours à l'effondrement qui ne peut être active que s'il y a une reconnaissance, une ressource humaine relationnelle. Or, le document médical de l'OFII ne s'intéresse aux résiliences que si elles sont synonymes aux "stratégies d'adaptation".

Il faut réaffirmer qu'il n'y a pas de résilience sans tuteur(s) de résilience, et que si ces tuteurs peuvent être dans l'environnement du sujet victime de destructivités, le soin psychothérapeutique doit être un tuteur de résilience, ne serait-ce que par la reconnaissance de l'identité du sujet comme appartenant à la vie, la vie commune, au-delà de la destructivité.

Rappelons ce qu'écrivait le Médecin psychiatre Samuel Tomkiewicz dans son ouvrage "L'adolescence volée", en rapportant en 1999 la portée du soutien d'un psychiatre qu'il avait rencontré après une tentative de suicide dans le ghetto de Varsovie où il était contraint : « *Si je suis devenu psychiatre moi-même, c'est aussi pour rendre aux autres ce que j'ai pris à cet homme ; c'est une des motivations les plus fortes que je me connaisse. J'avais une dette envers lui: il avait réinjecté le désir de vivre à l'adolescent perdu et suicidaire que j'étais* ».

Et relevons le fait que c'est par l'affaiblissement des tuteurs de résilience que Primo Levi s'est suicidé (ou a été conduit à cet accident d'équivalence suicidaire). Alors qu'il a pu mobiliser, dès son arrivée à Auschwitz, un espoir d'avenir par le devoir vital de témoigner, il a fini, au cours des années par rencontrer de plus en plus l'indifférence, par l'analyser, et particulièrement dans les collèges et lycées où des élèves ont exercé des paroles de négations qui l'ont laissé sans voix.

- Le rejet affirmé par l'OFII de la dimension thérapeutique de l'obtention d'un titre de séjour : "*un titre de séjour thérapeutique*", ce qui n'existe pas dans les textes à ce jour" est un refus de la composante de reconnaissance et de soutien à la résilience des sujets.

-5) L'absence de prise en compte des avancées de la compréhension clinique de la complexité, qu'elle soit de l'intrication de la clinique transculturelle ou de l'intrication de la clinique sociale.

- Le DSM-5, qui est la référence clinique du service médical de l'OFII, ne prévoit, par une conception culturaliste ethnocentriste, que des variations culturelles aux symptômes tels que notre culture occidentale les a définis. Les symptômes n'auraient pas alors une dimension culturelle, mais une forme culturelle. Le DSM5 parle alors de "Formulation culturelle" de la symptomatologie, dans la Section 3. N'est pas prise en compte alors la clinique des troubles et souffrances psychiques des exilés qui associe la clinique psychiatrique et la clinique culturelle et transculturelle, selon les avancées de la compréhension complémentariste.

Citons Madame le Professeur de psychiatrie Marie Rose MORO (in le Manuel de psychiatrie transculturelle - La Pensée sauvage): "Le complémentarisme s'oppose au comparatisme dans la mesure où les logiques culturelles sont explorées en tant que telles, elles servent de support aux associations et au matériel clinique. L'outil anthropologique permet de poser et d'explorer le cadre de la relation et de co-construire avec le patient des sens culturels sur lequel viendront s'arrimer des sens individuels. Cette perspective est celle de l'ethnopsychanalyse."

- De même, il y a absence de prise en compte de la compréhension des composantes de la clinique de la détresse et de l'exclusion sociale. Or, cela fait des années que la psychiatrie a compris que la clinique de l'exclusion (la négation relationnelle et de représentation du sujet rendu invisible, la honte, l'identification à l'indésirable, etc.) devait être accueillie, considérée, et traitée, en même temps, et surtout intégrée aux composantes de la clinique psychiatrique. Cela fait des années que le Docteur Jean FURTOS, le créateur des EMPP (Equipe Mobiles Psychiatrie Précarité) a défini les souffrances et pathologies des sujets appartenant aux cliniques de l'exclusion comme étant "100% psychiques, et 100% sociales".

- Les choix de rejet des cliniques psychiques des pathologies et souffrances des sujets par le service médical de l'OFII permet alors de rejeter les thérapies psychodynamiques assimilées à toutes les formes de soutien et de narration. Citons deux extraits d'affirmations de médecins psychiatres du Rapport d'activité du service médical de l'OFII : "En pratique, les psychothérapies qui ont prouvé leur efficacité dans des études contrôlées sont des thérapies cognitivo-comportementales. Les psychothérapies dites "de soutien" ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un environnement culturel plus favorable pour le patient.", et "La thérapie par la narration du trauma (narrative exposure therapy) est l'une des méthodes les plus étudiées ; elle a montré qu'elle peut être utilement administrée par des équipes formées dans des pays ayant connu des guerres civiles, comme le génocide rwandais". Cette indifférence entre toutes formes de narration, dont il est même préconisé qu'elles peuvent être administrées, ce qui serait alors des interrogatoires prescrits, permet de valider le renvoi des patients atteints de psychotraumatismes dans leurs pays.

- Et la tutelle du Ministère de l'Intérieur permet alors aux médecins de l'OFII de se soustraire de l'arrêté du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, et qui met en garde contre les risques de "réactivation d'un ESPT, notamment par le retour dans le pays d'origine", et qui indique que "l'importance dans ce domaine de la continuité du lien thérapeutique (lien patient-médecin) et du besoin d'un environnement/entourage psycho social familial stable (eu égard notamment à la vulnérabilité

particulière du patient) doit être soulignée".

-6) Il y a l'absence de prise en compte, de la transmission des pathologies psychiques, et de la prévention :

L'évaluation diagnostique clinique de toutes les pathologies psychiques, pour valider les besoins de soins et de protection nécessaires, doit tenir compte des effets de transmissions, pour les enfants surtout, et pour les personnes proches. Les situations post traumatiques, les situations d'exil, et les situations d'insécurité et d'exclusions anciennes ou actuelles, ont toujours des effets de blessures ou d'effondrements sur les proches.

Être indifférent à ces situations de souffrances et/ou de pathologies induites pour n'évaluer la nécessité de soins en France qu'avec les informations médicales du sujet pris isolément, est un manquement au devoir médical de pouvoir apporter les soins au sujet qui est un sujet appartenant à son groupe familial et un manque au devoir de veiller aux conséquences sur les enfants.

Il s'agit là aussi d'un problème de santé publique car ne pas tenir compte des effets de transmission c'est laisser se développer les réactions de partage d'atteintes narcissiques des enfants face à leur(s) parent(s) possiblement effacé(s), nié(s), disqualifié(s), humilié(s), et c'est laisser se produire inhibitions psycho-affectives ou les défenses possibles de désirs de vengeance.

-7) Il y a le rejet du récit comme moyen de communication et de représentation de la clinique. La méthodologie de recueil des renseignements du service médical de l'OFII, d'abord par le document à remplir sur la pathologie psychiatrique ne prévoit pas de récits, mais demande une "histoire des troubles mentaux", "leurs modes évolutifs", et l'"état mental actuel", chacune de ces trois rubriques en deux lignes et demi.

Ensuite, dans le Rapport d'activité du service médical de l'OFII, il y a une demande de ne pas communiquer de récits de vie, car selon ces médecins, "Ces éléments d'ordre biographique sont importants à connaître en matière de troubles mentaux, mais ils doivent être résumés et circonscrits, et ne sauraient remplacer les éléments cliniques, pas plus en quantité qu'en qualité." Or, les récits sont des documents cliniques, à moins de choisir la conception bureaucratique restrictive d'humanité que la clinique psychiatrique ne comporte que les symptômes répertoriés dans une grille de normalisation, et là, forcément, le récit singulier ne peut être référé à un récit normalisé.

Le choix d'un accueil et d'un soin psychique par les psychiatres qui reçoivent, soignent, et prennent soin des exilés est d'avoir comme référence une clinique du sujet singulier, à l'histoire de vie, à la situation, et aux liens, singuliers, et non une clinique du sujet reconnu malade par une liste de symptômes. Le souci est alors que se construise, avec le sujet, leur récit, récit qui contiendra et représentera le sens de leur histoire, dans une élaboration co-construite qui restaure leur légitimité, alors que ces sujets ont rencontré l'impact malheureux, quelques fois traumatique, qu'ils n'étaient pas grand-chose, ou même rien.

Le choix des médecins de l'OFII, de refuser la reconnaissance des sujets par le refus de la narration, est le choix de ne pas entendre la parole des sujets.

C) CONCLUSION :

"Gardez-vous de vous croiser les bras en l'attitude stérile du spectateur, car la vie n'est pas un spectacle, car une mer de douleur n'est pas un proscenium, car un homme qui crie n'est pas un ours qui danse". Aimé CESAIRE (in Cahier d'un retour au pays natal)

Il apparaît donc que les évaluations réalisées par le service médical de l'OFII pour la reconnaissance des étrangers malades concernant les pathologies psychiatriques nécessitant le droit de séjour en France se font avec des références cliniques qu'il est nécessaire d'analyser pour éviter les mises en situations de risques et de dangers pour un nombre important d'exilés demandeurs de soins et de protection.

Les conséquences de l'augmentation drastique des avis défavorables pour la reconnaissance du droit de séjour en France pour raison de santé sont la plupart du temps des aggravations de leurs fragilités psychiques et sociales, et beaucoup d'aggravations donnent lieu à des décompensations. La perte induite alors des droits de séjour et droits sociaux provoque l'insécurité, souvent la misère, et nous observons des hospitalisations, des tentatives de suicide, de graves effondrements et/ou altérations de leurs états de santé psychique, et des reprises du parcours migratoire par la fuite en France ou dans un autre pays européen, sans adresse ni projets autres que la fuite.

Si nous avons défini les manquements contenus dans les pratiques d'évaluation du service médical de l'OFII, il faut aussi faire une étude épistémologique, et analyser la nature des choix méthodologiques choisis par ce service.

Primo Levi nous aide pour cela en faisant le récit d'une "aventure" qui lui est arrivée dans une classe vers les années 1980 lors d'une séance où il était "invité à commenter [ses] livres et à répondre aux questions des élèves" (in Primo Levi, Les naufragés et les rescapés-Quarante ans après Auschwitz-Ed. Gallimard, p. 154):

"Un gamin à l'air éveillé, apparemment le premier de la classe, m'adressa la question rituelle : "Mais pourquoi ne vous êtes-vous pas échappé ?" Je lui exposais brièvement ce que j'ai écrit ici ; lui, peu convaincu, me demanda de tracer au tableau un plan schématique du camp, en indiquant l'emplacement des miradors, des portes, des réseaux de barbelés et de la centrale électrique". Je fis de mon mieux, sous trente paires d'yeux attentifs. Mon interlocuteur étudia le plan pendant quelques instants, me demanda quelques explications supplémentaires, puis m'exposa le plan qu'il avait imaginé : ici, de nuit, il fallait étrangler la sentinelle, ensuite revêtir son uniforme, aussitôt après courir à la centrale et couper le courant électrique : les projecteurs se seraient alors éteints et le réseau de fils électriques à haute tension mis hors de service, après quoi, j'aurais pu partir tranquillement. Il ajouta, très sérieux : "Si cela devait vous arriver une autre fois, faites comme je vous l'ai dit, vous verrez que ça réussira.""

Il faut être sérieux en effet, si Primo Levi fait ce récit, gardons-nous d'en faire un spectacle, et écoutons, comme Aimé CESAIRE nous le recommande, la dépression de type anaclitique de Primo LEVI, et le type de raisonnement que ce collégien pratique pour dénier la réalité de l'inhumain et de l'insupportable.

La logique de l'incompréhension de cet élève, premier de sa classe, est peut-être le simplisme, le raisonnement désadapté, mais elle est du même type que celle des médecins évaluateurs de l'OFII qui affirment que "La mission assignée aux collèges des médecins de l'OFII s'apparente à celle d'une démarche d'expertise." et puis concluent que la solution est simple, les malades seront mieux soignés chez eux parce que ce n'est pas grave, et que le monde entier est bien équipé en soins psychiques. On a la même logique de réduction de la perception, de la représentation, et de la compréhension de l'autre quand on veut savoir et imposer son savoir dans une volonté de contrôle ou d'opposition à l'autre.

Dire comme le service médical de l'OFII le dit que "Les psychothérapies dites "de soutien" ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un environnement culturel plus favorable pour le patient" n'est pas moins désadapté que la démonstration de l'élève qui ne sait pas qu'il replonge Primo Levi dans sa dépression mélancolique qui empoisonnera ses dernières années.

De même pour cette affirmation pour les ESPT : "Le traitement de 1er choix repose sur des psychothérapies d'inspiration cognitivo-comportementales (TCC). La priorité est donnée à des thérapies brèves, manualisées, pouvant être adaptées aux cultures locales, susceptibles d'être administrées par des psychologues ou d'autres professionnels formés..."

Ainsi, les femmes et les hommes homosexuels du Cameroun ayant échappé à des violences et tortures en se sauvant et en venant se réfugier en France sont invités à retourner dans leur pays et à aller se faire traiter par des personnels formés dans leur culture, au Cameroun, de même que des exilés d'Azerbaïdjan qui ont été torturés pour avoir critiqué le président sur les réseaux sociaux, de même que les rescapés de la loi du Kanun en Albanie, ou de toutes les lois de pouvoirs mafieux ou politiques de dictatures ou de régimes corrompus et/ou extrémistes ou policiers, etc., etc.

Quant à la prétention affirmée par le service médical de l'OFII de réaliser un travail d'expert, il n'y a qu'à examiner le travail du Professeur Louis CROQ, et en particulier son article « L'expertise des victimes de traumatismes psychiques » pour apprécier ce que peut être vraiment une expertise.

Maintenant, pour une évaluation respectueuse de la clinique des pathologies psychiques et sociales, et des soins nécessaires aux exilés, nous proposons quelques pistes de références.

- La suspicion et la recherche quasi obsessionnelle de la fraude, concernant aussi bien les patients exilés que les soignants, ne devrait pas faire oublier de tenir compte des obstacles et complications administratives qui entretiennent ou dénie les souffrances, surtout traumatiques, des manques des structures et moyens de soins psychiques, et de la nécessaire attention à porter aux dossiers mal argumentés mais qui peuvent concerner des sujets ayant vraiment besoin de soins et de protection.

- Dans une interview (Claude Lévi-Strauss, Didier Eribon – De près et de loin, Ed Odile Jacob), Claude LEVI STRAUSS donne une définition structurale du mythe : « Le propre du mythe, c'est confronté à un problème de le penser comme l'homologue d'autres problèmes qui se posent sur d'autres plans : cosmologique, physique, moral, juridique, social, etc. Et de rendre

compte de tous ensemble » (p. 194), et il commente : « Nous raisonnons un peu de cette façon quand sollicités de donner une explication, nous répondons par « c'est quand... » ou « c'est comme... ». Paresse de notre part, mais la pensée mythique fait de ce procédé un emploi si habile et si systématique qu'il tient lieu de démonstration. »

On a ainsi une compréhension de la clinique uniquement symptomatique et d'une pensée opératoire du service médical de l'OFII qui anesthésie les liens, la relation, les affects, et la compréhension des situations, et qui utilise les projections, par un contre transfert nationaliste non travaillé, qui activant la perte de la symbolisation. C'est ainsi que l'on peut devenir indifférents à l'avenir des patients, car on a un plan, comme le jeune interlocuteur de Primo Levi : "vous verrez que ça réussira".

- François LAPLANTINE (L'anthropologie, Ed. P.B. Payot) analysait d'une autre manière cette négation du sujet par une conception « objectiviste » : « L'idée que l'on puisse construire un objet d'observation indépendamment de l'observateur lui-même est en fait issue d'un modèle « objectiviste » qui fut celui de la physique jusqu'à la fin du XIXème siècle, mais que les physiciens eux-mêmes ont abandonné depuis longtemps. C'est la croyance (c'est nous qui soulignons) qu'il est possible *découper* des objets, de les *isoler*, puis d'*objectiver* un champ d'étude dont l'observateur serait absent, ou du moins interchangeable. [...] Dans ces conditions, n'y aurait-il donc d'autres choix qu'entre une scientificité inhumaine et un humanisme non scientifique ? » (p.182). Ce que François LAPLANTINE indique alors pour l'anthropologie est à retenir pour la psychiatrie : « L'analyse, non seulement des réactions des autres à la présence de ce dernier, mais de ses réactions aux réactions des autres, est l'instrument même susceptible de procurer à notre discipline des avantages scientifiques considérables, pour peu que l'on sache en tirer parti. »

Dans un autre domaine qui est celui de l'histoire, Gerard NOIRIEL (In Une histoire populaire de la France – Ed.Agone- p.233) note qu'en France, les sujets ont attendu les révoltes prérévolutionnaires pour solliciter la compréhension du pouvoir en proposant la compréhension par empathie. Il cite l'exemple d'un sujet à propos de la « guerre des farines » du printemps 1775 : « Ce fut le cas de Jacques Delepine, un maçon cabaretier de Villemomble. Incarcéré à la Bastille pour avoir participé à cette révolte, il écrivit lui-même au lieutenant-général de police pour expliquer son geste. Père de sept enfants en bas âge, criblé de dettes, n'ayant que son métier et ses bras pour capital, la hausse des prix du grain plongea toute sa famille dans l'indigence. Après avoir pris soin de préciser : « je suis un homme to humain pour faire tore a personne d'un liard », il conclue que sa révolte « paroisoit sy légitime que vous-même Monseigneur vous y auriés été aussy sy vous esté à ma place ».

Cet exemple indique l'utilité à ce que la reconnaissance des droits des exilés, médicaux en particulier, puisse se faire avec la participation de représentants des exilés.

- C'est en effet par cette prise en compte des contenus contre-transférentiels que l'on peut restaurer et garantir une psychiatrie scientifique et humaine. Il faudrait alors faire une place entière et non accessoire à l'analyse de la situation globale et de la demande des sujets, aux éléments empathiques du soignant, et aux besoins de tuteurs de résilience des exilés souffrants.

- Ceci nous rappelle que la clinique et ses interprétations causalistes font partie d'une science médicale possiblement dépendante de son contexte historique, social, et culturel. Pour

comprendre ces effets, y compris les dérives dans les politiques d'exclusion, Michel FOUCAULT situait la clinique comme dépendante du regard, c'est à dire du point de vue où se place, ou bien, est placé le clinicien. Le choix de la langue de pouvoir sur l'autre, qui est la novlangue, permet alors de discréditer la parole des patients et des cliniciens de la compréhension.

Les deux premières malheureuses citations dans l'annexe 14 du "Rapport au parlement" de l'OFII concernant pour l'année 2017 la "procédure d'admission au séjour pour soins" d'extraits du projet de loi relatif à l'entrée et au séjour des étrangers en France, indiquent bien l'allégeance des médecins de l'OFII à une politique de refus de l'accueil et de la reconnaissance, et l'utilisation d'un langage d'évitement des devoirs de compréhension. Par non travail du contre-transfert, il y a utilisation de distorsions cognitives pour adopter la novlangue pour soutenir l'idéologie néolibéralisme. En effet, la deuxième citation est : « Il convient de dissiper certaines illusions : les problèmes qui se posent au Sud doivent trouver leur solution non pas au Nord, mais au Sud, dans la construction d'Etats autant que possible de droit, sans lesquels il n'est pas de développement économique concevable. Ce n'est pas en donnant des titres de séjour qu'on peut lutter contre l'injustice du monde, c'est en aidant les peuples à se libérer de la misère et de toutes les formes d'oppression », et les conceptions « scientifiques » des indications de besoins de soins du service médical de l'OFII sont fidèles à cette conception et volonté politique.

- De façon un peu abrupte, Roland GORI indique comment les dérives idéologiques des dispositifs d'évaluation peuvent sélectionner la normalisation comme objectif de la gouvernance du pouvoir par la « servitude volontaire ».

Dans l'ouvrage collectif, « L'appel des appels » (Ed. Mille et une nuit), p.269 à 273, il se réfère à la définition de Giorgio AGAMBEN, « J'appelle dispositif tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler, et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants », pour indiquer que dans le cadre de la normalisation et de l'adaptation au pouvoir idéologique sociétal « Le dispositif de l'évaluation qui décompose les actes professionnels en séquences techniques commensurables, contrôlables et traçables, provient de la rationalisation technique des conduites propres à la civilisation capitaliste analysée par Max Weber. ». Et il cite aussi Adorno : « L'objectivité dans les relations entre les hommes, qui fait place nette de toute enjolivure idéologique, est déjà devenue elle-même une idéologie qui nous invite à traiter les hommes comme des choses. »

Sur le modèle de la référence selon laquelle il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de science sans conscience, il faut pourtant veiller à ce qu'il n'y ait pas de clinique sans reconnaissance des sujets.

Pour une instance d'évaluation des demandes "étranger malade", il faudrait sûrement une autre tutelle que le Ministère de l'Intérieur, et aussi veiller aux références méthodologiques, cliniques, et éthiques de cette instance médicale d'analyse qui doit garantir des évaluations respectueuses des sujets. Depuis les études sur l'histoire des conceptions de la psychiatrie, aux études sur celles du travail social et médico-social, à celles de l'idéologie dans la connaissance, les sciences sociales, et dans la médecine et la psychiatrie, le sage François CHENG en fournit une

formulation possible, y compris si on a acquis une qualification, (in "Cinq méditations sur la beauté"): **" Devant vous, j'appréhende, tout en les trouvant légitimes, les questions qui pourraient surgir: «D'où parlez-vous, de quelle position partez-vous? De quelle légitimité vous réclamez-vous ?" A ces questions, je réponds en toute simplicité que je n'ai pas de qualification particulière. Une seule règle me guide : ne rien négliger de ce que la vie comporte ; ne jamais se dispenser d'écouter les autres et de penser par soi-même."**

Ces trois points pourraient être le préambule méthodologique à une instance d'évaluations reconnaissables.

Et parmi le nombre important de philosophes qui étudient les conditions éthiques de l'exercice médical, Lazare BENAROYO est particulièrement intéressant car il se réfère à Emmanuel LEVINAS qui disait en particulier « Il y a dans la connaissance une impossibilité de sortir de soi ; dès lors la sociabilité ne peut pas avoir la même structure que la connaissance. [...] La connaissance la plus audacieuse et lointaine ne nous met pas en communion avec le véritable autre ; elle ne remplace pas la socialité ; elle est encore et toujours une solitude. » (In Ethique et Infini, p.61 et 62), et « Plus je suis responsable, plus je suis moi. » (In La Responsabilité, Autrement 2002, p.54).

De là, Lazare BENAROYO écrit (In le hors-série n°40 de la Revue philosophie Magazine, p.37) : « La technique-y compris médicale-est marquée par une incapacité essentielle à atteindre l'altérité en tant que telle. Pour agir efficacement, à l'aune des critères définis à l'avance, elle englobe l'altérité de l'autre en son sein-dans une posture de compréhension. En ce sens, l'agir technique « dé-visage » au lieu « d'en-visager ». C'est pourquoi la distance, l'assurance procurée par la maîtrise technique doit s'enraciner dans un espace d'attention éthique portée au patient. A défaut le soin peut se muer en violence. ».

Périgueux le 18 mars 2019,
Docteur Francis REMARK
Médecin psychiatre