Halima Zeroug-Vial, psychiatre, Orspere-Samdarra

Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber

Matthieu Fouche, psychologue, Orspere-Samdarra

Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjourpour raison médicale : faut-il rédiger des rapportsmédicaux ?

La question de la rédaction d'un rapport médical se pose de plus en plus pour les psychiatres sollicités par des migrants, notamment dans le cadre de demandes de régularisation pour raison médicale. Depuis 1974, et le début de la « crise », les voies de régularisation – surtout par le travail – se sont amenuisées. Aussi, les migrations sont moins collectives et les procédures de régularisation plus individualisées. À ce titre la demande de régularisation au titre de la santé est paradigmatique de ce mouvement : la procédure concerne des individus *malades*. Schématiquement, il ne s'agit plus de régulariser un individu *collectif* porteur d'une histoire, d'un conflit géopolitique, d'une nation meurtrie, tels les Chiliens en 1974. . . Ces évolutions induisent un glissement, le médecin, devenant acteur du traitement de la demande, a la sensation de devoir porter le soupçon des pouvoirs publics envers le migrant. Entre un souci militant, une réflexion éthique, une identité professionnelle de soignant, la question se pose : faut-il rédiger des rapports médicaux ?

Contexte migratoire

Avant toute chose, il est bon de rappeler que la question migratoire s'inscrit à l'échelle mondiale. Selon Catherine Withol de Wenden, « les migrations se sont mondialisées depuis trente ans, et ont triplé depuis le milieu des années 1970 : 77 millions de personnes résidaient dans un autre pays que celui où elles étaient nées en 1975, 120 mil- lions en 1999, 150 millions au début des années 2000, plus de 200 millions aujourd'hui. » [1]. Elle rajoute qu'« on a coutume de dresser des typologies des flux migratoires selon leurs buts, en séparant les migrations de travail, les migrations familiales, les migrations d'études et les mouvements de réfugiés, selon leur caractère volontaire ou forcé. Mais on assiste actuellement à un glissement des catégories de migrants, qui empruntent plusieurs profils au cours de leur vie et qui appartiennent à plusieurs profils à lafois, le migrant économique se distinguant peu du demandeur d'asile et les personnes rejoignant leur famille venant aussi pour travailler. » [1]. Les catégories mobilisées pour désigner les migrants, qu'elles soient administratives, poli- tiques, sociologiques, sont de plus en plus poreuses, et ne permettent pas de documenter de manière précise les rai- sons de la migration. Il faut aussi noter que les profils des migrants primo-arrivants évoluent au gré des conflits, des possibilités de régularisations, des passeurs. . .

La demande d'asile

Aujourd'hui la plupart des primo-arrivants sur le territoire franc ais (hors regroupement familial et étudiant) vont solliciter la demande d'asile. Elle est régie par la convention de Genève du 28 juillet 1951 entrée en vigueur en 1954 et est destinée à la personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » (Convention de Genève, 1951). Le dépôt de la demande se fait à la préfecture. Le récit est d'abord examiné par l'Office

franc ais pour les réfugiés et les apatrides (Ofpra) en présence du demandeur, dans un délai moyen d'un an avant de l'être par la Cour nationale du demandeur d'asile (CNDA) s'il y a refus en première instance et recours formulé par le requérant. Il est intéressant de noter qu'à partir du moment où ils retirent le dossier en préfecture, les demandeurs ont 21 jours pour produire un récit en franc ais . En cela ils vont généralement être accompagnés par des travailleurs sociaux qui ont la connaissance du format attendu et des saillances dans l'histoire de la personne requérante qu'il importe de faire valoir. Pour reprendre l'idée de Dominique Belkis et Spyros Franguiadakis [2], ce récit est alors formaté pour les administrations, et ne laisse pas de place pour une autreécriture de l'histoire de vie. Que ce soit par les agents de l'Ofpra (en première instance) ou les juges de la CNDA (en seconde instance), le récit est évalué. Ce sont la véracité et la sincérité des propos qui sont interrogées. Schématiquement, soit le récit est jugé crédible, et donc la personne obtient le statut, soit il ne l'est pas, et la personne doit quitter le territoire. Derrière cette évaluation, c'est aussi la migration et l'histoire de vie qui sont examinées. Quels moments, évènements valent statut ? On est sur le registre de la justification, de la preuve. Il faut prouver ce qu'on avance, pouvoir l'objectiver. Soit on est jugé *victime* d'un régime, soit *coupable* de mensonges et de détournement de procédures. La narration ne vise qu'à l'attestation de la preuve et inversement.

En 2014, il y a eu 64 536 demandes d'asile déposées à l'Ofpra pour 8738 décisions positives de l'Ofpra et 5826 de la CNDA soit un total de 14 564 [3]. Le taux d'acceptation, si on cumule les premières demandes et les recours, oscillent entre 20 et 25 % selon les années. Tout au long de cette procédure, les demandeurs d'asile ont le droit de bénéficier d'un hébergement en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (effectif pour 1/3 des demandeurs, souvent les familles) et un droit à l'allocation temporaire d'attente de 11,35 D par jour, soit 340,50 D pour un mois de 30 jours. Surtout, la demande d'asile permet de régula - riser une présence 1 et ouvre donc à des droits . En cas de refus par l'Ofpra ou la CNDA, la préfecture prononce une obligation de quitter le territoire franc ais (OQTF) qui n'est pas toujours appliquée. Dans le cadre de cette procédure, le certificat médical est non-obligatoire, même s'il est par- fois demandé par les avocats ou demandeurs d'asile pour « attester du traumatisme par exemple ». On ne connaît pas les effets du certificat sur l'acceptation.

Le titre de séjour pour raison médicale

Il existe une autre procédure pour obtenir un titre de séjour, aujourd'hui beaucoup sollicitée, c'est la procédure communément appelée « étranger malade ». Ce titre de séjour est régi par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), article 313-11 qui stipule : « sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit [. . .] à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé ».

Historique

C'est suite à des mobilisations depuis les années 90 par les associations de lutte contre le VIH et de quelques associations de soutien aux migrants que le débat sur la régularisation des étrangers malades s'immisce dans l'espace

public. C'est notamment via l'action pour les droits des malades étrangers en France (Admef) qui regroupe parmi d'autres Act up Paris, la Cimade, Le Comede, Fasti, Gisti, Ligue des droits de l'homme, Médecins du monde, Médecins sans frontières, le syndicat de la Magistrature, que la mobilisation prend forme. À force de militer dans ce sens, un consensus émerge au sein de la classe politique et dans l'opinion publique autour du fait qu'une mesure administrative ne devrait pas faire risquer la mort à une personne. En 1997, la « loi Debré », considérée comme assez stricte par les militants de la cause des étrangers introduit un principe de non-expulsabilité d'un étranger malade. En voici un extrait : « sauf en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes, ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion, y compris dans les hypothèses mentionnées au dernier alinéa de l'article 25 : [. . .] L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi. » Puis c'est en 1998 que la « loi Chevènement » (qui est reprise presque littéralement dans la formulation actuelle) formalise un droit pour les étrangers malades à être régularisés de ce fait. Elle sera modifiée en 2011 avec la « loi Besson », qui introduit la for- mule « sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » qui vient remplacer l'ancienne formule « sous réserve qu'il ne puisse effective- ment bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » et qui permettait une interprétation trop « souple ».

Aujourd'hui, il y a 45 770 demandes (renouvellement de cartes inclus) et un flux annuel de primo-délivrance de 6000 titres, auxquels il faut ajouter 20 000 renouvelle- ments. Le chiffre des acceptations est d'une grande stabilité, ce qui étonne les militants qui suspectent l'existence dequotas informels. D'ailleurs les mesures restrictives de la loi de 2011 ne semblent pas avoir eu trop d'impact sur le taux d'acceptation. Il est important de préciser que ce sont environ la moitié des demandes qui se font au titre de la santé mentale en 2013 (proportion en augmentation constante).

Procédure

Le rapport médical doit être rédigé par un médecin agréé par la préfecture ou par un praticien hospitalier. Celui-ci sera adressé sous pli confidentiel à un médecin de l'ARS (ancien médecin inspecteur de santé publique) qui s'appuiera sur les éléments cliniques apportés par le rapport pour répondre à ces questions :
– si l'état de santé nécessite ou pas une prise en charge médicale ;
– sil'absencedepriseenchargepeutentraînerdela conséquence d'une exceptionnelle gravitée sur la santé ;
– s'il existe, dans le pays d'origine, un traitement approprié à l'état clinique ; – la durée prévisible du traitement.

La préfecture prend la décision finale d'accorder ou pas le titre de séjour pour raison médicale (carte de séjour vie privée et familiale). Elle n'est pas obligée de suivre l'avis du médecin de l'ARS (ce qui dans le Rhône aujourd'hui n'est pas exceptionnel par exemple). Si la demande est accep- tée, l'étranger obtient alors une carte d'un an renouvelable chaque année, et a la possibilité de demander une carte de séjour de 10 ans au bout de 3 ans, conditions qui sont plus précaires que celles du statut de réfugié, permettant d'obtenir une carte de séjour de 10 ans.

En pratique ?

Il n'y a pas de réponse à la question posée dans le titre. Il nous paraît même important de ne pas poser la question dans ces termes. Au regard de nos activités à l'Orspere-Samdarra2, nous pensons qu'il n'y a pas de réponses normatives (« il faut » ou « il ne faut pas »). Il s'agit de penser simplement dans des termes cliniques cette demande de certificat, tout en prenant en compte le contexte, notamment pour éviter ce vécu de manipulation. La question politique ne se dissout pas dans le fait de faire ou de ne pas faire, mais prend corps en pensant justement une réponse à une demande qui s'inscrit *déjà* dans une relation de soin. Qu'en est-il justement de la cli- nique ? Rappelons-le, les psychiatres doivent donc rendre un rapport médical qui permettra au médecin de l'ARS de répondre à trois questions plus une facultative : l'état de santé de la personne nécessite-t-il une prise en charge médicale ? L'absence de prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ? Combien de temps va durer ce traitement ? Le traitement existe-t-il dans le pays d'origine ? Ces questions amènent plusieurs problématiques pour le psychiatre. Concernant l'état de santé il n'y a pas en psychiatrie d'examens paracliniques qui viennent « objectiver », mais une science clinique reconnue et validée qui se base sur des critères (CIM-10, DSM-5, nosographie franc¸aise, critères psychopathologiques) et un examen clinique.

La deuxième question pose aussi plusieurs problèmes : qu'est-ce qu'une conséquence d'une exceptionnelle gravité ? Il n'y a pas en effet de listes de pathologies identifiées comme relevant de cette exceptionnelle gravité. Le rap- port de l'IGAS de 2013 [6] avait d'ailleurs préconisé la création d'une commission chargée de définir et de préciser ces termes. Enfin, la question de l'accès au traitement est encore plus difficile bien que facultative. Car elle vient cristalliser le vécu d'être hors champ médical. Celle-ci a été modulée par l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011 où le traitement ne se limite pas à la simple molécule médicamenteuse mais comprend aussi les soins, les examens de suivi et l'évaluation de l'offre de soins du pays (infrastructures sanitaires, démographie sanitaire..).

En dehors des difficultés liées à la rédaction du rapport médicale, la psychopathologie rencontrée est complexe et parfois confusionnante. C'est une clinique dominée par le traumatisme qui ne se limite pas à l'état de stress post-traumatique. C'est une clinique où la violence s'invite à toutes les étapes du parcours du migrant, dans son pays d'origine où la violence est inter-humaine, organisée, politique, puis lors de son parcours migratoire qui peut parfois durer des années. Le DSM dans sa nouvelle version prend en compte les symptômes post traumatiques qui n'étaient jusque-là pas objectivés, telles les altérations cognitives et émotionnelles si présentes dans la clinique de ce public . Ces altérations qui entraînent par exemple des difficultés à l'apprentissage du franc¸ais , à la mise en cohérence narrative au moment du recueil du récit. Sont également répertoriés dans cette nouvelle version la perte d'intérêt ou le sentiment de détachement émotionnel, qui participe à l'impression d'écouter un récit désubjectivé et froid. Rajoutons les aspects contre-tranférentiels où l'on se retrouve souvent en position miroir avec le patient, habité par un sentiment de désaffiliation, d'isolement et de confusion.

À noter une psychopathologie particulière liée à la précarité administrative et sociale, l'insécurité administrative venant faire écho à l'insécurité psychique. C'est alors le temps de l'urgence, et du présent tyrannique. Ces éléments complexifient le tableau clinique et participent au vécu d'instrumentalisation. Ainsi il apparaît important d'avoir une réflexion éthique sur la réponse à apporter à ces demandes dans le cadre de la procédure « étranger malade ».

Questionnements éthiques

Souvent les sujets font la demande de titre étranger malade après une demande d'asile, d'où aussi le soupçon que l'on peut porter à leur égard. Cette procédure permet d'espérer un hébergement, d'avoir l'ATA et d'être en situation régulière sur le territoire en attendant le traitement de sa demande. Par ailleurs, il n'est pas possible de demander de titre de séjour pour raison médicale dès l'arrivée sur le territoire : il faut justifier de trois mois de résidence pour enclencher les démarches.
Il y a aussi un aspect paradoxal dans ce type de régularisation : le requérant doit rester malade « pour survivre », et « aller mieux », c'est risquer de perdre son statut. Il faut aussi préciser que ces procédures sont très vulnérabilisantes. Dès lors, au regard de cette situation de précarité, l'obtention des papiers devient centrale. Ces personnes se retrouvent alors dans une logique de survie où les projets, l'avenir, ne peuvent dépendre que de l'obtention d'un titre3. Au regard de nos enquêtes, le récit porte alors l'empreinte de la procédure. C'est cette histoire qu'on raconte, qu'on se raconte.

Il nous semble aussi qu'il y a un enjeu ontologique à la réappropriation d'une histoire, qu'elle puisse s'entendre dans l'économie du récit, de l'histoire de vie, en dehors de considération et d'injonction administrative, sur lesquelles le patient comme le clinicien n'ont que peu de prises. Cette rencontre avec le psychiatre s'inscrit dans un cadre clinique, là où justement le récit se pense dans sa performativité thérapeutique. Pour reprendre Paul Ricœur, l'identité narrative assure une permanence de celui qui parle [4]. Mais comment exister face au mépris social ? Dans un contexte marqué par le désespoir, la personne peut effectivement nous raconter des histoires. . . On l'a vu : son histoire est marquée par l'injonction qui lui est faite de devoir les racon- ter. Il nous semble qu'il importe de voir où le soin peut être. En effet, il n'est pas là pour se substituer au politique, ni pour participer à une logique de contrôle. Pour autant il se pose bien ici les conditions du recueil de la parole, de l'histoire, de la narration de soi, dans un contexte où l'identité est attaquée.

Reprenant la proposition de Pascale Pichon à propos du concept de vulnérabilité narrative, il importe ne pas d'être dans une conception charitable de l'individu mais de faire valoir les activités qui viennent soutenir la survie : « La réussite des actions de survie engage un autre type de narration de soi : les récits de la débrouille. Ceux- ci ouvrent une voie étroite en vue de l'expression d'une bonne vulnérabilité. Raconter les ruses, les astuces et les compétences déployées dans des situations extrêmement contraintes figure les visées de liberté et d'autonomie revendiquées, quand bien même celles-ci transiteraient par des moyens faibles, plus informels qu'institutionnels » [5]. Par- delà l'objectivation des symptômes et des pathologies dans un rapport médical, il s'agirait pour le migrant de (se) signifier l'exil, la procédure (et donc la demande de certificat !) ; le cadre clinique venant actualiser le passé et le mettre en discussion, lui porter du sens et des valeurs dans une dimension subjective. La rédaction de ce rapport questionne ainsi notre rapport au soin et notre responsabilité en tant qu'acteur social. Nous défendons alors que ce rap- port médical n'est pas un acte isolé, mais s'inscrit dans une relation d'engagement thérapeutique.

Références

1. Withol de Wenden C. La géographie des migrations contem- poraines. *Regards sur l'économie* 2010 ; 8 : 49-57.
2. Belkis D, Franguiadakis S, Jaillardon E. *En quête d'asile. Aide associative et accès au(x) droit(s).* Paris : LGDJ, 2004. Coll. « Droit et société » (n◦ 24).
3. Ministère de l'Intérieur. *Les demandes d'asile.* Publié le 15 janvier 2015. www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Tableaux-statistiques/Les-deman- des-d-asile. (Consulté le 9/2/2015).
4. Ricœur P. Approches de la personne. *Esprit* 1990 ; 3-4 : 115- 30.

5. Pichon P. « Vulnérabilité narrative et expressions biogra- phiques depuis l'expérience sans domicile fixe ». In : Brodiez-Dolino A, von Bueltzingsloewen I, Eyraud B, Laval Ch et Ravon B (dir.). *Vulnérabilités sanitaires et sociales.* Rennes : PUR, 2014, p. 85-86.

6. *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades.* Paris : Ministère de l'Intérieur, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Inspection générale de l'Administration, Inspection générale des Affaires sociales, mars 2013. www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012- 041P_Etrangers_Malades.pdf