

MAUX

d'exil

Éditorial

Épreuves d'exil

Pr Didier Fassin,
président du Comede

Nombreuses sont les causes de troubles psychiques parmi les exilés. Dans le pays qu'ils ont quitté, ils peuvent avoir été victimes de conflits, de sévices et de discriminations. Pendant le trajet d'exil, ils ont subi d'autres exactions, parfois été battus, maintenus captifs, abusés sexuellement, exposés à des conditions extrêmes. Parvenus dans le pays dit d'accueil, ils sont alors confrontés à l'isolement, la vie à la rue, la précarité juridique, et le harcèlement implacable des forces de l'ordre. En fonction des personnes et de leur histoire, les troubles qui en résultent peuvent se manifester sous forme d'anxiété, de dépression, de décompensation psychotique et de traumatisme psychique. Les études épidémiologiques en montrent la fréquence et la gravité, d'autant que les diagnostics sont souvent tardifs.

Malgré leur grande vulnérabilité, les patients se heurtent à un triple obstacle dans leur prise en charge. Ils peuvent rarement accéder à des spécialistes, en raison de l'insuffisance de structures publiques de santé mentale. Même, lorsqu'ils présentent des tableaux inquiétants, ils obtiennent de moins en moins facilement des titres de séjour temporaire pour raison médicale, parfois au prétexte fallacieux qu'ils seraient mieux soignés dans leur pays. Et même quand ils souffrent d'états post-traumatiques, il leur est de plus en plus difficile de les faire reconnaître comme attestant les persécutions subies dans leur pays, ce qui leur permettrait d'accéder au statut de réfugié.

Nourris d'expériences de terrain, les textes réunis dans ce dossier témoignent de ces épreuves, souvent directement liées aux politiques d'immigration et d'asile, au moment même où le gouvernement ajoute de nouvelles entraves à l'accès aux soins pour les différentes catégories d'exilés.



© Olivier Pasquiers

PERSONNES ÉTRANGÈRES ATTEINTES DE PSYCHOTRAUMATISMES : QUELLE PROTECTION ?

Psychiatres, psychologues, médecins généralistes, ce numéro de Maux d'Exil s'intéresse à celles et ceux qui soignent les psychotraumatismes des exilé-e-s, et participent à la protection des victimes et témoins d'exactions, de blessures, de viols... durant leur parcours voire une fois arrivé.e.s en France.

Ces professionnel-le-s témoignent des parcours d'exil de leurs patient-e-s, rarement linéaires, toujours complexes. Telle une évidence, tous défendent une approche coordonnée et éthique du soin. Tous font, hélas, le constat du silence, sinon du déni, des institutions responsables de la protection des personnes étrangères malades.

Sommaire

Novembre 2019

- 2** GROUPE DASEM PSY **POUR UNE APPROCHE JUSTE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES MALADES : LE GROUPE DASEM PSY**
- 3** RÉPONSE À L'OFII **DASEM- LE MÉPRIS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PATIENT-E-S EXILÉ-E-S**
- 4** ASSOCIATION ETHNOTOPIES **LE SOIN AUX PERSONNES EXILÉES ET LES ASSOCIATIONS QUI S'EN OCCUPENT, QUEL DEVENIR ?**
- 6** VU D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE **PARCOURS DE SOINS ET ACCUEIL TRAUMATIQUE : SOUFFRANCES POUR LES PERSONNES ET LEURS SOIGNANT-E-S**
- 7** VU DU COMEDE **UN ENJEU DE RECONNAISSANCE DES PATHOLOGIES PSYCHIQUES**

Pour une approche juste des personnes étrangères malades : le groupe DASEM PSY

Face à une forme de « déni des réalités cliniques complexes » de la part de l'OFII à l'égard des personnes exilées, un collectif de soignant-e-s s'est constitué : le « groupe DASEM PSY ». Son objectif est de faire valoir une éthique du soin dans l'exercice de la clinique et du droit des personnes étrangères malades.

François Journet, psychiatre en Isère

Francis Remark, psychiatre en Dordogne

Avant 2017, les Demandes d'Autorisation de Séjour « Étrangers Malades » (DASEM) étaient évaluées par un-e médecin de l'agence régionale de santé (ARS) sur critères de gravité et de possibilité de soins au pays. L'évaluation relevait du ministère chargé de la santé et orientait l'attribution ou non d'un titre de séjour par les préfetures. Depuis 2011, la possibilité du traitement en France était considérée sur la base de son existence ou non au pays, indépendamment d'un accès effectif. Depuis 2017, la loi de mars 2016 confie cette évaluation au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), relevant du ministère de l'Intérieur. Pour la période 2017-2018, la part d'avis positifs a été drastiquement réduite : 50 % avec l'OFII, contre 75 % avec les ARS en 2013, pour l'ensemble des pathologies, tandis que les pathologies psychiatriques (26 % des DASEM) obtiennent 75 % d'avis négatifs. Ces données suggèrent une subordination implicite du droit des personnes étrangères malades aux politiques de contrôle des migrations.

De nombreux soignant-e-s constatent les effets catastrophiques de ces avis négatifs, suivis de refus des préfetures, sur la santé et les soins des patient-e-s : aggravation des pathologies, des conditions de vie déterminant l'évolution clinique, atteinte à la confiance établie dans le lien thérapeutique etc. Ils sont les conséquences d'avis établis sans explications connues, autres que les critères généraux énoncés dans le rapport de l'OFII¹. Ces dites « expertises »² révèlent des avis contradictoires pour des situations similaires. Ils négligent les spécificités de l'approche psychiatrique, rappelées dans les textes d'application de l'évaluation³ (importance du lien thérapeutique, de la stabilité sociofamiliale et problème crucial du retour au pays pour des victimes de torture et persécutions).

Ce déni de réalités cliniques complexes, lié aux conceptions cliniques et épistémologiques des médecins de l'OFII produisant des impasses thérapeutiques, a conduit à la création d'un collectif de soignant-e-s autour du Comede, le « groupe DASEM PSY ». Son objectif est de faire valoir une éthique du soin, non de suspicion, dans l'exercice de la clinique et du droit des personnes malades étrangères. Ce collectif dénonce un problème probablement commun à l'ensemble des DASEM. Nos patient-e-s, débouté-e-s d'asile pour la plupart, indési-



© Olivier Pasquiers

rables pour la politique migratoire actuelle, sont suspectés de contournement de l'asile. La mise en doute par les instances de l'asile d'un vécu de violences intentionnelles liées aux pathologies peut contaminer l'évaluation des pathologies. Quant à l'affirmation de médecins de l'OFII d'une nécessité d'appliquer avec la plus grande rigueur le droit, pour défendre ce-dernier dans le contexte politique qui le mettrait en danger, il révèle l'importance de la

question politique infiltrant « l'expertise ».

Le collectif envisage donc :

- de produire un argumentaire⁴ pour une évaluation des situations psychopathologiques réelles, considérant le contexte historique et social de la clinique singulière et les spécificités psychiatriques, donnant sens aux pathologies et aux soins ;
- d'alerter le corps soignant et de diffuser un questionnaire aux professionnels de santé impliqués dans les DASEM PSY, pour mieux connaître la diversité et l'inventivité inhérente aux pratiques de soins mobilisées par ces situations complexes ;
- d'organiser des assises sur le sujet au printemps 2020, invitant soignant-e-s de terrain et collègues de l'OFII ;
- de penser une action pour négocier l'établissement d'une évaluation référée à la clinique, éclairée par des spécialistes du terrain, sous autorité du ministère chargé des Solidarités et de la Santé.

Les conceptions des théories psychiatriques risquent toujours de suivre les idéologies du pouvoir. Pour défendre la clinique psychiatrique des personnes migrantes, rappelons l'avertissement de l'historien Howard Zinn qui présentait ainsi son ouvrage⁵ : « *Tant que les lapins n'auront pas d'historiens, l'histoire sera racontée par les chasseurs* ».

1 - Rapport au parlement de la mission DASEM 2017

2 - L'expertise psychiatrique implique une argumentation fouillée liée à l'histoire du sujet

3 - 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 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

4 - Francis Remark, De la nécessaire reconnaissance des souffrances psychiques des exilés <https://revuelautre.com/debats/de-la-necessaire-reconnaissance-des-souffrances-psychiques-des-exiles/>

5 - Howard Zinn (1980), Une histoire populaire des États-Unis

DASEM - le mépris de la souffrance psychique des patient·e·s exilé·e·s

Dans une tribune adressée à la Ministre des Solidarités et de la Santé, les auteures dénonçaient le déni des souffrances psychiques des demandeurs d'asile déboutés demandant une protection pour raison médicale. Leur prise de parole a occasionné une réponse des psychiatres de l'OFII. Retour sur les arguments qui sont opposés.

Sarah Iribarnegaray, psychiatre à Paris

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, professeur d'anthropologie, psychologue clinicienne en Seine-Saint-Denis

Dans une tribune adressée à la Ministre chargée des Solidarités et de la Santé, nous dénonçons le déni des souffrances psychiques des personnes demandant l'asile, visible dans l'effondrement de l'accord au droit au séjour pour étrangers malades accordé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Cette tribune avait occasionné une réponse des psychiatres de l'OFII. Nous souhaitons revenir sur les arguments opposés qui nous paraissent, systématiquement, donner raison à ce que nous dénonçons : le déni et la politisation du psycho traumatisme.

Rappelons l'argument principal de notre article : la chute de l'octroi des admissions au séjour pour soin pour étrangers malades (DASEM) en 2017 et 2018. Cette diminution est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'état de stress post-traumatique et de dépression, troubles psychiques non reconnus ou n'occasionnant pas de troubles d'une « *exceptionnelle gravité* » s'ils ne sont pas soignés, ou soignables dans le pays de la personne demandant l'asile.

La réponse de la tribune, signée collectivement par « *les psychiatres de l'OFII* » nous a étonnés. Contrairement à ce qui y est avancé, être médecin à l'OFII n'est pas comparable au « *médecin scolaire* » ou au « *médecin pénitentiaire* » : les médecins de l'OFII n'exercent pas de mission de soin ou de prévention, mais d'évaluation. Dans cet exercice, elles et ils rendent leur « expertise » qui va directement servir de base à l'octroi ou au rejet de la demande de séjour pour soin. Elles et ils sont employé·e·s pour « *sélectionner* » les patient·e·s. Nous sommes

également étonnés par la satisfaction affichée quant à la « *générosité* » française en matière d'accord de titres de séjour pour soin ; l'équipe médicale est-elle là pour accorder des titres de séjour ou pour soigner ?

Nous ne confondons pas la procédure de l'asile avec celle de la demande de soin pour étranger malade. Au contraire, nous parlons précisément de ceux qui subissent la double peine : personnes exilées en raison de violences subies, rendues malades par cette violence et souvent empêchées de parler tant elles sont traumatisées. Une victime de violences dans son pays est éligible à la demande d'asile mais, si elle est malade, elle est aussi éligible à la procédure du DASEM. Or, la loi de 2018 sur l'immigration contraint désormais les personnes exilées victimes

de violences qui nécessitent des soins à faire en même temps, dans les trois mois de leur arrivée, les deux demandes. Mais celui ou celle qui, souvent, ne comprend pas le français, entravé par une détresse psychique intense, n'a pas toujours les ressources à son arrivée pour entreprendre ces démarches auprès de la préfecture.

Il faut rappeler que les psychiatres de l'OFII ne reçoivent pas que des individus qui viennent pour se faire soigner parce « *qu'ils ne le peuvent pas dans leur pays* » ; ils reçoivent aussi des personnes demandeuses d'asile ou déboutées qui ont besoin de se faire soigner à la suite des tortures et exactions subies. Les psychiatres de l'OFII reçoivent des patient·e·s suivi·e·s pour psycho traumatisme, qui ont subi des tortures, des blessures, des exactions et des viols. Il



© Olivier Pascault

est impossible, pour beaucoup, de nommer la folie envahissante lorsqu'ils ont été victimes ou ont assisté à ces atrocités. Elles et ils nous parlent beaucoup des visites à l'OFII : toutes et tous, sans exception, attestent de la rapidité de ces entretiens, sans interprète, par un seul médecin. Les demandeur-es d'asile connaissent tous l'OFII et les administrations qui peuvent, entre autres, les renvoyer au pays. C'est peu de dire qu'ils appréhendent « l'évaluation » devant un-e médecin de l'OFII. Elle peut terrifier, d'autant plus si on les suspecte de mentir ou que l'on pense leurs maux sans conséquences.

Surtout, pourquoi rejeter des dossiers instruits par d'autres confrères ou consœurs, sur des suivis parfois longs ? C'est mépriser ces soignant-e-s qui attestent des soins reçus et nécessaires, mais aussi mettre en doute la seule chose qui peut sauver psychiquement des personnes abîmées : leur parole. Les médecins de l'OFII disent exprimer « un doute lorsque le parcours de soins est en contradiction avec l'intensité des symptômes telle qu'elle est décrite », faisant le parallèle avec la gravité d'une maladie somatique et la nécessité d'une hospitalisation. Rappelons la précarité des patient-e-s reçues, la barrière de la langue, la méconnaissance ou les *a priori* face à la « folie » et la difficulté à investir de nouveaux lieux de soin. L'hospitalisation dans les secteurs de psychiatrie est parfois malaisée ou uniquement ponctuelle, malgré la gravité clinique.

Enfin, un dernier argument avancé sur l'exceptionnalité des qualités thérapeutiques des pays dont sont originaires les patient-e-s atteste d'une méconnaissance de la réalité locale. Si les soins étaient existants dans les pays d'origines, les demandes de DASEM n'existeraient pas. Pour avoir travaillé pendant des années en Asie du Sud auprès de personnes d'une extrême précarité, et pour côtoyer quotidiennement des collègues afghans, congolais ou érythréens, aujourd'hui réfugiés politiques, nous confirmons que les propositions thérapeutiques pour le psycho traumatisme dans les pays d'origine sont tout simplement inexistantes. Plus encore, le système actuel de santé y est gravement attaqué par les dysfonctionnements politiques et peut être persécuteur. L'accusation d'ethnocentrisme relève du déni : pour protéger qui, et au nom de quoi ?

Le soin aux personnes exilées et les associations qui s'en occupent, quel devenir ?

Claire Mestre, psychiatre et anthropologue, revient sur les origines de l'association Ethnotopies et sur des difficultés toujours plus nombreuses pour garantir une pratique digne des soins psychiques auprès des personnes exilées.

Claire Mestre, psychiatre et anthropologue, responsable de la consultation transculturelle du CHU de Bordeaux, présidente de l'association Ethnotopies

La consultation transculturelle du CHU de Bordeaux est assurée par une équipe pluridisciplinaire d'une dizaine de personnes qui accueille des personnes migrant-e-s selon une méthode incluant les sciences humaines. En 2018, cette activité a connu deux évolutions qui ont bouleversé la pratique de soins psychiques auprès des personnes exilées. La première concerne le choix de l'association *Mana*, travaillant en étroite collaboration avec la consultation transculturelle de Bordeaux, d'intégrer en 2017 une organisation spécialisée dans l'entrepreneuriat social, le *Groupe SOS*. La seconde concerne la modification de la procédure d'octroi des admissions au séjour pour soin pour étrangers malades (DASEM), passant des prérogatives des agences régionales de santé à celles de l'OFII. Ces deux changements relèvent de la simple coïncidence de calendrier. Néanmoins, les processus qui les sous-tendent demandent à être examinés de près. L'association *Mana*, dont les missions initiales étaient le soin et la prévention auprès des populations migrantes, la formation et la recherche, avait créé un groupe d'interprétariat et participé à la création de la charte pour l'interprétariat en milieu médical et social¹.

Elle avait monté une action de quartier pour les femmes étrangères et collaborait à la consultation hospitalière pour le soin auprès des victimes de la torture et de la répression politique, grâce à un financement de l'ONU. L'association a estimé qu'une alliance avec le *Groupe SOS* la mettrait à l'abri de ruptures de contrat pour ses salarié-e-s et de l'aléa des demandes de financement et des appels d'offres. Les désaccords internes quant à cette alliance furent nombreux. Dans ce contexte, une autre association a vu le jour : *Ethnotopies*, qui conserve son indépendance et qui, à ce jour, développe des projets engagés auprès des personnes migrantes.

Les retentissements de cette alliance se firent sentir, en particulier l'exclusion de la préoccupation des populations soignées, pourtant au cœur de nos actions. Parallèlement, les effets de la nouvelle procédure du DASEM se firent également sentir : des patient-e-s soignés se retrouvèrent sans papiers, privés de travail, parfois à la rue ou fuyant la police. L'incompréhension et le doute dans nos capacités assombrirent nos pratiques. Heureusement, la solidarité a évité que l'équipe ne vole en éclats. Les patient-e-s continuèrent à venir, sauf celles et ceux qui partirent dans l'errance. Quelles sont les tendances qui traversent ces deux histoires ? J'en proposerai quelques-unes : la destruction du lien social

et l'immixtion de logiques restrictives d'État dans le soin. L'équipe de soins, celle salariée par *Mana SOS*, celle montant des dossiers pour l'OFII, s'est en effet trouvée face à des logiques « techniquement » efficaces, mais écartant les relations collégiales et collectives pour l'évaluation de l'état et des besoins des patient·e·s. Le *Groupe SOS* et l'équipe de l'OFII partagent par ailleurs des intérêts qui entrent en collision avec ceux de l'État. Deux exemples peuvent l'illustrer. La disparition des petites associations (baisse des financements publics et disparition des contrats aidés) fait la part belle à de grandes organisations aux préoccupations parfois moins proches du terrain². D'autre part, la baisse des statuts « vie privé vie familiale » a contribué à la volonté étatique de décourager l'installation de personnes étrangères³.

Les associations participent à la démocratie en suscitant la contestation et la discussion. Or, il ne semble y avoir de contre-pouvoir dans l'organisation du *Groupe SOS*. Tandis que du côté des avis délibérés par l'OFII, ces derniers ne sont pas discutables car jamais argumentés, les liens avec le collège de médecins étant impossibles. La situation des patient·e·s est évaluée à l'aune d'une vision excluant la biographie, la singularité et les relations nouées avec le ou la thérapeute. Le professionnel associatif qui le rencontre peut se voir signifier l'arrêt de son travail du jour au lendemain sans préavis ou être remplacé par un·e autre, sans souci de la réalité du terrain et des actions en cours.

À la suspicion grandissante de l'État à l'égard des populations d'étrangers pourrait répondre la nôtre, rendue légitime par l'actualité : qu'est-ce qui est mis en place pour décourager d'une part les personnes exilées de venir en France et, d'autre part les salarié·e·s généralement associatifs qui les accueillent à leur arrivée ? Les avis restrictifs de l'OFII, la remise en question de l'AME et la demande des préfectures aux associations de « livrer » le nom des débouté·e·s n'ont-ils pas aussi pour effet de plonger les associations dans le doute de la valeur de leur engagement, et d'assister impuissantes au spectacle accablant de l'exclusion et l'invisibilité grandissante des étranger·es ?



1 - <https://www.migrationssante.org/2016/03/17/la-charte-de-linterprete-medical-et-social/>
 2 - Sur cette question, voir aussi le dossier de Maux d'exil n° 60 : Financement des associations, citoyenneté et vie démocratique, juillet 2019
 3 - Le pourcentage des avis positifs et négatifs dans le sud-ouest est assez peu différent des autres régions. C'est plutôt l'uniformité des chiffres, quelque soit la région, qui frappe

Parcours de soins et accueil traumatique : souffrances pour les personnes et leurs soignant·e·s

Les personnes qui demandent l'asile rencontrent fréquemment des difficultés durant l'accueil, occasionnant de graves souffrances. Le parcours de soins et le travail coordonné des professionnels de santé qui les accompagnent sont utiles pour les protéger, mais expose les soignants à des positions inconfortables qui peuvent les blesser. L'histoire de Mme A et de sa famille en donne un exemple.

Pierre Tryleski, médecin généraliste à Strasbourg

Mme A est originaire du Kosovo. Jeune femme cultivée, elle a eu la chance de faire des études. Elle explique qu'elle est issue d'une ethnie minoritaire du Kosovo, victime de discriminations. Elle a subi des violences et des menaces de mort de la part de la famille de son mari, en raison de son origine ethnique. Son mari, jeune étudiant universitaire, est originaire de la communauté dominante. Les parents de son mari ne toléraient pas cette union. Alors qu'elle était enceinte, ils ont fui le Kosovo et ont demandé l'asile en France, pour se protéger des violences et des menaces de mort dirigées contre elle puis contre son enfant. Leur demande d'asile a été malheureusement rejetée, en raison d'une insuffisance de preuves et faute d'avoir emporté la conviction des juges.

Les événements traumatiques ont eu des répercussions graves sur la santé de la jeune femme, provoquant une dépression sévère accompagnée de manifestations somatiques, de troubles psychiatriques, d'un état de prostration et de sidération de la pensée. La relation entre la mère et son enfant était gravement perturbée, ces troubles occasionnant un fort sentiment de culpabilité, aggravant l'état dépressif.

Annoncé au cœur de l'hiver, le rejet de la demande entraînait la perte des conditions matérielles d'accueil dont bénéficiaient les personnes demandant l'asile, et donc la perte d'hébergement.

Les soignant·e·s se sont alarmé·e·s, car la perte d'hébergement avait pour consé-

quence que les soins ne pouvaient plus être prodigués de façon efficace. Aucun traitement n'avait de chance d'apaiser cette maladie s'il n'y avait pas de sécurisation de la vie courante. La réserve médicale devait être transgressée pour parvenir à protéger la patiente. Médecin traitant de la jeune femme, en lien avec les équipes psychiatriques qui suivaient Mme A, j'ai émis une alerte auprès des responsables du 115 :

"(...) Je vous sollicite pour vous alerter sur la situation de la famille A, dont je suis médecin traitant, famille déboutée de l'asile, en fin d'hébergement au CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile) qui les a accueillis. Ils devraient quitter leur hébergement dans les prochains jours. Aucune solution alternative ne leur est ouverte et ils n'ont pas les ressources pour assumer leur sécurité.

Mme A. est sérieusement troublée par

ces événements et sombre dans une dépression profonde, accompagnée de troubles somatiques et d'idées très noires, faisant fortement craindre un passage à l'acte autoagressif, ou un risque suicidaire. Elle a déposé une demande d'autorisation de séjour pour raison médicale étant donné ses problèmes médicaux, qui est en cours d'instruction. Elle n'a pas de réponse. Pour le moment, c'est seulement le recours au 115 UNE FOIS QU'ILS SERONT À LA RUE qui leur est proposé, avec les aléas et la précarité que cette situation représente.

Il me paraît fondamental que soit anticipée cette rupture d'hébergement, afin de prévenir une décompensation médicale qui pourrait être sévère."

La médecin psychiatre qui l'avait prise en soins est elle aussi intervenue :

" (...) Je ne peux que déplorer la difficulté de travailler dans ces conditions dans

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc - 94270 Le Kremlin Bicêtre

Tél. : 01 45 21 39 32 - Fax : 01 45 21 38 41

Mél : contact@comede.org - Site : www.comede.org

RÉALISATION : Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : Arnaud Veïsse

RÉDACTEUR EN CHEF : Matthieu Humez

PHOTOGRAPHIES : Olivier Pasquiers

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

lesquelles notre travail clinique est happé par ces questions, tout aussi importantes, du quotidien et que seule une collaboration efficace, chacun assumant ses responsabilités, permette d'avancer face à ces situations complexes."

Cette alerte n'a pas abouti à une protection immédiate et la famille a été sommée de quitter le CADA. Les deux adultes et leur enfant ont dormi à la rue, alors même que l'état de santé mentale de Mme A était au plus bas. Heureusement, le psychologue qui la suivait conjointement au sein du centre médico-psychologique a fait jouer ses réseaux :

"(...) J'ai trouvé une solution temporaire d'hébergement en activant le réseau Éducatifs sans frontières, à partir de ce soir une famille pourra les accueillir, ils ont dormi la nuit précédente à la rotonde en s'abritant dans la station de tram..."

Trop souvent, ces histoires tournent à la catastrophe et font endurer des souffrances sans fins à ces personnes malmenées par l'histoire et les logiques politico-administratives. Dans le cas de cette famille la situation a fini par s'arranger, et le dénouement fut satisfaisant : les protections se sont mises en place, lentement, trop lentement, mais finalement de façon pérenne, et par la suite, Mme A a pu guérir de la dépression. L'enfant a grandi et va à l'école. Un petit frère est né.

Restent des "cicatrices" : Mme A n'a pas pu reprendre ses études, elle travaille dans un emploi modeste. Une tristesse l'habite. Y aura-t-il des conséquences pour elle et son couple, pour l'enfant ?

Accompagnant·e·s de proximité, l'équipe de soignant·e·s a été forcée de quitter sa position d'expertise professionnelle, dans le but de parvenir à faire jouer les protections légales et de "limiter la casse". Elle a été, elle aussi, bouleversée par les événements subis par le couple et l'enfant. Quel est le "coût" professionnel de ces contorsions d'accompagnement ?

Un enjeu de reconnaissance des pathologies psychiques

Dans un contexte de durcissement des politiques d'accueil et de restriction du droit d'asile, la régularité du séjour, de plus en plus précaire, est un des déterminants sociaux de santé indispensables pour assurer la continuité des soins. L'accès à un titre de séjour est un des enjeux majeurs de la prise en charge des patient·e·s souffrant d'affections psychiques graves.

Olivier Lefebvre, médecin, coordinateur médical du Comede

Laure Wolmark, psychologue, coordinatrice santé mentale du Comede

“ DASEM » (droit au séjour des étranger·ère·s malades), « DASEM PSY » (droit au séjour des étranger·ère·s malades, souffrant de troubles psychiques), ces acronymes utilisés au Comede correspondent à la demande de « titre de séjour pour raisons de santé » visant à obtenir une « carte de séjour temporaire vie privée et familiale¹ ». Ce droit au séjour « pour raisons médicales », comme il est aussi communément appelé, stipule que « l'étranger peut bénéficier d'un titre de séjour pour soins si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Et, si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié² ».

Les troubles psychiques graves constituent le premier motif de prise en charge pluridisciplinaire au Comede (35 %), avant les maladies non transmissibles ou infectieuses. Pour deux tiers des patient·e·s (64 %), il s'agit de psychotraumatismes principalement en lien avec des antécédents d'enfermement, de séquestrations associées ou non avec des violences et des tortures subies dans leur pays d'origine (56 %), sur le trajet (24 %) mais aussi sur le territoire français (3 %). Les syndromes dépressifs (22 %), les troubles anxieux (7 %) et les traumatismes complexes (5 %), parfois associés au psycho trauma-

tisme, constituent les autres motifs de prise en charge.

Ce droit au séjour peut paraître complexe du fait de la formulation. Son ampleur peut sembler anecdotique : il ne concerne que 10 041 étrangers en 2017³, soit 27,4 % des demandeur·es atteint·e·s de troubles psychiques, dont la moitié souffrant d'état de stress post-traumatique, taux bien en deçà de la prévalence constatée de ces troubles parmi les migrants consultant au Comede. Enfin, son application est extrêmement « bureaucratique », au vu de la complexité de la procédure, de sa durée et des obstacles à affronter.

Dans notre pratique au Comede, nous sommes confrontés à ces aspects du « DASEM » : complexité, incertitude et manque de reconnaissance.

Lorsque nous devons expliquer aux patient·e·s le type de démarches ou de procédure qu'elles ou ils doivent entreprendre, ces trois aspects du droit au séjour rendent notre discours peu audible. Les incertitudes sont nombreuses : de la possibilité de déposer le dossier si la personne ne possède pas de passeport, à la durée de la procédure, en passant par les chances de succès... Lorsque nous voulons soutenir des collègues dans des démarches, nous sommes, avec elles et eux, confronté·e·s à la complexité de la procédure, des arguments à mettre en œuvre, aux différences de pratiques entre préfectures. Et lorsqu'il s'agit de porter notre plaidoyer pour défendre ce droit, nous sommes confronté·e·s au manque de

Vu du Comede

reconnaissance, d'autant plus s'il s'agit de soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces obstacles tendent à masquer l'importance de ce droit pour les personnes étrangères malades psychiques.

La psychiatrie demeure le parent pauvre de la santé publique dans la majorité des pays du monde. Les systèmes de santé des pays en développement, et notamment de santé mentale, ne sont manifestement pas en mesure d'assurer la continuité des soins pour les patients souffrant d'affections psychiatriques chroniques graves. Les hôpitaux psychiatriques sont, dans de nombreux pays, des lieux d'enfermement, de maltraitance, voire de traitements inhumains et dégradants.

La souffrance et les troubles psychiques restent peu reconnus, voire soupçonnés de simulation⁴. Ainsi, à la souffrance et aux troubles s'ajoute leur déni. Dans nombre de pays, les moyens de soigner ces personnes sont plus qu'insuffisants. En France, la chute du taux d'accord des demandes de titre de séjour pour soins (-25 %) pour les personnes souffrant de troubles psychiques et de psycho traumatisme, rappelle combien les avancées dans l'ordre de la reconnaissance des patholo-



gies psychiques sont fragiles. Là encore, les conséquences pour les malades sont lourdes, car la reconnaissance est centrale et fait partie du traitement. Pour aller mieux, il faut être cru, et non enjoint à se taire et à devenir invisible.

1 - Site du ministère de l'intérieur, « la délivrance des titres de séjour pour raisons de santé », <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/La-delivrance-des-titres-de-sejour-pour-raisons-de-sante>

2 - Ibid

3 - Rapport de l'OFII au parlement, 2017, p. 59, http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

4 - Le « TSPT (*trouble de stress post-traumatique, N.D.L.R.*) est le motif le plus fréquent de demandes de titre de séjour pour soins, notamment chez les personnes déboutées de leur demande d'asile (mentionné dans le certificat médical). Le problème de la réalité de l'affection se pose parfois, notamment quand le diagnostic repose essentiellement sur des éléments déclaratifs, problème auquel s'ajoute souvent celui des conditions de leur recueil (traduction). »

EN 2019, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONS DE PARTICULIERS, ET :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé (DGS)
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de l'Éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le ministère du Logement et de l'Habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de la Cohésion des Territoires, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)
- L'Agence nationale de santé publique - Santé publique France
- Le Sénat et l'Assemblée nationale, réserve parlementaire 2017 (cf. site du Comede)
- La Caisse européenne, Fonds asile, migration et intégration (FAMI)
- L'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Direction territoriale du Val-de-Marne
- L'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- L'Agence régionale de santé de Guyane
- La Ville et le Département de Paris, Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES)
- La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Île-de-France (DRJSCS)
- Le Conseil régional d'Île-de-France
- Le Conseil Départemental du Val-de-Marne, la Direction départementale interministérielle de la Cohésion Sociale du Val-de-Marne
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, le Fonds Inkermann, la Fondation RAJA, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation Barreau de Paris Solidarité
- Aides, Médecins sans frontières

Services du Comede

www.comede.org
01 45 21 39 32

■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES

Permanence téléphonique sociojuridique

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi, 9h30-12h30 (N.B. : à compter de janvier 2019, la permanence fonctionnera le lundi, mardi, jeudi et vendredi aux mêmes horaires).

Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30-17h30

Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30-17h30

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et annulation par mail à contact@comede.org

■ GUIDE COMEDE, LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par Santé publique France 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex ou par fax : 01 41 79 67 67

ou par mail : edif@santepubliquefrance.fr

Pour une commande supérieure à dix exemplaires, confirmer par téléphone :

01 71 80 16 62

■ CENTRE DE FORMATION DU COMEDE

☎ 01 45 21 39 32

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et sociojuridiques, du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, le jeudi de 13h30 à 17h30.

Contact (si déjà suivi par le Comede) :

☎ 01 45 21 38 40.

Pour un premier rendez-vous, se présenter directement aux heures d'ouverture.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE (93)

Permanence téléphonique : 01 43 52 69 55, mercredi 9h30-12h30 et 15h-17h30 et vendredi 9h30-12h30.

Réception du public uniquement sur rendez-vous, mercredi 9h30-12h30 et 15h-17h30 ; vendredi 9h30-12h30 et 15h-17h30

■ COMEDE LOIRE (42)

Consultations psychothérapeutiques

Permanence d'accueil uniquement sur rendez-vous.

Pour prendre rendez-vous : 07 69 38 43 52

■ COMEDE EN RÉGION PACA (13)

Permanences téléphoniques régionales dédiées aux professionnels de la région PACA

Sociojuridique : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 61

Médicale : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 62

Permanence d'accueil uniquement sur rendez-vous, jeudi 9h30-12h30.

Pour prendre rendez-vous : permanence.marseille@comede.org

■ COMEDE GUYANE (973)

Permanence téléphonique régionale dédiée aux professionnels

☎ 06 94 20 53 01, mardi de 9h à 12h