

Avril 2019 – Nord-Isère

**Quatre situations de « traumatismes psychiques » avec avis négatifs du SMOFII**

Voici brièvement résumées quatre situations cliniques en page suivante.

**Dans trois situations, la gravité d'une interruption de traitement est reconnue par le collège du SMOFII (Service Médical de l'OFII) mais le retour au pays est considéré possible pour y recevoir des soins, ignorant paradoxalement cette problématique psychique décrite par le psychiatre traitant, confirmée par le rapport médical du médecin rapporteur, et qui seule permet de comprendre le sens des troubles psychiques et évaluer leur gravité.**

**Dans une quatrième situation, considérée particulièrement grave par le psychiatre traitant, à un niveau possiblement supérieur aux précédentes, malgré la stabilisation par l'insertion professionnelle prolongée, le collège ne reconnaît pas la gravité en cas d'interruption du traitement et pense le retour au pays possible pour y être soigné.**

Ces avis apparaissent décalés du terrain et des pratiques singulières, aveugles aux conséquences réelles, déterminés (et aveuglés) par une approche découpant les situations psychiatriques entre (1) abord strictement médico-psychiatrique (symptomatologie objectivable ciblée par des médicaments et/ou psychothérapies standardisés) et (2) abord social ciblant la « précarité », socio-économique ou juridique.

Or, la problématique psycho-traumatique d'une personne exilée en France, est d'une complexité particulière, liée aux parcours prolongés de violences, insécurité, maltraitance, au pays, puis en France, et qui met en jeu souvent l'insécurité liée au risque d'un retour forcé au pays. Ceci nécessite une approche, non nécessairement techniquement sophistiquée (et/ou irremplaçable ailleurs dans sa forme), mais caractérisée par un investissement particulier des intervenants où les questions des liens sociaux et thérapeutiques et de la stabilisation sociojuridique et thérapeutique dans la durée sont centrales. Il faut « tenir » avec les patients pour un travail de reconstruction psychique au long d'un parcours plein d'embûches, ce qui ne peut être réduit aux seules références générales annoncées par le SMOFII.

L'obstacle auquel cette évaluation du SMOFII confronte est exacerbé dans les demandes de renouvellement par la stabilisation déjà acquise puisque les premiers titres de séjour obtenus ont des effets favorables souvent, en particulier quand les patients travaillent : effets importants sur la dignité, la réduction de la honte. L'amélioration indique l'intérêt de consolider cette stabilisation, non d'une guérison qui pourrait subitement oublier l'histoire du patient, rendant soudain inoffensif un retour au pays pour y poursuivre des soins similaires.

Cette « précarité » ne peut être expulsée de l'approche psychiatrique dans nos situations, non plus que la durée des soins qui doit assurer une consolidation. Diviser les rôles entre une évaluation stricte psychiatrique par le SMOFII et une évaluation sociale par la préfecture

vaut ignorance des spécificités cliniques de « nos » situations et de la responsabilité de l'évaluation dans les décisions préfectorales.

### 1- [Cas signalé fin 2018 : Madame D, gravité reconnue :](http://sppni.ovh/doc/biblio/CasrefusOFIIassignresidence.pdf)

<http://sppni.ovh/doc/biblio/CasrefusOFIIassignresidence.pdf>

Cas clinique –Avis négatif du collège médical de l'OFII-Refus de la préfecture de délivrer un titre de séjour –Recours au TA et échec–Assignation à résidence et effets catastrophiques

### 2- Mme A. : gravité reconnue

Femme guinéenne de 45 ans en France depuis 2012, suivie en psychiatrie depuis 2013 durant sa demande d'asile.

Elle a fui le pays après décès de son mari et persécutions par son nouveau mari, imposé par la tradition du lévirat qu'elle refusait : cet homme, militaire, violent, l'a blessée gravement à la jambe, elle a fui chez une amie, puis au village : elle apprend plus tard la mort par vengeance de cette amie. Elle a laissé ses filles adolescentes à charge de leur famille maternelle, et présente un état traumatique complexe avec dépression majeure sur fond de honte et terreur, une hypertension artérielle. Sa demande d'asile rejetée, l'état s'aggrave avec l'impasse existentielle liée à la non-reconnaissance et la précarité qui s'ensuit. La prise en charge psychiatrique se poursuit, elle reste très fragile. Un jour, renversée par une voiture à Grenoble, elle a pour premier réflexe d'appeler son psychiatre, pourtant dans un autre ville.

Elle obtient un titre de séjour pour raison de santé avec droit de travail : l'espoir d'une reconstruction, d'un avenir émerge jusqu'à la demande de renouvellement. La réponse tarde, la préfecture donne des récépissés provisoires de trois en trois mois qui l'inquiètent fortement mais elle espère une stabilisation en France : un retour au pays est pour elle inimaginable.

L'avis du SMOFII tardif est négatif : si le rapport médical confirme pleinement les éléments apportés par son psychiatre et par la consultation de la patiente convoquée, si **le collège de l'OFII reconnaît la gravité d'une interruption de traitement**, il considère paradoxalement le retour possible, ignorant les raisons de cette souffrance et de sa gravité, négligeant l'importance de la stabilisation sociale, l'impossibilité psychique et humaine du retour au pays.

La préfecture délivre une OQTF, catastrophique pour cette femme qui se voit replongée dans la précarité et la dépendance, la terreur d'un retour. Son espoir et peut-être la confiance dans ses liens associatifs et soignants, tiennent dans ce recours qu'elle fait contre cette OQTF.

Augmenter les traitements, maintenir un lien avec elle dans ce contexte aggravé sont des armes faibles mais indispensables, pour soutenir sa dignité, l'espoir d'un avenir contre l'impact de non-reconnaissance de ses besoins fondamentaux de stabilisation sociale, de sécurité, qui pourront soutenir sa reconstruction psychique et humaine.

### **3- Madame C. : gravité reconnue.**

Femme de RDC de 43 ans venue en France en 2014 avec sa fille de 5 ans alors, suivie en psychiatrie depuis 2015 durant sa demande d'asile. Mère de 3 filles d'un premier mari, elle a eu une dernière fille d'un nouveau mari, riche, violent, d'origine malienne par sa mère, décidé à emmener sa fille pour excision au Mali. Ce conflit amène Madame à demander protection à la police : celle-ci est corrompue par le mari, elle fuit alors pour protéger sa fille et elle-même, d'abord en Angola où le mari la retrouve et l'agresse très violemment (15 jours d'hôpital), elle fuit en France avec sa fille.

Elle présente des troubles importants : malaises, confusion, agitation, stress intense, aggravés au refus d'asile, avec le désespoir produit par la précarité et l'insécurité de sa situation (terreur d'un retour au pays), troubles aux conséquences relationnelles péjoratives qui correspond aux descriptions des traumatismes complexes avec ces troubles de personnalité et d'humeur.... Elle est néanmoins soutenue par des liens associatifs, les soins, des relations construites malgré la honte et la peur, mais vit une relation complexe avec sa fille : celle-ci est à l'origine indirecte des violences subies et de l'exil avec la séparation familiale, se trouve prise dans une relation étouffante par le stress vécu par sa mère qui a peur d'un rapt par le père et veut lui cacher à tout prix les motifs de leur présence en France, donc tout ce qui a trait au père...

Elle demande un titre de séjour « étranger malade » : l'avis du collège du SMOFII reconnaît la gravité en cas d'interruption des soins, mais ceux-ci sont considérés possibles au pays et le retour possible, ignorant là encore, les liens entre histoire singulière et troubles dont la gravité tient à cette histoire, et où la sécurisation sociojuridique et donc économique est primordiale pour soutenir un suivi psychiatrique, lequel ne vise pas une technicité exceptionnelle indisponible au pays, mais la construction d'un tissu de liens soignants et sociaux à soutenir.

La préfecture émet une OQTF et la patiente fait un recours contre cette décision, vivant une réactivation des troubles, prévisible ici encore.

#### **4- Mr B. : gravité non reconnue**

Homme de 44 ans, en paraissant beaucoup plus, de RDC, venu en France en 2010, suivi depuis 2011 en psychiatrie.

Après le décès de ses parents à 12 ans, cet homme a vécu, avec ses frères et sœurs, une dépossession des biens familiaux par la famille paternelle, tandis qu'ils étaient accusés d'être sorciers, vivant une expérience d'exclusion aux effets déstructurant. Ayant un frère dans l'opposition politique, il est arrêté et détenu 8 mois en prison dans des conditions inhumaines, torturé, raison de son exil forcé. Sa femme fuit dans un pays voisin avec son dernier fils, les deux autres fils restant avec la grand-mère maternelle.

En France, son état psychique est dramatique avec hallucinations et syndrome persécutoire qui s'aggravent au refus d'asile. Submergé de honte et colère, écrasé par le stress réactivé, la perte de confiance, il rompt les seuls contacts familiaux conservés (son fils au pays), est persécuté, les traitements insuffisants : son psychiatre de l'époque fait son possible pour qu'il reprenne contact avec le fils, ne voyant comme solution « thérapeutique » qu'une possibilité de travail que permettrait un titre de séjour, le sortant de la honte, de l'enfermement sur lui-même, soutenant le début d'une sécurité psychique.

Il obtient un titre de séjour pour santé, travaille, reprend contact avec le fils, aide son frère qui a pris en charge celui-là : la symptomatologie reste prégnante, le repli impressionnant, mais le patient tient son travail.

Un choc a lieu en 2015 avec un refus de préfecture de renouveler son titre de séjour contre l'avis de l'ARS (qui évaluait les demandes), la situation psychique est limite : un recours contre cette décision aboutit favorablement et le patient reprend son activité.

En 2019, il a obtenu un CDI, son état psychique se stabilise. Dans sa demande de renouvellement du titre, la situation est présentée en détail au SMOFII qui ne connaît pas le patient (ni le convoque) : sont évoqués son histoire, les aspects hallucinatoires et persécutaires, l'antécédent du refus de titre, l'intérêt de cette stabilisation permettant l'amélioration relative.

L'avis est négatif, ne reconnaît pas la gravité de la maladie en cas d'interruption des soins, le retour est considéré possible : l'expérience antérieure semble ignorée, la gravité minimisée.

La préfecture envoie une OQTF. Le patient choqué, dans cette période de réaménagement, est obligé de stopper le travail, support psychique fondamental, et la situation redevient critique. Il fait un recours au TA dont le résultat inquiète au plus haut point.