

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

LE CERTIFICAT MEDICAL, PIECE JOINTE A LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

Carole Dromer

Mémoire de Master 2 Professionnel, Droits de l'Homme, Droit International Humanitaire, année universitaire 2006-2007, Université d'Evry, Val d'Essonne, France.

Sous la direction de Olivier Le Cour Grandmaison

Plan du document

I Aspects politiques et juridiques

- 1 Le réfugié menteur ou comment les chiffres ont été interprétés
 - La spirale du rejet
 - Une interprétation restrictive de la convention de Genève de 1951
- 2 Le récit, pièce centrale du dossier, confronté à l'entretien et à ce que les officiers OFPRA et les juges en attendent
- 3 L'accréditation d'une situation, la charge de la preuve
 - Les officiers de l'OFPRA et leurs conditions de travail
 - L'intime conviction

II Aspects médico-psychologiques et éthiques

- 1 Le traumatisme psychique
 - Historique
 - Le traumatisme psychique chez le demandeur d'asile
 - Effet du traumatisme psychique sur la demande d'asile
 - Effet de la procédure sur une personne atteinte de traumatisme psychique
- 2 Les problèmes rencontrés par les soignants dans la demande de certificats médicaux pour l'asile
 - Danger politique
 - Danger déontologique
 - Danger éthique
 - Danger psychologique, la re traumatisation
 - Danger évaluatif

III Place du certificat médical

- 1 Les textes n'évoquent pas directement le certificat médical
 - Textes français
 - Directives européennes
- 2 Evolution du nombre et de la qualité des certificats médicaux
- 3 Valeurs accordées aux certificats médicaux par les juges et officiers de protections
- 4 Comment la Cour Européenne des Droits de l'homme traite avec les demandeurs d'asile traumatisée ? Prend elle en compte les certificats médicaux ?
- 5 Qu'est-ce qu'un certificat décisif ?

Annexes :

- 1 Proposition d'une trame de certificat médical pour demande d'asile
- 2 Glossaire pour les non juristes

Acronymes

OFPRA	Office Français pour la Protection des Réfugiés et des Apatrides
CRR	Commission des Recours des Réfugiés
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PTSD	Post Traumatique Stress Disorder
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme

LE CERTIFICAT MEDICAL, PIECE JOINTE

A LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

Introduction

Hannah Arendt, dans son ouvrage sur le totalitarisme¹, faisait référence au XX^{ème} siècle, comme le siècle des apatrides et des réfugiés ; l'hypothèse historique du XXI^{ème} serait le siècle des demandeurs d'asile. Il existe actuellement une différenciation structurante entre le Nord et le Sud : au nord les demandeurs d'asiles, même si maintenant aux frontières de l'Europe, au sud les réfugiés ; différence de statut, d'image, de traitement : au nord, une approche casuistique, au sud une approche populationnelle² ; au nord un traitement par cas, au sud un traitement par camp.

Jusque dans les années 1970, il n'y a pas eu, en France, de vraie politique d'immigration, les flux migratoires obéissaient à la loi du marché. Cependant, l'absence de politique ne voulait pas dire absence de discours politique. Ce discours existait depuis fort longtemps, opposant les « bons » et les « mauvais » étrangers³. Au XIX^{ème} siècle, l'asile n'a pas vraiment posé de problèmes car, comme beaucoup d'autres pays, la France est plus généreuse quand le coût est minimal, quand la demande d'asile est faible et que le contexte économique demande de la main d'œuvre. C'est au XX^{ème} siècle que la question du réfugié est devenue un problème, particulièrement après la première guerre mondiale, au moment de la révolution Bolchevik faisant des centaines de milliers d'exilés fuyant les persécutions et la violence. La première réponse internationale à ce phénomène fut la création du Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) en 1921 sous l'égide de la Société des nations.

Après la seconde guerre mondiale, en 1945, De Gaulle informe l'Assemblée consultative d'un grand plan « afin d'introduire au cours des prochaines années, avec méthode et intelligence, de bons éléments d'immigration dans la collectivité française »⁴. L'ordonnance du 2 novembre 1945 et la mise en place de l'Office National d'Immigration, mise sur une immigration de main d'œuvre, donc une option plus économique que démographique. Néanmoins, une certaine sélection des migrants se fera en fonction de leurs pays d'origine ; elle conduit à « limiter l'afflux des méditerranéens et des orientaux », à donner la priorité aux « nordiques », à privilégier les producteurs plutôt que les professions libérales et les marchands, à naturaliser plutôt les jeunes et les familles avec enfants. Des délégations se rendent d'ailleurs dans les camps de réfugiés à la fin de la guerre pour choisir les individus selon ces critères.

¹ Arendt H., *Le système totalitaire*, Paris, Point-Seuil, 1995

² Lorsque, dans les pays du sud, un conflit armé entraîne la fuite de milliers de personnes traversant une frontière voisine, ces personnes sont considérées d'emblée comme des réfugiés et obtiennent une carte HCR de réfugiés. Il n'y a pas d'enquête individuelle, l'approche est populationnelle.

³ Noiriel G., *Réfugiés et Sans-papiers, la république face au droit d'asile XIX-XXe siècle*, Paris, Hachette Pluriel, 1998.

⁴ Lochak D. : « Le tri des étrangers : un discours récurrent », *Plein Droit*, 2006, n° 69, p.6

En 1951, est signée la convention qui régit le statut des réfugiés, dite Convention de Genève. Elle est ratifiée par la France en 1954 et marque l'entrée officielle du réfugié dans la politique contemporaine.

La convention est appliquée sans hésitation, durant les années 1970, pour les sud américains (chiliens militants politiques fuyant le coup d'état de 1973, puis d'autres sud américains) et les personnes du Sud Est asiatique (Vietnamiens, Laotiens et Cambodgiens). Pour ces réfugiés, victimes d'une idéologie ou militants d'une cause, la demande de protection apparaissait alors comme légitime. La représentation politique du demandeur d'asile correspondait à volonté politique du pays d'accueil de lutter contre les dictatures. Par ailleurs, on ne pouvait les suspecter de se réfugier en France pour des raisons économiques car ces pays n'étaient alors pas réputés pour leur pauvreté. Mais finalement, peu demandaient l'asile. Ils arrivaient à reconstruire leur vie et ne voyaient pas l'utilité de passer par une procédure complexe sans grande incidence sur leurs conditions de vie. En effet, le contrat de travail servait de permis de séjour, donc trouver un travail donnait à la fois la sécurité matérielle et la légalité du séjour ; les demandes d'asiles étaient ainsi minimisées. Les quelques milliers de demandes, pouvaient être traitées de façon superficielle, débouchant le plus souvent sur l'octroi du statut de réfugié.

Dans les années 70-80, la situation change radicalement dans un contexte de chômage et de prise de conscience des conditions de vie insalubres de bon nombre d'étrangers. Une véritable politique de contrôle des flux migratoires est instituée après la fermeture des frontières aux travailleurs migrants en 1974. La convention de Genève sur les réfugiés s'interprète de façon restrictive, il faut avoir subi des persécutions et non plus craindre avec raison, et l'on passe, du récit au corps. On cherche les traces des persécutions et pour puiser ces "preuves" dans les corps on fait appel au médecin ; il atteste alors au moyen du certificat médical. Le médecin et son expertise se trouvent ainsi au sein d'un rapport de forces, traduisant les valeurs définies et légitimées par notre société et les contraintes et contrôles définis par l'Etat. Le certificat médical rédigé pour le demandeur d'asile dont la requête est en cours d'instruction, n'est pas inutile mais a une place réduite à cause d'une politique « d'accueil » fondée sur la preuve et l'obsession de la recherche du mensonge. Sa place se situe en tant que pièce d'expertise, mise en balance avec bien d'autres éléments de décisions de l'administration. Cependant, sa rédaction n'est pas banale car elle met en jeu, à différents points de vue, la relation soignant-soigné, relation confiante et engagée, essentielle aux soins.

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes essentiellement basé sur des entretiens avec les différents acteurs de la demande d'asile à l'exclusion des demandeurs eux-mêmes : Officier de protection de l'OFPPA (4 personnes), supérieurs hiérarchiques d'officiers de protection (2 personnes), Rapporteurs à la CRR (2 personnes), Présidents de formation de jugement CRR (2 personnes), Assesseurs OFPPA (2 personnes), Personnalités qualifiées HCR (2 personnes), Conseil d'Etat (1 personne), Avocats du réseau Elena (3 personnes), Associations impliquées dans la prise en charge des demandeurs d'asile : Acat, Cimade, Comede, Centre Droit Ethique de la Santé à Lyon, Groupe Accueil et Solidarité, Centre Minkovska, Parcours d'exil et Centre Primo Lévi ; Médecins d'associations ou exerçant une activité salariée en centre de santé et zone d'attente (7 personnes), Médecins Légistes d'Unité Médico Judiciaire (2 personnes), Médecin psychiatre expert près des tribunaux (1 personne), le Conseil de l'Ordre national des médecins (1 personne). Tous les entretiens ont eu lieu entre le mois de novembre 2006 et juin 2007.

Par ailleurs nous avons fait une revue de la littérature et assisté à plusieurs audiences publiques de la Commission des Recours des Réfugiés.

Toutes les entrevues n'ont pas été enregistrées soit parce que le lieu s'y prêtait mal (bars et cafés), soit parce que les personnes ne le souhaitaient pas.

La plupart des personnes exerçaient leur activité depuis plus de 5 ans dans ce domaine, sauf les officiers de protections de l'OFPRA et rapporteurs CRR ; en effet, le *turn over* sur ces postes, dans ces institutions est important. Certains Officiers de protection étaient toujours en activité d'autres avaient quitté leur poste car n'aimaient pas leur travail. Sur les deux rapporteurs un n'exerçait plus cette fonction.

Nous avons assuré les juges, les rapporteurs et les officiers de protection de la plus stricte confidentialité, pour la plupart à leur demande. Le faible échantillon pourrait peut-être permettre de les identifier, c'est pourquoi nous n'en dirons pas plus sur ces personnes. Il existe des biais à la méthode de travail que nous avons choisie : toutes ces personnes connaissaient notre profession de médecin et la plupart savait que nous étions membre de Médecins du Monde. Par ailleurs des noms de personnes nous ont été indiqués par d'autres déjà interviewées. Tous ces éléments ont créé un biais de recrutement. Cela dit certains juges ont exprimé leurs doutes et la complexité de leur tâche, d'autres, ancrés dans leurs certitudes et confiants dans leurs jugements n'ont pas hésité à nous expliquer leur point de vue. Il est possible que des personnes se trouvant entre les deux soient peu représentées.

Lors des entrevues différents thèmes ont été abordés : l'histoire des demandeurs, la valeur du certificat médical, la crédibilité, les expertises médicales, les problèmes posés par le certificat médical, son utilité ou sa nuisance.

Nous verrons dans un premiers temps les aspects politiques et juridiques, puis les aspects médico-psychologiques avec les difficultés rencontrées par les soignants et enfin la place du certificat médical dans la procédure.

I Aspects politiques et juridiques

A partir de la fin des années 1970, la pression migratoire augmente de façon importante pour différentes raisons : population mondiale plus nombreuse, déséquilibre démographique entre les pays du sud et du nord, déséquilibre économique entre pays industrialisés et pays en développement alors même que l'accès à l'information est facilité des deux côtés, réduction du coût des transports, liberté de circulation dans les pays de l'Est, détérioration de l'environnement, multiplication des conflits armés internes... En 1974, on comptait 2000 demandes d'asile en France, en 1975 15 000 (après donc la fermeture des frontières aux travailleurs migrants); quinze ans plus tard le chiffre est multiplié par trente. En 1970 19 personnes sur 20 obtenaient le statut de réfugiés, 20 ans plus tard seules 3 sur 20 l'obtiennent. Depuis les années 90, le taux d'acceptation est plus ou moins stable aux environs de 18% (décisions OFPRA et CRR combinées). Il y a 25 ans, l'asile était une question de confiance, où l'on pensait que le demandeur disait la vérité. Actuellement, l'asile est entouré d'un climat de suspicion, le demandeur étant perçu comme quelqu'un tentant d'abuser des possibilités d'hospitalité.

1 Le réfugié menteur ou comment les chiffres ont été interprétés

1.1 La spirale du rejet

Si, dans les années 70 il n'y avait aucun doute sur les exilés sud américains puis du sud est asiatique, trente ans plus tard, il n'en est pas de même, on traque les " faux réfugiés ". « En France, on passe d'une dynamique d'octroi expéditif au bénéfice d'un petit nombre à une dynamique de rejet expéditif au détriment du plus grand nombre »⁵. Un ancien officier de protection dira : « Il existe à l'OFPRA une pression ambiante, c'est une sorte de machine à rejet où il ne faut pas *se faire avoir*⁶ par le demandeur ». Un assesseur OFPRA (juge à la CRR), alors que lui était donné la méthodologie de ce travail en soulignant, que, malheureusement, ne seraient pas interviewés des demandeurs d'asile, prit d'un coup la parole et dit : « De toute façon, ils ne vous auraient pas dit la vérité ! ». Il s'est produit, en fait, entre les années 70 et maintenant, un glissement des esprits, un glissement dans l'interprétation de la convention de Genève de 1951 ; les acteurs se sont trouvés pris finalement dans un cercle vicieux et pervers, de la spirale du rejet au réfugié menteur.

Le taux de rejet des demandes d'asile a augmenté de façon inexorable avec une inflexion brutale dans les années 80 (figure 1). Les taux de rejet sont plus importants pour certaines populations notamment celles venues d'Afrique⁷. Bien qu'il existe quelques disparités entre les pays européens, l'évolution du taux de rejet de ces pays est la même que celle observée en France. Certains pays avoisinent les 100% de rejet comme la Grèce (99,9% en 2003) et la Suède (98,5% en 2003)⁸.

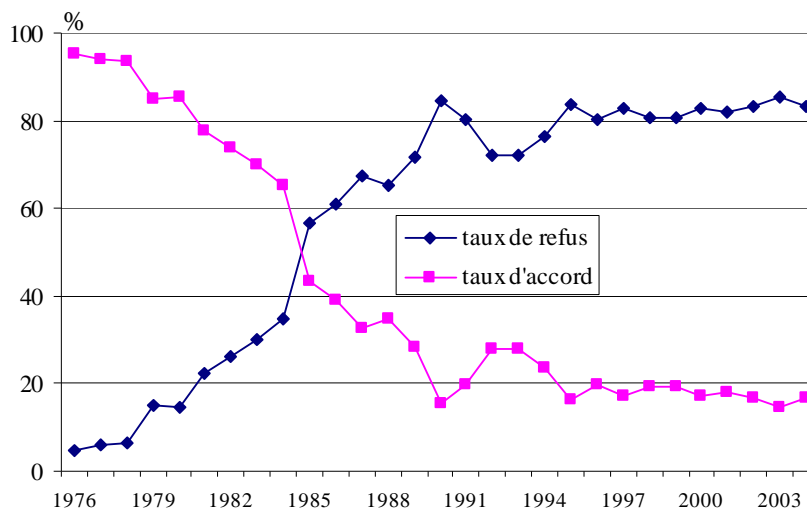
⁵ Valluy J. : « Genèse du " faux réfugié " », *Plein Droit* ; 2006, n°69, p.19

⁶ Souligné par nous

⁷ Le taux de rejet de personnes venues d'Afrique avoisine les 90% depuis les années 80 (source HCR)

⁸ Sources HCR

Figure 1 - taux de refus des demandes du statut de réfugié (source Bip 40)



L'accentuation du taux de rejet arrive avant que n'apparaisse l'image du " faux réfugié ", avant qu'elle n'envahisse le discours politique et celui des médias. Que s'est-il passé ? On a interprété les données dans un sens qui convient à la société et qui permet de refuser de plus en plus de personnes : «les personnes réellement persécutées sont loin de représenter la majorité des demandeurs d'asile : alors qu'il reconnaissait le statut de réfugié à près d'un demandeur sur cinq, il y a peu, l'OFPRA ne l'accorde plus aujourd'hui qu'à moins de 13% des demandeurs [...] Le fait est que beaucoup d'étrangers sollicitent notre système d'asile, non pas pour obtenir la protection de notre pays, mais pour s'y maintenir le plus longtemps possible, leur motivation étant de nature économique » (Dominique de Villepin, Assemblée nationale, 5 juin 2003). Ce discours est un témoin du glissement vers une interprétation restrictive de la convention de Genève : « les personnes réellement persécutées ». Dominique de Villepin n'évoque pas ceux qui craignent avec raison d'être persécuter. L'utilisation du taux de rejet, donc de déboutés du droit d'asile, donc de " faux réfugiés " s'est distillée peu à peu dans la population, voyant le " faux réfugié " comme une menace, un envahisseur. Et comme ce climat d'opinion émanait, entre autres, d'une science que sont les statistiques, on y a cru. Le problème des statistiques est l'interprétation que l'on en fait sans voir les biais de ce que l'on annonce. Parfois ces biais sont reconnus mais, s'ils ne vont pas dans le sens voulu, ils sont ignorés. Admettons qu'une statistique dise que 95% des français meurent dans un lit ; faudrait-il en déduire que le lit est l'endroit le plus dangereux pour les Français ? La statistique brute l'autoriserait. Par contre si on analyse toutes les hypothèses on voit apparaître d'autres possibilités. Cette situation a conduit les gouvernements successifs, suivant et alimentant l'opinion publique, à durcir les conditions d'entrée sur le territoire et à focaliser leur attention sur la lutte contre l'immigration clandestine. Or une politique restrictive et dissuasive, peut nuire, on le verra, aux étrangers migrants qui ont besoin de protection. L'idée du "faux réfugié", ancrée dans les esprits, permet à chaque acteur, depuis le guichetier de préfecture jusqu'au ministre, d'avoir de bonne raison pour agir ; ces raisons qui leur sont d'ailleurs nécessaires pour le rejet. Dans ce contexte, toute preuve écrite prend de l'importance.

La guerre des anecdotes qui entoure le débat du réfugié menteur, débat de société, oppose les défenseurs des réfugiés qui vont pointer du doigt les dysfonctionnements du système, ses erreurs et ses conséquences graves pour les

personnes, et les détracteurs des réfugiés qui vont mettre en exergue toutes les stratégies développées par ces derniers pour déjouer le système. Ils s'en servent de preuve du mensonge. Le mensonge est en fait construit de plusieurs façons : il peut être l'histoire proposée par les passeurs, par l'avocat, la communauté du réfugié ou le réfugié lui-même, cette histoire qui permet d'amener une décision positive à l'OFPRA ou la CRR. Il est aussi soupçon des juges, soupçon sur les histoires de ces demandeurs, parce qu'elles ont un air de déjà vu ou de répétition ou au contraire à cause de leur extrême singularité. Ce soupçon, confirme et fonde la décision négative qui provient d'un désir d'exclusion. Mais il est en quelque sorte nié puisque, alors, « l'autre » en est le premier responsable : « ceux que nous refusons ne méritaient pas notre protection ». Le mensonge est ainsi un outil de prise de pouvoir par le demandeur face aux barrières administratives et à la façon de juger, voire aux barrières migratoires et un instrument du pouvoir des pays sur leurs frontières, puisqu'il permet de refouler en toute bonne conscience.

1.2 Une interprétation restrictive de la convention de Genève de 1951

« La pratique de l'asile adoptée doit maintenir un juste équilibre dans notre souhait de contrôler les flux migratoires » Hubert Vedrine, Ministre des affaires étrangères, 1997. Ce discours est le coup d'envoi de la coordination européenne sur les politiques d'asile ; elle a promis de réduire l'asile au plus petit dénominateur commun parmi les états membres de l'union⁹.

La Convention de Genève du 28 juillet 1951 dispose que « le terme de réfugié s'appliquera à toute 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 en dehors 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... » La loi implique toujours une interprétation, et joue toujours dans un contexte spécifique qui aide à déterminer sa signification; en France, à la différence des pays anglo-saxons où la loi n'est pas écrite¹⁰ (*Common Law*), on a tendance à appliquer la loi à la lettre sans interprétation, sans rien construire. Mais ici, non seulement elle n'est pas appliquée à la lettre, mais elle est interprétée dans un sens restrictif : le droit d'asile se limite aux personnes victimes de persécution par l'état. On peut trouver à cette affirmation des indices et des preuves : deux preuves, la mise en place de l'asile territorial qui a été créé pour les Algériens victimes du « terrorisme islamique » puis l'adjonction ou son remplacement par la protection subsidiaire. La protection subsidiaire, devenue effective en janvier 2004, est moins protectrice car elle n'accorde l'asile que pour un an au lieu de 10 ans et est donc révisable au bout d'un an. Dans la convention de Genève, les mots et expressions « menace », « persécution », « appartenance à un groupe social », ne sont pas définis ce qui laisse une large marge d'interprétation. C'est à cause de cette interprétation, que les persécutions d'origine non étatiques ne sont pas reconnues comme légitimes au regard de la convention, alors que la convention ne demande pas que les persécutions viennent de l'état ; la loi de 2003, avec la protection subsidiaire, vient en partie rattraper ce phénomène, mais, rappelons le, avec une protection bien moindre. Une personnalité qualifiée HCR nous disait : « la crainte de persécution ne suffit pas. L'exigence est d'en avoir subi, c'est la pratique et c'est la jurisprudence. On ne croit pas ceux qui craignent sans avoir subi. La crainte est étayée par la situation politique et les propres agissements et engagements du requérant, mais cette perspective là seule est l'esprit et la lettre de la convention, elle n'est jamais appliquée telle quelle pour des raisons politiques. En France l'interprétation de la convention de Genève est très restrictive,

⁹ Delouvin P. : « The evolution of asylum in France », *Journal of Refugees Studies*; 2000, vol 13, p. 61-73.

¹⁰ Il n'existe pas dans ces pays, comme en France de code civile ni de code pénal.

car on ne veut pas donner le statut de façon trop lâche ». Mais ne l'appliquant pas de façon trop lâche, on l'applique de façon peu courageuse, donc lâche d'une certaine façon.

Un ancien officier de protection dira aussi: « Il faut que les personnes aient reçu des mauvais traitements ou aient été torturées pour obtenir le statut. Parfois, même si c'est le cas, on fait valoir que la situation a changé. Or le trauma est parfois si important que la personne ne peut retourner d'où elle vient, même si la situation a changé. » Il fait ici référence à ce que l'on appelle en France « la clause de l'exceptionnelle gravité », très peu utilisée en fait, sauf pour les Rwandais, où l'on a même parlé de la « clause du génocide ». L'art 1^{er} C. (5).de la Convention de Genève stipule: « Si, les circonstances à la suite desquelles elle (la personne) a été reconnue comme réfugié ayant cessé d'exister, elle ne peut plus continuer à refuser de se réclamer de la protection du pays dont elle a la nationalité; Etant entendu, toutefois, que les dispositions du présent paragraphe ne s'appliqueront pas à tout réfugié [...] qui peut invoquer, pour refuser de se réclamer de la protection du pays dont il a la nationalité, des raisons impérieuses tenant à des persécutions antérieures. » Le critère de cette clause repose autant sur l'exceptionnelle gravité de l'événement que sur les répercussions qu'elles ont eu sur la personne.

La persécution, qui était souvent mentionnée dans les conventions internationales n'a été juridiquement définie que récemment avec le statut de la cour pénale internationale: « le déni intentionnel et grave de droits fondamentaux en violation du droit international, pour des motifs liés à l'identité du groupe ou de la collectivité qui en fait l'objet »¹¹. L'appartenance à un sexe peut être un motif de persécution. « La persécution de tout groupe ou de toute collectivité identifiable pour des motifs d'ordre politique, racial, national, ethnique, culturel, religieux, sexiste ou en fonction d'autres critères universellement reconnus comme inadmissibles en droit international » est intégré dans les crimes contre l'humanité¹². Puisque les individus sont persécutés en raison de l'appartenance à un groupe, un comportement discriminatoire devrait être considéré comme l'indication d'un risque d'une telle persécution.

La directive européenne sur la qualification et le statut¹³ définit aussi les actes de persécutions : ces actes doivent, art 9 paragraphe 1 a) « Etre suffisamment graves par leur nature ou leur caractère répété pour constituer une violation grave des droits fondamentaux de l'homme, en particulier des droits auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, paragraphe 2, de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme » ou b) « être une accumulation de diverses mesures,[...] qui soient suffisamment graves pour affecter un individu d'une manière comparable à ce qui a été indiqué au point a) ». Le terme « en particulier » indique que ce qui est cité n'est pas exhaustif ; l'article 5 §2 stipule que ne sont pas dérogeables: le droit à la vie, l'interdiction de la torture, peine ou traitement inhumain ou dégradant, l'interdiction de l'esclavage et servitude et « pas de peine sans loi ». N'est cité ici que le noyau dur des droits de l'homme ; reste à l'appréciation des officiers OFPRA et des juges de la CRR, la notion de traitement inhumain ou dégradant ; Catherine Le Gall, ex officier OFPRA pendant 2 ans rapporte dans un article¹⁴, le cas qui fut pour elle le plus difficile, celui d'un Mauritanien habitant à la frontière avec le Sénégal: « Marabout, son père enseignait l'islam dans une école coranique. En 1989, lorsqu'un conflit éclata entre le Sénégal et la Mauritanie, les Négro-Mauritaniens furent la cible des Maures au pouvoir. L'armée fit irruption dans le village peul pour confisquer les quelques

¹¹ Art 7.2.g du statut de la CPI

¹² Art 7.1.h du statut de la CPI

¹³ Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004, JO L304/12

¹⁴ Remy J., Le Gall C. : « Je ne veux plus trier les réfugiés », *l'Express* du 19/01/06 ; disponible sur le site www.laconscience.com p.5

richesses des habitants. Le demandeur explique que son père a résisté [...] « Ils [les militaires] lui ont demandé de se déshabiller devant nous et ses élèves » ... » Elle s'était demandée alors ce qu'il y avait de si violent dans cet acte que le demandeur avait tant d'hésitation à raconter. C'est grâce au traducteur qu'elle comprit que, dans ce contexte culturel et religieux, il ne s'agissait pas juste d'une humiliation.

Il reste bien des questions sur l'interprétation des droits fondamentaux dans cette directive européenne : quelqu'un qui ne pourrait accéder à l'éducation du fait de son appartenance à un certain groupe pourra-t-il entrer dans ce cadre ? Le fait de ne pouvoir s'exprimer pour les mêmes raisons entrera-t-il aussi dans ce cadre ? On peut en douter. Pourtant au regard de la lettre, ces actes pourraient être considérés comme des actes de persécution. Lorsque les dispositions européennes auront été transposées en droit interne (horizon 2010), nous verrons quelles interprétations seront faites de ce texte.

2 Le récit, pièce centrale du dossier, confronté à l'entretien et à ce que les juges en attendent

L'entretien à l'OFPPRA présente certaines caractéristiques de l'interrogatoire : pas de défense (pas d'avocat), pas de témoin (pas d'accompagnant), mais un interprète quand l'officier ne parle pas la langue du demandeur. Pendant l'entretien, le formulaire de demande est mis sur informatique ; le parcours scolaire et la profession permettent de cerner le profil de la personne et de voir dans quel type de milieu elle évolue. L'autorisation provisoire de séjour est vérifiée. L'état civil est noté, ainsi que la famille (âge et lieu de vie) ; cela permet de ressortir par exemple dans les archives la demande du frère et de comparer les histoires. Pour un des avocats interviewés : « Il faut persuader la CRR que ce que disent les gens est vrai. Il faut que ça entre dans leur logique à eux. On croit ce qui nous paraît possible et imaginable. » Le demandeur d'asile doit nécessairement apprendre la procédure pour ressembler à un " vrai réfugié ". Sans aide, le demandeur d'asile, issu d'une autre culture, a peu de chance de faire valoir ses droits. En effet il faut qu'il suive la ligne de conduite attendue d'un demandeur d'asile, à savoir, répondre en détail et de manière cohérente d'un passé conforme aux critères de la Convention de Genève tels qu'ils sont interprétés actuellement par les autorités. Il faut éviter la « fausse note » qui remettra en cause la crédibilité, bref il faut qu'il ait tous les attributs du " vrai réfugié ". Les demandeurs sont par ailleurs très inégaux devant l'exercice de ce droit, inégalités reposant sur la langue, l'économie, le relationnel, ses ressources psychologiques, la connaissance ou non de membres de la société d'accueil connaissant la procédure (associations). L'enjeu est important puisque sans préparation, il risque la clandestinité, l'état de sans-papier ou l'expulsion. Ce sont les associations, parfois les avocats, qui apportent cette aide aux demandeurs : travailler sa présentation, travailler son récit et préparer un bon dossier écrit. Dans ce qu'Estelle D'Halluin appelle « travailler sa voix en coulisse », elle mentionne les différents temps de préparation, cadrage du discours imposé par le droit, administration de la preuve et cadrage avec les représentations collectives où se situe l'action¹⁵.

Il faut dans un premier temps opérer un cadrage du discours imposé par le droit. Cela revient à retravailler le passé, pour en faire un récit qui va cadrer avec les catégories larges de la Convention de Genève et de l'interprétation qui en est faite. Il faut mettre en avant la persécution (la menace marche moins bien, et c'est là que parfois il faut commencer à mentir pour cadrer avec l'interprétation restrictive du droit), la cause de

¹⁵ Halluin E. (D') : « Travailler sa voix ou comment rendre sa demande d'asile audible », *Le croquant*, 2006 ; n° 51/52, p. 13-22

la persécution, origine ethnique ou religieuse par exemple même si parfois le demandeur lui-même a du mal à faire la distinction. Entre l'OFPRA et la CRR si la personne a été déboutée, un réajustement est possible. Il faut tenir compte de la motivation de l'OFPRA même si elle est souvent peu développée. S'il est indiqué par exemple que la crainte n'était pas « personnelle », il faudra utiliser le « je » alors même que le demandeur comprenait son vécu comme une expérience collective.

Dans un deuxième temps on opère un cadrage avec les représentations collectives, plus ou moins fiables, sur le lieu où se situe l'action. Ces représentations sont véhiculées par des rapports, des enquêtes, les médias. A l'OFPRA d'ailleurs les officiers de protection travaillent par zones géographiques. Certains anciens de l'OFPRA dénoncent les moyens insuffisants dont ils disposaient pour faire des recherches via Internet ou le centre de documentation. Cette affectation géographique est sensée les rendre plus performants par connaissance du contexte, mais n'y a-t-il pas danger à croire que l'on sait ? « Ce qui peut paraître rocambolesque ou incohérent à un officier de protection dans son bureau à Fontenay-sous-bois et qui pourtant a fait des recherches, ne l'est pas forcément sur les plateaux du Congo »¹⁶.

Dernier cadrage à effectuer, celui d'avec les représentations en vigueur dans la société de ce que sont les « migrants économiques » et les menaces à l'ordre public. Pour arriver à ce cadrage il faut parfois omettre certains détails de sa vie, sinon la personne risque d'entrer dans cette étiquette.

3 L'accréditation d'une situation, la charge de la preuve

La charge de la preuve incombe au demandeur, selon un principe général de droit. L'étranger doit apporter la preuve des craintes de persécution qu'il encourt dans son pays et/ou les persécutions qu'il a subies. Le conseil d'Etat a confirmé cette lecture¹⁷. L'attribution du statut de réfugié est subordonnée à l'évaluation du récit et des pièces jointes au dossier. Or les conditions d'évaluation ne permettent pas de répondre à la question : est ce un " vrai réfugié " ? Les officiers et les juges vont donc répondre à une autre question : est ce que ce demandeur m'a convaincu ?

3.1 Les officiers de protections et leurs conditions de travail

Les officiers de Protection sont issus de diverses formations, relations internationales, géopolitiques, sciences politiques, juristes ; souvent ils parlent une langue peu parlée dans le monde et peu enseignée dans les universités. Ils sont titulaires ou contractuels (70% sont en contrat à durée déterminée, 1 an renouvelable tous les ans), cadre A de la fonction publique ; ils sont responsables de dossiers attribués par leur hiérarchie. Les nouveaux embauchés bénéficient d'une formation, plus basée sur les différentes catégories de récit et comment mener un interrogatoire pour trouver les failles, que sur autre chose. Toutefois, ils bénéficient d'une demi-journée (3 heures) de formation où sont évoquées les confusions de dates possibles pour les requérants en situation de traumatisme psychique.

Il n'existe pas de quotas de décisions positives ou négatives mais un nombre de décisions à prendre, de 2,2 décisions par jour (source officier OFPRA). Une décision comprend l'entretien avec le demandeur, les recherches qui doivent permettre

¹⁶ Hugon L. : « L'asile en France, entre suspicion et obsession du chiffre » *Courrier de l'ACAT*, septembre octobre 2006, p.38

¹⁷ 13 mars 1981, Markovic, n° 18758 et 06 mai 1981, Vartanyan, n° 23829

l'instruction du dossier, la rédaction des observations, de la décision et une éventuelle négociation avec le supérieur hiérarchique pour les décisions positives. Si l'officier veut accorder le statut il faudra qu'il argumente, démontre beaucoup car il est suspecté (lui aussi) d'être trop influençable. Il est rare que des rejets fassent l'objet d'une discussion. Un ex officier OFPRA a déclaré : « Une acceptation est contestée par le supérieur hiérarchique de façon systématique. L'officier de protection est parfois contraint de changer sa décision ; il arrive que s'il refuse il soit dessaisi de l'affaire qui est alors confiée à un autre et le requérant est de nouveau convoqué [...] mais la précarité de l'emploi fait que peu refusent de changer ». En fonction des objectifs atteints, une prime est accordée aux officiers de protection (200 euros / an)¹⁸.

Les officiers ne disposent que peu de ressources pour mener à bien leur travail, les contacts directs avec les ambassades sont par exemple interdits, interdits aussi de contacter des spécialistes géopolitiques « et de toute façon on n'aurait pas le temps », a confié un ex officier. « A l'OFPRA tous les officiers ne sont pas des juristes et ces personnes non juristes ont tendance à être plus exigeantes sur le plan juridique, pour qu'on ne leur fasse pas de reproche ».

Les officiers en mal de chiffre, ceux qui n'ont pas atteint leurs quotas de décisions, peuvent demander à leur supérieur des procédures sans entretien. Elles permettent de rédiger rapidement des décisions, de rejet dans 96 % des cas (chiffre 2005), avec des « copiés-collés ». Cette procédure est rendue légale depuis la loi du 10 décembre 2003. Elle autorise le rejet sans avoir entendu le demandeur, les demandes sont « manifestement mal fondées ». Cette notion, définie par des notes internes, laisse une large marge d'appréciation : demande stéréotypée, n'entre pas dans le champ de la convention...Elle permet aussi de refuser des demandes mal formulées par des personnes mal préparées ne connaissant pas le fonctionnement (les détails, la personnalisation). Cette notion s'articule aussi avec celle de « pays d'origine sûr »¹⁹. La part des procédures prioritaires sur le total des demandes ne fait qu'augmenter depuis 2003 (9,6% en 2003, 15,9% en 2004 et 23% en 2005, source OFPRA).

Enfin, les officiers de protection ne bénéficient d'aucun soutien alors qu'une personne de l'OFPRA dira « la torture est le quotidien de l'OFPRA, donc banalisée ». Ils sont déjà dans ce péril de la banalisation. Un juge CRR dira aussi à la fin de l'entretien « vous savez tout ça me fatigue, il faudra bientôt que j'arrête ».

3.2 L'intime conviction

Selon un supérieur hiérarchique OFPRA : « Il n'y a jamais d'élément de preuve incontournable, les faits sont absolument invérifiables, donc nous avons besoin de nous forger une intime conviction et cela se fait sur l'entretien. Le seul élément qui peut être décisif est l'entretien. L'admission est basée sur la crainte de persécution, le pourquoi de cette crainte et le risque en cas de retour. Le fait d'avoir subi des mauvais traitements anciens, même s'il existe des marques physiques qui viennent en appui, n'est pas suffisant. ». Or, l'entretien n'a pas lieu dans près d'un quart des demandes. On trouve dans le code de procédure pénale (domaine certes différent de celui qui nous intéresse, mais éclairant) les précisions sur l'intime conviction²⁰ : « la loi ne demande pas compte aux juges des moyens par lesquels ils se sont convaincus, elle ne leur prescrit pas de règle...elle leur prescrit de s'interroger sur eux-mêmes, ..., et de chercher, dans la sincérité de leur conscience, quelles impressions ont faites sur leur

¹⁸ Les primes non distribuées, sont réparties entre les supérieurs hiérarchiques.

¹⁹ Les conséquences de cette notion de « pays d'origine sûr » sont surtout procédurales puisqu'elle permet de faire passer la demande en procédure prioritaire, c'est-à-dire sans entretien, aboutissant le plus souvent au rejet.

²⁰ Art 353 du code de procédure pénale

raison les preuves apportées...La loi ne leur fait que cette seule question, qui renferme toute la mesure de leurs devoirs, avez-vous une intime conviction ? »

Il faut malgré tout établir les faits, sorte de mission impossible effectivement dans bon nombre de cas. On ne délivre pas sur place des certificats disant « je soussigné Mr Untel certifie avoir torturé Mr... », on ne part pas toujours avec des papiers / dossiers qui, bien qu'utiles là où l'on va, (encore faut il connaître cette utilité) risquent de vous compromettre en trajet avant d'avoir quitté le pays. C'est une des raisons pour laquelle, comme nous l'avons vu, une des premières choses à faire est de mettre le passé en « intrigue », en faire une histoire qui accrochera le lecteur ou l'auditeur. L'avocat ou le conseiller juridique de l'association (rappelons ici que les demandeurs n'ont pas le droit à un avocat devant l'OFPRA) travaille sur les agents, les buts, les moyens etc. et sur un enchaînement chronologique, daté, des événements. On aboutit à un ton factuel fourmillant de détails. Les juges s'intéressent particulièrement aux pièces du dossier, carte de parti politique, d'association, de syndicat, pièces de justice, compte rendu d'audience, procès verbal de police... « Ces pièces montrent que ce que dit le requérant est vrai car effectivement il a été arrêté et sorti de prison à telle date, telle heure. » Ces pièces ne sont pas disponibles dans des pays où règne le chaos pendant un conflit armé interne par exemple. Pour avoir des pièces, il faut un minimum d'organisation étatique et d'organisation de la société civile.

L'exigence de la preuve a un effet pervers, celui de la production de récits et de preuves stéréotypés, voire de faux documents par des personnes mal conseillées ; les personnes seront alors piégées, dans la confusion et l'approximation. Pour certains des juges et des officiers de protection, le mensonge est vécu comme une atteinte personnelle : « mais qu'est ce qu'elle croit ? Qu'elle peut me servir des salades pareilles ? » Le mensonge ou ce que les personnes croient être du mensonge suscite différentes réactions, comme la colère, l'impatience, la frustration, la fascination. Certaines personnes disent avoir ensuite du mal à se concentrer pour enchaîner sur les cas suivants. Leur écoute a été pour ainsi dire contaminée. Certains tentent de démasquer le mensonge par tous les moyens et affirment être en mesure de le détecter presque à coup sûr. Les questions pendant l'audience ou l'entretien visent à étayer l'impression préalable que l'histoire n'est pas vraie et cherchent alors des inconsistances supplémentaires, des erreurs de dates...Le sentiment de certitude est perçu comme une force, une compétence qui permet de ne pas se remettre en question. D'autres reconnaissent la difficulté de leur tâche en évitant de faire du mensonge un axe de la décision d'acceptation ou de refus. Ils acceptent et peuvent supporter un certain degré de confusion.

Des questions pièges reviennent souvent: « Qu'avez-vous fait alors, juste après? » ou bien « Qu'avez vous fait en arrivant ici ? » ou encore « Qu'est ce que vous appréciez le plus ici ? » Nous allons donner deux exemples, l'un tiré d'un entretien avec un juge et l'autre de la littérature. Le premier, issu d'un entretien, est celui d'une femme africaine de vingt ans : « elle me dit qu'elle a été violée par huit policiers dans son pays pendant qu'elle était en prison ; elle a pu sortir de prison et prendre l'avion le tout dans les 24heures. Pour cela il faut de l'argent et un passeport ! » Crédibilité toute de suite mise en doute, il poursuit « je lui ai demandé ce qu'elle avait fait à son arrivée à Roissy, elle répond qu'elle a vu un cousin. Elle n'a rien mentionné sur le plan médical... or si elle avait vraiment été violée par huit hommes elle aurait des séquelles et elle serait allée voir un gynéco et il aurait pu attester du viol ». Pour ce juge, le comportement de cette femme est très suspect car il ne cadre pas avec ce qu'il attendait de son comportement ; son discours montre aussi sa méconnaissance des aspects médico-légaux des viols. Enfin, l'écart culturel pose toujours le risque d'être mal interprété.

Le deuxième exemple est l'histoire d'une personne demandant refuge au Canada : « il y en a une qui avait vécu un viol, bien des choses et je lui ai posé la question qu'est-ce

que vous appréciez depuis que vous êtes au Canada, considérant ce que vous avez vécu dans votre propre pays puis la protection qui est offerte ici ? Elle dit, c'est les couleurs de l'automne dans les Laurentides ; si tu as été violée, battue, martyrisée...est-ce que la première chose que tu examines au Canada c'est les couleurs de l'automne ? »²¹ L'exercice de raisonnement de ces juges ne prouve rien mais prétend savoir ce qui est vraiment important pour la personne et implique qu'elle pourra l'exprimer directement après avoir évoqué un souvenir douloureux. Les juges prétendent là que leurs expériences ou ce qu'ils pensent qu'ils auraient fait eux-mêmes, est universel et leur permet de contester la véracité de ce qui est dit. Cela montre aussi une totale méconnaissance des effets possibles du traumatisme psychique. Encore une fois, n'y a-t-il pas danger à croire que l'on sait ?

Les similarités et les différences de récits posent toutes deux des questions au sujet de la véracité pour les juges et les officiers de protection; un ancien officier de protection disait : « les Tamouls, Rom et Turques ont tous des histoires stéréotypées donc qualifiées de fausses. » ; ou encore « en Iran, beaucoup de gens se sont sauvés des hôpitaux après avoir été torturés par la police, en étant mis sur des chariots de buanderie...c'est une histoire qui a été sur utilisée , qui pouvait être vraie au début et a été utilisée encore et encore et encore, c'est terrible parce que le prochain réfugié qui se sauve vraiment par un chariot de buanderie, il est automatiquement refusé »²²

Les contradictions sont des éléments centraux de décisions négatives et pourtant elles sont très nombreuses, toutes les histoires en contiennent, tout dépend de comment on les interprète. Certains y voient une preuve de mensonge d'autres cherchent à comprendre le sens de cette contradiction. Certains juges, pendant les audiences, tentent de les éclaircir pour éviter qu'elles ne soient utilisées ensuite comme éléments pour rejeter la décision au moment des délibérés. Les omissions sont moins souvent mentionnées ; certains pensent que le caractère exceptionnel de ce qu'ont vécu ces personnes devrait leur conférer un caractère inoubliable, d'autres reconnaissent les limites de la mémoire.

« L'expression émotionnelle, le comportement de la personne à l'entretien est pour nous un indice » dit un officier OFPRA. L'expression émotionnelle est perçue par certains comme une mise en scène. Certains juges se fient à leur propre réaction émotionnelle pour savoir si la personne dit vrai. Certains pensent que cette émotion ne peut les tromper, elle fait partie de leur intime conviction. Par ailleurs arrogance et humilité peuvent être tour à tour des signes de mensonges pour ceux qui les pourchassent.

« Si la personne a obtenu un visa, on demande son contact sur place et cela signifie qu'il n'y avait pas urgence à partir. Si la personne est entrée clandestinement, et passée par une filière, on estime qu'elle est venue pour raison économique. Les personnes sont présumées menteuses dès le départ, sauf certaines nationalités comme Rwandais, Birmans, Tibétains. » (dires un officier OFPRA).

En somme, détecter le mensonge ou faire face à la complexité voilà les deux façons d'aborder les choses. Au final, la décision, heureusement collégiale à la CRR, dépend du récit et de toutes les omissions, contradictions, comportement du demandeur...tout ce que nous venons de voir, mais aussi probablement des convictions politiques des juges et officiers, leur perception de l'immigration, leur

²¹ Rousseau C., Foxen P. : « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? », *Evolution Psychiatrique*, 2006, vol 71, p. 511

²² Rousseau C., Foxen P. : « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? », *op.cit.* p. 513

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

interprétation du droit...et l'air du temps, or celui-ci fait qu'il devient beaucoup plus difficile de croire un exilé que de s'en défier.

Par ailleurs, sous l'effet des discours sécuritaires, et la convention qui prévoit de refuser les criminels, les juges et les officiers peuvent être influencés par les soupçons de terrorisme, dont on sait qu'elles sont plus attachées à certains demandeurs qu'à d'autres : arabes, kurdes, irakiens, tamouls...

Pour conclure notre entretien un ancien officier de protection dira : « nous prenons des décisions importantes mais nous n'avons pas les moyens de faire une enquête...notre travail demande beaucoup de compétences que nous n'avons pas et personne ne nous encourage à les acquérir ».

II Aspects médico-psychologiques et éthiques

Il ne faut pas croire que toutes les personnes qui ont vécu la persécution ou qui la craignent ont des troubles psychologiques : l'événement est une chose, son vécu en est une autre et les individus ne sont pas égaux dans ce domaine, le vécu variera d'une personne à l'autre. Parmi ceux qui présentent des signes cliniques, il existe de nombreuses variantes dans les signes physiques, et dans les signes psychologiques. De même il existe une variabilité dans l'attitude des personnes : par exemple, certaines réagiront avec beaucoup d'émotion et pourront être en larmes, d'autres seront calmes et détachées décrivant les événements comme s'ils étaient arrivés à d'autres. En 2005, sur les 5027 patients du Comède²³ (Comité médical pour les exilés²⁴), la moitié avait subi la violence politique dans leur pays d'origine, un quart présentait des séquelles traumatiques. Dans cette même statistique, la pathologie grave la plus fréquente chez les exilés est le psycho-traumatisme (10% des patients). Au moment où les demandeurs d'asile sont vus en France, les séquelles physiques de violence (s'ils en ont) sont chronicisées voire fixées. Il n'est pas rare que des actes de violences soient perpétrés durant les tous premiers jours d'une détention et les signes s'estompent pour disparaître non seulement avant que la personne ne quitte son pays mais, bien avant, avant même la sortie de détention. Les tableaux sont donc bien différents des stades aigus des blessures, juste après les agressions. Elles sont rarement spécifiques²⁵ ²⁶, mais compatibles toutefois avec les dires de la personne. Les séquelles de falanka²⁷ peuvent être considérées comme pathognomoniques²⁸, mais ce mode de torture se fait rare dans certains pays, comme la Turquie, depuis justement que l'on sait que les séquelles en sont typiques. Le Dr Joseph Biot du Centre Droit Ethique de la Santé, interrogé sur ses 10 ans d'expérience conforte l'idée que les tortionnaires laissent de moins en moins de traces : « je vois de moins en moins de torture laissant de grosses traces physiques, comme les grandes lacérations ou les fractures ; je vois en particulier, de moins en moins de traces physiques sur les Kurdes de Turquie ; il s'agit plutôt de celles qui ne laissent pas de traces comme la suspension, la tête dans l'eau, boire des déchets, ou enfermé dans un trou sous terre, exposé au soleil... ».

Dans certaines formes de torture et de mauvais traitements, plus que les cicatrices en elles mêmes, c'est leur disposition qui attire l'attention obéissant à une certaine logique : les brûlures de cigarette par exemple, lésions circulaires de 5 à 15 mm, plus ou moins dans l'épaisseur du derme, peuvent se voir sur n'importe quelle partie du corps, mais surtout à des endroits particulièrement sensibles (sur le plan physique ou psychique), comme les mamelons, le sexe ou les lèvres. Parfois elles servent à faire lâcher prise et on pourra ainsi les trouver sur la face interne des avants bras protégeant le visage de coups. Les cicatrices de varicelle leur ressemblent mais sont

²³ Le Comede : « Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés », *Maux d'exile*, mars 2006, n°14, p. 7-8

²⁴ Le Comité médical pour les exilés est une organisation médicale fondée en 1979, dont le travail est de fournir des soins médicaux aux immigrants.

²⁵ *Le praticien face à une victime de torture*, ouvrage collectif, téléchargeable sur le site www.sante.gouv.fr

²⁶ Hérin F., Faurie C., Soumah M. et all : « Constatations médico légales chez les réfugiés alléguant être victimes de torture » (sous presse)

²⁷ Falanka, Falaka, Falanga, désigne une forme de torture surtout pratiquée dans le bassin méditerranéen mais aussi en Afghanistan, Inde, Sri Lanka, qui consiste à donner des coups répétés sur la plante des pieds à l'aide d'un bâton, d'un câble ou d'une barre de fer.

²⁸ Pathognomonique est un terme médical signifiant que les symptômes ne se rencontrent que dans une maladie déterminée et qu'ils suffisent donc à en établir le diagnostic.

complètement réparties au hasard sur le corps. Des brûlures de cigarette peuvent aussi ne pas laisser de trace si les cigarettes ont « juste » été appliquées sur la peau et non écrasées sur la peau. Les traces de coups de fouet peuvent s'effacer rapidement ou rester visibles à jour frisant, sous formes de lignes qui se coupent à angle aigu, sur les épaules, le dos, les fesses, les membres inférieurs. Les coups répétés sur les crêtes tibiales laissent des cicatrices étagées analogues, qui ne peuvent guère résulter d'un accident. De même les traces de liens trop serrés dessinant leur trajet autour des membres ne prêtent guère à confusion, mais ces liens ne laissent pas toujours de trace. Globalement seules les blessures profondes peuvent laisser des cicatrices cutanées. En dehors de la peau, tous les appareils peuvent être touchés, tous les chapitres de la pathologie peuvent être considérés, mais les mauvais traitements laissent de moins en moins de traces physiques. Les pathologies psychosomatiques par contre sont très fréquentes : hypertension artérielle (parfois non organique), asthme, diabète, colite, eczéma, psoriasis, canitie, dysfonctionnement sexuel... Nous verrons que ces maladies sont très mal reçues par les juges et que les soignants le savent, évitant même de les mentionner dans des certificats.

La violence psychologique est tout aussi préjudiciable que la violence physique²⁹ et ne laisse aucune trace extérieure. Cependant, lors de l'entretien, les soignants entraînés peuvent révéler des indices significatifs et expliquer l'absence de signes manifestes. Il n'est pas rare par exemple pour une personne victime de violence d'être moins que cohérente, donner des informations dans le désordre (sans chronologie), s'appesantir sur des événements en apparence sans importance et en voiler d'autres plus importants en apparence.

Nous allons nous attarder sur le traumatisme psychique pour plusieurs raisons : il est, selon, le Comede, la pathologie grave la plus fréquente chez les exilés, il interfère avec la capacité à faire une demande d'asile, sa prise en charge chez le demandeur d'asile présente certaines spécificités, enfin, il est lui aussi mal reçu par les juges, voire par les médecins qui ne le connaissent pas si bien. Nous verrons ensuite les problèmes auxquels sont confrontés les soignants avec les certificats médicaux joints à la demande d'asile.

1 Le traumatisme psychique

1.1 Historique

La névrose traumatique, entité psychiatrique décrite en 1889 et susceptible de rendre compte des effets psychologiques des traumatismes sévères a longtemps été cantonnée à l'univers militaire. Le tableau décrit est caractérisé par un syndrome de répétition dominé par des cauchemars et des réminiscences diurnes de la scène traumatique, des manifestations neurovégétatives, comme sueurs et palpitations, avec anxiété ou réactions de sursaut et un émoussement affectif généralisé ; ce dernier contraste avec une hyperréactivité à des stimuli évocateurs du traumatisme. On savait que des civils, lors d'événements hors du commun, pouvaient présenter cette névrose mais on assimilait ces troubles dans un ensemble plus vaste de pathologie réactionnelle liée à la guerre. A l'époque pour porter ce diagnostic, on estimait que la personnalité du sujet avant l'événement était fragile, voire anormale.

²⁹ Le traumatisme psychique peut résulter de la violence physique ou de la violence psychologique et il n'est pas rare que ces deux types de violences soient associés.

La rupture qui a complètement changé l'approche s'est produite quand on a considéré que la personnalité de la personne n'était en rien responsable du phénomène mais que l'événement lui-même était l'agent étiologique exclusif. Cette rupture est née aux Etats-Unis de la rencontre d'associations de féministes et de vétérans de la guerre du Vietnam et d'une poignée de psychiatres. A l'époque de la névrose traumatique, en particulier à la première guerre mondiale, les autorités traquaient la simulation. Les avantages que pouvaient avoir des militaires d'un tel diagnostic étaient d'être soustrait des combats et de toucher une pension. Les psychiatres devaient alors distinguer les simulateurs de signes cliniques des "vrais malades". L'idée qu'il puisse y avoir des simulateurs de signes cliniques consciemment ou inconsciemment, vient du fait que l'événement n'est pas considéré comme le seul élément pathogène. Pour se laver du soupçon, la victime devait alors produire un discours qui mettait en cause sa propre fragilité. Il fallait avouer sa faiblesse, la peur des combats. Le traumatisé pouvait alors se faire estampiller de lâche, de simulateur ou de névrosé parce que fragile à la base. Même les récits effroyables des survivants des camps de concentration et d'extermination ne seront pas suffisants pour remettre en cause le soupçon. Si l'événement est indiscutable, il n'est cependant pas encore fondateur. Pour les personnes déplacées et éprouvées par la guerre, il avait été individualisé une pathologie commune : « the DP [*displaced person*] *apathy* ». La condition de victime émerge mais n'est pas encore un attribut de "normalité" surtout transposée au domaine civil, pour des traumatismes plus quotidiens comme les violences envers les femmes, les abus et la violence sexuelle envers les enfants. En effet l'hypothèse de Freud, qui reste dans les années 60 largement en vogue, ne permet pas de distinguer précisément entre traumatisme externe et "traumatisme" interne, faits de conflits intrapsychiques ou de fantasmes. Les mouvements féministes vont alors dénoncer cette négation du passé traumatique, suivis par les mouvements de défense de l'enfance maltraitée. Ces mouvements tentent de faire reconnaître le caractère nécessairement traumatique de l'abus ou de la maltraitance. Dans le même temps la psychiatrie américaine entreprend une réorganisation, qui va aboutir à une nouvelle classification des troubles psychiques. Les aspirations des mouvements féministes donnent l'occasion aux psychiatres d'aller plus dans le sens des attentes de la population et de critiquer un ordre social qu'ils avaient jusque là toujours servi. En 1980, sous le nouvel intitulé *Post Traumatic Stress Disorder*, le fameux *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) de l'*American Psychiatric Association* éliminait avec le terme de névrose traumatique plus d'un demi siècle de suspicion à l'égard des victimes.

L'introduction du *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), traduit en français par « Etat de stress post traumatique », n'est que la réactualisation de la névrose traumatique. Il vaudrait mieux d'ailleurs parler d'une renaissance du traumatisme psychique. Si innovation il y a, elle est surtout sociale et très peu psychiatrique, car les signes cliniques n'ont pas changé dans cette nouvelle classification. Ce qui change fondamentalement c'est le statut de l'événement traumatique qui devient l'agent étiologique nécessaire et suffisant. On ne parle plus alors de malade mais de victime. Le fait de rapporter un événement traumatique, dont la liste n'est pas exhaustive dans le DSM III et de présenter les signes cliniques du PTSD suffit désormais à établir l'authenticité de la victime. Cette personne peut avoir été directement touchée par l'événement ou bien elle a pu en être le témoin, voire l'auteur, car il n'est rien dit dans cette classification sur la position de la personne au regard de l'événement qui l'a traumatisée. Les violences peuvent être physiques et/ou psychologiques. C'est ici qu'est intervenue la bataille entre les opposants de la guerre au Vietnam, les associations de vétérans et le groupe de travail sur le DSM III. Le conflit au Vietnam durait, de nombreux vétérans ressentaient des troubles psychiques, rendant difficile leur réinsertion dans la communauté, on parlait de « *post-Vietnam syndrom* » ; il n'ouvrait pas droit à une réparation financière. La refonte de névrose en PTSD offre

aux soldats un statut de victime et une possible compensation financière. Dans le même temps, certains auteurs d'exactions ou de sévices vont pouvoir intégrer ce statut. Plus tard, les sinistrés d'attentats ou d'accidents, de catastrophes ou de guerres, vont trouver dans ce diagnostic une ressource à la fois pour être pris en charge par des professionnels, psychiatres et surtout psychologues et pour rendre leur cause légitime auprès d'un tribunal ou face à un assureur. Ils ont aussi cette légitimité dans les médias et auprès de l'opinion publique, car il ne s'agit plus d'un événement survenant sur un sujet fragilisé, voire pathologique mais bien d'une « situation anormale survenant sur un sujet normal »³⁰.

Avec le déploiement des cellules d'urgence médico-psychologiques et la pratique des humanitaires psychiatres et psychologues à l'étranger, intervenant sur les catastrophes naturelles (tremblements de terre en Arménie, en Iran...), ou les conflits armés (Haïti, Congo, Territoires Palestiniens, Tchétchénie...), les signes cliniques liés aux traumatismes se sont enrichis. Il existe des formes atypiques, on trouve parfois des troubles antérieurs, la clinique s'avère souvent bien plus banale que ce qu'avaient décrit les spécialistes américains. Et c'est justement parce que les signes peuvent être plus banals, dominés par la dépression et l'anxiété, que les juges qui ne connaissent pas l'existence de cette banalité (et pour cause, ce n'est pas leur métier) peuvent affirmer à propos des certificats médicaux joints à la demande d'asile: « la mention de troubles comme la dépression n'a pas de valeur car trois quart de la France est déprimée par moment. »

1.2 Traumatisme psychique chez les demandeurs d'asile

Pour bon nombre d'associations rencontrées et certains auteurs³¹, la prise en charge des demandeurs d'asile atteints de troubles post-traumatiques présente une certaine spécificité : elle concerne le vécu pré migratoire, l'expérience de l'exil, la dimension transculturelle et le vécu post migratoire. Un médecin psychiatre parle de ces récits de vie, marquée par des périodes distinctes³² : « Celle de la vie d'avant guerre [...] une vie perdue, celle de la violence [...] une vie meurtrie, celle du départ [...] une vie risquée et celle de l'arrivée en France [...] une vie suspendue, puis niée. ». Les troubles observés correspondent parfois à ce que la classification internationale des troubles mentaux (CIM-10) appelle « modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe », ou bien, à des tableaux plus banals comme déjà mentionnés faits d'anxiété et de dépression, enfin le tableau peut correspondre à ce qui a été décrit comme un tableau de « PTSD complexe »³³. Il s'agit d'une clinique de la violence extrême et organisée. Ces traumatismes ne sont pas liés à une catastrophe naturelle, ni à l'imprudence des hommes, mais à la cruauté intentionnelle d'un agresseur, intention délibérée de faire souffrir et d'humilier, à la dimension collective témoin d'une violence organisée. Ces traumatismes sont souvent répétés et accompagnés de deuils multiples. C'est bien le caractère inhumain de l'agression, avec son déni de toute morale et de tout respect des valeurs humaines, qui est particulier à ces traumatismes, au-delà de la perception de la mort et du néant. Ce type de situation affecte l'individu mais aussi sa famille, son groupe ; ces entités se trouvent

³⁰ Halluin E. (D'), Latté S., Fassin D., Rechtman R : « La deuxième vie du traumatisme psychique : cellule médico-psychologique et interventions psychiatriques humanitaires », *RFAS* ; 2004, n°1, p. 63

³¹ Baubet T., Abbal T., Claudet J., et al : « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Journal International de Victimologie*, n°2, 2004 ; disponible sur le site : [www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2044_%202\(2\).htm](http://www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2044_%202(2).htm)

³² Drogoul F. : «Contre une dénaturation du droit d'asile», *Rhizome, Bulletin national de santé mentale et précarité* ; 2005, n° 21, p.10 ; disponible à partir du site www.orspere.fr/-Rhizome-

³³ Herman J.L. : «Complex PTSD a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma », *J Trauma Stress*, 1992, vol 5 , p. 377-391

désorganisées, les mettant dans l'incapacité de se protéger les uns les autres. On trouvera, pour mémoire, dans l'encadré ci dessous, ce tableau clinique. Certains patients présentent des plaintes somatiques (maux de tête, douleurs abdominales, articulaires....) qu'ils ne peuvent mettre en relation avec l'épisode traumatique et ces personnes font souvent un long parcours médical avant que la dimension post traumatique des troubles ne soit reconnue. La douleur est là dans le corps, la psyché s'est tue, comme si elle était en sommeil : elle ne souffre pas encore. Ils évoquent à un moment un épisode brutal potentiellement traumatique sans affect, incidemment et presque étonnés que le soignant s'y intéresse et fasse un lien avec le symptôme corporel. Ces douleurs chroniques sont elles aussi mal reçues par les juges.

Les troubles observés chez les demandeurs d'asile répondent fréquemment à un codage culturel. Le PTSD peut certes se retrouver partout dans le monde mais il ne résume pas l'ensemble des réactions observées : dans certaines zones comme l'Afrique, l'Amérique latine et le sud est asiatique, on peut observer des pseudo hallucinations, des transes et des somatisations importantes.

Le tableau clinique de la violence extrême et organisée associe selon T Baubet

1 Altérations dans la régulation de l'état affectif

- ✓ Troubles chroniques de la régulation des affects
- ✓ Difficultés à moduler les réactions de colère
- ✓ Comportements auto agressifs et suicidaires
- ✓ Difficultés à moduler l'engagement dans les activités sexuelles
- ✓ Comportements impulsifs
- ✓ Prises de risque

2 Altération de l'attention et de l'état de conscience

- ✓ Amnésie totale ou partielle
- ✓ Episode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres)

3 Somatisations souvent le motif initial de la consultation :

- ✓ Douleurs chroniques
- ✓ Troubles somatiques fonctionnels
- ✓ Symptômes conversifs
- ✓ Symptômes sexuels

4 Modifications chroniques du caractère

- ✓ Altération de la perception de soi
- ✓ Altération de la perception de l'agresseur
- ✓ Altérations de la relation aux autres

5 Altération des systèmes de sens

- ✓ Désespoir
- ✓ Pertes de certaines croyances, qui soutenaient jusque là l'individu

La migration en elle-même est potentiellement traumatisante du fait de la rupture qu'elle entraîne. Migrer c'est parfois laisser derrière soi famille, amis, statut social et métier. Ces pertes induisent souvent des états dépressifs. L'exil l'est encore plus car il correspond à une migration sans projet préalable, une fuite sans qu'un retour ne puisse être envisagé sereinement. Par ailleurs, les expériences vécues pendant l'exil peuvent elles aussi être violentes : angoisse des contrôles, prostitution pour pouvoir continuer le voyage... Enfin, après le traumatisme dans le pays d'origine, les effets potentiellement traumatiques de la migration, le demandeur d'asile en risque un troisième celui résultant du déni de son vécu dans le pays d'accueil. Il va devoir raconter aux officiers OFPRA des événements qu'il n'a parfois jamais pu évoquer ;

l'acceptation de son dossier en dépend. Si la pudeur, des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques l'empêchent de donner des détails, il risque de ne pas être cru.

1.3 La demande d'asile et le traumatisme psychique influent l'un sur l'autre

La procédure d'asile consiste, entre autres, à évaluer le vécu pré migratoire du demandeur d'asile. Il doit raconter ce qui lui est arrivé. Lors du récit écrit et au cours de l'entretien (si entretien il y a), il doit puiser dans sa mémoire autobiographique. La consultation de cette mémoire peut être entravée par des processus socio culturels et psychologiques qui coïncident avec le traumatisme. Parler c'est aviver les souvenirs, revivre la terreur et l'angoisse, c'est aussi risquer la honte. Certains pensent que personne ne pourra comprendre ni même croire ce qui leur est arrivé. Ils peuvent être méfiants et avoir des troubles de la concentration. Toutes ces raisons contribuent aux difficultés du souvenir et peuvent les empêcher de raconter clairement, complètement et de façon logique ce qui leur est arrivé. Ils donneront des informations qui seront qualifiées d'inconsistantes, incohérentes ou ils évoqueront les mauvais traitements ou la torture « trop » tardivement.

Une enquête réalisée en Angleterre entre 1999 et 2000³⁴ a étudié la cohérence de la mémoire autobiographique chez des demandeurs d'asile qui venaient d'obtenir le statut, au postulat que le décalage entre les récits d'un même demandeur est du au fait qu'il fabrique son histoire. Les auteurs ont mené des entretiens répétés et les résultats ont montré que des décalages entre les récits chez le même individu étaient fréquents. Les états émotionnels au moment du rappel des faits et la progression dans la reconnaissance de ce qui leur est arrivé, peuvent influencer sur les réponses. Par exemple, un des participants à l'étude a changé la description des agissements de la police en disant une première fois : « on a été frappé à la volée » et une deuxième fois « nous avons été sévèrement battus ». Les auteurs en concluent que ces divergences ne doivent pas être des indicateurs de manque de crédibilité.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, les deuils multiples vécus par les demandeurs d'asile, posent le danger de l'effondrement dépressif qui réduit considérablement leurs possibilités face à la procédure d'asile, exigeante et complexe, et parfois dans un environnement hostile.

L'obtention du statut de réfugié est pour la personne une reconnaissance de sa situation actuelle et du passé traumatique. Un des médecins dira : « Le débouté est sans statut juridique ni psychique, mais il va garder sur lui le certificat, car être malade devient un statut. J'ai un patient pour lequel la police a apposé sur son certificat " attention personne malade ", pour prévenir leurs confrères, au cas où cette personne serait arrêtée. C'est le seul papier qu'a cette personne. » Ce psychiatre poursuit : « Ce qui choque les personnes c'est qu'on leur demande la preuve de leur récit et qu'ils ne peuvent pas l'apporter. Ils pensent qu'il suffit de raconter leur histoire. L'exigence de preuves les fait parfois basculer vers la paranoïa ; ils croyaient en l'administration française et se retrouvent dans la même situation que dans leurs pays avec des administrations persécutrices. Ils sont déconcertés qu'on ne les croie pas, ils discutent alors sur l'objectivité des juges de l'OFPPA. Il arrive aussi que le fait d'être débouté de l'asile, les rende phobiques. Ils restent cloîtrés chez eux, alors qu'au début ils n'avaient qu'un syndrome post traumatique ».

³⁴ Herlihy J., Scragg P., Turner S.: « Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study », *BMJ*, 2002, vol 324, p.324-327

La procédure a des effets délétères sur les personnes d'autant qu'elles n'y sont pas préparées : « la notion de double traumatisme est ici manifeste : à la réactivation liée au récit de vécu traumatique [...] répond une sorte de mise en abîme des ressentis émotionnels »³⁵

2 Les problèmes rencontrés par les soignants dans la demande de certificats médicaux pour l'asile

Les soignants sont pris dans des enjeux moraux et politiques bien plus que dans des problèmes thérapeutiques ou nosologiques³⁶. Le rôle d'expert qui leur est demandé, est dans l'ensemble mal accepté, surtout de la part des associations. Elles y voient cinq dangers : politique, déontologique, éthique, psychologique et évaluatif.

2.1 Danger politique

Le certificat médical demandé par les avocats, les requérants eux-mêmes ou leurs compatriotes est une attestation de signes cliniques physiques et/ou psychologiques de mauvais traitements. Or cette attestation implique une régression du droit d'asile. C'est bien parce que les craintes de persécutions ne suffisent pas et qu'il y a exigence d'en avoir subi que le certificat médical est convoqué. Certains soignants se voient en auxiliaires de justice des institutions chargés de réguler l'asile. Car c'est bien comme cela que la plupart des associations perçoivent l'OFPRA, non pas un office de protection, mais un office de régulation. Cette complicité avec les instances chargées de faire le tri parmi les demandeurs leur est insupportable. Les soignants ont ainsi l'impression de contribuer à l'interprétation restrictive de la convention de Genève. Une des personnes d'une association interviewées a eu cette expression provocante : « prime à la torture ». Ils ont l'impression de contribuer à un « système pervers où chaque mot avancé doit être étayé par un document. », voire d'être utilisés par le système. « Soutient-on la cause des demandeurs d'asile en faisant croire que ceux qui ont été persécutés auraient plus de raison d'obtenir le statut de réfugiés que ceux qui craignent avec raison d'être persécutés ? » S'affrontent ici le militantisme et l'interprétation restrictive de la loi. Les soignants des associations ne travaillent pas là par hasard. S'ils sont dans ces associations, c'est qu'ils y voient un certain engagement, une défense de la cause de l'asile et des réfugiés ; ils s'étaient vus comme des militants et se découvrent légistes. Cependant, les médecins bénévoles du Centre Droit Ethique de la Santé qui, d'après ce que nous en avons compris, sont tous membres de familles qui ont subi des persécutions, militent à leur manière sans soigner, mais en faisant des certificats médico-légaux, qui, ils l'espèrent aideront les personnes à obtenir le statut.

Le deuxième danger politique pour les associations est de laisser croire qu'il existe à coup sûr des preuves des mauvais traitements. Le protocole d'Istanbul³⁷, préparé avec le concours de 38 organisations de part le monde, vise essentiellement à donner des méthodes d'enquête efficaces pour faire la lumière sur des suspicions de torture et autres mauvais traitements afin de contribuer à lutter contre l'impunité, à condamner des Etats. Il établit que « de nombreuses formes de sévices ne laissent pas de traces et encore moins de cicatrices permanentes...l'absence de telles preuves

³⁵ Drogoul F.: «Contre une dénaturation du droit d'asile », *op.cit.* p.11

³⁶ Nosologie est un terme médical ; elle étudie les caractéristiques distinctifs des maladies dans l but d'une classification systématique.

³⁷ *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Protocole d'Istanbul)*, Nations Unies, 1999, disponible sur internet www.ohchr.org/french/about/publications/docs/8rev1_fr.pdf

ne devraient pas être invoquée pour nier la torture ». Plus loin le document précise que « les victimes de la torture peuvent présenter des lésions relativement atypiques. Si les lésions aiguës peuvent être caractéristiques des sévices allégués, la plupart guérissent dans un délai de 6 semaines environ en moyenne, sans laisser de traces significatives. Cela tient, dans bien des cas, du fait que les tortionnaires utilisent des méthodes destinées à éviter ou limiter les marques visibles des blessures infligées. Dans de telles circonstances, l'examen physique pourra dégager un bilan apparemment normal mais on ne saurait en inférer l'absence de sévices. ». Il reste l'attestation de traumatisme psychique : « Tout comme les stigmates physiques, les séquelles psychologiques de la violence subie sont désormais susceptibles d'authentifier le récit du demandeur d'asile. La relation causale établie par un expert entre les signes constatés et les persécutions alléguées apporte donc la preuve que ces dernières ont bien eu lieu. Il donne aux officiers de l'OFPPRA ou aux juges de la CRR l'attestation dont ils ont besoin pour trancher sur la véracité des déclarations du candidat au statut de réfugié³⁸. » Nous avons vu cependant que les choses ne sont pas si simples et que certaines personnes ont pu subir des violences sans en garder ni séquelles physiques ni psychiques apparentes. L'urgence à faire un certificat ne permet pas toujours le temps de la révélation.

2.2 Danger déontologique

Le certificat constitue une atteinte à la séparation des fonctions thérapeutiques et expertes qui règlent l'exercice de la médecine et plus largement des métiers du soin : le code de déontologie dans son article 105 (art R.4127-105 du code de santé publique) stipule « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients... » Les soignants que nous avons rencontrés et qui connaissent bien le travail psychothérapeutique auprès des demandeurs d'asile, s'accordent à dire que cette expérience n'est pas anodine, elle engage le clinicien dans une écoute et une position (psychique et physique) à la fois vigilante, prudente, empathique, bien loin d'être neutre. Mais ici en fait il n'y a pas d'expertise au sens judiciaire ; que l'on soit médecin traitant, médecin expert, médecin militant dont on peut penser qu'il ne permette pas une stricte objectivité dans l'évaluation de la situation, c'est en fait moins l'impartialité de l'expert qui est en jeu que son « instrumentalisation » possible par le demandeur d'asile qui prend le prétexte du soin pour obtenir le précieux document. « Ce n'est pas sur la base de la demande d'un certificat que peut démarrer un traitement [...] le projet thérapeutique est incompatible avec une logique d'expertise, par définition inquisitrice, qui ne se contente pas des déclarations de la personne. Pour ceux qui ont été victimes directement d'événements cruels, de l'impensable, ne pas être crus, alors que parfois ils doutent eux-mêmes de leurs raisons, est insupportable ». De nombreuses associations ne font des certificats que si elles suivent les personnes (soins médicaux, psychothérapie). D'autres acceptent de faire des certificats sans suivre la personne de même certains médecins généralistes, ex médecins du Comede. Enfin, le Centre Droit Ethique de la Santé ne fait que des certificats médicaux (jamais de soins), mais son expertise n'est pas « inquisitrice ». Il s'appuie, comme les autres, sur les dires des personnes en tentant de respecter au mieux leur dignité. Les soignants et les rédacteurs de certificats sont tous confrontés aux violences des récits, à l'injustice des traitements et au désir secret que les demandeurs puissent trouver une issue favorable.

³⁸ Fassin D., Rechtman R. : *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, , 2007, p. 327

2.3 Danger Ethique

L'attestation suppose une substitution de la parole du demandeur d'asile ; Didier Fassin dans « *The Truth from the Body* »³⁹ reprend des notes prises lors d'une réunion : « une personne de l'OFPPA avait une fois appelé une association : "si vous me dites que cette femme a été violée, alors je vais la recevoir" et le soignant s'était interrogé : "mais pourquoi fallait-il que moi je dise qu'elle avait été violée ? " » En effet, les soignants dans leur attitude thérapeutique et dans la rédaction du certificat s'appuient sur les paroles du demandeur. Certaines personnes, comme nous l'avons vu, peuvent ne présenter "seulement " que des symptômes somatiques tels que : maux de tête, maux de dos, douleurs abdominales, dysfonctionnement sexuel, douleurs musculo-squelettiques accompagnés parfois d'insomnie, cauchemars, troubles de la mémoire et de la concentration. Un certificat médical à ce stade ne peut reposer que sur les plaintes, et donc les dires de la personne. « La boucle est bouclée ». Alors que les dires du demandeur sont balayés, disqualifiés, on demande au médecin un certificat médical qui souvent ne pourra consigner autre chose que les dires de la personne. On lui demande d'attester objectivement ces mêmes dires, et nous avons commencé à l'entrevoir, de tels symptômes ne sont pas contributifs pour la demande d'asile. Un médecin atteste de ces difficultés : « Mr B. est Bosniaque, il a reçu de nombreux coups pendant sa détention dans un camp. Il en garde l'impression parfois de ne plus pouvoir respirer, des maux de tête persistants, des troubles du sommeil importants. Rien de son bilan médical ne permet de bien comprendre ces maux. Les radio sont normales, rien dans l'auscultation ne permet de supposer ce qui le fait souffrir toutes les nuits : le cri d'un enfant qu'il a entendu dans le camp, un cri qu'il pense être celui de sa nièce décédée là où lui-même était détenu. Mais comment parler de ce cri dans un certificat médical ? »⁴⁰ D'autres ont parfois été confrontés au problème des fractures qui guérissent sans laisser de signe radiologiquement visible. C'est un phénomène très connu. On sait aussi, qu'alors, le scanner est plus sensible et ne se normalise qu'au bout de deux ans. Mais faut-il demander un tel examen alors qu'il ne sert pas à prendre une décision thérapeutique ?

Par ailleurs, les soignants sont-ils sensibles au mensonge ? L'écriture du certificat s'inscrit, au mieux, au cours du processus thérapeutique où la confiance est la trame de fond et où la personne pourra produire un récit. C'est là d'ailleurs que commence la première difficulté : celle de raconter ; car comme nous l'avons vu, une des conséquences majeures du traumatisme est la désorganisation de la pensée. La personne peut aussi douter de ce qu'elle a vécu. La reconstitution du fil narratif va être empreinte d'ambiguïté : est-ce la vérité, est-ce un mensonge ? Le mensonge peut être introduit par souci de ne pas avoir à se dévoiler totalement⁴¹, ou pour ne pas avoir à affronter la honte. Il peut être construit pour emporter notre conviction, pour augmenter la légitimité d'une personne qui se sent indésirable...La construction du récit aurait plusieurs potentialités : nommer le vécu indicible, reconstituer une vérité et reconstruire le lien à autrui. Mais il ne peut se faire sans l'empathie entière et authentique d'un autre, membre de la communauté humaine. « L'enjeu est de pouvoir créer un récit comme forme possible de l'expérience indicible qui a été traversée⁴². »

³⁹ Fassin D., Halluin E (D') : « The Truth from the Body: : Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers », *American Anthropologist*; 2005, vol 107, p. 602

⁴⁰ Giroux F. : « Rôle ambigu du certificat médical », *Rhizome, Bulletin national de santé mentale et précarité* ; 2005, n° 21, p.46 ; disponible à partir du site www.orspere.fr/-Rhizome-

⁴¹ Certains demandeurs d'asile ne peuvent pas tout dire, ils sont passés par des filières clandestines, ils veulent protéger des gens et cela rend parfois leur récit peu crédible. Les officier OFPPA font des projections sur ces omissions.

⁴² Mestre C. : « La rédaction d'un certificat médical pour demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *Evolution psychiatrique*, 2006 ; vol 71, p. 538

L'autre problème soulevé est le risque de rupture des relations thérapeutiques : « lorsque la personne est suivie et qu'elle demande un certificat, si on n'a rien à mettre dans un certificat, comment continuer à dire à la personne, je vous suis, je vous crois ? C'est une sorte de fin de non recevoir ». Non pas que le soignant n'aurait effectivement rien à mettre dans le certificat mais il sait, que certaines mentions dans le certificat ne servent à rien, il a peur même de nuire d'une façon ou d'une autre. « Les personnes pensent qu'elles sont trahies parfois, ce qui n'entraîne pas systématiquement une rupture du lien thérapeutique. Mais parfois ces personnes ne viennent plus ». Un psychiatre dira : « Certains délirants peuvent croire que le médecin est de connivence avec l'OFPRA, parfois certains ont juste des doutes. »

2.4 Danger psychologique, la re traumatisation

Ce danger est plus important lorsqu'il n'existe pas de projet thérapeutique, la situation la plus à risque étant la demande en urgence de certificat sans aucun suivi médical. La demande de certificat d'emblée risque de réactiver le trauma et d'entraver la recherche de soins ultérieurs. « La rapidité avec laquelle il faut faire ce certificat ne correspond peut-être pas au rythme de la personne ; la personne se trouve alors mise dans une situation qu'elle ne maîtrise pas », « la demande en urgence ne convient pas à l'objectif de soins. La priorité des soignants est différente. » Pour les exilés qui ont vécu des mauvais traitements, la thérapie repose sur l'instauration progressive d'un climat de confiance, dans le respect absolu du rythme de la personne. En sollicitant des souvenirs douloureux, l'examen physique et psychologique risque d'exacerber des troubles post traumatiques. L'urgence du certificat peut ainsi être nocive. Le médecin peut se trouver dans l'impossibilité de prendre le temps, nécessairement long et risque de mener un interrogatoire « policier ». L'examen dinique lui-même est délicat, car potentiellement re traumatisant, par certains gestes comme, un électrocardiogramme ou électroencéphalogramme. Et même parfois, simplement faire déshabiller et allonger la personne posent problème, parce que déstabilisants, rappelant des scènes de tortures ou autres mauvais traitements. « Comment alors répondre à une demande de certificat, le plus souvent dans l'urgence, tout en gardant une position bienveillante, non intrusive »⁴³. Les Américains, les Canadiens et les Anglais qui ont un système d'expertise, selon une procédure légale, payé par l'Etat pour la demande d'asile, reconnaissent que : « malgré une bonne préparation et une bonne communication, la re traumatisation peut arriver⁴⁴ ». Ils conseillent au moment de l'expertise, d'évaluer la quantité de détails voulue dans le récit. On pourra limiter voire prévenir une re traumatisation s'il n'y a pas besoins de beaucoup de détail.

Par contre, si on arrive à disposer du temps nécessaire, il est possible que le certificat ait un certain effet bénéfique pour la personne, voire thérapeutique : « Les certificats participent aux soins, à la réhabilitation ». Il reste ici cependant un risque qui est de fixer la personne dans une position de victime, bloquant ainsi toute possibilité d'évolution. « En matière de psychothérapie, l'illusion tragique que la souffrance donnerait des droits conduit à des impasses redoutables »⁴⁵

⁴³ Giroux F. : « Rôle ambigu du certificat médical », *op.cit.*, p. 45

⁴⁴ Physicians for Human Rights, *Examining Asylum Seekers*, Boston, 2001, disponible à partir du site physicianforhumanrights.org/asylum/

⁴⁵ Veïsse A. : « Les lésions dangereuses », *Plein Droit*, 2003, n°56, p.34

2.5 Danger évaluatif

Le certificat apparaît à beaucoup comme inutile voire pervers. Il n'existe aucune étude française permettant de dire s'il est utile ou pas. Il aurait été intéressant de faire une étude quantitative, mais cela n'a pu être réalisé car d'une part les dossiers OFPRA et CRR sont soumis à la confidentialité et d'autre part, il semble que, tel qu'est fait le système de recueil informatique, cette enquête se serait avérée particulièrement longue et fastidieuse. Une étude suédoise sur une cinquantaine de cas ne trouve aucune association statistiquement significative entre l'existence d'un certificat réalisé par un expert et la décision prise par la commission chargée de statuer⁴⁶. L'identification d'un état de stress post traumatique chez trois quarts des personnes n'améliore pas leurs chances. Les auteurs concluent : « L'examen conduit par le centre des victimes de torture et de traumatismes est censé apporter une information fiable et impartiale aux autorités suédoises, mais les certificats fournis semblent le plus souvent ignorés. » Par ailleurs, pour certains responsables de l'association Primo Levi, le certificat pourrait participer à la suspicion croissante à l'encontre des demandeurs d'asile et contribuer à la perte de la légitimité de leur cause : « le médecin qui s'aventure sur le terrain de la preuve devient l'instrument d'une idéologie. Demander une preuve impossible permet d'écarter ceux dont le corps social ne veut pas⁴⁷. »

La présence des soignants auprès des traumatisés, les relations d'empathie qu'ils nouent dans leur pratique et la frustration que provoquent les limites de leurs interventions lorsque la personne reste en errance, sans papier, nue, accentuent leur militantisme. Cependant même s'ils dénoncent ces dérives ils n'en produisent pas moins de plus en plus de certificats, servant de "pièce à conviction" pour les avocats.

⁴⁶ Forsman L., Edston E.: « Medicolegal Certificates in Investigations of Asylum Applications », *Journal of Medical Ethics*; 2000, vol 26, p. 289-290.

⁴⁷ Henriques C, Agrali S. : « Certificat médical et logique de la preuve », *les cahiers de la médecine utopique Pratiques* ; 2005, n° 31, p. 36

III Place du certificat médical

La place du certificat médical dans la demande d'asile peut varier considérablement d'une d'un juge à l'autre, mais aussi d'un certificat à l'autre. Nous tentons ici de voir ce que disent les textes, de comprendre comment sont reçus les certificats médicaux et pourquoi. Nous regardons aussi comment la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) prend en compte les certificats médicaux de demandeurs d'asile atteints de traumatismes psychiques.

1 Les textes n'évoquent pas directement le certificat médical

1.1 Les textes français

Qu'il s'agisse de la procédure de l'OFPRA ou de celle de la CRR, les textes ne font pas mention d'une participation du corps médical à l'instruction. Cependant comme les textes internationaux parlent de persécutions, le médecin, parce qu'il intervient dans le champ de l'intégrité physique et mentale de la personne, pourrait être sollicité officiellement, mais cela n'est jamais arrivé. Le code de déontologie médicale, rappelle dans son art 76 (et art R.4127-76 du code de santé publique) que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats médicaux, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires... » mais nul mention de ce type de document dans les textes régissant l'asile. Ceux qui demandent un certificat sont les demandeurs eux-mêmes, leurs avocats et les associations d'aide juridique et parfois, par oral, des personnes de l'OFPRA et de la CRR. Officiellement pourtant, l'OFPRA n'en demande pas : « l'OFPRA ne le demande jamais. On conseille parfois aux personnes de voir un médecin s'il existe un problème évident pour des soins. »

Selon le conseil de l'Ordre, lorsque le certificat n'est pas exigé par les lois et les règlements (accidents du travail par exemple...), le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat qui lui est demandé. Il doit rejeter les demandes abusives. L'art 50 (art R4127-50 du code de santé publique) dispose que « le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ». La signature du certificat engage sa responsabilité et la production de faux certificats expose le médecin à des poursuites pénales. Enfin l'art 7 sur la non discrimination (art R.4127-7 du code de santé publique) mentionne que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes... » et le conseil de l'ordre rappelle que le certificat médical est compris dans ces activités. Donc, le médecin ne peut refuser de faire un certificat à un demandeur d'asile sauf s'il trouve la demande abusive.

Sur le contenu, un article de la Vice Présidente du Conseil de l'Ordre, intitulé « certificat médical attention danger », précise : « La force d'un certificat et sa prise en considération viendront de sa concision, de l'énumération des signes que vous aurez pu constater (signes physiques naturellement mais aussi signes psychologiques comme des manifestations de terreur ou d'anxiété). En voulant bien faire et aider le patient, parfois on se laisse aller à donner de nombreux détails, or plus le certificat est

précis, concis, moins le risque de s'immiscer est grand. Le médecin certifie, l'enquête fait le reste »⁴⁸.

Enfin, la rédaction du certificat doit être objective et impartiale. L'obligation éthique de bienfaisance demande donc un certain compromis dans l'optique d'établir ou de maintenir la crédibilité des professionnels de santé.

1.2 Les directives européennes

En Octobre 1999, à Tampere, les grands principes pour une politique d'asile commune ont été fixés. Le but, en fixant des normes communes, est qu'un pays membre ne soit pas perçu comme plus attractif qu'un autre. Un autre but affiché est qu'une personne quelque soit le pays membre reçoive la même écoute, le même soutien et ne soit pas désavantagée par une interprétation plus ou moins restrictive des critères pour l'obtention du statut de réfugié.

Pour notre sujet, les trois instruments légaux qui nous intéressent sont : la directive sur les conditions d'accueil⁴⁹, la directive sur la qualification et le statut⁵⁰ et la directive sur la procédure d'asile⁵¹. La directive sur les conditions d'accueil garantit un standard minimum dans l'accueil des réfugiés, en particulier logement, santé et éducation ; celle sur la qualification contient une série de critères pour l'obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire avec l'ensemble des droits relatifs à ces deux statuts ; enfin la dernière s'assure que quelque soit l'Etat membre les procédures ont le même standard minimum. Les Etats sont en train de transposer ces directives dans leur droit interne. La politique commune devrait ainsi être finalisée en 2010.

1.2.1 Directive européenne sur les conditions d'accueil

Cette directive comme les autres est assez vague laissant une marge d'appréciation des Etats. L'article 17 énonce les principes généraux des dispositions concernant les personnes ayant des besoins particuliers et il semble, mais il faudra voir comment seront interprétés ces textes que des certificats médicaux pourraient entrer en jeu. Si le paragraphe 1 stipule que « les Etats membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que les mineurs, les mineurs non accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés de mineurs et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou autres formes graves de violence physique, psychologique ou sexuelle », le second paragraphe indique « le paragraphe 1 ne s'applique qu'aux personnes dont les besoins particuliers ont été constatés après une évaluation individuelle de leur situation ». « Constaté, évaluation individuelle », pourraient dans beaucoup de cas cités ci-dessus revenir aux médecins. Il y aurait cependant danger à faire un dépistage systématique des personnes victimes de violences graves, non seulement par ce que le médecin a le devoir de respecter la volonté de la personne qui ne voudrait pas se soumettre à ce dépistage (ce dépistage n'aurait en effet rien à voir avec « un examen médical pour des motifs de santé publique » indiqué à l'article 9 de la même directive), mais aussi les dégâts qu'un tel dépistage pourrait occasionner pour la personne non demanderesse de soins.

⁴⁸ Khan-Bensaude I : « Certificat médical attention danger », *Bulletin du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris*, 2006, n° 99, p. 5

⁴⁹ Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003, JO L31/18

⁵⁰ Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004, JO L304/12

⁵¹ Directive 2005/85/CE du Conseil du 1^{er} décembre 2005, JO326

1.2.2 Directive sur la qualification et le statut

L'article 4 sur l'évaluation des faits et circonstances, paragraphe 3 indique : « Il convient de procéder à l'évaluation individuelle d'une demande de protection internationale en tenant compte des éléments suivant : [...] b) les informations et documents pertinents présentés par le demandeur, y compris les informations permettant de déterminer si le demandeur a fait ou pourrait faire l'objet de persécution ou d'atteinte grave ; » « document » voudrait pouvoir inclure certificat ou rapports médicaux, mais la note explicative de la directive ne le précise pas.

Dans ce même article, paragraphe 4, une autre disposition pourrait faire intervenir les certificats médicaux : « le fait qu'un demandeur a déjà été persécuté ou déjà subi des atteintes graves ou déjà fait l'objet de menaces directes d'une telle persécution ou de telles atteintes est un indice sérieux de la crainte fondée du demandeur [...] sauf s'il existe de bonnes raisons de penser que cette persécution ou ces atteintes graves ne se reproduiront pas. » Un certificat médical sur les séquelles des violences subies peut, dans ce contexte, s'avérer utile. Avec le « sauf si », la clause de l'exceptionnelle gravité, ne pourrait plus exister. Le HCR avait commenté cette disposition, en précisant que pour lui, sur des principes généraux humanitaires, les personnes qui avaient été victimes de persécutions, tortures ou mauvais traitements devaient avoir le statut parce qu'elles étaient « victimes »⁵². Mais cette proposition n'a pas été retenue.

1.2.3 Directive sur les procédures d'asile

Il n'est fait nulle part mention de certificat médical à l'appui de la demande. Le seul moment où le certificat médical est mentionné, c'est à l'art 12, paragraphe 3 « l'entretien personnel peut également ne pas avoir lieu lorsqu'il n'est pas raisonnablement possible d'y procéder, en particulier lorsque l'autorité compétente estime que le demandeur n'est pas en état ou en mesure d'être interrogé en raison de circonstances durables indépendantes de sa volonté. En cas de doute, les Etats membres peuvent exiger un certificat attestant de son état de santé physique ou psychique. » Le discours des représentants de l'OFPPRA est « En cas de maladie psychiatrique, où le discours et l'entretien sont impossibles, si la personne a un certificat mentionnant un trauma, la personne sera admise, sinon on l'oriente vers une admission au titre d'étranger malade ». Ce discours paraît relativement convenu au regard des autres interviews d'ex officiers de protection « quand on voit bien que la personne a des troubles psychiques importants et que l'entretien n'est pas possible, on l'oriente vers l'admission au titre d'étranger malade ». Ce qui va retarder la prise en charge de cette personne dans la mesure où elle ne pourra l'obtenir que si elle réside déjà en France.

Nous verrons avec le temps, si les nouvelles directives européennes vont changer quelque chose à cette situation.

2 Evolution du nombre et de la qualité des certificats médicaux

Rares sont les certificats présentés à l'OFPPRA, les personnes s'en servent plutôt à la CRR, le Centre Droit Ethique de la Santé ne fait d'ailleurs des certificats que pour les personnes déboutées à l'OFPPRA : « nous ne faisons pas de certificat pour

⁵² UNHCR Commentaire sur la directive CE 2004/83 du 29 avril 2004, p 15

l'OFPPRA car il y en aurait trop à faire et l'OFPPRA ne tient pas compte des problèmes de santé. »

2.1 L'inflation de la demande de certificats médicaux

Il y a 25 ans, la demande d'asile évoluait dans un climat de confiance, le demandeur étant présumé dire la vérité. Actuellement nous sommes dans un climat de suspicion comme décrit dans les chapitres précédents. Comme on est en face de personnes suspectes d'être de " faux réfugiés ", le récit est disqualifié, il ne suffira pas ; il ne suffira pas de savoir que le pays d'origine est le lieu de violence non plus. C'est dans ce contexte d'augmentation de la demande, de diminution de l'octroi du statut de réfugié et surtout la perte de crédit de la notion d'asile même, que la démonstration de traces sur le corps ou l'esprit devient un enjeu pour autant qu'elle vienne d'un expert, d'où la pression sur les organisations. Le corps et l'esprit du demandeur d'asile sont devenus les lieux où on peut trouver la vérité, la vérité non pas de la crainte de persécution mais la vérité des persécutions. Le paradoxe, ou l'ironie c'est que c'est au moment où les bourreaux laissent le moins de marques que l'attente dans les pays d'accueil est la plus importante. En effet les bons tortionnaires ne laissent pas de traces sur les corps ou les corps disparaissent ; la torture n'est pas faite pour faire parler mais pour faire taire ; ils savent que le vent peut tourner, et que ce qui est possible maintenant risque d'être condamné plus tard.

Nous présenterons ici deux lettres émanant d'avocats issues d'un article de Didier Fassin et Estelle D'Halluin⁵³

Paris, le 12 Juillet 2001
Objet : statut de Réfugié

Monsieur,
Selon ce que j'ai pu entendre... à la CRR, vous devez absolument, pour obtenir le statut de réfugié m'adresser un certificat médical mentionnant les marques que vous avez sur le corps, en particulier à l'œil, suite à la torture et aux mauvais traitements qui vous ont été infligés...

Paris, le 12 Juillet 2001, URGENT

Cher Monsieur,
La CRR m'a informé par téléphone, qu'elle ne prendra sa décision que quand il sera prouvé par un certificat médical que les marques que vous avez sur le corps correspondent bien à votre histoire. Pour cela vous devez rapidement prendre un rendez vous avec un médecin de l'Avre et un du Comede. Quand vous aurez les certificats de ces deux médecins, veuillez me les faxer immédiatement....

Le Comede fait actuellement 10 000 consultations par an. La demande de certificat pour le statut de réfugié était deux fois plus importante en 2000 qu'en 1990. Actuellement entre 500 et 1000 certificats sont délivrés chaque année (653 pour 2005). Depuis 2001 on assiste à une stabilisation pour deux raisons : Il existe moins de demandes d'asile et la politique institutionnelle du Comede est de limiter le nombre de certificats par rapport au reste de l'activité. La proportion du temps passé pour les certificats est, en effet, encore plus frappante, puisqu'on est passé de 2,2% du temps

⁵³ Fassin D. , Halluin E. (D') : "The Truth from the body : Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers", *op.cit.* p. 599

de travail en 1984 à 10,9% en 2000 ; si bien qu'actuellement les médecins dédient 5 fois plus de temps aux certificats médicaux qu'il y a 15 ans. Lorsque que les délais de rendez vous pour les certificats dépassent 3 mois, le Comede cesse d'en faire, cela lui est arrivé plusieurs années de suite en 2003 et 2004.

Le Centre Droit et Ethique de la Santé a été fondé en 1972 par un médecin légiste (Dr Léry), pour gérer les personnes qui avaient un problème avec le corps médical (sorte de service de contentieux, médiateurs d'avant l'heure). Puis ce centre s'est mis à faire des certificats pour les demandeurs d'asile devant la CRR. Le centre ne sert plus qu'à cela actuellement. Il y a quelques années le Dr Joseph Biot était le seul médecin à faire les certificats, actuellement ils sont 4 (3 bénévoles, une vacataire psychiatre). Ils ont dû restreindre l'aire géographique des demandeurs à la région Rhône Alpes car ils avaient trop de retard dans les demandes de certificats. L'attente est actuellement de 2 mois.

Cette demande accrue a été remarquée par toutes les associations fournissant une aide médicale et/ou psychologique aux demandeurs d'asile.

2. 2 Evolution du type de certificat médical

Le certificat médical, constatation de lésions ou de blessures pour l'obtention de droits, doit, selon le Conseil de l'Ordre « être écrit à la suite de l'examen du patient. Le médecin doit maîtriser l'objet, l'origine de la demande, la finalité et savoir à qui il doit le remettre ». Il poursuit « il est distinct d'une ordonnance médicale, d'un rapport d'expertise en ce sens qu'il ne s'engage pas sur les causes ; il est distinct aussi d'un témoignage ». Nous allons voir que le certificat médical pour la demande d'asile n'est pas tout à fait dans les lignes de ces recommandations.

Pendant longtemps, ces certificats médicaux, faits par des médecins non légistes, non formés, ont été écrits, certes dans un souci d'efficacité mais sans savoir vraiment comment les rédiger. Au fil des années, les associations, notamment le Comede ont normalisé cette pratique pour la rendre plus efficace : les déclarations du demandeur, les plaintes, l'examen, la conclusion. Didier Fassin, dans une étude sur 200 certificats du Comede, 50 certificats à 5 ans d'intervalle montre cette évolution⁵⁴. Fin 80, les certificats étaient riches en détails narratifs et longs (3 pages environ). Deux éléments ont changé en 20 ans : la quasi disparition de la narration, et la transformation de la conclusion qui est devenue standardisée ; exemple de conclusion en 1987 : « on peut croire à la véracité des faits, récit cohérent, circonstancié, détaillé.... » Actuellement il y a beaucoup de détails sur les cicatrices et la conclusion est « compatible avec les déclarations ». La rhétorique du certificat de 87 est une rhétorique de la conviction et ce n'est pas ce que l'on attend actuellement. Dire « on peut croire à » est banni aujourd'hui malgré les dires du conseil de l'Ordre. En effet lors d'un entretien, le responsable « Ethique médicale » de l'Ordre des Médecins a déclaré : « Le médecin ne peut valider le discours mais peut noter Mr Untel me paraît sincère dans son récit. ». Nous le verrons plus loin une telle prise de position est actuellement contre productive.

Sur les 200 certificats examinés, on voit par ailleurs, la reconnaissance d'une spécificité traumatique dans l'établissement du diagnostic à partir des années 90. Avant les années 90, quand le certificat donnait des éléments de la sphère psychique, ils n'étaient pas spécifiques (dépression, anxiété) ; dans la deuxième moitié des années 90 on parle de PTSD. Dans le terme souffrance post traumatique ou névrose post traumatique, il existe le terme post trauma ; il atteste en quelque sorte que la

⁵⁴ Fassin D. , Halluin E. (D') : "The Truth from the body : Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers", *op.cit.* p. 604-605

violence a bien un lieu ou que la menace s'est bien produite. Il reste malgré tout, un élément assez accessoire de la certification : « rien ne vaut une bonne cicatrice physique » dira un officier OFPRA et Didier Fassin à propos des 1119 dossiers du Comede vus au cours de l'année 2006, note : « Alors que près du quart des personnes vues en consultation sont supposées souffrir de séquelles post traumatiques, une sur six est suivie par un psychologue et une sur quatre voit ce constat reporté dans son certificat. »⁵⁵

En pratique, les certificats élaborés par les organisations se situent entre le certificat descriptif pur de coups et blessures (pas de mot sur la compatibilité des lésions avec les dires) et l'expertise médico-légale qui contient une discussion, où le médecin fait sa propre contre expertise (on pourrait évoquer ceci mais...) et une conclusion sur la compatibilité des lésions. Le certificat médical appuyant une demande d'asile conclut sur la compatibilité des lésions mais ne comprend pas de discussion.

Dans cette transformation des normes, la marge de manœuvre est mince pour obtenir plus d'acceptation, d'autant qu'elle ne touche pas tous les certificats présentés à la CRR ou à l'OFPRA. En effet, tous les certificats qui sont présentés à la CRR n'émanent pas, du Comede. Certains viennent d'autres associations, de médecins généralistes en activité privée ou salariée, de spécialistes hospitaliers et quelques uns proviennent de Médecins légistes d'Unités Médico Judiciaires. Une quinzaine de certificats hors Comede nous ont été confiés ; il en ressort que la normalisation dont parle Didier Fassin est loin d'être la règle ; nous allons en donner quelques exemples :

Tout d'abord, la rhétorique de la conviction n'a pas disparu, même si le plan est bien déclarations, plaintes, examen et conclusion et si dans la conclusion, comme c'est le cas dans l'exemple suivant, la compatibilité apparaît :

Conclusion

*Le récit est cohérent*⁵⁶.

Il est manifestement très pénible pour MV de parler de ce qu'elle a vécu. L'entretien a dû être réparti sur plusieurs consultations.

Toutes les constatations faites à l'examen clinique, témoignent de la gravité et de la répétition des tortures subies.

Les cicatrices constatées sont compatibles avec les causes auxquelles elles sont attribuées et avec les tortures alléguées. Leur nombre particulièrement important atteste de la répétition des tortures.

L'état dépressif pour lequel MV est traitée, dont le pronostic est réservé, est en relation avec les graves événements, les tortures, les viols répétés dont elle a été victime, par lesquels elle est jusqu'à ce jour, habitée.

L'ensemble des constatations cliniques *confirme les dires de MV et les authentifie*⁵⁷.

Au contraire, certains, peut-être par excès de prudence dans la rédaction, utilisent des mots et des tournures qui ne peuvent que contribuer au doute, jusqu'à douter de la douleur même de la personne ; d'autres hésitent entre la prudence et l'affirmation, faisant hésiter le lecteur lui même, et manquent de précision en utilisant des mots trop vagues, nous présentons 3 extraits de certificats :

⁵⁵ Fassin D., Rechtman R. : *l'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, op.cit., p. 385

⁵⁶ Souligné par nous

⁵⁷ Souligné par nous

Je soussigné [...] certifie avoir examiné [...] et avoir constaté qu'il présente des séquelles d'un traumatisme au niveau du pied droit et qui *aurait été provoqué*⁵⁸ par une blessure par arme à feu, d'après ses dires.

Ce patient *prétend*⁵⁹ ressentir une gêne douloureuse lors de la marche [...]

A l'examen on constate une cicatrice dorsale et plantaire probablement séquellaire d'un trajet d'un projectile...

Cette patiente d'origine Kurde dont *la famille a lutté*⁶⁰ pour la cause kurde, *aurait été arrêtée*⁶¹ [...], où elle *aurait subi* des menaces et été *violente*⁶². Elle aurait eu les mains menottées et les yeux bandés et *aurait été abusée* par plusieurs gardes...

Militant dans un parti opposant au régime, *il déclare avoir subi* des violences policières en [...]. *Il déclare qu'il aurait été interpellé* à la sortie du travail [...]. Il ne peut apporter plus de précisions, car *déclare qu'il aurait* des pertes de mémoires suite à un état dépressif prolongé...

Le dernier exemple, émanant pourtant d'une unité médico-judiciaire montre cette hésitation : l'expression « il déclare » suffit à exprimer que, ce qui suit, vient de la personne et non du médecin ; d'ailleurs le médecin utilise cette expression dans le début de la phrase « il déclare avoir subi » ; mais, par la suite, il introduit du conditionnel : « il déclare qu'il aurait été interpellé » Le conditionnel tend à montrer que l'on ne croit pas la personne. Pourtant, l'utilisation du conditionnel est conseillée par le Conseil de l'Ordre des médecins. De nombreux soignants ont opté pour des déclarations directes de la personne en ouvrant les guillemets. D'autres et ils sont les plus nombreux font un paragraphe « déclarations » et les notent au présent. Il est recommandé dans le guide *le praticien face à la torture*, écrit en partenariat avec le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, de « rédiger sous forme narrative au présent en évitant à tout prix le conditionnel »⁶³. Mais le plus surprenant dans le premier exemple de cette série est l'expression « prétend ressentir ». Pourquoi le médecin propose-t-il à la fin une intervention chirurgicale qui n'est faite que pour soulager la douleur alors qu'il semble ne pas croire à ces douleurs ? Par ailleurs, on a l'impression, dans le dernier exemple, que le médecin ne croit pas aux pertes de mémoire de la personne qu'il a examinée.

Même si le professionnel de santé est convaincu du récit, informé de la situation dans le pays du demandeur, il ne doit rien laisser paraître de tout cela, au risque, de faire perdre de la légitimité, donc de la crédibilité à son certificat. Il ne doit rester que dans le domaine de ses compétences supposées par les juges et officiers : l'existence de traces imputables à la violence subie. De nombreux médecins ne le savent pas, nous en donnons deux exemples :

⁵⁸ Souligné par nous

⁵⁹ Souligné par nous

⁶⁰ Souligné par nous : il s'agit d'une affirmation

⁶¹ Souligné par nous, on passe ici au conditionnel, comme si le soignant croyait à la lutte de la famille mais pas à l'arrestation.

⁶² Souligné par nous : les mots violenter et abuser manque de précision

⁶³ *Le praticien face à une victime de torture, op. cit., p.70*

Conclusion

MW est très traumatisée par les événements vécus au Kosovo et notamment le viol subi.

Ces événements survenant sur un fond de persécutions permanentes des Roms⁶⁴.

Conclusion

MX a subi des persécutions et des brimades dans sa vie professionnelle, des persécutions et viols policiers ou militaires pour des raisons ethniques et politiques⁶⁵.

Elle garde des traces physiques et psychologiques qui corroborent bien le récit.

Nous avons vu que la compatibilité des lésions avec l'arme contendante est très difficile à affirmer pourtant, certains n'hésitent pas à la noter :

L'examen des cicatrices met en évidence :

Deux cicatrices parallèles par arme blanche au niveau de la face palmaire du poignet droit.

Sur la face externe du bras droit, cicatrice de 13 cm, prolongée jusqu'au creux axillaire, large de 1 cm avec cicatrice de suture (arme blanche).

L'examen des cicatrices met en évidence :

Au cuir chevelu, cicatrice pariétale gauche sur la ligne médiane, de 1 cm, consécutive à un coup de matraque.

A l'avant bras gauche, bord cubital postérieur, cicatrice ovale de 1,5 cm par 1 cm, caractéristique d'une brûlure de cigarette.

Les certificats des unités médico-judiciaires sont très longs, (trois pages ou plus) car ils font le tour de tous les appareils en notant les dysfonctionnements physiques mais aussi tout ce qui va bien. Par contre, ils ne font jamais mention du versant psychique, un extrait est donné ici :

Conclusions :

L'examen clinique pratiqué ce jour chez MZ met en évidence notamment :

La présence d'une cicatrice ancienne du menton à gauche pouvant être le fait d'actes de violence.

L'absence de pathologie aiguë ou chronique en évolution.

⁶⁴ Souligné par nous

⁶⁵ Souligné par nous

Cette « absence de pathologie aiguë ou chronique » vient contredire une autre phrase du même certificat : « Il aurait des pertes de mémoire suite à un état dépressif prolongé ». Peut-être que le médecin ne croit pas à cette dépression avancée dans le chapitre « déclaration », mais nous pensons surtout que s'ils ne sont pas psychiatres, eux-mêmes, les médecins légistes ne s'aventurent pas dans le domaine de la psyché, quitte à déclarer que la personne ne présente pas de pathologie en évolution. Un autre indice est l'article actuellement sous presse de l'équipe médico-légale toulousaine⁶⁶. Il est indiqué dans la conclusion de l'article: « il semble très difficile d'affirmer ou d'infirmer les violences alléguées des demandeurs d'asile une fois que les blessures ont cicatrisé. Les séquelles physiques ont en effet une très faible spécificité et plusieurs éléments rendent encore plus difficile leur interprétation (délai prolongé entre la torture et la consultation, langue étrangère, *souffrance psychologique*⁶⁷...). Il n'est également pas possible de différencier les actes de tortures des mauvais traitements lors de l'incarcération et des brutalités militaires et policières. » La souffrance psychologique est ici reconnue comme existante mais seulement comme un élément rendant difficile l'interprétation des séquelles physiques et non comme conséquence potentielle des faits. Sur les 76 personnes de l'étude aucune n'a eu d'évaluation psychique, mais les auteurs, à la fin de l'article, le signalent comme un manque, considérant que, pour améliorer la prise en charge, il faudrait « un entretien psychologique ».

Enfin, pour ajouter à la variation des attestations fournies devant la CRR, certains soignants rédigent des attestations de suivi psychologique ; il n'y figure aucun diagnostic, aucun lien avec le passé. Ils espèrent que les juges comprendront ce que peuvent générer certaines questions et que l'attitude du demandeur n'est que l'expression d'une souffrance et non d'un mensonge.

3 La valeur accordée par les juges CRR, les officiers de protections OFPRA et les avocats aux certificats médicaux

Le certificat médical s'inscrit dans une logique de compatibilité. Un président CRR dira : « Le médecin éclaire le magistrat, mais ce dernier n'est pas lié. Par conséquent ce n'est pas parce que le médecin établit une compatibilité entre les séquelles et les allégations que le requérant dit vrai, et ce n'est pas parce que le médecin n'en établit pas que le requérant dit faux ». Un supérieur hiérarchique d'officiers de protection aussi dira à ce sujet : « Le certificat peut, éventuellement, tendre à prouver le récit si les éléments sont concordants. Le certificat va ajouter quelque chose en plus ; si le dossier est limite, qu'il y a un doute, le certificat peut faire pencher vers l'admission mais l'OFPRA ne le demande jamais. » Ce discours dénote une certaine politique de rejet, le certificat « peut faire pencher vers l'admission » mais on ne le demande pas. Cependant des officiers de protection n'obéissent pas tous à cette règle : « nous, les officiers de protection, avons une peur panique par rapport au corporel des demandeurs ; lorsqu'ils veulent montrer leurs cicatrices, nous ne voulons pas les voir et c'est ce que l'on nous a dit en formation “ vous n'êtes pas médecins”, nous ne devons recueillir que la parole juridique. » C'est comme ça que, certains officiers demandent donc aux personnes d'aller voir un médecin qui fournira un certificat médical, quoi qu'en disent les officiels de l'OFPRA. « La torture est notre quotidien à l'OFPRA, elle est donc banalisée ; la parole ne suffit donc pas. Quand les

⁶⁶ Hérin F., Faurie C., Soumah M. et all : « Constatations médico légales chez les réfugiés alléguant être victimes de torture » (sous presse)

⁶⁷ Souligné par nous

personnes parlent de cicatrices on leur dit d'aller voir un médecin. Le certificat doit alors parler autant qu'une photo. »

En France, le système, tout en reconnaissant qu'il repose sur les déclarations orales, accorde une importance majeure à l'écrit, pour des raisons de tradition. Il affaiblit donc de façon substantielle la position du requérant. « On peut considérer qu'il n'est pas normal d'exiger tant de preuves écrites, on peut souhaiter un monde meilleur...mais plus il y a de preuves écrites ou d'éléments écrits qui ne sont pas partis à la cause et qui corroborent les dires du requérant, plus il est facile d'argumenter dans le sens d'une annulation de la décision de l'OFPRA » et, le certificat médical fait parti de cette démarche. Les formations de jugements de la CRR viennent des grands corps de l'état, les pièces écrites ont, à leurs yeux, une valeur supérieure au récit oral, même s'il est bien construit et chronologique.

3.1 Valeur globale du certificat médical, « force probante »

Certains n'y voient qu'une pièce parmi tant d'autres et ont peur des faux certificats: selon un président CRR « Le certificat médical est un élément parmi l'ensemble qui nous permet de prendre une décision. Le certificat n'a pas de valeur juridique et parfois aucune force probante. Il peut compléter mais, jamais faire basculer la décision. » D'autres le qualifient de pièce maîtresse, tel ce juge: « Parfois, seul le certificat a fait basculer le statut. C'est ultimement ce qui peut faire basculer la décision. » Un avocat précisera : « le certificat doit déstabiliser le juge ; lorsqu'il pense " je ne veux pas y croire, cette personne ment ", le certificat devient une pièce incontestable, qui nous permet de contrarier cette politique et ces idées. Quand on n'y arrive pas il est mentionné sur la motivation de rejet que le certificat ne permet pas d'infirmier cette analyse ».

Nous avons pu examiner une quinzaine de décisions de la CRR mentionnant des certificats médicaux, prises au hasard. Toutes sont récentes datant de moins de 3 ans. Elles confirment ce que dit cet avocat. La CRR n'est pas tenue d'exposer les raisons pour lesquelles elle dénie valeur probante aux documents produits. Cela a d'ailleurs été confirmé par le Conseil d'Etat en 1987⁶⁸. Nous donnerons ici quelques exemples de types de motivation pour les certificats médicaux :

Le certificat médical délivré par un médecin du Comede concluant à la compatibilité des séquelles constatées avec les déclarations du requérant ne permet pas d'infirmier cette analyse [ni les pièces du dossier ni les déclarations faites en séance publique devant la Commission ne permettent de tenir pour établis les faits allégués et pour fondées les craintes énoncées] (rejet)

On voit bien ici que la commission reconnaît la compatibilité des lésions mais le certificat n'aide pas à établir les faits allégués. Il est vrai que la compatibilité entre dans une démarche probabiliste et ne correspond pas à une démarche juridique qui consiste, elle, à établir un lien de causalité sûr, donc une preuve.

Une autre formule, stéréotypée, est plus difficile à analyser : « le certificat en date du [...] ne peut être *regardé comme*⁶⁹ établissant un lien entre les constatations relevées lors de l'examen du requérant et les sévices dont celui-ci déclare avoir été victime ».

⁶⁸ 25 février 1987, Blezin, n°72009 et 20 mai 1987, Dakwah, n°70982

⁶⁹ Souligné par nous

« Regardé comme » pourrait vouloir dire « interprété », mais alors comment la commission peut-elle interpréter un document médical sans l'avis d'un médecin? Il se peut aussi que le certificat ne faisait effectivement pas de lien entre les déclarations et les constats. Mais la décision n'aurait-elle pas été alors : « le certificat médical n'établissant pas de lien... » ? Par ailleurs un des médecins interviewés nous a donné son opinion à ce sujet : « L'expression symptomatique n'est pas prise en compte, alors qu'elle est propre à une culture. Le cortège mystérieux, mystique est pris pour quelque chose d'exotique et non pour une pathologie. La CRR ou l'OFPRA dira : “ le certificat médical mentionne des pathologies qui n'ont rien à voir avec les dires ”. La causalité est remise en cause par les juges, alors que le médecin dans son certificat avait fait ce lien. Les juges suspectent le médecin d'être de connivence avec le demandeur. »

D'autres fois, au contraire, le certificat est considéré comme un élément de preuve et il est donc bien difficile de s'y retrouver :

Considérant de même que le certificat médical produit, en date du [...], ne constitue qu'un élément supplémentaire de preuve de faits précédemment allégués ; qu'il ne saurait donc être regardé comme un fait nouveau permettant d'apprécier les craintes actuelles de l'intéressé [...] (rejet)

Selon un avocat: « il existe deux pièces qui peuvent faire basculer les choses, le certificat médical et une pièce du HCR certifiant que cette personne est un opposant. Les autres sont inutiles car ne font que susciter des discussions. » Enfin, des juges sont plus nuancés : « il n'est pas niable qu'un certificat puisse être décisif, c'est un élément déterminant. Mais, malgré ce certificat, on ne peut défendre qu'un dossier défendable. Moi je n'ai pas besoin de certificat pour me faire une opinion si ce n'est quand les personnes ne peuvent parler ». Certains ont insisté sur cet aspect du certificat « éloquent accablant » particulièrement utile quand la personne est muette : « je me souviens d'une femme turque dont le récit était confus, elle mentionnait des dates différentes, il y avait aussi une incohérence dans les partis politiques, mais le certificat montrait des lésions de brûlures multiples qu'elle ne pouvait s'être fait toute seule » (dixit un juge CRR).

Pour ceux qui voient dans le certificat médical un rôle important, leurs affirmations sont étayées par le fait que le certificat représente un « élément de preuve permettant de corroborer les dires du requérant maltraité ou torturé ». Il semble qu'au moment du délibéré il est un argument important sur la véracité des faits. Un juge nous a confié : « La maltraitance et la torture font partie du discours lambda de 90% des demandeurs d'asile. Ils viennent de pays où les pratiques des forces de police ou de l'armée en font partie. Le but est de différencier le discours convenu du discours qu'il faut entendre car corroboré par un certificat médical. » Il permet alors de valider le discours du requérant. « Ce n'est pas que le certificat a une valeur supérieure aux dires de la personne mais juste, il corrobore ses dires. » Un président exprimera cela en d'autres termes : « quand sur un certificat on peut lire : “ une cicatrice sur la joue pouvant correspondre à... ”, c'est une information objective mais le problème c'est qu'elle ne suffit pas toujours à établir un lien entre les dires et les cicatrices. La cicatrice peut venir aussi d'un accident. Le lien est impossible, le plus souvent, à faire, sauf les brûlures de cigarettes. Mais en fait ici le certificat conforte le récit et c'est tout ce que nous regardons. »

Considérant que les pièces du dossier et les déclarations personnalisées et convaincantes faites par le requérant [...] que

comme en attestent les documents médicaux qu'il a produits, il conserve aujourd'hui des séquelles des tortures physiques et psychiques particulièrement graves dont il a été victime lors de sa détention... (Annulation de la décision de l'OFPRA)

En pratique, le certificat médical est considéré par les avocats comme une preuve que les persécutions ont bien eu lieu, pièce nécessaire au soutien des dires ; les juges, eux, ne sont pas tous d'accord sur la valeur du certificat : certains y voient un élément de preuve en ce sens qu'il corrobore les dires du demandeur, d'autres ne lui accordent aucune valeur car il ne peut pas prouver le lien de cause à effet et il existe, probablement, des intermédiaires entre ces deux positions. L'utilisation que les acteurs font, ensuite, de ces raisonnements varient aussi d'un juge à l'autre : certains accepteront un bas standard de preuves et prendront en compte le certificat, d'autres veulent ce standard haut, standard que le certificat médical ne peut fournir (et d'ailleurs, probablement à leur yeux, aucune autre pièce versée au dossier).

3. 2 Une valeur sous conditions : « Sa valeur dépend de son origine, et de ce qui est indiqué dedans »

Nous allons voir que l'auteur, l'allure et le contenu du certificat médical entrent en jeu.

3.2.1 L'auteur

L'auteur du certificat entre en jeu pour la plupart des juges. Un certificat obtenu dans le lieu d'origine est, pour certains, suspect d'être faux ou de manquer d'objectivité : « les certificats étrangers ont moins de valeur, souvent ils en rajoutent beaucoup et ne sont pas objectifs ». D'autres affirment qu'ils donneraient de la crédibilité à des certificats faits sur place, à l'étranger, dans le pays d'origine, par un compatriote. Cependant ils observeraient la possibilité que la personne avait d'obtenir un certificat sur place : « était-ce possible dans les conditions décrites d'avoir un certificat ? Ainsi je me ferais une idée de savoir s'il est vrai ou faux ». Il en est de même des certificats rédigés en France par un médecin dont le nom a la consonance des noms du pays d'origine : « même si un certificat avec un nom de consonance du même pays n'ôte pas toute crédibilité au certificat, un certificat émanant d'un médecin de la même communauté, peut laisser penser qu'il s'agit d'un certificat de complaisance. » D'autres les prennent en considération sans réticence, considérant qu'il peut être plus aisé pour une personne d'aller voir un médecin de son origine « à cause des références communes ». Ceux-là, d'ailleurs, s'insurgent contre l'idée de certificat de complaisance qui plane à la CRR sans aller jusqu'au bout de la démarche, comme saisir le Conseil de l'Ordre. En effet le certificat doit être l'expression de la vérité, faute de quoi, le médecin pourra être poursuivi pour avoir rédigé un certificat irrégulier ayant pour but de favoriser indûment une personne.

Peu de certificats viennent des Unités Médico Judiciaires ; le plus souvent ils émanent d'association (Comede, Parcours d'exil, Centre Droit et Ethique de la Santé, Centre Primo Lévi et le centre Minkowska) et de plus en plus de services hospitaliers. La plupart des juges et officiers de l'OFPRA accordent plus de poids aux certificats venant de ces associations : selon un juge, « le poids varie en fonction des auteurs ; Primo Lévi, Comede, Centre Droit Ethique Lyon, sont des institutions spécialisées pour les demandeurs d'asiles victimes de violence, on considère qu'ils ont de l'expérience et donc le poids de leurs certificats sera supérieur à celui d'un généraliste ; De même pour des certificats venant de légistes, on considérera qu'ils ont une plus grande expérience de ces situations, on sait qu'ils sont capables de procéder à un examen, et le certificat sera donc considéré

comme plus fiable ou plus sensible à certains aspects. » Cependant, les certificats du Comede ont été critiqués à plusieurs égards ; les officiers de protection s'en méfient, de même des juges de la CRR ; un juge dira : « les certificats ne sont plus ce qu'ils étaient, je n'y accorde plus beaucoup de crédit. Ce qui les décrédibilise c'est la légèreté avec laquelle ils sont parfois faits, parfois ils n'ont vu qu'une seule fois la personne. » Certains les trouvent peu circonstanciés « je me souviens d'un certificat où il était écrit que la personne prenait un traitement pour des douleurs abdominales ; bon d'accord elle prend un traitement pour des douleurs abdominales mais qu'est-ce que cela a à voir avec le cas ? » Le médecin n'a-t-il pas souligné le lien, ou le juge ne croit-il pas à ce lien ? Enfin la dernière critique envers les certificats du Comede repose sur les lettres jointes au dossier « nous ne faisons pas de certificat car il n'y a qu'à regarder Mr Un tel ». Cette organisation a effectivement comme politique de ne pas faire de certificat pour les lésions visibles, accessibles à tous sans que la personne ait besoin de se déshabiller. Néanmoins tous ceux qui critiquent les certificats de cette organisation, leur accordent malgré tout plus de poids qu'à ceux des médecins généralistes. Il n'y a pas que cette association qui essuie des critiques : « l'association Primo Levi est suspecte de subjectivité totale. Parcours d'exil est devenu plus crédible » (paroles d'un juge).

Dans certains pays d'Europe les certificats présentés doivent émaner d'experts. En France, les experts, au sens de ceux qui ont la meilleure connaissance à la fois des difficultés médicales liées au vécu de la violence et de l'exile, et des certificats médicaux appuyant les demandes d'asile, sont les soignants des associations spécialisées. Pourtant, ils se défendent eux-mêmes du nom d'expert, et disent pour la plupart que le médecin généraliste serait mieux placé qu'eux-mêmes pour faire un tel certificat. Pour eux, le risque serait grand de voir d'autres experts, peu scrupuleux et moins favorables aux réfugiés prendre leur place.

Dans la question qui est ici posée, il faut entendre expert au sens de personne connaissant la matière et ne soignant pas la personne et requis par un juge. L'intermédiaire (médecin connaissant la matière et ne soignant pas) est illustré par les Unités Médico-Judiciaires, mais elles produisent peu de certificats et nous l'avons vu ne sont pas familiarisés avec la psyché. Les médecins du Centre Droit et Ethique de la Santé ne sont pas des légistes, contrairement à ce que pense la plupart des acteurs de l'asile. Dans ce centre, l'entête du papier sur lequel est rédigé le certificat médical mentionne le « Département de Médecine Légale, Urgence Médico Judiciaire » car il en dépend; il est financé par les hôpitaux de Lyon.

Le code de déontologie dans son article 105 (art R.4127-105 du code de santé publique) stipule « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients.... » L'indépendance du médecin expert est fondamentale ainsi que sa neutralité. Dans le cadre judiciaire, il est l'auxiliaire de la justice et doit en informer la personne examinée (art 107). Son rôle est alors de fournir, dans les limites de la mission qui lui est confiée, les éléments médicaux qui éclaireront la décision du juge.

Tous les juges et officiers interrogés sauf deux seraient favorables à une expertise même s'ils pensent que cela n'est pas faisable pour des questions de temps et de coût. « L'existence de médecins experts assermentés, dont le coût de la consultation serait prise en charge par l'Etat, contribuerait à réduire les inégalités entre les requérants qui ont accès à des associations qui délivrent des certificats, qui ont accès à un avocat, et les autres requérants. Ne pas avoir de certificat parce qu'il n'y a pas le temps de le délivrer est très pénalisant. » Ceux cherchant le mensonge partout y voient un autre intérêt : « j'accorderais plus de valeur car la démarche n'est pas à la portée de tous, s'il fabule ou s'il utilise ce moyen pour

obtenir le statut de réfugié, il va y réfléchir à deux fois, car cela demande du temps, de raconter sa vie et de faire face aux questionnements d'un spécialiste » puis elle ajoute une nuance « les circonstances ne pourront de toute façon pas être attestées ». Un des juges reconnaît que ces collègues « ont peur de se faire avoir, alors, ils diront qu'ils se satisferaient mieux d'une expertise » mais pour elle: « je ne serais pas plus confortée avec un certificat fait par un expert, car le processus est surtout oral, j'écoute la personne » ; et un président dira « je n'en ai jamais ordonné car le système est celui de l'intime conviction et je n'en ai pas besoin pour me conforter. Il ne permettrait pas d'inverser l'idée que je me serais déjà faite. » Il est vrai que l'expert, cette sorte de savant qui doit dire et expliquer, ne crée rien, il dévoile. Il est à l'opposé du monde quasi sacré du juge à qui il appartient de croire, d'affirmer, de se prononcer. Mais ils doivent travailler de concert, car si l'examen que fait le savant s'efforce d'être objectif, il ne peut être paradoxalement, que subjectif pour le juge, suivant sa compréhension du cas.

Pour un médecin légiste interviewé : « l'expertise est une délégation de pouvoir du juge au médecin ; lors d'un certificat de coups et blessures volontaires on doit faire une description, dire si ce que l'on constate est compatible avec les dires et donner une Incapacité Temporaire Totale de tant de jours, conséquence qui ne sert qu'à organiser une procédure ; moins de 8 jours c'est la contravention, plus de 8 jours c'est un délit. On demande ici au médecin de décider de la procédure des magistrats ! Pour les violences conjugales, le seuil de 4 jours a été fixé arbitrairement, il n'existe aucun texte; moins de 4 jours, bien que cela soit déjà un délit, il ne se passe rien, plus de 4 jours, les policiers vont voir l'agresseur ». Il indique aussi un nécessaire code : « il faut une convention non écrite entre les magistrats, le médecin et les avocats pour que chacun garde la face ou que le processus soit gagnant-gagnant. Par exemple on pourrait décider que moyennement compatible signifierait pas compatible du tout, compatible serait neutre c'est-à-dire possible et extrêmement compatible voudrait dire qu'on en est sûr ». La *Medical Foundation*, centre de soins pour les personnes victimes de torture et centre d'expertise médicale utilisée par les autorités britanniques pour les demandes d'asile, recommande d'utiliser dans le rapport médical, les termes convenus du protocole d'Istanbul⁷⁰, moins diplomatique:

- ✓ Non compatible : les lésions ne peuvent pas avoir été produites par les violences décrites.
- ✓ Compatible avec : les lésions peuvent être dues aux violences décrites, mais ne sont pas spécifiques et beaucoup d'autres causes sont possibles.
- ✓ Hautement compatibles : les lésions peuvent être dues aux violences décrites, et il existe d'autres causes possibles mais elles ne sont pas nombreuses.
- ✓ Typiques de : c'est ce que l'on voit d'habitude avec ce genre de violence mais il existe d'autres causes
- ✓ Pathognomonique de : les constatations ne peuvent pas avoir été causées par autre chose que ce qui a été décrit.

Et le protocole continue : « en dernier ressort, c'est l'ensemble de l'évaluation de toutes les lésions et non la compatibilité de chaque lésion avec une forme particulière de violence qui est important pour évaluer l'histoire »⁷¹.

Les avocats, plutôt contre l'idée d'expert, évoquent surtout le risque de collusion ou d'instrumentalisation par les pouvoirs publics, et se réfèrent ainsi aux médecins agréés par les préfetures. Ils préfèrent avoir affaire à des organismes indépendants pour des raisons de compétences et de liberté. Ils

⁷⁰ Protocole Istanbul, *op. cit.* chapitre V, paragraphe 186

⁷¹ Protocole d'Istanbul, *op. cit.*, chapitre V paragraphe 187

pensent par ailleurs que le soignant est le mieux placé pour faire le certificat. Pour certaines associations, cela permettrait d'évacuer le lien thérapeutique perturbé par le certificat médical, mais les inconvénients l'emportent sur cet avantage : « l'expertise peut être douloureuse, en dehors d'une prise en charge qui prend son temps » ce qui va avec l'idée que : « la médecine d'expertise implique l'absence d'affect et d'empathie, or sans cela, la personne ne raconte pas » et enfin pour eux, « recourir aux experts irait dans le sens de la politique actuelle, sorte de caution d'un système défaillant, ça risque de renforcer l'idée qu'il faut avoir été torturé, ça risque de renforcer le mythe de la preuve de la torture. »

Si d'aventure, l'expertise au sens judiciaire, venait à faire irruption en France dans la procédure d'asile, il faudrait commencer par revoir le système des expertises médico-judiciaires. En effet c'est un système qui dysfonctionne : il existe une liste d'experts établie pour chaque cour d'appel. Or, des médecins sont inscrits à la rubrique Médecine Légale sans être titulaire d'un diplôme de Médecine Légale et des médecins non inscrits sur ces listes et parfois dépourvus de titre autorisant leur exercice en France exercent la médecine judiciaire⁷². En effet les magistrats ne sont pas obligés de choisir un expert parmi les listes.

3.2.2 L'allure de la rédaction

En plus de l'auteur, l'allure de la rédaction influence aussi la valeur portée au certificat : « Les certificats de Joseph Biot ont une façon de raconter les choses qui entraîne un apitoiement, ils sont donc à mes yeux peu crédibles car ils soutiennent trop le demandeur ». Ce juge faisait certainement référence à ce genre de conclusion :

En Conclusion

Tableau d'abattement, dépassé par les misères accumulées, désespéré, ayant perdu tonus et énergie. Impression d'en supporter trop. Il est rejeté de partout. Il est très inquiet car il ne sait plus où il lui sera possible de survivre.

Un soutien psychologique sera nécessaire dès que l'acquisition du français le permettra.

3.2.3 Le contenu du certificat

C'est peut-être dans le contenu que les différences d'opinion sont les plus grandes. La conclusion avec la formule consacrée « compatible avec », fait que le certificat est pour certains, balayé d'un coup et rejeté : selon un ex officier OFPRA « la formule "compatible avec", écarte le caractère probant du certificat ; si c'est juste "compatible avec" ce n'est pas une preuve donc on l'écarte » ; un juge dira aussi : « c'est pas la peine que le médecin il se fatigue pour ça ! " Telle cicatrice peut être liée à ou compatible avec " ne vaut rien ». La décision de la CRR qui suit illustre le propos :

Considérant [...] qu'en outre, il a versé une attestation du Comede au dossier, relative à ses troubles auditifs ; que ceux-ci sont bien réels, mais n'ont pas empêché la commission de procéder à l'audition du requérant ; que le certificat médical ne

⁷² Vorhauer W. : « Pratique de l'examen médico-judiciaire », *Le bulletin de l'ordre des médecins*, n° 10, décembre 2006, p.14-15

*prouve pas*⁷³ que ces troubles seraient dus aux mauvais traitements qu'il évoque [...] (rejet)

D'autres juges ont mieux compris ce que peut écrire ou non un médecin : « lorsque le certificat est fait par des personnes expérimentées, cette formule sacramentelle est utilisée [compatible avec] ; elle renvoie au fait que le médecin ne peut s'engager sur la véracité du discours. » ou encore « établir une compatibilité sans aller au-delà est un gage de sérieux du médecin car je sais qu'il ne peut aller au-delà. »

Ces désaccords entre les différents juges montrent que si les certificats ont évolué, ils n'ont pas acquis plus de valeurs pour l'ensemble. Or si le médecin doit s'engager, dans ses conclusions, au regard de son expérience et des connaissances scientifiques, sur la relation de cause à effet et sur l'appréciation des conditions de possibilités, il ne peut en réalité, en dehors de la vraisemblance éventuelle, quasiment jamais affirmer à 100% la cause de ce qu'il constate. Une étude sur les séquelles physiques de mauvais traitement a montré que des compatibilités sont retenues dans les ¾ des cas et une spécificité dans seulement 2,7% des cas⁷⁴.

Par ailleurs, le discours « que les séquelles soient physiques ou psychiques peu importe » n'a été que rarement mentionné. Le plus souvent il est porté moins d'attention aux certificats ne mentionnant « que » des troubles psychologiques : selon un officier de protection, « pour des personnes qui ont des traces physiques, le certificat est utile à cause de la primauté de ce qui se voit par rapport à ce qui ne se voit pas. » Un juge explicitera mieux le propos : « J'ai l'impression que, spontanément, les présidents accordent plus de poids aux séquelles physiques que psychologiques, considérées comme moins graves. Il faut parfois argumenter beaucoup pour faire prendre en compte un certificat purement psy. Il existe une sorte de déconsidération spontanée du certificat ne mentionnant que des troubles psy, par rapport à celui qui décrit des lésions psy et physiques. Les séquelles psy sont considérées comme plus subjectives par eux probablement par méconnaissance du monde de la psychanalyse et de la psychiatrie. Or un certificat de troubles psy n'est, j'imagine, ni plus ni moins subjectif. » Par contre, un ancien officier de protection affirmera : « le certificat décrivant des troubles psychiques me donnait la légitimité officielle dont j'avais besoin pour éliminer les problèmes de dates et j'avais alors une écoute plus tolérante pour la personne. »

Des juges pourront attacher une relative importance à certaines séquelles psychiques pour peu que la personne soit suivie en psychothérapie ou en psychiatrie et que cela soit mentionné dans le certificat. Mais rapidement une nuance est annoncée « personne suivie par un médecin, pas par un psychologue tout juste sorti de la fac ». Cette expression reflète, entre autres, la méconnaissance des compétences des psychologues. Faudrait-il donc, comme le font les anglo-saxons que le soignant commence son certificat en déclinant sa formation et son expérience ? Le plus souvent ils joignent même leurs CV aux juges. Pour certains juges, c'est la notion de suivi qui est importante. « La mention de troubles psychologiques, de dépression n'a pas de valeur car les trois quarts de la France est déprimée par moment et qu'il y a de quoi être déprimé par la procédure déjà. Le syndrome post traumatique n'a pas

⁷³ Souligné par nous

⁷⁴ Hérin F., Faurie C., Debout F. et all : « Constatations médico-légales chez les réfugiés alléguant être victimes de torture » (sous presse)

de valeur non plus pour moi sauf si la personne est suivie par une association ou un hôpital ».

Certains arrivent à faire la différence entre maladie psychiatrique et désordre psychologique, mais alors en cas de maladie psychiatrique, la personne sera plutôt orientée vers un séjour au titre d'étrangers malades : « quand on voit des malades psychiatrique à l'OFPRA, on ne peut pas dire que ce qu'ils disent est faux; les dossiers sont alors enterrés ou on les classe en " faits non établis" car il est impossible d'établir quoi que ce soit. On oriente la personne vers une demande au séjour pour maladie. Le problème est que souvent il existe des psychiatres dans le pays d'origine et donc ça fonctionne peu, ça marche mieux avec le SIDA. » Un ancien officier de protection sera encore plus direct : « les certificats de troubles psychologiques n'ont aucun impact à l'OFPRA [...] L'OFPRA méprise les associations, notamment celles faisant de la prise en charge psychologique ; les personnes qui travaillent à l'OFPRA se sentent seules contre tous. Les officiers de protection ont cette idée que la plupart des demandeurs mentent et qu'à l'extérieur les gens croient tout et n'importe quoi, qu'ils sont naïfs. » Enfin, la phrase suivante émanant d'un juge, illustre ce propos et montre à quel point les paroles ne sont que des paroles qu'elles soient adressées à un médecin ou à un juge : « un certificat mentionnant des troubles à type de cauchemars, d'insomnie, d'angoisse, liés au vécu, ne veut rien dire si déjà je ne crois pas au vécu ; et chacun peut dire qu'il ne dort pas la nuit, qu'il fait des cauchemars, qu'est ce que le médecin en sait vraiment ? »

Il est possible en France de demander des tests de crédibilité dans un autre domaine judiciaire qu'est le pénal. Un des avocats interrogé a suggéré le recours à ces tests pour les demandeurs d'asile « comme ça ils ne pourront plus dire qu'ils mentent ». Le but, pour lui, est donc de donner plus de force au récit.

Dans leur tout récent livre, Didier Fassin et Richard Rechtman nous rappellent que cette idée n'est pas neuve (Peut-être s'agissait-il déjà du même avocat à l'époque). Ils citent une lettre adressée au Comede à propos d'un demandeur d'asile⁷⁵ : « les avocats sont les premiers surpris des réponses de la Commission des recours sur la portée des certificats médicaux que vous produisez. Nous ne sommes en effet que des témoins indirects de situations souvent compliquées et je comprends que vos certificats médicaux ne peuvent s'engager sur l'existence de certains faits. Cependant, ne pourrait-on pas mettre en place une structure médicale qui pourrait permettre une analyse psychologique du récit de l'intéressé et s'engager sur la probabilité de la véracité d'une situation ? [...] En matière pénale, il existe de nombreux experts en psychologie et/ou psychiatrie qui portent un jugement de valeur sur des situations de faits alors pourtant qu'ils n'ont pas été témoins desdites situations. L'analyse de ces médecins porte essentiellement sur la crédibilité que l'on peut apporter au récit de la personne examinée. Aussi, je me demande s'il ne serait pas possible, parallèlement à un examen médical stricto sensu, de pratiquer un examen purement psychologique s'engageant sur la crédibilité du récit de la personne examinée. »

Mais peu de personnes sont pour cette idée de tests de crédibilité ; un ex officier OFPRA a mentionné : « à l'OFPRA ça m'aurait aidé, car ça m'aurait même permis de me dire que c'est l'autre qui décide donc ç'aurait été plus confortable. » Parmi les personnes défavorables aux tests, on trouve

⁷⁵ Fassin D., Rechtman R. : *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, op.cit., p.331

essentiellement les médecins qui connaissent ces expertises y compris ceux qui en font, et quelques personnes de la CRR mais pour des raisons différentes. Un président a signalé « ils ne sont pas utiles car j'ai une confiance très limitée dans ces expertises psy ; elles me priveraient en plus de ma fonction de juge et l'avocat dirait comment pouvez vous remettre en doute la parole d'un expert vous n'êtes pas psy ! » et un autre ajoute « il est dangereux pour une société de laisser penser à la toute puissance de l'expertise ». Les médecins eux, pensent qu'ils ne sont absolument pas utilisables pour des raisons de barrière culturelle et linguistique : « les tests ne passeraient pas la barrière culturelle, ils ont été faits pour des cultures Gréco-romaines », « la barrière de la langue ferait que l'expert psy serait dans une situation ingérable, de plus la barrière culturelle gênerait l'interprétation des tests. »

Quant aux lésions physiques, c'est peut-être le domaine où les officiers et les juges ont les plus grandes certitudes : « nous attendons du certificat qu'il confirme les dires de la personne, mais le plus souvent il n'est pas suffisant pour établir que la personne a des craintes ; il faut, pour que l'on croie le certificat, que les cicatrices soient grandes et larges, ou qu'il y ait une plaie par balle, des brûlures de cigarettes multiples. Les certificats mentionnant de grosses cicatrices attirent plus l'attention. On croira plus volontiers au viol si la personne est séro-positif, donc si un certificat de viol n'est pas possible, il faut un certificat de séro-positivité ». Certains rétorquent que les blessures par balles ne sont pas liées à des mauvais traitements mais plutôt à des règlements de compte. Mais pour la plupart le certificat aura plus de portée si les lésions physiques sont majeures. Le juge qui mentionnait l'histoire de cette femme turque avait ajouté « il ne s'agissait pas que de deux entailles ». Les associations l'ont bien compris : « si les séquelles physiques sont minimales, on ne fait pas de certificat car il ne servira pas à la personne ».

Dans certains cas, des photos des traces sur le corps du demandeur sont jointes au dossier, assez souvent sous l'initiative des avocats ou des associations d'aide juridique. « A l'OFPRA il est demandé qu'alors, on puisse reconnaître la personne sur la photo et voir clairement les lésions ». A la CRR par contre, même si la personne n'est pas reconnaissable, les photos sont acceptées comme telles, pièces jointes au dossier.

3.3 La possibilité de nuisance du certificat médical

Les juges et officiers de protection ont été explicitement interrogés sur la nuisance possible du certificat médical au nom d'un grand principe en médecine « *Primum non nocere* », d'abord ne pas nuire. « Un certificat, au pire ne sert à rien mais il ne va pas nuire à la personne. Par contre, son absence peut nuire. Car la question se posera du pourquoi la personne n'a pas fait établir de certificat médical. On considérera qu'il s'agit d'une forme de négligence, au pire d'élément tendant à invalider le discours du requérant. Le certificat n'est jamais rejeté au titre que ce n'est pas une preuve en soi. Il peut ne pas être suffisant ». Nous avons déjà vu qu'une partie de ce discours n'est pas partagé par l'ensemble des personnes interrogées, notamment sur le fait qu'un certificat n'est jamais écarté sous prétexte qu'il ne constitue pas une preuve en soi, mais cela ne veut pas dire pour autant qu'il est nuisible. « Il existe des certificats qui desservent la personne une fois traduit, quand les faits et les dates ne sont alors pas concordants ». Une autre se souviendra précisément d'un cas : « le certificat mentionnait des lésions à la main droite alors que la personne avait parlé de sa main gauche ou vis et versa. Elle avait oublié ce qui était écrit dans le certificat et en plus ce n'était pas un certificat de l'endroit où elle réside ». Le fait que le médecin ait pu se tromper n'a pas été évoqué par cette personne, ni même le fait qu'elle ait pu

changer de résidence entre temps. On retrouve ici l'interprétation fonction d'un pré supposé, du réfugié menteur.

« Si le médecin va au delà de la phrase magique, “compatible avec”, le certificat risque d'être contreproductif voire de discréditer complètement le contenu » ou bien encore « il [le certificat] peut faire basculer une décision, il peut ne pas servir si mal fait et pas bon et il peut desservir si trop affirmatif ; le raisonnement étant alors que le médecin ne connaît pas bien la matière, et donc on doute sur la véracité ». Un avocat dira : « Je vérifie que le médecin ne prenne pas de décision pour la commission » car il sait qu'il sera alors mal perçu.

Nous avons déjà vu à propos de cette compatibilité que certains au contraire n'accordent pas de crédit aux certificats qui ne vont pas au-delà de la compatibilité. « Le certificat fait le lien avec la persécution ; l'indication d'une maladie chronique peut être contre productif sauf si le certificat fait le lien entre cette maladie chronique et le traumatisme ». Le Comede a bien perçu cela: « nous avons des problèmes avec les pathologies nouvelles depuis l'agression : hypertension artérielle et asthme ne sont pas retenus par les juges comme pouvant découler de l'agression ; par contre une épilepsie après un hématome cérébral oui. La mention de l'hypertension artérielle ou d'un asthme sera contre productive ». Le Centre Droit Ethique de la Santé mentionnera aussi : « les lombalgies et les céphalées sont quasi constantes mais nous ne les mentionnons pas, car nous savons non seulement que ça n'aide en rien, mais qu'en plus ça peut nuire » ou encore, un médecin de Médecins du Monde : « oui, le certificat peut nuire quand il fait mention d'hypertension artérielle, il est alors perçu comme abusif. »

4 Comment la Cour Européenne des Droits de l'Homme traite avec les demandeurs d'asile traumatisés ? Prend-elle en compte les certificats médicaux ?

Les personnes ont, dans tous les pays d'Europe, un laps de temps relativement court pour déposer leur demande d'asile à partir du moment où elles ont notifié qu'elles souhaitent le faire (en France ce délai est de 20 jours si la personne est libre, 5 jours si elle est en centre de rétention). Dans plusieurs cas portés à la CEDH provenant de différents pays d'Europe, les requérants n'avaient pas fait mention dans leurs récits d'expériences traumatiques jusqu'à la deuxième voire la troisième demande d'asile, ou bien avaient fait des déclarations incohérentes ou contradictoires. Ils ont parfois fait valoir que cette déclaration tardive ou ces incohérences étaient liées à leurs problèmes psychologiques⁷⁶.

La Cour reconnaît que « Parler de son vécu de la torture peut être une épreuve »⁷⁷. Elle admet aussi que les signes de PTSD « peuvent se manifester des années après les événements »⁷⁸. La cour dit même que les personnes victimes de torture peuvent ne pas être capables de raconter avec cohérence, mais selon elle, la soumission tardive de faits « jette un doute considérable sur la crédibilité »⁷⁹ ou bien elle estime que la soumission tardive est « plutôt surprenante »⁸⁰, ou qu'elle en est « frappée »⁸¹.

⁷⁶ Nous n'avons pas trouvé de cas concernant la France et entrant dans ce cadre

⁷⁷ Traduction personnelle de l'anglais ; Nasimi v. Swedenn, décision d'irrecevabilité, 16 mars 2004, requête n° 38865/02

⁷⁸ Traduction personnelle de l'anglais ; Ovdienko v. Finland, décision d'irrecevabilité, 31 mai 2005, requête n° 1383/04

⁷⁹ Cruz Varaz c. Suède, arrêt du 20 mars 1991, requête n° 1557/89

⁸⁰ Traduction personnelle de l'anglais ; Paramsothy v. Netherlands, décision d'irrecevabilité, 10/05/2005, requête n° 14492/03

⁸¹ Traduction personnelle de l'anglais ; Ovdienko, sus cité

D'après nos recherches, il n'y a pas d'affaire dans laquelle la cour a accepté qu'une déclaration tardive (une année ou plus après la demande d'asile) ou des modifications significatives du récit au cours de la demande soient causées par des troubles psychologiques liés aux violences subies. Dans beaucoup de cas, il existe des certificats médicaux qui décrivent l'expérience traumatique ou affirment le PTSD ; l'un a même été rédigé par un médecin légiste avec 20 ans d'expérience clinique dans l'appréciation des blessures et travaillant dans l'aide aux victimes de la torture⁸² et la cour en tient compte : « vu l'expérience de ce praticien dans l'examen des victimes de tortures, son témoignage étaye la thèse selon laquelle l'intéressé a subi, par le passé, des traitements inhumains ou dégradants », mais comme toutes les affaires pré citées, la cour n'a pas condamné le pays défendeur. Cette affaire particulière a manifestement tout de même été débattue car 9 juges sur 19 ont émis une opinion dissidente commune. La cour a reconnu encore, dans une autre affaire, que « le requérant a présenté deux rapports médicaux qui corroborent solidement ses allégations selon lesquelles il a été torturé »⁸³ mais ils n'ont pas été d'une importance décisive pour la cour, "autorisant" l'expulsion.

L'affaire Hilal⁸⁴ fait office d'exception dans ce panorama. Le requérant n'avait mentionné les violences qu'il avait subies en prison que lors d'une deuxième interview. La cour admet qu'« à la lumière du rapport médical établi par l'hôpital [...] l'omission apparente de mentionner ses sévices lors de son premier entretien avec les services de l'immigration perd de son importance »; le rapport médical présenté est issu de la Tanzanie et la cour déclare que « si le Gouvernement a émis des doutes sur l'authenticité du rapport médical, il n'a produit aucune preuve de nature à étayer ces doutes ou à contredire l'avis produit par le requérant ».

En France, le plus souvent, d'après la CIMADE, la révélation tardive de mauvais traitements à cause de troubles psychologiques est entendue par les juges de la CRR, à condition qu'il y ait un certificat médical à l'appui. Nous donnons ici un exemple de ce type de certificat :

Je soussignée [...] certifie suivre en psychothérapie MA [...] L'évocation des traumatismes subis est particulièrement difficile, sans doute par pudeur, mais aussi par crainte de reviviscences (la patiente est alors en proie à des visions où la scène traumatique se déroule) [...]. Ce récit a été possible grâce à une relation confiante. Il est émaillé de pleurs et de réticence. La non évocation des viols collectifs jusqu'à présent dans la procédure est compréhensible car MA désire préserver le secret à l'égard de son mari [...] il faut dire aussi que MA a traversé des épisodes psychiatriques dramatiques avec des états de stupeur, de mise en danger de sa personne et des siens qui empêchaient tout récit cohérent. [...] D'un point de vue clinique, la gravité des faits révélés : viols collectifs avec tortures, menaces sur sa vie et ses proches, expliquent le syndrome traumatique.

⁸² Cruz Varaz, sus cité

⁸³ T.I c. Royaume –Uni, décision d'irrecevabilité du 07 mars 2000, requête n° 43844/98

⁸⁴ Hilal c. Royaume-Uni, arrêt du 06 mars 2001, requête n° 45276/99

5 Qu'est-ce qu'un certificat décisif ?

On comprend aisément à la lecture de ce qui précède que pour les uns, et ce sont les plus nombreux, c'est un certificat impartial mentionnant le lien entre les dires de la personne et l'examen ; pour les autres, il faut qu'il aille au-delà, au risque du coup de n'être plus crédible par les premiers ! Pour ces autres « le certificat doit apporter quelque chose de plus et non reprendre les dires de la personnes et dire que ce qu'il observe est compatible. Même une blessure par balle n'a peut-être pas été faite dans les circonstances que la personne indique. En Tchétchénie il y a beaucoup de règlements de compte entre eux à cause de la mafia, et ça ne vient peut-être pas de mauvais traitements. Vous comprenez, le médecin doit se faire sa conviction et la transmettre à la CRR. Il doit se mettre à la place des membres de la CRR et il doit ajouter des éléments de crédibilité sinon il vaut mieux qu'il n'écrive pas. » Un officier OFPRA dira aussi « il doit faire mieux qu'indiquer une compatibilité, car ça énerve les Officiers de protection quand ils ne sont pas sûrs et certains de l'outil utilisé ».

Il n'y aurait en somme pas de certificat décisif, les juges attendent du certificat qu'il corrobore les dires. Le certificat n'a qu'une valeur relative, pouvant servir à appuyer les déclarations ; lorsqu'il corrobore les dires, le certificat soutient la crédibilité de la personne ; il contribue à un faisceau d'indices sur la véracité des dires, il ne les remplace pas ; il sert à rassurer les juges mais n'est pas déterminant sur le jugement. Les interviews montrent d'une façon générale le crédit acquis par les associations et les codes de bonne écriture. Pourtant, c'est bien parce que le récit est systématiquement mis en doute que le corps et la psyché sont convoqués. Le certificat montre les traces et l'expert sert de porte-parole.

L'énumération exhaustive et la description minutieuse des cicatrices sont souvent fastidieuses et en fait peu démonstratives. Elles disent les blessures sans, le plus souvent, en affirmer l'origine. Bien des certificats apparaissent peu convaincants pour les juges et officiers OFPRA et donc frustrants pour le rédacteur. Les rescapés des nouvelles formes de mauvais traitements gardent peu de traces physiques de leur passage dans les mains des tortionnaires ; humiliation, spectacle de proches violés ou abattus ne laissent pas plus de traces que l'immersion jusqu'à la suffocation ou l'enfermement seul dans un trou sous terre. Il n'y a donc pas grand-chose à certifier. Paradoxe cruel, s'il en est, qui fait correspondre une attente de plus en plus importante d'attestation par le corps avec la disparition progressive des traces physiques. C'est là que le trauma pourrait prendre toute sa place, ce que le corps ne montre plus la psyché peut le révéler. La trace que les médecins ont du mal à déceler, les psychologues et les psychiatres savent la reconnaître. Mais le trauma et ses signes sont peu crus de certains juges. Est-ce pour cela que certains soignants attestent juste que la personne est suivie par un psychiatre ou un psychologue ? Est-ce pour cela que le traumatisme psychique ne figure que rarement sur les certificats, ou est ce que le traumatisme n'a encore qu'une place modeste dans la pratique de l'expertise médicale de l'asile ? Curieux paradoxe encore que cette irruption récente du psycho trauma, que l'on est prêt à reconnaître en général⁸⁵, mais dont on se défie dans le contexte particulier de la demande d'asile. Tout se passe comme si, les différents acteurs de l'asile, officiers de protection, juges et probablement les avocats et les médecins étaient convaincus que la violence et les persécutions provoquent des traumatismes, mais qu'ils étaient peu disposés, dans la pratique, à statuer en se servant de cet argument.

⁸⁵ Se référer à la mise en place et la multiplication des cellules d'urgence médico-psychologiques destinées à prendre en charge et à prévenir les traumatismes psychiques dans les suites d'attentat, de prise d'otages, d'inondation de villages, d'explosion d'usine, de suicide de collégien voire de graffiti injurieux sur un mur de lycée.

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

On peut s'étonner que les médecins qui dénoncent les certificats continuent de les rédiger. Trois raisons paraissent déterminantes :

- ✓ On ne peut pas refuser un certificat légitime à une personne.
- ✓ Attester c'est montrer à la personne qu'on croit à son récit ; beaucoup y accordent une valeur thérapeutique.
- ✓ Les soignants gardent l'espoir qu'il pourra contribuer à l'obtention du statut.

Le Comede et Primo Levi sont les deux associations qui dénoncent le plus les utilisations des certificats, mais beaucoup d'autres n'en ont jamais fait un objet de lutte (Centre Minkowska, Parcours d'exil, Avre du temps de son existence) ; d'autres dénoncent ceux qui refuseraient d'en faire notamment le « groupe trauma » de l'hôpital Avicenne à Bobigny dont des psychiatres sont également membres de Médecins sans Frontière : « L' attitude observée parfois de refuser systématiquement la rédaction de certificats médicaux chez ces patients est à notre sens injustifiable. Le psychiatre qui prend en charge le patient devrait au minimum s'assurer alors qu'un collègue peut se charger de la rédaction de ce certificat. »⁸⁶ Pour le centre Minkowska et le groupe trauma d'Avicenne, s'il existe des troubles psychiques, il faut simplement les attester. Il ne s'agit pas ici d'une réflexion institutionnelle, ni d'un engagement auprès d'une cause mais un engagement auprès d'une personne.

⁸⁶ Baubet T., Abbal T., Claudet J., et all : « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Journal International de Victimologie*, *op.cit* .p. 5

Conclusion

Ce que nous partageons comme évident, a une force sur les pratiques. Des normes qui étaient acquises ne le sont plus et ce qui était intolérable ne l'est plus, comme l'interprétation restrictive de la convention de Genève. Une autre norme a « glissé », c'est le récit : il doit dire maintenant ce qu'il faut dire. Ce travail de normalisation du récit fait qu'au bout du compte, ils se ressemblent tous. La véracité sensée être centrale n'a pas de sens, il n'y a pas de moyens de donner la vérité, donc on est dans un régime de vérification des dires. C'est dans ce contexte que l'inflation de la demande de certificats médicaux a eu lieu, tentant de puiser des preuves dans les corps et les esprits. Certains, n'y ont vu aucun problème, d'autres sont entrain de développer une stratégie de l'extrême, le meilleur certificat pour le meilleur résultat : « il faut sauver ceux que l'on peut encore sauver, c'est-à-dire ceux qui ont été torturés ». C'est d'ailleurs un phénomène que l'on trouve dans tous les glissements des normes. D'autres enfin, les plus nombreux en France, ont tenté de résister par un front critique car plus militant. Ils se sont demandés s'ils allaient encore faire des certificats médicaux, car ils avaient l'impression de contribuer, voire de cautionner un système défaillant. Finalement, différents arguments positifs les poussent à toujours en faire : le droit d'avoir un certificat et l'obligation d'en délivrer, et « peut-être que ça marche ». Mais personne ne souhaite vraiment savoir si ça marche ; et si ça marchait, cela voudrait dire qu'effectivement certains sont plus légitimes que d'autres (ceux qui ont été persécutés et qui en gardent des séquelles), on donnerait ainsi raison à une interprétation restrictive ? L'augmentation du nombre de certificats et leur perfectionnement sur deux décennies n'ont pas pour autant augmenté l'acceptation. La question faut-il, ou pas, faire des certificats serait donc un débat marginal. La politique d'asile est devenue une politique d'immigration.

La meilleure aide que peut fournir le soignant, surtout psychologue ou psychiatre, est l'aide au récit ; en effet dignité, retenue et résignation marquent souvent les premiers échanges, la mise en mot est difficile même devant un soignant, mais avec le temps (si on l'a, ressource rare elle aussi), la trame se construit. Le certificat médical, lui, doit décrire, mettre en lien les symptômes⁸⁷ et le vécu, notamment les événements pré migratoires et essentiellement ce qui a causé la fuite. Il doit être au mieux argumenté, appuyant le récit (sans empiéter sur le rôle de l'avocat ni celui du juge) et souligner éventuellement la difficulté de la narration. Dans ces conditions, la documentation de la violence pourrait avoir plusieurs objectifs : corroborer les dires du demandeur et former en tant que tel une preuve ou un indice pourtant pas toujours nécessaire ; autoriser le silence en énonçant les mots que la personne ne peut prononcer (l'indicible), ce qui va bien au-delà de l'écran qui se substitue à la parole ; servir de formation aux juges qui accepteraient de le voir comme tel ; témoigner du vécu si on prête au certificat, comme certains le font, cette vertu thérapeutique en ce sens que le demandeur est traité comme un témoin honnête et digne de confiance, encouragé à explorer son passé ; donner la possibilité aux défenseurs des droits de l'homme d'aborder une des préoccupations fondamentales dans la protection des individus contre de nouvelles violences, c'est-à-dire en documentant de façon effective les violences subies. Ce dernier aspect va au-delà de la simple demande d'asile avec l'avancée des ratifications de la Cour pénale internationale. Il n'en reste pas moins que rédiger un certificat c'est accepter de ne pas maîtriser entièrement le contexte et les enjeux qui l'entourent.

⁸⁷ Le symptôme a lui seul n'est pas la preuve de ce qui s'est passé mais un « indice du lien entre la souffrance et le souvenir », Mestre C. : « La rédaction d'un certificat médical pour demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *op. cit.* p.541

Il reste d'autres aires dans la demande d'asile où les associations, soignants mais aussi les juges, les avocats peuvent (doivent ?) montrer leur identité de militant et pas seulement en France. Ils peuvent le faire sur la base de textes internationaux destinés à ces différentes professions : textes de l'Association Médicale Mondiale et résolutions des Nations Unies ; l'Association Médicale Mondiale⁸⁸, lors de son assemblée générale à Lisbonne en 1983, a réaffirmé l'obligation faite aux médecins d'agir toujours dans le meilleur intérêt du patient et a également reconnu aux patients le droit à l'autonomie et à la justice, soulignant surtout l'obligation pour les professionnels de santé de faire respecter ces droits. Les juges jouent un rôle particulier dans la protection des droits de l'homme⁸⁹. Or le droit d'asile constitue un droit fondamental de l'individu prévu par la Déclaration universelle des droits de l'homme. La liberté de circulation inclut, pour les personnes, celle de fuir leur pays et de chercher asile dans un autre, même si ce droit est limité par le fait qu'il n'existe pas d'obligation pour les Etats d'offrir l'asile. Les normes internationales font également obligation aux avocats de promouvoir et protéger, dans l'exercice de leur fonction les droits de l'homme⁹⁰.

Il existe au moins deux domaines où les besoins sont criants : l'inégalité des demandeurs d'asile et la croyance persistante que les mauvais traitements laissent des traces évidentes :

Tous ceux qui s'occupent de demandeurs d'asile, encore plus peut-être certains juges, savent combien ils sont inégaux dans leur requête et une multitude de facteurs vont influencer l'issue de leur demande ; ceux qui sont dans les CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile) ont plus de chance de voir aboutir leur demande. Ils sont entourés de juristes, de travailleurs sociaux qui peuvent les guider dans ce parcours difficile semé d'embûches tout en étant soulagés dans le quotidien ; ils ont souvent accès à des soignants expérimentés dans les soins aux exilés. Nous n'avons pas la prétention de donner une liste exhaustive de ces inégalités, mais d'attirer l'attention sur certaines d'entre elles.

L'accès à un avocat devant la CRR devrait s'améliorer en 2008 avec l'élargissement de l'aide juridictionnelle à tous les demandeurs et pas seulement à ceux entrés légalement en France ; la disposition antérieure avait ceci de choquant que non seulement le demandeur d'asile n'a que rarement des papiers en règles pour l'entrée sur le territoire, mais aussi que l'arrivée régulière en France, le fait de posséder un passeport, et de disposer d'un visa, est souvent retenu comme un indice d'une absence de persécution. Cette nouvelle disposition dont il faut saluer la justesse, ne remplacera cependant pas l'aide juridique, l'aide au récit, devant la première instance qu'est l'OFPPA.

Le récit écrit, doit être en français. S'il n'existe personne pour l'aider à traduire son récit il y a de fortes chances que celui-ci ne passe pas la première étape d'une demande fondée. L'inégalité est flagrante en centre de rétention entre les demandeurs francophones et les autres ; en effet comme à l'extérieur, la demande d'asile doit être

⁸⁸ L'association Médicale Mondiale est une association internationale de médecins ; elle a rédigé et adopté en novembre 1983 un code international d'éthique médicale, disponible sur le site www.wma.net

⁸⁹ Nations Unies, résolution 40/32 du 29 novembre 1985 et 40/146 du 1^{er} décembre 1985 ; Le principe 6 des Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature dispose que « En vertu du principe d'indépendance de la magistrature, les magistrats ont le droit et le devoir de veiller à ce que les débats judiciaires se déroulent équitablement et à ce que les droits des parties soient respectés »

⁹⁰ Nations Unies, adoptée à La Havane, lors du VIII^{ème} congrès pour la prévention du crime, du 27 août au 7 septembre 1990 : « En protégeant les droits de leurs clients et en promouvant la cause de la justice, les avocats doivent chercher à faire respecter les droits de l'homme et les libertés fondamentales reconnues par le droit national et international »

rédigée en français et cette fois-ci en 5 jours et ils n'ont pas accès à un interprète sauf s'ils peuvent se le payer. C'est un système de débrouille qui se met en place devant lesquels les demandeurs ne sont pas égaux.

L'accès à un entretien à l'OFPPRA est particulièrement difficile pour une personne qui garde des persécutions qu'elle a subies une désorganisation de sa pensée, incapable de construire un récit qui aura toutes les caractéristiques de ce que les officiers de protection attendent pour retenir le bien fondé de la demande. Une véritable audition devient un impératif éthique. Ces entretiens sont encore plus rares pour les personnes en rétention et surtout les chances de pouvoir être entendus varient considérablement d'un point à l'autre de la France⁹¹.

L'accès à des soignants expérimentés, entraînés à faire des certificats médicaux, qui plus est gratuits, pour la demande d'asile est une ressource rare. Cette ressource est inexistante pour les personnes en rétention et en zone d'attente. Or la zone d'attente est le lieu où il faut pouvoir déjà montrer le bien fondé de sa demande pour être autorisé au séjour pour déposer véritablement sa demande à l'OFPPRA. Les soignants pourraient ainsi s'impliquer plus dans la formation de leurs collègues, des juges et des officiers de protection. Les thèmes pourraient porter pour les premiers sur la reconnaissance du traumatisme psychique, les effets du traumatisme sur la demande d'asile, les effets de la demande sur une personne traumatisée, la rédaction des certificats médicaux ; pour les seconds la formation pourrait porter sur les séquelles potentielles de violences physiques et psychiques, en n'oubliant pas que l'absence de lésion ne doit jamais être invoquer pour nier des persécutions ; les effets du traumatisme sur la demande d'asile, l'interprétation des certificats médicaux à moins qu'il ne soit plus utile de demander que ces certificats soient interprétés par des médecins.

Nous formulerons, pour terminer quelques recommandations sur le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile :

- Pour les juges CRR et officiers de protection OFPPRA
 - ✓ Se former aux conséquences que le traumatisme psychique peut avoir sur la demande d'asile.
 - ✓ Se former sur les séquelles possibles de la violence et surtout sur le fait que l'absence de lésions physique ou psychologique ne peut être utilisée pour la nier. Au-delà de la compatibilité, « la preuve médico-psychologique » des mauvais traitements est un mythe.
- Pour les soignants (notamment ceux qui ne travaillent pas dans les associations d'aide aux exilés et/ou aux personnes victimes de violence)
 - ✓ Se former aux problèmes de santé des exilés, en particulier au traumatisme psychique.
 - ✓ Se former à la rédaction du certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile. Ce certificat, à la différence du certificat de coups et blessures volontaires, n'est pas utilisé pour condamner l'auteur des faits mais il

⁹¹ Un rapport de la Cimade indique que les convocations sont rares à Paris, Palaiseau, le Mesnil Amelot et Rouen ainsi qu'à Strasbourg et Toulouse alors que elles sont nettement plus élevées à Coquelles, Hendaye et Lille atteignant un taux de convocation de 70%, voire 100% pour Perpignan : « l'asile en rétention, rapport de la Cimade 2005 », disponible sur le site :

www.cimade.org/publications/rapport2005.htm

Selon l'OFPPRA, en 2006, 61% des demandeurs placés en rétention ont eu un entretien contre 42% en 2005.

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

sert à corroborer les dires du demandeur. Il n'existe donc pas le même risque juridique pour le soignant à faire ce certificat.

- Pour le Conseil de l'Ordre des Médecins
 - ✓ Soutenir les soignants dans leur formation.
 - ✓ Revoir les recommandations sur les certificats médicaux en particulier l'utilisation du conditionnel.
- Pour les soignants et les juges et officiers de protection
 - ✓ Echanger sur les difficultés des pratiques des uns et des autres.
 - ✓ Travailler à regagner une confiance mutuelle perdue ou à tout le moins émoussée.

Annexe 1:

Trame de certificat médical pour une demande d'asile

Je soussigné(e), Dr....certifie...Mr/Mme ...

On peut certifier ici que l'on suit régulièrement la personne ou qu'on l'a examinée à telle date.

L'identité de la personne doit être mentionnée et d'autres détails comme la date de naissance et éventuellement la nationalité. L'adresse n'est pas indispensable.

Il (elle) demande un certificat médical pour joindre au dossier de sa demande d'asile.

Pièces consultées

Noter, ici, les documents dont le soignant a pris connaissance, comme par exemple, le récit remis à l'OFPPRA et à la CRR et la notification de rejet de l'OFPPRA.

Les faits déclarés

Cette partie doit être en accord avec le récit de la personne présentée à l'OFPPRA/CRR. Il ne faut retenir que les faits qui aident à comprendre les désordres physiques et/ou psychiques qui sont constatés. Chaque fait doit être relaté au présent en mentionnant la date du fait. La date doit être la même que celle du récit OFPPRA/CRR. Le soignant ne risque rien à utiliser le présent puisqu'il écrit sous le chapeau « faits déclarés ».

Les doléances (ou les plaintes)

Dans ce paragraphe doivent être inscrits les douleurs et autres troubles comme les difficultés relationnelles, les troubles du sommeil, le manque d'appétit...On peut noter celles qui existaient au début de la prise en charge et il faut alors le signaler, et noter, ensuite, celles qui sont actuelles.

L'examen clinique et Traitement

Psychique

Noter le(les) diagnostic(s) posé(s) et son(leur) évolution(s) éventuelle(s) depuis la prise en charge. Noter le type de prise en charge (psychologique, médicamenteuse, pluridisciplinaire...). Si le soignant estime qu'il n'a pas les compétences pour remplir ce paragraphe, il peut en rester à l'examen physique et confier la personne à un autre soignant pour le versant psychique. Celui-ci fera un deuxième certificat. Par ailleurs, la prise en charge de ces personnes est parfois pluridisciplinaire (médico-psychologique, kinésithérapie, psychomotricité). Ce travail d'équipe qui suppose des relations de confiance autorise le soignant signataire du certificat à reprendre les constatations de ses collègues non médecin à son propre compte.

Physique

Noter ici aussi le(s) diagnostic(s) et leur(s) éventuelle(s) évolution(s) en lien avec les faits. Les pathologies chroniques pour lesquelles la médecine reconnaît une influence psychologique comme l'asthme, l'eczéma, l'ulcère du duodénum...doivent aussi être notées en indiquant ce caractère psychosomatique. Il faut indiquer le moment de leurs déclenchements, avant ou après les faits. Cela montrera l'objectivité du soignant. Noter les déformations et cicatrices en faisant la part de celles qui sont liés aux faits déclarés et celles liées à des accidents par exemple. Cette notification contribue encore à l'objectivité donc la crédibilité du soignant. Il ne faut décrire/mesurer que les cicatrices en liens avec les faits.

Les examens complémentaires

Si des examens ont été réalisés à un quelconque moment et si le soignant a pu directement en prendre connaissance il faut en donner les résultats, à condition encore une fois qu'ils soient en lien avec les faits et qu'ils apportent un éclairage.

Conclusion

Il faut ici se prononcer sur la compatibilité des faits avec l'examen clinique comme par exemple « L'examen est compatible avec les faits déclarés ». L'absence de traces physiques peut être compatible avec les faits et on peut parfaitement l'écrire dans le certificat : « l'absence de lésions physiques n'est pas de nature à remettre en cause les dires de Mr/ Mme...car nous sommes trop à distance du traumatisme ». Par contre, aucune appréciation sur la véracité des faits ne doit être notée, de même sur le contexte, ce n'est pas le rôle du soignant, même s'il est possible d'écrire que « la symptomatologie ne fait pas de doute sur la réalité d'un traumatisme vécu ».

Certificat fait à la demande deet remis.....pour faire valoir ce que de droit.

Le plus souvent il est fait à la demande de l'intéressé et remis en main propre sauf dans le cas d'un mineur où il faut noter l'identité du demandeur et à qui le certificat a été remis.

Date

Signature

Cachet

Annexe 2 :

Glossaire pour les non juristes

Aide juridictionnelle : prise en charge totale ou partielle par l'Etat des frais de justice en fonction des ressources des justiciables. Son application devant la Commission des recours des réfugiés résulte des dispositions de la loi du 10 juillet 1991.

Asile (demande d') : demande de protection d'un Etat autre que celui dont le demandeur est le ressortissant.

L'asile est un droit garanti à la fois par des textes internationaux (la convention de Genève de 1951, complétée par le protocole de New York de 1967) et des textes nationaux (déclaration des droits de l'homme de 1946 repris dans le préambule de la constitution française de 1958). Il existe trois types d'asile : l'asile constitutionnel, l'asile conventionnel et la protection subsidiaire.

L'asile conventionnel est celui selon lequel *" toute 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, du fait de cette crainte, ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays"(art.1).*

L'asile constitutionnel est garanti par le préambule de la constitution de 1946 repris par le préambule de la constitution de 1958. Selon celui-ci *"tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a son droit d'asile sur les territoires de la République"*

Désormais ces deux types d'asile sont alignés. Il existe donc bien deux fondements à la qualité de réfugié, mais une seule procédure et un régime juridique unique fondé sur la Convention de Genève.

L'asile constitutionnel produit les mêmes effets que l'asile conventionnel. L'asile constitutionnel et conventionnel forment ce qu'on appelle en langage courant l'asile politique. Il donne droit à une carte de séjour de dix ans. Enfin, la loi du 10 décembre 2003 introduit une nouvelle catégorie d'asile, la protection subsidiaire qui vient remplacer l'asile territorial, mécanisme créé par la loi "Chevènement" de 1998. La protection subsidiaire est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi du statut de réfugié et qui établit qu'elle est exposée dans son pays à la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants. S'agissant d'un civil, s'il est exposé à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. La protection subsidiaire sert donc à protéger les personnes menacées par des groupes non étatiques lorsque l'Etat ne veut ou ne peut assurer la sécurité. En théorie la Convention de Genève couvre et prévoit déjà ce cas de figure mais la France a une conception restrictive pour son application. La protection subsidiaire ne donne droit qu'à une carte de séjour de un an renouvelable. Depuis la loi du 10 décembre 2003, les demandes d'asile, quel que soit leur fondement, font l'objet d'une procédure unique devant l' OFPRA.

Centre de rétention : en France, l'administration place un étranger en Centre de rétention administrative lorsqu'elle ne peut immédiatement le reconduire à la frontière ou l'expulser. Dans ce cas, elle le "retient" le temps d'organiser son éloignement.

Clandestin : personne qui ne dispose pas de titre de séjour valide dans le pays concerné. Elle a pu cependant y entrer légalement, par exemple avec un visa de

touriste, ou comme demandeur d'asile, ou à l'occasion d'une procédure de regroupement familial, mais elle a été déboutée de sa demande. Beaucoup de sans-papiers sont des clandestins, mais pas forcément. Par exemple, le terme de Sans-papiers englobe les demandeurs d'asile en attente d'un statut, mais ce ne sont pas des clandestins.

Demandeur d'asile: individu qui recherche la protection en tant que réfugié, même s'il n'a pas été formellement reconnu comme tel. Ce terme désigne d'ordinaire une personne qui attend encore que les autorités se prononcent sur son statut de réfugié.

Droit au séjour : dans le cadre de la procédure d'asile, droit pour le demandeur de séjourner régulièrement sur le territoire français, jusqu'à la notification de la décision du Directeur général de l'OFPRA, et, le cas échéant, de la Commission des recours des réfugiés.

Etranger : est étranger tout individu qui a une autre nationalité que celle du pays où il réside. Tous les étrangers ne sont pas des immigrants : on peut être, par exemple, né en France en ayant gardé la nationalité de ses parents qui eux n'étaient pas nés en France.

Formation de jugement à la CRR : composée d'un président (membre du Conseil d'Etat, de la Cour des comptes du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ou magistrats judiciaires) d'un assesseur désigné par le conseil d'administration de l'OFPRA en dehors des agents de cet établissement et en général issu des ministères qui siègent au sein de ce conseil (affaires sociales, intérieur, affaires étrangères et justice) et d'un assesseur représentant le Haut Commissaire des Nations unies pour les réfugiés.

Immigré :

En partant du point de vue du pays d'accueil, est immigrée toute personne née à l'étranger et ayant migré vers le pays où elle se trouve.

Migrant : personne dont le déplacement entraîne l'installation dans un lieu autre que le lieu d'origine, et s'accompagne d'un changement de lieu de résidence habituelle. Un migrant devient un immigré pour le pays d'accueil et un émigré pour le pays qu'il a quitté.

« Ni-ni »

Cette nouvelle appellation qualifie les demandeurs d'asile qui ont vu leur demande rejetée par l'OFPRA et la CRR, voire le Conseil d'Etat et qui ne sont donc pas des réfugiés politiques, mais que la France ne peut expulser du fait de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et de la Convention de Genève selon lesquelles ils ne peuvent être renvoyés dans leur pays d'origine s'il est établi que leur vie y serait menacée. Ces personnes « ni » réfugiées, « ni » expulsables sont ainsi dans une situation de non-droit et de clandestinité.

Pays d'origine sûr : pays d'origine du demandeur d'asile pour lequel le pays d'accueil estime qu'il n'y a pas de crainte de persécution au sens des stipulations conventionnelles.

Pays tiers sûr : pays dans lequel il n'existe pas de risque sérieux de persécution et qui peut être déterminé en fonction d'un certain nombre de critères : respect des droits de l'Homme et des normes internationales relatives aux réfugiés, institutions démocratiques, stabilité.

Procédure administrative : procédure qui n'est pas judiciaire et dépend de l'administration. La Procédure administrative pour les sans-papiers par exemple dépend exclusivement du préfet et des policiers. Pour contester une décision administrative, on fait un recours devant une juridiction spéciale, le Tribunal Administratif.

Rapporteur à la CRR: il a pour rôle au sein de la Commission de recours des réfugiés d'instruire les dossiers de recours formés contre les décisions de refus de reconnaissance de l'asile et de préparer un rapport lu en séance publique se concluant par une proposition motivée de solution.

Réfugié : 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 religieuses, 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" (art. 1 de la Convention de Genève de 1951). En pratique, en France, c'est un demandeur d'asile à qui on a accordé un statut de réfugié. C'est un réfugié politique s'il a obtenu l'asile politique.

Rétention administrative: un étranger qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement et ne peut quitter le territoire français peut être maintenu en rétention administrative pendant le temps strictement nécessaire à son départ. Les lieux de rétentions ne dépendent pas du système judiciaire mais du système administratif (voir procédure administrative). Il suffit qu'un préfet décide que tel lieu sera un lieu de rétention pour qu'il le devienne (cellules de commissariats, chambres d'hôtel, etc.). Certains centres de rétention ont été construits à cet effet. Dans un lieu de rétention, on doit pouvoir recevoir de la visite, avoir un accès un soins médicaux et téléphoner. La CIMADE est généralement présente dans les centres de rétention et aide à faire tous types de démarche.

Sans-papiers : Il existe différentes définitions du terme « sans-papiers ». Au sens strict, un sans-papiers est une personne démunie de titre de séjour régulier sur le territoire où elle se trouve. Le terme de sans-papiers a pris un sens plus large et une résonance plus politique. Suite aux occupations des églises St Bernard et St Ambroise à Paris par des sans-papiers (en 1996), un mouvement organisé de « sans-papiers » porteur de revendications voit le jour. On a dès lors considéré comme « sans-papiers » les demandeurs d'asile en attente de leur statut, les demandeurs d'un titre de séjour en attente, les déboutés de ces différentes demandes et enfin, les clandestins.

Cependant, cette définition ne fait pas l'unanimité et fait encore débat au sein des organismes d'accueil officiels des étrangers et même des associations.

Zone d'attente : lorsqu'un étranger qui demande l'asile arrive en France par voie ferroviaire, maritime ou aérienne, il peut être maintenu en zone d'attente pendant l'examen tendant à déterminer si sa demande n'est pas manifestement infondée. La France compte 120 zones d'attente, mais celle de l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle voit passer 95 % des étrangers concernés.

Bibliographie

Documents officiels

- *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Protocole d'Istanbul)*, Nations Unies, 1999, disponible sur Internet www.ohchr.org/french/about/publications/docs/8rev1_fr.pdf
- Rapports annuels de L'OFPPRA : www.ofpra.gouv.fr
- Handbook on Procedures and Criteria for Determining Refugee Status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugees, UNHCR 1979, Reedited, Geneva, 1992, disponible sur le site www.unhcr.ch
- Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003, JO L31/18
- Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004, JO L304/12
- Directive 2005/85/CE du Conseil du 1^{er} décembre 2005, JO326

Livres

- Arendt. H., *Le système totalitaire*, Paris, Point Seuil, 1995.
- Bouchet-Saulnier. F., *Dictionnaire pratique du droit international humanitaire*, Paris, La découverte, édition actualisée et enrichie, 2006.
- Castagnos-Sen. A. : *Les conditions d'exercice du droit d'asile en France*, Paris, La documentation française, 2006.
- Fassin. D., Rechtman. R. : *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
- Le Cour Grandmaison. O., Lhuillier. G., Valluy. J., *Le retour des camps ?*, Paris, Autrement, 2007.
- Le Pors. A., *Le droit d'asile*, Vendôme, Que sais-je ? PUF, 2005.
- Noiriél. G., *Réfugiés et Sans-papiers, la république face au droit d'asile XIX-XX^{ème} siècle*, Paris, Hachette Pluriel, 1998.
- Physicians for Human Rights, *Examining Asylum Seekers*, Boston, 2001, disponible à partir du site physicianforhumanrights.org/asylum/
- *Le praticien face à une victime de torture*, ouvrage collectif, téléchargeable sur le site www.sante.gouv.fr
- Le Comede, *Migrants/étrangers en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique 2005*, téléchargeable sur le site www.comede.org
- Amnesty International, *Guide de l'asile en France*, Septembre 2006

Revues

- Baubet T., Abbal T., Claudet J., et all : « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Journal International de Victimologie*, n°2, 2004 ; disponible sur le site : [www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2044_%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2044_%20(2).htm)
- Delouvin P.: "The evolution of asylum in France", *Journal of Refugees Studies*, 2000, vol 13, p. 61-73.
- Drogoul F.: «Contre une dénaturation du droit d'asile», *Rhizome, Bulletin national de santé mentale et précarité* ; 2005, n°21, p. 10-13; disponible à partir du site www.orspere.fr/-Rhizome-

- Fassin D., Halluin E (D') : « The Truth from the Body: : Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers », *American Anthropologist*, 2005, vol 107, p. 597-608.
- Forsman L., Edston E.: « Medicolegal Certificates in Investigations of Asylum Applications », *Journal of Medical Ethics*; 2000, vol 26, p. 289-290.
- Giroux F. : « Rôle ambigu du certificat médical », *Rhizome, Bulletin national de santé mentale et précarité* ; 2005, n° 21, p. 44-46 ; disponible à partir du site www.orspere.fr/-Rhizome-
- Halluin E. (D'), Latté S., Fassin D., Rechtman R : « La deuxième vie du traumatisme psychique : cellule médico-psychologique et interventions psychiatriques humanitaires », *RFAS* ; 2004, n°1, p. 58-75.
- Halluin E. (D') : « Travailler sa voix ou comment rendre sa demande d'asile audible », *Le croquant*, 2006, vol 51/52, p. 13-22.
- Henriques C, Agrali S. : « Certificat médical et logique de la preuve », *Pratiques les cahiers de la médecine utopique* ; 2005, n°31, p. 33-36.
- Hérin F., Faurie C., Soumah M. et all : « Constatations médico légales chez les réfugiés alléguant être victimes de torture » (sous presse).
- Herlihy J., Scragg P., Turner S.: « Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study », *BMJ*, 2002, vol 324, p.324-327.
- Herman J.L.: «Complex PTSD a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma »; *J Trauma Stress*, 1992, vol 5 , p. 377-391.
- Hugon L. : « L'asile en France, entre suspicion et obsession du chiffre » *Courrier de l'ACAT* ; n°268, septembre octobre 2006, p.37-39.
- Khan-Bensaude I. : « Certificat médical attention danger », *Bulletin du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris*, 2006, n°99, p. 5.
- La Cimade, « l'asile en rétention, rapport de la Cimade 2005 », disponible sur le site : www.cimade.org/publications/rapport2005.htm
- Le Comede : « Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés », *Maux d'exile*, mars 2006, n°14, p. 7-8.
- Lochak D. : « Le tri des étrangers : un discours récurrent », *Plein Droit*, 2006, 69, p. 4-8. Disponible sur le site du Gisti www.gisti.org/doc/plein-droit/
- Mestre C. : « La rédaction d'un certificat médical pour demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *Evolution psychiatrique*, 2006 ; vol 71, p. 535-544.
- Remy J., Le Gall C. : « Je ne veux plus trier les réfugiés », *l'Express* du 19/01/06 ; disponible sur le site www.laconscience.com
- Rousseau C., Foxen P. : « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? », *Evolution Psychiatrique*, 2006, vol 71, p. 505-520.
- Valluy J : « Genèse du " faux réfugié " », *Plein Droit*, 2006, n° 69, p. 19-22. Disponible sur le site du Gisti www.gisti.org/doc/plein-droit/
- Veïsse A. : « Les lésions dangereuses », *Plein Droit*, 2003, n°56, p32-35.
- Vorhauer W. : « Pratique de l'examen médico-judiciaire », *Le bulletin de l'ordre des médecins*, n°10, décembre 2006, p.14-15.

Jurisprudence

Devant le Conseil d'Etat

- Blezin, 25 février 1987, n°72009
- Dakwah, 20 mai 1987, n°70982
- Markovic, 13 mars 1981, n°18758
- Vartanyan, 06 mai 1981, n°23829

Devant la Cour européenne des droits de l'homme

- Nasimi v. Swedenn, décision d'irrecevabilité, 16 mars 2004, requête n° 38865/02
- Ovdienko v. Finland, décision d'irrecevabilité, 31 mai 2005, requête n° 1383/04
- Cruz Varaz c. Suède, arrêt du 20 mars 1991, requête n° 1557/89
- Paramsothy v. Netherlands, décision d'irrecevabilité, 10/05/2005, requête n° 14492/03
- T.I c. Royaume-Uni, décision d'irrecevabilité du 07 mars 2000, requête n° 43844/98
- Hilal c. Royaume-Uni, arrêt du 06 mars 2001, requête n° 45276/99

Autres sites Internet sources d'informations

- Commission de Recours des Réfugiés : www.commission-refugies.fr
- Association professionnelle des rapporteurs près la CRR : www.apra-crr.asso.fr
- Réseau d'alerte sur les inégalités : www.bip40.org
- Site de Forum Réfugiés : www.forumrefugies.org
- Conseil national de l'ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (Anafé), www.anafe.org
- Migreurop, réseau de militants et de chercheurs d'Europe et du Maghreb dénonçant et combattant les mises à l'écart des migrants et demandeurs d'asile jugés indésirables : www.migreurop.org ; voir notamment carte des camps en Europe : www.migreurop.org/rubrique45.htm

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

Table des matières

	Pages
Acronyme	3
Introduction	4
I Aspects politiques et juridiques	7
1 le réfugié menteur ou comment les chiffres ont été interprétés	7
1.1 La spirale du rejet	7
1.2 Une interprétation restrictive de la convention de Genève	9
2 Le récit, pièce centrale du dossier, confronté à l'entretien et à ce que les juges et officiers de protection en attendent	11
3 Accréditation d'une situation, charge de la preuve	12
3.1 Les officiers de protection et leurs conditions de travail	12
3.2 L'intime conviction	13
II Aspects Médico-psychologiques et éthiques	17
1 Le traumatisme psychique	18
1.1 Historique	18
1.2 Le traumatisme psychique chez les demandeurs d'asile	20
1.3 Inter relation entre le traumatisme psychique et la demande d'asile	22
2 Les problèmes rencontrés par les soignants dans la demande de rédaction de certificat médical pour l'asile	23
2.1 Danger politique	23
2.2 Danger déontologique	24
2.3 Danger éthique	25
2.4 Danger psychologique, la re traumatisation	26
2.5 Danger évaluatif	27
III Place du certificat médical	28
1 Les textes n'évoquent pas directement le certificat médical	28
1.1 Les textes français	28
1.2 Les directives européennes	29
2 Evolution du nombre et de la qualité des certificats médicaux	30
2.1 L'inflation de la demande de certificats	31
2.2 L'évolution du type de certificat	32
3 Valeurs accordées par les juges, les officiers de protection et les avocats aux certificats	36
3.1 Valeur globale	37
3.2 Valeurs sous conditions	39
3.2.1 L'auteur	39
3.2.2 L'allure de la rédaction	42
3.2.3 Le contenu	42
3.3 La possibilité de nuisance du certificat médical	45

Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France

4 Comment la Cour européenne des droits de l'homme traite avec les demandeurs traumatisés ? Prend-elle en compte les certificats médicaux ?	46
5 Qu'est-ce qu'un certificat décisif?	48
Conclusion	50
Annexe 1 Trame de certificat médical pour demande d'asile	54
Annexe 2 Glossaire pour les non juristes	56
Bibliographie	59