

Il y a dix ans, dans ces mêmes colonnes, Elizabeth Didier dénonçait les dérives du droit d'asile devant l'exigence toujours plus fréquente du certificat médical⁽¹⁾. A la demande du Comede, le Directeur de l'OFPRA écrivait à ses officiers : « *Il convient de réserver les demandes de certificat médical à des cas tout à fait exceptionnels, où l'avis d'un médecin est vraiment indispensable à la compréhension du cas, en complément de la parole du sujet et non à sa place* ». Dix ans plus tard, tentons de faire le point sur l'usage du certificat médical pour la demande d'asile et d'analyser les liaisons dangereuses entre la souffrance, la maladie et le bénéfice social espéré.

Les lésions dangereuses

Arnaud Veïsse

Médecin coordinateur du Comede, comité médical auprès des exilés.

Dans les années quatre-vingt-dix, le recul du droit d'asile s'est accompagné du développement de pratiques médico-humanitaires de plus en plus codifiées, dans une économie morale de la santé fondée sur le corps malade de l'étranger⁽²⁾. Pendant que le nombre de statuts de réfugié accordés atteignait son niveau le plus bas (15 609 en 1991, 7 323 en 2001), les cartes de séjour délivrées pour raison médicale connaissaient la plus forte croissance parmi les différents motifs de régularisation. Ainsi, à l'aube du XXI^e siècle, en France, l'asile est plus souvent accordé au nom de la « raison humanitaire » que sur le fondement de la Convention de Genève. Pourtant, les motifs de persécution n'ont pas manqué, et le nombre de personnes assistées et protégées par le Haut Commissariat aux réfugiés atteint des records (21 millions dans le monde en 1999, dont 10 % en Europe et moins de 1 % en France).

Les demandes d'asile n'étant pas moins fondées qu'auparavant, seule l'exigence toujours plus grande

de preuves à fournir peut permettre de faire baisser le nombre d'admis parmi les candidats au statut⁽³⁾. Dès lors, les documents établis par un médecin sont particulièrement prisés pour implorer la clémence des juges⁽⁴⁾. C'est ainsi qu'au Comede, après avoir connu une stabilisation entre 1991 et 1999 – autour de 500 par an pour 5000 patients reçus –, le nombre de certificats médicaux délivrés à l'appui de la demande d'asile a doublé au cours des trois dernières années, et intéresse dorénavant l'ensemble des nationalités.

Une prime à la torture ?

Si elles rythment le quotidien du Comede depuis ses origines, les demandes de certificat médical se font de plus en plus insistantes à l'OFPRA (au demandeur : « *A défaut [du certificat médical], vous ferez parvenir une copie du compte-rendu du Comede envisageant pour vous une intervention chirurgicale aux orteils* ») comme à la Commission de recours des réfugiés (CRR) (à l'avocat : « *Maître, votre client M. S... a produit un certificat mentionnant la présence de multiples cicatrices qui lui auraient été infligées par les forces de sécurité sri-lankaises. La formation de jugement ayant observé que le patient n'avait jamais fait état de façon précise d'agissements et de sé-*

quelles pourtant hautement significatifs quant à la nature de sa demande, souhaiterait prendre connaissance des constatations circonstanciées qui pourront être relevées lors d'un examen médical effectué par le Comede. »)

Lorsqu'un document « réservé à des cas tout à fait exceptionnels » devient « hautement significatif », l'identification de l'expert prend de l'importance. Ainsi le certificat médical délivré par un médecin exerçant en dehors d'une institution est-il de plus en plus souvent refusé, parfois barré d'un laconique « *certificat Comede* » manuscrit par l'officier de protection. Plus inquiétant encore, l'expertise serait requise pour valider l'entretien à l'OFPPRA (au patient : « *Je vous serais obligé de faire parvenir à l'OFPPRA le plus rapidement possible [souligné dans le texte] le certificat médical que nous vous avons suggéré de vous faire établir lors de notre entretien à l'Office. En effet, ces documents me sont nécessaires afin de clore l'examen de votre demande* ») voire la décision de la CRR (au médecin : « *le dossier de Mme W... a suffisamment intéressé la Commission pour que celle-ci attende maintenant un certificat médical* »).

L'avocat se fait alors le relais du juge face au demandeur : « *Afin de démontrer les séquelles physiques et psychologiques [...], je vous conseille très vivement d'obtenir au plus vite un rendez-vous auprès du Comede* ». La demande peut être préventive : « *En cas de mauvais traitement et/ou de tortures, nécessité d'obtenir un certificat médical qui les constatera. Ce certificat peut être délivré par tout médecin généraliste, notamment au centre Primo Levi ou au Comede* », ou être exprimée plus clairement au téléphone : « *Pour aller à la CRR, il faut un bon certificat de torture* ». Finalement, deux précautions valent mieux qu'une : « *Il faut que vous preniez au plus vite un rendez-vous avec un médecin de l'Avre, ainsi qu'avec un médecin du Comede. Lorsque vous aurez les certificats médicaux de ces deux médecins, je vous remercie de me les envoyer par fax pour que je les transmette à la Commission.* »

En bout de chaîne, les principaux intéressés se sont adaptés, comme en témoigne cette déclaration écrite d'un Sri-Lankais destinée à l'OFPPRA : « *Blessures. Suite des diverses tortures subies dans les locaux de camps militaires, j'ai des traces de blessures dans mes deux pieds, je vais contacter un organisme agréé par votre Office pour avoir un certificat médical* ». Prévoyant, un demandeur turc n'hésite pas à écrire : « *J'ai été tabassé par des militaires dans mon village. Depuis, j'ai toujours mal à la tête et de temps en temps je perds la vue et je ne vois rien. Je suis allé me soigner à Comede* » avant même d'y avoir consulté.

Il serait donc avantageux d'avoir survécu à la torture pour obtenir un statut de réfugié. La procédure se fonde sur une expertise officieuse, la CRR n'ayant, à no-

tre connaissance, jamais procédé à la saisine d'expert. Mais si le certificat est nécessaire, est-il suffisant ?

Mythe et limites de la preuve

La torture est un processus systématisé de destruction de l'intégrité physique, psychique, sociale et relationnelle. Les menaces, l'humiliation, la mise à nu, l'absence d'hygiène, la détention au secret ou la persécution des proches laissent peu de traces que les tortionnaires sont habiles à éviter jusque dans l'agression physique. Le *Manuel des Nations-unies pour enquêter efficacement sur la torture* recommande ainsi « [qu]'un examen médical intervienne le plus rapidement possible si la torture est censée avoir eu lieu dans les six dernières semaines, avant que les traces les plus évidentes ne s'estompent », délai réduit à moins d'une semaine en cas de violence sexuelle. En définitive, « *l'absence de preuves physiques ne devrait pas être évoquée pour nier la torture* ».

Des « *preuves psychologiques* » vont alors être recherchées. Le syndrome de répétition (où dominent les crises émotives et les cauchemars) est sans doute spécifique du traumatisme, et divers symptômes y sont fréquemment associés (douleurs multiples, troubles de la mémoire, troubles sexuels, angoisse) dans une forme de névrose traumatique et/ou de dépression réactionnelle. Aucun de ces signes n'est spécifique de la torture, traumatisme sans doute le plus cruel mais non pas le seul chez ces personnes qui ont vécu les séparations et les deuils multiples de l'exil. En outre, si tous les exilés ont besoin d'un soutien socio-juridique et un grand nombre d'un suivi médical, la psychothérapie n'est requise que pour une minorité d'entre eux, chez qui le traumatisme récent réactive une vulnérabilité psychique plus ancienne. Selon le *Manuel des Nations-unies*, « *toutes les victimes de torture ne développent pas de maladies mentales diagnostiquables* ».

En cas de rejet de la demande d'asile, l'OFPPRA et la CRR soulignent depuis longtemps que « *le certificat médical est dépourvu de valeur probante dès lors qu'il ne fait que constater des séquelles traumatiques et consigner vos affirmations sur les sévices allégués sans apporter la preuve que des sévices sont à l'origine des faits constatés* ». Lorsqu'il s'agit de justifier un rejet, la parole du demandeur reprend de l'importance, comme dans cette décision du Comité des Nations unies contre la torture pour un Kurde menacé d'éloignement vers la Syrie : « *La crédibilité de la présentation des faits par l'auteur est mise en doute, étant donné que ce dernier n'avait invoqué ses allégations de torture ainsi que le certificat médical attestant la possibilité d'avoir été torturé uniquement après que sa demande d'asile initiale avait été rejetée* », éton-

nante décision qui semble méconnaître combien la torture engendre spontanément le silence.

Enfin, à supposer que la valeur probante du certificat soit admise, la torture avérée ne prouverait toujours pas le risque ultérieur de persécutions : « Pour le Comité, le requérant n'a pas invoqué d'éléments autres que la présence de marques sur son corps, qui permettraient d'affirmer qu'il court un risque particulier d'être soumis à la torture. Le Comité estime que le requérant n'a pas avancé de motifs sérieux permettant de croire qu'il risque, personnellement et actuellement, d'être soumis à la torture s'il est renvoyé au Sri Lanka ».

Souffrez, vous êtes filmés

Ainsi, même si le certificat médical peut y contribuer, il reste à convaincre le juge que le demandeur d'asile dit vrai, dans cette période où certains sont prêts à tout – même à mentir – pour survivre. Et si... et si le certificat médical pouvait détecter la vérité ? Un avocat franchit le pas, dans sa réponse à un courrier du Comede : « [Je] comprends que [vos] certificats médicaux ne peuvent pas s'engager sur l'existence de certains faits. Cependant, ne pourrait-on pas mettre en place une structure médicale qui pourrait permettre une analyse psychologique du récit de l'intéressé et s'engager sur la probabilité de véracités d'une situation ? [...] Ne serait-il pas possible de pratiquer un examen psychologique s'engageant sur la crédibilité du récit de la personne examinée ? ». Dans la conclusion d'un certificat, un médecin succombe à la tentation : « J'ai la conviction intime du vécu de sévices et de souffrance de Mme... dans son pays ». Un responsable associatif lui emboîte le pas : « L'association, qui a reçu et écouté longuement Melle S..., est convaincue de sa parfaite sincérité ».

Il est vrai qu'être reconnu réfugié, c'est bon pour la santé. Parce qu'on est reconnu, et parce qu'on obtient une carte de résident, privilège justement estimé par tous les « déboutés-régularisés » qui n'obtiennent qu'un titre de séjour provisoire ou temporaire, et plus encore par ceux qui ne sont ni reconnus, ni tolérés, et sont tenus de souffrir en silence. Mais la demande de certificat médical a un prix. Pour les exilés survivants de la torture, la thérapie repose sur l'instauration progressive d'un climat de confiance et

tient compte avant tout de ce qui a été essentiellement menacé : l'autorisation de penser, qui doit être restituée dans le respect absolu du rythme du patient⁽⁵⁾. Au contraire, en sollicitant des souvenirs douloureux, l'examen physique et psychologique risque de provoquer ou d'exacerber des troubles post-traumatiques. C'est pourquoi la prétendue « urgence » de l'obtention du certificat est particulièrement nocive.

Lorsque l'on dispose des conditions nécessaires (cadre, temps, interprète professionnel), le certificat peut aider le patient à se sentir reconnu, mais risque de le fixer dans une position de victime qui bloque les possibilités d'évolution, dans l'espoir que les mots du médecin puissent remplacer les siens. En matière de psychothérapie, l'illusion tragique que la souffrance donnerait des droits conduit à des impasses redoutables. Plus les troubles psychologiques sont importants, plus grand est le risque de la certification psycho-thérapeutique.

La santé du demandeur dépend également de l'attitude du certificateur face à ses déclarations et ses symptômes. La conscience du médecin ou du psychologue de ses réactions de contre-transfert, et leur compréhension, déterminent la relation de soins. La sur-identification et la toute-puissance du « sauveur » sont traumatisantes en entretenant le mythe des « bons et mauvais certificats médicaux ». Le sentiment de ne pas être « à la hauteur », dans une référence abusive à des normes médicales idéalisées, peut conduire à un senti-



Dictionnaire de la lepénisation des esprits

par Pierre Tévanian et Sylvie Tissot, L'Esprit frappeur, édition 2002, 7 €.

En accusant les immigrés ou leurs enfants de tous les maux, les plus hautes autorités politiques, médiatiques et intellectuelles, de droite mais aussi de gauche, apportent aux thèses lepénistes le semblant de légitimité qui leur manque pour l'imposer.

Ce dictionnaire révèle, citations à l'appui, l'existence d'un véritable consensus, qui se traduit au quotidien par des lois et des pratiques administratives discriminatoires.

Mais il s'agit aussi et surtout d'un livre de combat, qui réfute point par point ce nouveau « racisme ordinaire ».

ment de colère vis-à-vis des tortionnaires avec risque de subjectivité. La colère est parfois – souvent ? – transférée sur les instances de décision, OFPRA et préfectures au premier chef. Elle peut s'exprimer vis-à-vis des demandeurs suivants par la tentation du refus, dans un argumentaire relatif à l'inutilité définitive du certificat médical ; ou par une profession de foi sur la crédibilité de l'exilé, dans le désir de se substituer au juge. Ces deux attitudes extrêmes symbolisent les figures du « militant » et de l'« expert », avec leurs risques respectifs de négation et de stigmatisation du traumatisme.

Chez les soignants sollicités pour un certificat médical, la colère peut également se retourner contre le patient, en raison de l'exposition à un degré inhabituel d'anxiété ou de l'impression d'être « utilisé » par le demandeur. Elle peut se manifester par l'hostilité, ou l'évitement et le déni, indifférence défensive qui conduit à une sous-estimation de la gravité. Ces réactions sont potentialisées par la frustration du soignant qui ne peut soigner, puisqu'il ne doit pas guérir au risque de compromettre les projets du patient, ceci en contradiction avec les références biologiques et techniques qui structurent la pensée de la majorité des médecins⁽⁶⁾. Ces différentes réactions peuvent viser, à travers le patient, l'association de soutien ou l'avocat qui participent de « l'instrumentalisation » dont le patient et le soignant feraient l'objet. Elles dessinent parfois la figure du « neutre », estimant qu'il n'est pas de sa responsabilité de participer à la régularisation des exilés.

Or, si l'impartialité de l'expertise est indispensable vis-à-vis des deux parties, la neutralité est impossible. C'est en effet l'attente réciproque entre les hommes qui détermine l'espace des responsabilités. Apprendre à y répondre suppose compétence technique, mais aussi repères juridiques, déontologiques, culturels et moraux. L'acte éthique est alors l'élaboration d'un compromis⁽⁷⁾.

L'épidémie des demandes de certification médicale s'intègre dans un processus plus global de victimisation à des fins de justice, qui n'est limité ni à notre époque, ni à notre pays. Pour la reconnaissance du statut de réfugié, le certificat médical ne devrait jamais être décisif. L'expertise médicale ne saurait se justifier que lorsque les lésions évoquées à l'entretien sont invisibles pour le juge, parce qu'il ne peut constater les signes du corps vêtu, ou parce qu'il ne peut déchiffrer les symptômes psychologiques. Dans le second cas, la formation adaptée des officiers de l'OFPRA, magistrats de la CRR et agents des préfectures permettrait d'en diminuer considérablement les besoins.

Si la certification médicale peut être utile, elle n'en est pas moins nocive, et ses principaux dangers doi-

vent être présents à l'esprit de tous les intervenants. Pour le certificateur, l'écoute doit primer toute décision : le certificat médical n'est pas un soin, mais le refus d'en délivrer non plus. La certification en urgence, qui aggrave le risque psychologique dans tous les cas, doit être évitée. Les médecins, psychologues et institutions ont à connaître leurs limites, fonctions de leurs contraintes et difficultés propres, afin de s'y adapter. La certification psychologique doit être généralement distinguée de la psychothérapie, compte tenu des risques particuliers que l'une fait peser sur l'autre.

Le certificat destiné à la demande d'asile doit pouvoir être délivré par tout soignant, pourvu qu'il soit accueillant et informé, et qu'il puisse s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire ou un réseau incluant des spécialistes en droit des étrangers. Si l'avocat ou le juge doivent se préoccuper des conséquences médicales de la demande de certificat, il est nécessaire que le médecin ou le psychologue s'appliquent à connaître le contexte juridique et les formulations requises⁽⁸⁾. Pour les exilés survivants de la torture, il n'y a pas plus d'expert *a priori* en certification médicale qu'il n'en existe en matière de soins médico-psychologiques⁽⁹⁾.

En définitive, « il convient de réserver les demandes de certificat médical à des cas tout à fait exceptionnels, où l'avis d'un médecin est vraiment indispensable à la compréhension du cas, en complément de la parole du sujet et non à sa place ». Le récit des craintes de persécution pour le demandeur d'asile ne peut-il convaincre qu'un soignant ou un militant ? Ni la « preuve de torture », ni le « certificat de vérité » ne peuvent remplacer ce qui restera un jugement de valeurs. ■

(1) Didier E., *Torture et mythe de la preuve*, *Plein Droit* 18/19, 64-68.

(2) Fassin D., *Quand le corps fait loi*, *Sciences sociales et santé* 19/4, 5-32.

(3) Legoux L., *La crise de l'asile politique en France*, CEPED 1995.

(4) Noiriel G., *Réfugiés et sans papiers, la République face au droit d'asile XIXe-XXe siècle*, Pluriel.

(5) Gomez-Mango E., *De la torture et du secret*, *Migrations santé* 53, 42-46.

(6) Marzouki M., *Le non engagement scientifique pour le respect des droits*, *Santé publique*, mars 2001, 3-6.

(7) Léry N., *L'accession au statut de réfugié et ses problèmes médico-légaux*, *La Presse médicale* 13/44, 2665-67.

(8) Le Guide du Comede 2003, *Certification médicale pour la demande d'asile*, 174-176.

(9) Olcese M., *Isolément et torture*, *Migrations santé* 46, 52-55.