



Les problèmes spécifiques de santé mentale

La santé mentale des personnes migrantes, qui ont connu bien souvent des parcours traumatisants et ont des conditions de vie difficiles, est un problème de santé publique auquel il est nécessaire d'apporter une réponse adaptée.

Définition du trouble post-traumatique et interventions efficaces selon la littérature scientifique actuelle

Marc-Antoine Crocq
Médecin psychiatre,
praticien hospitalier,
centre hospitalier de
Rouffach, F-68250,
expert-psychiatre
auprès de l'Ofii

Diagnostic du trouble stress post-traumatique

Le « trouble stress post-traumatique » (TSPT) est défini dans le DSM-5, la dernière édition de la classification de l'Association américaine de psychiatrie, publiée aux États-Unis en 2013 et traduite en français en 2015¹. Un terme synonyme, « état de stress post-traumatique », est employé dans la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10).

Le diagnostic de trouble stress post-traumatique suppose que plusieurs critères anamnestiques et cliniques soient remplis. Le premier critère (A), primordial, définit l'événement causal, qui doit être une exposition directe à la mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La personne doit avoir été confrontée violemment à un risque vital, ou à la perte de son intégrité physique ou psychique, sans possibilité de fuite ni de défense. Les critères suivants décrivent les symptômes qui vont apparaître après le traumatisme, et qui doivent durer plus d'un mois.

1. American Psychiatric Association. DSM5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française coordonnée par Crocq M.-A. et Guelfi J.-D. Paris : Elsevier Masson, 2015.

Les critères B et C décrivent des symptômes quasi pathognomoniques, traduisant la résurgence du traumatisme et les efforts faits pour s'en protéger, qui ne s'observent guère dans d'autres troubles mentaux. Il s'agit (B) de réminiscences envahissantes et intrusives du traumatisme sous la forme de souvenirs ou de cauchemars, de réactions dissociatives (flashbacks) où la personne agit comme si elle revivait le traumatisme, d'une détresse psychique lors de l'exposition à des indices rappelant le traumatisme, et (C) d'un évitement des stimuli symbolisant le traumatisme et déclenchant des symptômes.

Les critères D – altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sentiment de détachement d'autrui, réduction de l'intérêt pour des activités importantes – et E – altérations de la réactivité, avec des réactions de sursaut, une hypervigilance et une irritabilité – sont comme les deux visages du dieu Janus, apparemment opposés mais intimement liés. Les patients peuvent être à la fois dans un état d'alerte permanent dans leurs rapports avec autrui (critère E) et, en même temps, en retrait, incapables de s'investir dans des relations et

Symptômes somatiques, souffrances psychiques et/ou troubles psychiatriques en Pass

Les patients reçus en Pass ont pour la plupart vécu des exils longs et très difficiles, avant leur départ, pendant leur trajet de migration et, souvent également, à leur arrivée en Europe. Corps et psyché ont été rudement mis à l'épreuve. Souvenirs de tortures, de la proximité de la mort, épuisement physique et moral, anxiété majeure peuvent, au décours des premières consultations médicales, se manifester par des douleurs corporelles, des plaintes diffuses, des amaigrissements très importants. Désespoir et déception aussi par rapport à un monde de rêve bien cher payé à des rabatteurs et passeurs, associés à une forte inquiétude pour leur devenir et celui de leurs proches complètent ce tableau d'hommes et de femmes vulnérables au plus haut point, en position d'insécurité maximale.

Des syndromes dépressifs graves peuvent se manifester par des symptômes physiques : insomnies, tachycardie, douleurs digestives, maux de tête, etc., associés à des douleurs psychiques, dont le point central est constitué par les reviviscences traumatiques nocturnes. La frontière entre douleur physique et douleur morale, telle que nous la concevons parfois trop caricaturalement en Occident, est ici mise à mal et nous amène à une grande prudence dans les diagnostics. L'intérêt d'un travail rapproché entre cliniciens psychiatres et généralistes est d'aider à repérer cette symptomatologie somatique et psychique largement entremêlée, et d'éviter de passer à côté d'une souffrance subjective globale et de perdre du temps dans la prise en charge ou d'y apporter des réponses trop rapides.

Il est essentiel d'avoir en tête l'importance, dans nombre de cultures, du corps comme vecteur de la plainte et de l'appel au secours. La fatigue, la tête qui serre, le cœur qui s'emballe, les plaintes gynécologiques, les douleurs diffuses, les insomnies rebelles, les démangeaisons sont, par exemple, autant de symptômes que les médecins généralistes rencontrent au quotidien dans les Pass. Bien sûr ces plaintes

nécessitent un examen clinique et un bilan médical général – et spécialisé si besoin – à la recherche d'une étiologie organique. C'est lorsque le bilan est normal, avec une plainte qui continue à s'exprimer, voire se majore, chez le patient que l'avis du psychiatre prend tout son intérêt.

Il s'agit alors de faire comprendre au patient qu'un bilan somatique négatif ne veut pas dire que sa souffrance d'être humain est niée. Il faut lui offrir un cadre thérapeutique permettant d'établir un dialogue autour de cette souffrance. Ce dialogue peut s'établir avec le généraliste, le psychologue et ou le psychiatre, selon les possibilités de la structure d'accueil – peu de structures médicales, peu de Pass accueillant des patients migrants ont sur place des psychiatres et, en leur absence, elles doivent faire appel à des centres spécialisés en psychiatrie souvent débordés, avec des listes d'attente très longues, alors qu'il faut réagir assez vite, avant que les symptômes, physiques comme psychiques, ne s'enkystent chez le patient.

Donnons ici les contours de ce que pourrait être un cadre thérapeutique de ce premier entretien d'évaluation de souffrance psychique grave et ou de symptomatologie psychiatrique, après un bilan somatique normal, chez un patient migrant nouvellement arrivé.

1. Pouvoir assurer un vrai échange à l'aide d'un interprète – en évitant les traducteurs familiaux qui peuvent être trop impliqués.
2. La réassurance : « Vos examens médicaux sont bons, vous n'avez pas de maladie », mais vous souffrez.
3. Évaluation : « Vous ne vous sentez pas bien, nous allons essayer de comprendre et de vous aider. » Recherche de symptômes de dépression, d'anxiété, de syndrome post-traumatique, évaluation du mode de vie passé et actuel, conditions d'hébergement, etc.
4. Donner à cet entretien une durée suffisante, sans pour autant questionner de manière trop intrusive le patient sur les épisodes traumatiques, au risque de la réactivation des symptômes.
5. Proposer en fin d'entretien un projet

de suivi en fonction des possibilités de la structure d'accueil et de ses réseaux :

- ◆ suivi psychiatrique avec prescription médicamenteuse et engagement d'une relation psychothérapeutique sur place ;
- ◆ suivi par le médecin généraliste et le psychologue avec prescription du généraliste et entretiens psychologues réguliers, sur place ;
- ◆ adresse à un centre spécialisé psychiatrique dès qu'existe un risque de détérioration ou d'aggravation.
- Ce qui rend les personnes migrantes particulièrement sensibles aux plaintes somatiques et aux vulnérabilités psychiques est renforcé, chez nombre d'entre elles, par l'incertitude d'un avenir en proie à des logiques administratives européennes complexes, occasionnant parfois plusieurs années d'errance d'un pays à l'autre. Ces conditions de précarité extrême présentent un haut risque de décompensation psychiatrique et/ou médicale.

● Un lieu d'accueil et une écoute spécifique doivent être proposés. C'est ce que propose la Pass de l'hôpital Saint-Louis, grâce au travail d'accueil des infirmières, qui, par la qualité de leur présence et leur disponibilité, créent les conditions de prise en charge somatique et psychique de base. Les plus invisibles d'entre les humains sont souvent aussi les plus vulnérables, et n'osent plus demander de l'aide : la plainte corporelle peut être alors être le seul signe d'appel d'une souffrance bien plus grande. Il est important de former les externes et internes à cette symptomatologie de l'insécurité profonde, qui peut prendre mille facettes – et permettre aussi de redonner au métier de soignant tout son sens : la souffrance humaine n'est pas réservée aux oreilles des seuls psys.

Aussi pourrait-on remettre en place des groupes de supervision, voire des groupes Balint, entre soignants confrontés à ces situations de séméiologie mixte, à la jonction entre le somatique et le psychique. Cette intrication souffrance psychique/douleur physique est finalement le propre de la condition humaine et les patients migrants nous l'enseignent avec une acuité certaine, à leur corps défendant. 🟡

Sylvie Zucca

Psychiatre
vacataire Pass
Saint-Louis,
médecin auprès
de l'Ofii

Auteure de *Je vous salue ma rue : clinique de la desocialisation*, Stock, 2007. Coauteure de *Chère anorexie*, film documentaire, Arte, 2016.



des projets, entravés par des cognitions à thèmes de culpabilité ou de dévalorisation.

La présence des manifestations répertoriées ci-dessus n'est pas suffisante. Un diagnostic ne peut être porté que si les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Interventions fondées sur des éléments probants

Des informations sur les interventions préventives et curatives pour le trouble stress post-traumatique peuvent être trouvées dans l'espace francophone sur le site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (<http://www.alfest-trauma.com>). Des recommandations internationales ont été publiées récemment par l'International Society for Traumatic Stress Studies², le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni (www.nice.org.uk/guidance/ng116), et conjointement par l'administration des vétérans et le ministère de la Défense aux États-Unis³. Ces dernières recommandations sont celles qui sont le plus élaborées et exhaustives.

Les interventions qui sont étayées par un niveau de preuve élevé sont, en premier lieu, des psychothérapies centrées sur le traumatisme. La focalisation sur le traumatisme est un élément central du processus thérapeutique. Des techniques cognitivo-comportementales doivent entraîner une extinction, permettant que des indices rappelant le traumatisme cessent de déclencher des symptômes. Ces psychothérapies reposent sur un manuel et impliquent le plus souvent huit à seize séances avec des combinaisons variées des techniques de base : exposition à des images ou des souvenirs traumatiques par le biais d'une exposition narrative ou imaginaire, exposition à des indices évités ou déclencheurs *in vivo* ou par la visualisation, et techniques de restructuration cognitive axées sur l'amélioration de la compréhension et la modification des schémas cognitifs faussés découlant des expériences traumatiques.

Les psychothérapies axées sur les traumatismes les mieux validées sont l'exposition prolongée (PE, *prolonged exposure*), la thérapie du processus cognitif (CPT, *cognitive processing therapy*), l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) et la thérapie par exposition narrative (NET, *narrative exposure therapy*). Ces interventions ont été testées dans de nombreux essais cliniques, chez des patients ayant des présentations complexes et des comorbidités, par rapport à des conditions de contrôle actif, avec un suivi à long terme. Elles ont aussi été confirmées par des équipes de recherche autres que les développeurs

initiaux. Les diverses psychothérapies diffèrent dans l'utilisation et la mise en œuvre des techniques de base focalisées sur le traumatisme. Par exemple, l'exposition prolongée (PE) met l'accent sur l'exposition imaginaire en racontant à haute voix et de manière répétée le récit du traumatisme (souvent au présent, les yeux fermés, renforcé par la demande d'écouter un enregistrement audio de la narration entre les séances de traitement). Cela est combiné avec une exposition *in vivo* et un traitement émotionnel de l'expérience narrative.

La thérapie du processus cognitif (CPT), et d'autres thérapies cognitives axées sur le traumatisme, mettent l'accent sur la restructuration cognitive par le dialogue socratique pour examiner les croyances problématiques, les émotions et les évaluations négatives découlant de l'événement, telles que l'autoaccusation ou la méfiance. L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) incorpore l'exposition imaginaire par la narration et la visualisation pour traiter les pires images, émotions et cognitions négatives associées au traumatisme, ainsi qu'une réévaluation cognitive plus saine, avec des mouvements oculaires bilatéraux destinés à créer un état de conscience facilitant le traitement cognitif et la relaxation. La thérapie par exposition narrative (NET) repose sur l'exposition imaginaire par un processus structuré de narration orale de la vie qui aide les patients à intégrer et à trouver un sens à de multiples expériences traumatisantes tout au long de leur existence.

Des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine comme la sertraline, la paroxétine ou la fluoxétine, ou un antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique comme la venlafaxine, sont recommandés en monothérapie pour les patients souffrant de trouble stress post-traumatique qui choisissent de ne pas s'engager dans une psychothérapie centrée sur le traumatisme ou qui sont incapables d'y accéder. Les benzodiazépines en usage chronique ne sont pas conseillées dans le trouble stress post-traumatique.

À long terme, l'adaptation de la personne et son bien-être vont être influencés par des éléments tels que les conditions de précarité dans le nouvel environnement, les possibilités d'emploi, l'accès aux services, le soutien d'une famille étendue et des réseaux traditionnels, l'environnement culturel. Il ne faut pas négliger l'impact thérapeutique des méthodes de soin et de soutien propres à chaque culture, connues de la psychiatrie transculturelle [9].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

2. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx

3. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDPCG-Final012418.pdf>

Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes

A l'heure où nous écrivons cet article, les premiers bilans du confinement dessinent des dégâts de grande ampleur pour la santé mentale concernant la population générale, alors que les conditions de vie et d'accès aux droits des migrants/étrangers en situation précaire, que nous nommerons exilés dans la suite de cet article, se sont encore dégradées. La question des syndromes psychotraumatiques des exilés, et notamment de la reconnaissance de leur gravité dans le cadre du Droit au séjour des étrangers malades (Dasem), se situe ainsi au croisement de deux phénomènes de santé publique particulièrement négligés et maltraités par les pouvoirs publics, et depuis de longues années : la santé mentale en général, et la santé des exilés en particulier.

Droit au séjour pour raison médicale, du droit de la santé au contrôle de l'immigration

C'est en 1997 (Loi Debré) et 1998 (Loi Chevènement) qu'ont été consacrés par le législateur la protection contre l'expulsion puis le droit au séjour des étrangers en raison d'un double risque médical : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge de la maladie, et le risque d'insuffisance des soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine. Cette reconnaissance a notamment bénéficié de la lutte contre le sida dans les années 1990, et de la prise de conscience, à l'époque, qu'une politique de santé publique efficace allait de pair avec le respect des droits humains. Dans le domaine du droit à la santé, cela signifiait la garantie de l'accès aux soins et la continuité des soins pour tous les malades, sans discrimination. Toutefois, si la question du VIH a été l'aiguillon de cette reconnaissance, les premières études conduites à l'époque par le ministère de la Santé auprès des associations de santé des étrangers et par le ministère de la Justice en prison ont très vite permis de constater la part prépondérante des troubles psychiques et des maladies chroniques parmi les personnes étrangères à protéger [47].

Fondé sur des critères médicaux, le Dasem constitue, avec le droit d'asile, le seul dispositif de « régularisation des étrangers » théoriquement indépendant des politiques de contrôle de l'immigration mises en œuvre par les préfetures. Le respect du secret médical impose en effet aux préfetures de suivre l'avis des médecins en charge de l'évaluation, tout en décidant de la forme de la protection accordée selon des conditions administratives (carte de séjour temporaire si les conditions sont remplies, autorisation provisoire de séjour pour les étrangers résidant en France depuis moins d'un an, ou encore assignation à résidence en cas de « troubles à

l'ordre public », notamment pour les sortants de prison). Cette procédure place ainsi les médecins au cœur d'un processus de régularisation des étrangers particulièrement exposé sur le plan politique et médiatique au cours des dernières années. Dans ce contexte, l'application effective du Dasem repose sur la capacité des médecins à exercer leur mission de protection de la santé dans le respect des principes déontologiques et des instructions du ministère de la Santé, sans tenir compte des logiques de contrôle de l'immigration à l'œuvre dans les autres dispositifs de régularisation.

Entre 1998 et 2017, l'évaluation médicale pour le droit au séjour était effectuée sous l'égide du ministère de la Santé, successivement par les médecins inspecteurs de santé publique (Misp), puis les médecins des ARS. Appliqué de manière très favorable au cours des premières années pour l'ensemble des pathologies, le Dasem a connu une première dégradation depuis 2003, avec le ministère de la « Sécurité intérieure » puis la présidence Sarkozy et les ministères de « l'Identité nationale » [28]. « *Le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système* » : dès 2002, le rapport Escoffier de l'Inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour des étrangers annonçait le nouveau cap, suivi depuis lors par tous les ministères de l'Intérieur. Pour calfeutrer « la faille », il faut rendre le dispositif de plus en plus inaccessible. C'est ce qui est mis en œuvre dans l'accès à la procédure administrative, et régulièrement dénoncé par les associations et institutions de défense des droits [13, 17].

Mais ces pratiques préfectorales se heurtent à la « boîte noire » que constitue la décision du médecin en charge de l'évaluation. On voit alors se développer un climat de suspicion à l'égard, non plus seulement des étrangers et de leurs soutiens habituels considérés comme « angéliques » et/ou « militants », mais aussi désormais des médecins, depuis les psychiatres intervenant en soutien de leurs patients [6] jusqu'aux médecins inspecteurs de santé publique dont le « *manque de compétence* » conduirait à des « *dérives manifestes* » selon le rapporteur des débats sénatoriaux concernant la loi de « maîtrise de l'immigration » de 2003 [55]. Les médecins en charge se plaignent régulièrement à leur ministre de tutelle, de la Santé, des pressions qu'ils subissent de la part des services préfectoraux en réaction à de supposés « *pourcentages excessifs d'avis positifs* » [54]. Et les premiers responsables sont désignés : puisque les troubles psychiques constituent la majorité des demandes et des accords, le principal problème vient des psychiatres, et du crédit à accorder à leur avis. « *Le sida, on l'a ou on l'a pas. Les problèmes*

Pour le collectif Dasem psy (Droit au séjour des étrangers malades)

François Journet
Psychiatre,
association SPPNI
(Soutien aux patients
en précarité Nord-
Isère)

Claire Mestre
Psychiatre à
Bordeaux, présidente
de l'association
Ethnotopies

Francis Remark
Psychiatre à
Périgueux

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Professeure en
anthropologie,
psychologue
clinicienne à l'hôpital
Avicenne de Bobigny

Arnaud Veisse
Médecin, directeur
général du Comede
(Comité pour la
santé des exilés)

Laure Wolmark
Psychologue
clinicienne,
coordinatrice santé
mentale du Comede

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 61.*



psy... », expliquait un conseiller du Premier ministre lors d'une rencontre avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers [43].

Pourtant, si ces pressions influencent certains médecins, comme on peut l'observer dans les écarts de taux d'accord du Dasem par département jusqu'en 2017 [13], la plupart continuent d'interpréter les critères médicaux dans le sens des obligations déontologiques et des recommandations du ministère de la Santé [39], et le taux global d'avis médicaux favorables se maintiendra entre 73 % et 78 % entre 2008 et 2014 (données non publiées en 2015 et 2016). La réforme de l'immigration de mars 2016, en transférant l'évaluation médicale à l'Ofii, agence sous tutelle du ministère de l'Intérieur, va parachever le processus, avec dès 2017 une chute des taux à 53 % pour l'ensemble des pathologies et à 23 % pour les troubles psychiques. En théorie pourtant, les critères d'évaluation médicale et les instructions du ministère de la Santé n'ont pas changé par rapport à la période précédente.

Les arguments mis en avant par le service médical de l'Ofii pour justifier la baisse de la protection traduisent l'intégration dans le raisonnement des médecins concernés de deux restrictions depuis longtemps demandées par les ministères de l'Intérieur : réserver la protection aux seuls malades dont l'évolution grave doit intervenir à court terme, « *dans un horizon qui ne soit pas trop éloigné* » selon une circulaire du ministère de l'Intérieur, et doit survenir de façon « *certaine* » et non « *probable* » (selon le rapport 2017 de l'Ofii, « *les médecins ne peuvent évidemment fonder leurs avis sur des données statistiques* »). Ces arguments, qui aboutiraient notamment à retirer la protection à des personnes suivies pour une infection à VIH à un stade « *asymptomatique* », remettent directement en cause la protection et la continuité des soins pour les personnes atteintes de psychotraumatisme en cas de retour dans le pays d'origine. Plus encore, la clinique auprès des exilés met en lumière des risques spécifiques en cas de rupture de la continuité des soins en France pour les personnes concernées.

Aspects cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques des psychotraumatismes

Les expériences de soignants concordent pour décrire les effets du traumatisme psychique, désormais largement décrits par une riche littérature psychiatrique et psychologique. Les symptômes, tout d'abord, ne sont pas spécifiques aux exilés, mais sont très fréquemment rencontrés parmi cette population. Ils peuvent handicaper, parfois lourdement, celles et ceux qui ont à vivre avec, et aboutir à des passages à l'acte, particulièrement auto-agressifs. Citons seulement ici les plus graves et les plus fréquents des symptômes rencontrés dans les syndromes psychotraumatiques : angoisse massive, reviviscences traumatiques accompagnées de sentiment de détresse intense, troubles graves du sommeil, dont des terreurs nocturnes avec cris et agitation, hypervi-

gilance, mais aussi troubles majeurs de l'attention et de la mémoire, retrait social, hallucinations, idées de persécutions, idéation suicidaire et passage à l'acte auto-agressif. Il n'est ainsi pas rare que le tableau du psychotraumatisme, lorsqu'il devient sévère, prenne la forme d'un traumatisme complexe, incluant des troubles de la personnalité et de la relation à soi ou même d'une psychose post-traumatique.

Dans le cas des exilés, la très longue attente d'une hypothétique régularisation dans des conditions de vie précaires, les discriminations [23], ainsi que l'isolement et l'exclusion de la société d'accueil accentuent les effets du psychotraumatisme et conduisent souvent à des tableaux cliniques sévères où la dépression et les troubles anxieux s'associent au traumatisme. La suspicion à l'égard des étrangers, et particulièrement le déni de reconnaissance du traumatisme que peut constituer le rejet de la demande d'asile [46] sont de nature à aggraver les symptômes traumatiques des personnes exilées.

Des années sont souvent nécessaires pour que le « *traitement approprié* » porte ses fruits et permette de stabiliser l'état psychique des patients ou d'assister à une évolution significative. Pendant cette période parfois longue, les conditions de vie elles-mêmes, d'hébergement, de nourriture, de soins, et pour les personnes allophones d'apprentissage de la langue française, sont très souvent précaires, accentuant à leur tour les manifestations psychiques, sans parler du risque pour ces personnes fragiles de basculer dans l'addiction à divers produits, même si ce phénomène ne semble concerner qu'une minorité de patients. Le traitement associe prise en charge psychothérapeutique, prescription de psychotropes, parfois recours à l'hospitalisation. Pour le besoin de protection – au-delà des symptômes –, il s'agit de prendre en compte le vécu traumatique et les violences qui en sont l'origine, ainsi que le risque de réimmersion dans l'environnement traumatogène en cas de retour forcé au pays.

La relation avec des soignants, psychologues, médecins généralistes, psychiatres, est un autre élément fondamental de cette clinique particulière auprès de ces personnes exilées en demande de protection [12]. Cette relation de soin constitue le cadre dans lequel les troubles psychiques des exilés peuvent être entendus, puis décrits pour faire valoir la gravité de leur état et la nécessité de poursuivre les soins. Lorsqu'elle s'établit en confiance, cette relation constitue une condition essentielle du soin et de l'amélioration de l'état psychique des personnes exilées, ce d'autant plus qu'elles se trouvent en situation d'isolement et d'exclusion sociale. Elle s'intensifie à certains moments du traitement où est revécue la détresse péritraumatique. La perspective d'une interruption brutale de cette prise en charge, en cas « *d'éloignement* » contraint vers le pays d'origine, est génératrice d'angoisse pour les exilés, avec le risque de compromettre l'amélioration de leur état psychique [7], voire de favoriser de nouvelles décompensations

plus graves si elle intervient dans un moment où le travail thérapeutique s'approche des éléments les plus traumatiques de l'histoire du patient.

Les données épidémiologiques étayent ces expériences cliniques partagées par l'ensemble des soignants intervenant auprès de ces personnes exilés [58]. Parmi 14 294 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2008 et 2017, le taux de prévalence des troubles psychiques graves était de 183 pour 1000, soit deux fois plus que les maladies cardiovasculaires et dix fois plus que l'infection par le VIH [13]. Ces troubles sont plus fréquents parmi les femmes (248 *versus* 156), et parmi les exilés d'Europe de l'Est (taux global 246), d'Afrique centrale (240), d'Afrique de l'Ouest (225) et d'Asie centrale (216). Les taux les plus élevés sont observés entre 20 et 40 ans, culminant à 221 pour 1000 entre 20 et 25 ans. La fréquence de ces psychotraumatismes est corrélée aux antécédents de violences dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil, près de trois fois plus élevée parmi les personnes ayant subi des tortures ou des violences de genre ($p < 0,001$). Il existe une forte corrélation entre les psychotraumatismes, les violences subies et les indicateurs de vulnérabilité sociale, en particulier la précarité du quotidien et de l'hébergement et plus encore l'isolement relationnel.

Ces troubles psychiques sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (64 %) et de traumatismes complexes (5 %), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle. Les tableaux dépressifs (22 %) sont plus souvent retrouvés chez les exilés en situation de détresse sociale (23 % de l'ensemble des personnes ayant effectué le bilan de santé) et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire (50 % de l'ensemble des patients suivis en psychothérapie, et 54 % parmi les personnes en demande d'asile) que des idées suicidaires (29 % de l'ensemble au cours

de l'année écoulée, et 39 % des hommes victimes de violence de genre), alors que 5 % des patients ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (8 % parmi les femmes victimes de violence de genre).

Au regard de ces données, on observe que la part des troubles psychiques parmi les motifs de demande de Dasem (22 % en 2017 *versus* 14 % pour le VIH) est relativement faible eu égard à leur fréquence et leur gravité au sein des populations concernées. Il est d'autant plus préoccupant de constater les pratiques d'évaluation médicale restrictive au sein de l'Ofii, qui se traduisent par le rejet de plus des trois quarts des demandes effectuées sur ces motifs depuis 2017. Face à la gravité des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences, le choix par le service médical de l'Ofii de réduire la clinique à une liste de symptômes n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique. Comme leurs prédécesseurs Misp et médecins des ARS, et comme le font également la plupart des thérapeutes intervenant dans la procédure, les médecins de l'Ofii doivent au contraire tenir compte de l'environnement social et politique des sujets dans leurs pays, mais aussi de l'intentionnalité des violences subies. Enfin, il est indispensable de prendre en considération le fait que les médecins, psychologues et centres de soins spécialisés qui existent en France manquent cruellement dans la plupart des pays concernés, confirmant le risque d'insuffisance de soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine, ce qui fonde également le besoin de protection par la reconnaissance du Dasem.

Avec moins de 1 % des étrangers en France protégés sur ce fondement, le droit au séjour pour raison médicale constitue un dispositif essentiel pour garantir la continuité des soins pour les étrangers malades en général, et en particulier pour les personnes atteintes de psychotraumatisme. Dédié à la protection de la santé pour l'une des populations les plus vulnérables du pays, ce dispositif doit ainsi rompre avec la tutelle du ministère de l'Intérieur et réintégrer les services du ministère de la Santé. ●



La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective

Halima Zeroug-Vial

Psychiatre et directrice de l'Orspere-Samdarra (Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés)

Gwen Le Goff

Politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

Julia Maury de

Feraudy

Psychologue

Depuis plus de vingt ans, l'Orspere-Samdarra¹, Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés, interroge les liens entre santé mentale et migrations dans le but de produire de la connaissance et de soutenir les intervenants de première ligne dans l'accueil, le soin et l'accompagnement des personnes migrantes. Nos recherches et nos échanges avec les professionnels des champs sanitaire et social nous ont permis de documenter la saturation et le débordement des dispositifs face à des demandes de soin importantes et complexes (nécessitant par exemple le recours à un interprète), souvent liées à des souffrances et des traumatismes multiples. Les professionnels se retrouvent en difficulté pour repérer, orienter ou soigner des personnes pour lesquelles la souffrance psychique paraît aiguë, sans forcément correspondre à une catégorie nosographique particulière.

La prise en charge en santé mentale des personnes migrantes : un enjeu de santé publique

Les personnes migrantes peuvent « théoriquement » bénéficier de soins en santé mentale dans le « droit commun ». Mais, faute d'une offre de soins suffisante, elles accèdent difficilement, comme la population générale, à un suivi d'ordre psychologique ou psychiatrique. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, les personnes migrantes sont identifiées par de nombreux acteurs comme relevant, ou devant relever, des dispositifs à destination des personnes précaires. De fait, de nombreux migrants fréquentent les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Sur certains territoires français, c'est même uniquement ce public que les professionnels de ces services rencontrent. Parfois, des soignants orientent les personnes exilées vers ces dispositifs spécifiques pour personnes précaires. L'orientation vers le droit commun de ces dispositifs « passerelles » est en revanche plus compliquée, bien qu'elle en soit l'objectif. Les Pass et EMPP se retrouvent donc débordés et en difficulté pour répondre aux nouvelles demandes. Les dispensaires des associations humanitaires et les centres de soins spécialisés (pour personnes victimes de torture, consultations transculturelles...) ne sont pas non plus en mesure de répondre à tous les besoins identifiés. En parallèle, certaines structures d'hébergement recrutent des psychologues, notamment pour évaluer et orienter,

1. L'Orspere-Samdarra est un observatoire national situé à Lyon, au centre hospitalier Le Vinatier, et est la fusion de deux dispositifs : l'Orspere-ONSMP et le réseau Samdarra.

mais ces professionnels se retrouvent à leur tour dans une impasse, les possibilités d'orientation étant souvent insuffisantes. Le constat de l'inadéquation entre offre de santé et besoin de soin en santé mentale des populations primoarrivantes semble faire consensus.

L'augmentation des flux migratoires, à partir de 2015, les conditions sanitaires des camps du nord de la France et de la région parisienne contribuent à modifier la situation. Nous assistons depuis à une préoccupation grandissante pour la santé mentale des personnes migrantes de la part des pouvoirs publics. Il n'est plus question uniquement d'une problématique pratique venant du terrain dont il s'agirait de panser les effets indésirables, mais d'une préoccupation politique qu'il s'agirait d'organiser. L'inscription de l'interprétariat dans la loi de modernisation de notre système de santé² nous semble symbolique d'une reconnaissance de la spécificité des personnes non francophones. Ce recours aux interprètes « paraît être une possibilité pour proposer un soin adapté et personnalisé sans mettre en place un soin spécialisé à telle ou telle catégorie administrative ou ethnique » [9]. Cette mention n'a cependant pas un caractère contraignant et de nombreuses questions restent en suspens, notamment celle du modèle économique pour organiser le recours à l'interprétariat. Une autre évolution est à noter : l'instruction du 19 juin 2018 préconise l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme. Il est bien spécifié que le public visé est notamment celui victime de traumatismes de guerre ou liés à l'exil et à la migration³.

Proposer un soin en santé mentale adapté

Pour l'Orspere-Samdarra, les personnes migrantes représentent un public qui « serait » en partie spécifique, ou tout du moins « à besoins spécifiques » : nécessité d'un interprète pour les personnes allophones, complexité de la situation sociale souvent marquée par l'interculturalité, l'intrication de vulnérabilités liées à l'exil et à l'arrivée en France, migration marquée par des violences successives et des procédures administratives longues et anxiogènes.

2. Le chapitre préliminaire du titre premier du livre premier de la première partie du Code de la santé publique comprend l'article L. 11 10-13 ainsi rédigé : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

3. Dans ces dispositifs, le recours à un interprétariat professionnel doit être organisé pour les patients ne maîtrisant pas la langue française.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

Malheureusement, de nombreux professionnels de santé mentale ne se sentent pas suffisamment formés et peuvent être réticents à prendre en charge les personnes migrantes « traumatisées ». Ils cherchent alors à les orienter vers des cliniciens ou des dispositifs spécialisés. Nous défendons que tous les intervenants peuvent à leur niveau proposer des modalités de soutien à la santé mentale des personnes : une écoute, un accompagnement, et ainsi participer à la reconnaissance de leurs difficultés et de leurs souffrances.

Aujourd'hui, en plus du traumatisme, les problématiques d'intégration, de discrimination, d'isolement sont extrêmement présentes chez les migrants primoarrivants et peuvent être à l'origine d'un certain nombre de leurs maux. Afin de prendre en charge cette souffrance qui ne rentre pas nécessairement dans les catégories nosographiques, il est important, en parallèle de l'offre de soins « classique » en santé mentale, de proposer de nouvelles formes d'accompagnement et de soutien dans lesquels les personnes peuvent parler librement de leurs difficultés dans la société d'accueil, construire des liens, partager un savoir expérientiel et valoriser leurs savoir-faire et compétences. L'intérêt de ces espaces de soutien est de maintenir et renforcer une santé mentale qui n'attendrait pas l'apparition d'un trouble psychique, l'urgence, la crise, ou l'émergence d'une demande de soin, en s'appuyant sur le lien social et les ressources de la communauté, des pairs.

Soutenir les intervenants sociaux

Les professionnels des structures d'hébergement que nous rencontrons à l'Orspere-Samdarra se retrouvent confrontés à des personnes extrêmement fragilisées, et les situations complexes paraissent de plus en plus constituer le quotidien des équipes. Les critères de vulnérabilités⁴ redéfinissent les profils des personnes hébergées dans le cadre du dispositif national d'accueil (DNA), rendant prioritaires les personnes identifiées comme plus vulnérables⁵, notamment du fait de parcours migratoires potentiellement plus dangereux en raison des politiques européennes de fermeture des frontières. Nous proposons alors différentes réponses face aux difficultés exprimées par les intervenants : permanence téléphonique, séminaires cliniques et de réflexions, coordinations locales d'acteurs, formations...

4. Si une vulnérabilité est détectée, l'Ofpra peut adapter la durée de l'instruction aux côtés d'autres garanties procédurales particulières et demander à l'Ofii de réévaluer les conditions matérielles d'accueil du demandeur d'asile (art. L. 744-6 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [Ceseda]).


5. « L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations génitales féminines » (art. L. 744-6 du Ceseda).

En partageant le quotidien des publics, les intervenants sociaux sont souvent leurs interlocuteurs privilégiés, parfois les seules personnes à qui il est possible de se confier et d'adresser les multiples demandes⁶. Ils deviennent aussi les premiers témoins de la dégradation psychique des personnes, ce qui génère une inquiétude et une souffrance pesante. La pratique de l'écoute pose un certain nombre de questions aux équipes : Jusqu'où aller dans la confiance ? Est-ce que parler fait du bien, quand les procédures administratives réactualisent sans cesse les traumatismes et forcent la parole ?

Recevoir en dépôt des histoires traumatiques souvent difficiles à entendre peut produire une certaine violence⁷. La traumatisation vicariante est une construction lente et invisible qui a des conséquences sur la vie professionnelle et personnelle de l'intervenant. Il nous semble alors important de pouvoir proposer des espaces d'échanges entre les professionnels et bénévoles et d'inviter à la discussion sur ce type de questions : Un soin psychique est-il possible ? Quel est le sens de celui-ci dans des contextes de violences sociales quand les besoins de base ne sont pas assurés ? L'urgence et l'interventionnisme social seraient-ils compatibles avec un soin psychique qui s'apparente à une temporalité lente, le temps qu'il faut pour un sujet et qui s'oppose en ce sens aux temporalités administratives ?

Restaurer le collectif, le lien, et soutenir le réseau

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. Dans cette clinique où l'attaque porte sur l'articulation entre le collectif et l'individuel, où ce qui a été « effracté » touche à l'enveloppe (ce qui protège l'homme et le met en lien), soutenir une seconde ligne pour les acteurs nous paraît essentiel. Nous observons que cette seconde ligne offre alors un espace de restauration narcissique, de reconnaissance mutuelle pour les professionnels. En miroir des problématiques des personnes qu'ils accompagnent, ce qui se partage en premier lieu est un vécu d'impuissance et d'isolement. Dans ces espaces « au dehors », « tiers », le lien se travaille, se tisse, se restaure.

Pour un certain nombre de soignants en santé mentale, le soin auprès des personnes migrantes s'inscrirait dans une approche résolument relationnelle, éthique et humaniste. Il viserait à réinscrire dans une communauté humaine celui qui en a été violemment exclu, et en ce sens à soutenir un lien humain. Dans cette perspective, il convient alors de soutenir le réseau bio-psycho-social dans ces prises en charge. Le soin psychique serait porté par tous les acteurs concernés par l'accompagnement, qui, engagés dans une relation d'aide, peuvent incarner ce « tiers protecteur qui a manqué ». 

6. Demandes concernant les besoins de bases, la scolarité, les soins, les procédures administratives, juridiques, etc.

7. Le DSM 5 (2013) reconnaît comme facteur de risque de développer un stress post-traumatique le fait d'être confronté de manière répétée dans sa pratique professionnelle à des récits sordides. Le traumatisme vicariant apparaît en ce sens dans les manuels de classifications des troubles psychiatriques.



Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins

Alain Sebille

Psychiatre, praticien hospitalier, médecin coordonnateur de zone pour la santé mentale, Ofii

Cédric Prunier

Direction du service médical, Ofii

Méthodologie

L'attention du lecteur est attirée sur l'interprétation des chiffres qui vont suivre. Le présent article a uniquement vocation à décrire les motifs des demandes déposées par des étrangers pour obtenir un titre de séjour pour soins en France. Aucune interprétation n'est possible en l'absence d'études cliniques et épidémiologiques sur le sujet.

Bien que la procédure de titre de séjour pour soins, dite « étranger malade » (EM), existe en France depuis 1997, les données à partir de 2017 (lorsque la procédure fut confiée à l'Ofii) sont inédites. En effet,

les données antérieures sont rares, parcellaires (quelques données statistiques disponibles de 2005 à 2009, en 2011 et 2013), et procédaient d'un autre référentiel :

- elles étaient produites à partir de la date de décision, sans savoir s'il s'agissait de décisions rendues sur des dossiers de l'année n ou n-1. Depuis 2017, elles le sont en fonction de la date d'enregistrement de la demande ;
- un seul diagnostic était retenu par dossier pour les statistiques. Depuis 2017, jusqu'à trois diagnostics peuvent être enregistrés à partir du certificat médical ;

le diagnostic retenu était générique, par grands groupes de morbidité ; depuis 2017 la référence retenue est la Classification internationale des maladies, CIM-10 [42].

De plus, l'Ofii ne porte pas de diagnostic ni ne modifie ceux mentionnés par les médecins ou psychiatres-traitants ; ils sont simplement enregistrés dans sa base de données. Les statistiques produites depuis 2017 sont parfaitement comparables entre elles, mais pas avec les données antérieures. Le caractère récent de ces mêmes données incite à les considérer comme indicatrices de tendances plus que de faits établis.

Les troubles de la santé mentale, dont les plus fréquents sont les états de stress post-traumatique, sont les principaux motifs de demande d'admission au séjour pour soins. L'instruction de ces demandes fait apparaître l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie.

Données cliniques chiffrées et profils psychiatriques des étrangers malades

Le nombre total des demandes EM (tous diagnostics) a connu un pic en 2017 (environ 44 000 dossiers), avant de décroître les deux années suivantes, se stabilisant autour de 30 000 (tableau 1).

Le nombre de dossiers psychiatriques (comportant au moins un diagnostic psychiatrique) a doublé entre 2005 et 2017, passant de 5 000 dossiers, soit 12 % des dossiers, en 2005 à plus de 10 000 (25 %) en 2017. Depuis 2017, les trois quarts des demandes concernent uniquement une ou plusieurs pathologies somatiques, et la part des dossiers psychiatriques est en forte baisse : 19 % en 2019 (figure 1).

La part d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins émis par les médecins de l'Ofii augmente depuis 2017. Cette augmentation est plus sensible pour les dossiers comportant au moins un diagnostic psychiatrique. Le pourcentage d'avis favorables est plus élevé en cas de pathologie somatique exclusive déclarée qu'en cas de dossier mixte ou exclusivement psychiatrique (tableau 2).

tableau 1

Nombre de demandes « étranger malade » (EM) enregistrées (2017 à 2019)

Année	Nombre	Évolution/année précédente
2017	43 935	Non disponible
2018	29 876	-32,0 %
2019	29 406	-1,6 %
Total	103 217	

tableau 2

Part d'avis favorables par profil médical (2017 à 2019)

Année de la demande	Profil somatique	Profil psychiatrique	Profil mixte
2017	61,2 %	19,2 %	36,4 %
2018	61,2 %	16,7 %	32,5 %
2019	66,3 %	27,4 %	40,4 %
Total	62,6 %	19,9 %	36,3 %

figure 1

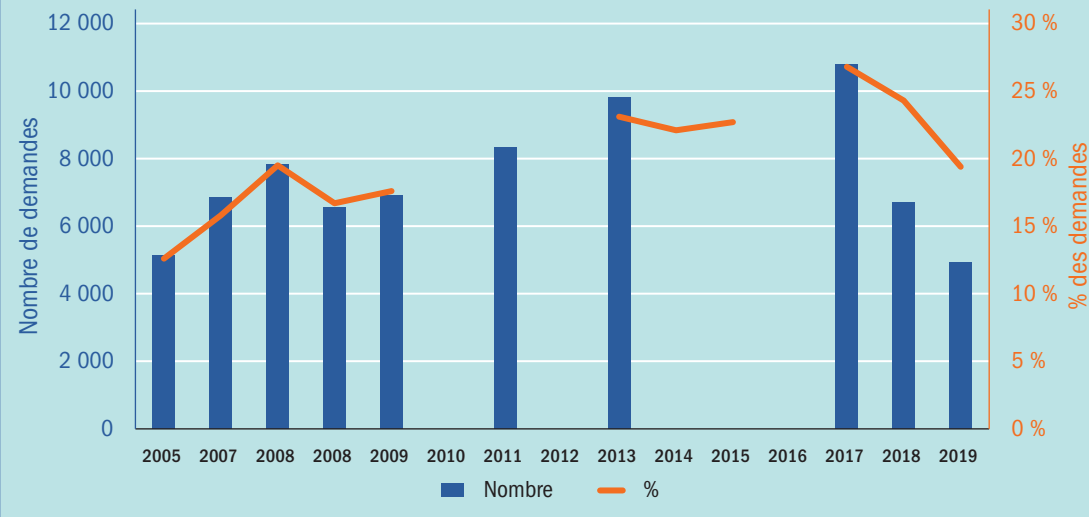
Nombre et part des dossiers psychiatriques dans les avis rendus (entre 2005 et 2016) et dans les demandes enregistrées (à partir de 2017). Données provisoires pour 2019


tableau 3

Pathologies psychiatriques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 (total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,5 %	11 746
F30 Troubles de l'humeur (affectifs)	28,0 %	6 279
F20 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	18,7 %	4 192
F89 Troubles du développement psychologique	3,8 %	848
F60 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,2 %	727
Autres	7,9 %	1 770
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		22 394

tableau 4

Pathologies somatiques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 faisant état d'au moins une pathologie psychiatrique (dossiers mixtes, total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
Maladies de l'appareil circulatoire	23,4 %	1 855
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,8 %	1 491
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	16,9 %	1 336
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	12,7 %	1 005
Maladies du système nerveux	11,3 %	892
Autres	42,2 %	3 339
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		7 912



Les pathologies psychiatriques les plus déclarées sont : les troubles anxieux (F40), les dépressions (F30), les troubles psychotiques (F20) (tableau 3). Dans les dossiers mixtes, les pathologies somatiques les plus déclarées sont les pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, puis infectieuses (tableau 4).

Parmi les 4 192 dossiers présentant au moins une pathologie du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants », 2 569 (61 %) sont relatifs à une schizophrénie (schizophrénie/troubles schizotypiques au sens de la CIM-10), soit 2,8 % des demandes au titre d'EM, chiffre supérieur au taux universel de prévalence admis qui est environ de 1 % de la population mondiale [49]. En outre, l'étude des certificats médicaux permet de mettre en évidence, dans le profil de ce sous-groupe, quelques caractéristiques descriptives particulières :

- la schizophrénie, qui apparaît classiquement au sortir de l'adolescence, est diagnostiquée à un âge plus précoce chez les patients nés en France que dans le groupe des étrangers malades, où son constat médical apparaît plus tardif. À ce stade, on ne peut dire, à partir des certificats médicaux, s'il s'agit de diagnostics établis en France à la suite d'un retard diagnostique dans le pays d'origine ou d'une schizophrénie survenue en France ;
- bien que la quantification n'a pas pu être réalisée à ce stade, il apparaît le plus souvent que les demandeurs au titre d'EM vus à l'Ofii sont souvent mariés, ont des enfants, et ont exercé une profession dans leur pays. Ils présenteraient donc des aspects de socialisation relativement aboutis, alors qu'en France, les patients atteints de schizophrénie sont le plus souvent très désocialisés (par exemple, de 63 à 88 % d'entre eux sont célibataires, d'après deux études [14, 35]) malgré les mesures de réhabilitation psychosociale mises en place. Il serait intéressant d'extraire, dans un prochain temps, les données qui permettront d'asseoir ou d'infirmier cette tendance ;
- au regard du récit du parcours de migration figurant dans les certificats médicaux, les demandeurs au titre d'EM présentant une schizophrénie s'avèrent capables d'organiser et de réussir un voyage à l'étranger, en traversant parfois des distances conséquentes, ce qui nécessite des capacités d'adaptation considérables, pour arriver à destination, et pour leur permettre de formuler une demande de soins. En France, les patients

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

tableau 5

Durée de présence sur le territoire au moment de la demande

Nature de la demande	Moyenne (années)
Primodemandes (adultes)	3,1
Renouvellements (adultes)	6,3
Mineurs	0,4
Total	4,9

atteints de schizophrénie en phase aiguë font parfois des voyages (dits pathologiques) mais sans but précis : le déterminisme de ces voyages pathologiques est la plupart du temps délirant et mystique [3], et ces patients présentent fréquemment un déni de leur pathologie (« 57 à 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie [ont] un insight altéré et un faible niveau de conscience de la maladie » [30]) et ne reconnaissent pas le plus souvent le besoin de se faire soigner (la seule exception concernant un voyage pour raison médicale, et non délirante, correspondant aux patients atteints de dépression saisonnière recherchant un séjour dans un pays ensoleillé [3]).

La durée moyenne de séjour en France des étrangers malades ayant déclaré une pathologie psychiatrique est de cinq ans environ (tableau 5).

Les états de stress post-traumatiques (ESPT, F43.1), classés dans les troubles anxieux, constituent de loin le diagnostic de trouble de la santé mentale le plus fréquemment déclaré. Toutefois, tout en représentant encore un tiers des diagnostics psychiatriques déclarés, la part des états de stress post-traumatiques est en régression depuis 2017 ; cette dernière remarque vaut encore plus pour les dossiers dans lesquels seul un diagnostic d'état de stress post-traumatique est porté (tableau 6).

Ces remarques suggèrent que la diminution constatée du nombre de dépôt des dossiers de demandes de titres de séjour EM à partir de 2018 pourrait résulter de la mise en place de la nouvelle procédure engagée en 2017 :

- la durée des titres de séjour pour soins délivrés, limitée à un an jusqu'en 2016, est susceptible d'aller

tableau 6

Typologie des demandes invoquant au moins un ESPT (nombre et pourcentage, 2017 à 2019)

Année demande	ESPT + autre pathologie	ESPT seul	% ESPT + autre pathologie	% ESPT seul
2017	1 873	2 456	43,3 %	56,7 %
2018	1 206	1 119	51,9 %	48,1 %
2019	1 095	549	66,6 %	33,4 %
Total	4 174	4 124	50,3 %	49,7 %

jusqu'à quatre ans avec la nouvelle procédure. Or près de la moitié (43 %) des avis favorables transmis au préfet en 2017 concernaient une durée prévisible des soins indiquée dans l'avis supérieure à douze mois ;

- il est possible que la nouvelle procédure ait eu un effet dissuasif sur les demandes, mais pour avoir une explication étayée, il faudrait mener une enquête auprès des étrangers malades eux-mêmes, afin de connaître les raisons objectives du non-recours à la demande de titres de séjour pour soins ;

- alors que le nombre d'arrivées de migrants, en particulier des demandeurs d'asile, croît par ailleurs dans le même temps en France, une autre hypothèse serait que la demande au titre d'EM ne serait déposée qu'à l'issue d'une demande d'asile déboutée par l'Ofpra ou la CNDA.

La proportion d'avis défavorables émis par l'Ofii dans les dossiers psychiatriques augmente avec l'ancienneté du diagnostic d'états de stress post-traumatiques : cette maladie comporte des éléments de gravité surtout dans sa phase initiale (on estime le taux de rémission spontanée de l'ESPT à 25 % au bout de six mois, 40 % à un an et 50 % au bout de deux à trois ans [53]) ; or, les étrangers malades déclarant un état de stress post-traumatique séjournent en France depuis plusieurs années, et en ont vraisemblablement passé la phase symptomatique aiguë.

Les pays d'origine des étrangers malades déclarant une pathologie psychiatrique

La comparaison des tableaux 7, 8 et 9, colligeant le pays d'origine des étrangers formulant, respectivement, le plus grand nombre de demandes au titre d'EM tous diagnostics confondus, puis des demandes psychia-

triques, puis des diagnostics d'états de stress post-traumatiques, amène à relever certaines disparités : les cas psychiatriques et surtout les demandes pour états de stress post-traumatiques sont concentrés au niveau de quelques pays.

En effet, sur un total de 140 nationalités représentées dans les dossiers EM déposés à l'Ofii depuis 2017, si neuf pays d'origine constituent la moitié des dossiers, ils sont six à l'origine de près de la moitié des déclarations de maladies psychiatriques, et cinq seulement

tableau 7

Principales nationalités des demandeurs EM (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Algérienne	12,2 %	12 639
Congolaise (RDC)	7,2 %	7 381
Camerounaise	5,3 %	5 420
Ivoirienne	5,2 %	5 367
Guinéenne (Rép. de)	4,5 %	4 609
Comorienne	4,2 %	4 292
Haïtienne	3,9 %	4 005
Maliennne	3,8 %	3 957
Congolaise (Rép. du)	3,7 %	3 858
Arménienne	3,7 %	3 783
Autres	46,3 %	47 906
Total	100,0 %	103 217

tableau 8

Principales nationalités des demandeurs EM pour pathologies psychiatriques (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	12,6 %	2 820
Algérienne	12,0 %	2 692
Arménienne	6,6 %	1 488
Albanaise	6,6 %	1 469
Kosovare	5,8 %	1 303
Nigériane	5,7 %	1 276
Guinéenne (Rép. de)	4,7 %	1 042
Géorgienne	4,5 %	1 018
Congolaise (Rép. du)	3,6 %	799
Marocaine	3,5 %	791
Autres	34,4 %	7 696
Total	100,0 %	22 394

tableau 9

Principales nationalités des demandeurs EM pour ESPT (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	20,6 %	1 706
Kosovare	7,9 %	658
Algérienne	7,2 %	599
Nigériane	7,0 %	577
Guinéenne (Rép. de)	6,6 %	550
Arménienne	6,6 %	548
Albanaise	6,5 %	537
Congolaise (Rép. du)	4,7 %	388
Géorgienne	4,1 %	343
Russe	3,1 %	254
Autres	25,7 %	2 138
Total	100,0 %	8 298



pour près de la moitié des déclarations de cas d'états de stress post-traumatiques.

Par ailleurs, si on peut constater une surreprésentation de l'Algérie (1^{er} pays d'origine des demandes EM tous diagnostics confondus, 2^e pour les diagnostics psychiatriques et 3^e pour l'ESPT), on constate une quasi-absence de dossiers issus de pays récemment en guerre (Libye, République centrafricaine, Syrie, Irak, Yémen, par exemple), qui s'explique probablement par les éléments suivants :

- l'attribution fréquente du statut de réfugié à ces ressortissants, et leur passage alors par l'accès de droit commun aux soins ;
- depuis mars 2019, un demandeur d'asile qui souhaite déposer en parallèle une demande de titre de séjour pour soins doit le faire dans un délai de trois mois, exception faite des maladies qui surviendraient après ce délai. Ce nouveau délai introduit en 2018 par le législateur vise à considérer l'état clinique du migrant avec diligence, alors qu'auparavant un dossier de titre de séjour EM n'était très souvent déposé qu'après le rejet du dossier de demande d'asile.

De l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie

Rappelons brièvement quelques notions. La fonction dévolue aux Midem (médecins instructeurs des demandes étrangers malades) de l'Ofii consiste en une procédure expertale, amenant à répondre à un panel de questions fixées par la loi :

- l'état de santé nécessite-t-il des soins médicaux ?
- le défaut de prise en charge médicale peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, le

patient peut-il y bénéficier d'un traitement approprié ? et, le cas échéant, a-t-il la capacité à voyager ?

L'exercice de la discipline psychiatrique repose sur certaines spécificités : la clinique, avant tout (les signes des maladies), car les examens paracliniques (prise de sang, imagerie cérébrale, par exemple) n'apportent une aide au psychiatre que de manière exceptionnelle. Or la plupart des Midem constatent que les dossiers psychiatriques sont globalement peu renseignés sur le plan clinique, ce qui les prive d'une argumentation pour asseoir leur avis.

Concernant les parcours de soins : lorsqu'ils s'avèrent ne pas correspondre aux bonnes pratiques cliniques édictées pour la discipline, comme l'absence d'hospitalisation en psychiatrie alors que des velléités suicidaires sont signalées par ailleurs depuis des années, par exemple, cela peut jouer en défaveur du patient.

Les psychothérapies, incontournables dans le soin en psychiatrie, exigent de parler un langage commun avec le patient. Que dire, dès lors, de ces prises en charge s'étendant sur des années sans disposer d'un interprète (idéalement professionnel) alors que l'intéressé ne maîtrise manifestement pas le français ?

Ces constats soulignent le manque d'éléments diagnostiques évoquant des circonstances d'une exceptionnelle gravité dans les certificats rédigés par les médecins traitants, et leur conséquence : les troubles psychiatriques retenus ne constituent pas des arguments pour justifier des soins qui ne pourraient être donnés dans le pays d'origine.

Rappelons enfin que les chiffres cités dans cet article sont récents et les constats qui peuvent être faits à ce stade nécessiteront d'être développés, à la lumière d'études et d'analyses de données plus affinées des années à venir. 🗨️