

Procédure d'asile et rapports médicaux*

Thomas Maier

Deutsch erschienen
in SÄZ 6/2006.

Résumé

Force est de constater que les expertises médicales sollicitées dans le cadre d'une procédure d'asile se multiplient, en particulier celles d'ordre psychiatrique. Il s'agit, en général, de rapports médicaux établis sur la base d'un formulaire standard transmis à l'Office fédéral des migrations. Mais il faut savoir qu'au regard de la pratique actuelle de l'asile, le facteur santé n'est guère pris en compte dans la reconnaissance du statut de réfugié. Ce n'est qu'une fois la demande rejetée, lorsqu'une admission provisoire est prononcée, que l'état de santé du requérant prend une certaine importance. Mais les requérants d'asile et les médecins sont trop nombreux à ne pas le savoir. Pour éviter tout écueil, cet article propose une série de recommandations à suivre dans l'établissement de rapports médicaux dans le contexte de la procédure d'asile.

Introduction

Si la question de l'asile a cessé d'occuper le devant de la scène, conséquence de la baisse du nombre de demandeurs, elle n'en continue pas moins d'agiter les esprits. Et pour cause, à l'instar d'autres secteurs de politique sociale, on assiste, depuis quelque temps, à une «médicalisation» de la procédure d'asile. On observe, en effet, une prise d'importance des expertises médicales dans le processus décisionnel. Concrètement, les médecins sont de plus en plus souvent sollicités pour établir des certificats médicaux à l'adresse de l'Office fédéral des migrations (ODM, anciennement Office fédéral des réfugiés ODR). La FMH a d'ailleurs soulevé à plusieurs reprises les difficultés qui y sont inhérentes [1]. Mais il reste un certain nombre de zones d'ombre et de divergences de vues quant au rôle que l'avis des praticiens est appelé à jouer dans la procédure d'asile.

La procédure d'asile a pour but de définir, au terme d'un processus juridique, si une personne remplit ou non la qualité de *réfugié*. A cet égard, la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés (ou Convention de Genève) donne, de la notion de réfugié, une définition contraignante à l'échelle internationale [2]. Est ainsi considérée comme réfugié, 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 opi-

nions politiques» est contrainte de fuir son pays d'origine. Cette notion revêt indéniablement une grande importance dans notre pays, eu égard aussi à la politique ambiguë de la Suisse durant la Seconde guerre mondiale. Sans compter que, dans un pays qui a vu naître le père fondateur de la Croix-Rouge, garantir la protection et l'accueil des victimes de persécutions et de violences fait partie de notre identité et de nos traditions nationales. Dans le même temps, sous l'effet de nouvelles dynamiques migratoires d'envergure mondiale, une certaine confusion s'est installée dans les pays industrialisés, ces dernières années, entre droit d'asile et migration économique et de travail. Faute de véritable politique migratoire nationale, c'est donc aux autorités de l'asile qu'il revient de traiter les demandes de nombreux requérants non éligibles au statut de réfugié. Or, distinguer les «vrais» réfugiés des «faux» requiert un investissement personnel et intellectuel considérable, qui suppose une solide maîtrise des techniques procédurales, mais aussi, au final, des coûts substantiels, sans pour autant garantir la pertinence des décisions. Dans ce processus, au même titre que tout autre processus de distinction (p.ex., lorsqu'il s'agit d'établir l'invalidité d'un patient, le lien de causalité ou encore la responsabilité en cas d'accident), il est évident que le constat juridique – le plus objectif soit-il – ne saurait être libre de toute influence politique, sociale ou personnelle. Là, comme dans bien d'autres domaines à la croisée du juridique, du politique et du social [3], des considérations médicales se mêlent de plus en plus souvent à celles de l'asile: les acteurs impliqués estiment sans doute que l'argument médical permettra de faire objectivement la part des choses, tout en conférant davantage de légitimité aux décisions. Dans la majorité des cas, les troubles invoqués par les intéressés relèvent de la psychiatrie. A cet égard, l'ODM observe, depuis 1998, une progression continue des cas rapportés de problèmes de santé, d'ordre psychiatrique pour 65% des tableaux cliniques.

Procédure d'asile et médecine

Quand et dans quel but l'argument médical peut-il être invoqué en procédure d'asile? Et quel peut être le poids d'un avis médical? Sujettes à controverse, ces questions comportent aussi des zones d'ombre [1]. En effet, à la différence de l'invali-

* Suivant une proposition du Dr Ignazio Cassis [8] l'Office fédérale des migrations a réalisé la traduction de cet article en français. La version originale allemande a paru dans le BMS 6/2006.

Correspondance:
Dr Thomas Maier
Centre ambulatoire de la Croix-Rouge pour les victimes de la torture et de la guerre
Hôpital universitaire de Zurich
Culmannstrasse 8
CH-8091 Zurich
tél. 044 255 52 80
fax 044 255 86 45
thomas.maier@usz.ch

dité, qui s'apprécie essentiellement sur la base d'expertises médicales détaillées, dans le domaine de l'asile, celles-ci ne jouent quantitativement qu'un rôle secondaire. Sans doute en raison, notamment, du faible potentiel économique des intéressés. A vrai dire, dans le cas de la procédure d'asile, on a avant tout à faire à des *certificats médicaux*. L'auteur du rapport est en général le médecin traitant, lequel entretient aussi une relation de confiance avec son patient. Le diagnostic est donc posé à l'issue d'examen cliniques et d'entretiens thérapeutiques et non à des fins d'expertise (à la différence de l'expertise réalisée par un expert mandaté à ce titre). C'est pourquoi il pourra difficilement être exempt de toute partialité – ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il soit lacunaire ou entaché d'erreur.

Les requérants invoquant des problèmes de santé sont invités à présenter un certificat médical à l'ODM à l'appui de leurs allégations. Une demande de certificat peut intervenir à tout moment de la procédure. Sur demande, l'ODM établira une attestation de prise en charge des frais d'établissement du certificat médical, pour autant qu'il soit établi à la requête des autorités. A l'inverse, si le requérant en demande l'établissement de sa propre initiative, les frais y afférents seront à sa charge. L'ODM a conçu, à cette fin, un formulaire (de type expertise AI) intitulé «Rapport médical», que le médecin est invité à compléter, en indiquant l'anamnèse du patient, son état de santé et, le cas échéant, le traitement nécessaire. Ce formulaire est téléchargeable en ligne (www.odm.admin.ch). A noter qu'il a été légèrement modifié récemment (la question, d'ailleurs contestable, de l'appétit au voyage a été supprimée.)

Quant au contenu du certificat, les attentes diffèrent manifestement en fonction de la perspective et des intérêts de chacun (ceux du requérant, de son représentant légal, du médecin traitant ou encore des autorités). D'où le risque de l'instrumentaliser au service des intérêts de l'une ou l'autre des parties. La seule solution est donc de rédiger un rapport qui soit le plus objectif et factuel possible, en privilégiant les aspects transparence et compréhension.

Nombreux sont les réfugiés (comme les médecins d'ailleurs) qui pensent que l'état de santé du demandeur est pris en compte dans la reconnaissance de la qualité de réfugié. Tel n'est pas le cas. La pratique de l'asile veut qu'on se limite à apprécier si le requérant est exposé ou non à des persécutions dans son pays de provenance. Le facteur santé n'entre en ligne de compte que si le requérant est débouté de sa demande. C'est à ce stade de la procédure que l'octroi d'une *admis-*

sion provisoire (cf. permis F) devient envisageable, notamment si l'intéressé souffre d'une maladie dont le traitement ne peut pas être assuré dans son pays de provenance. Les problèmes de santé n'entrent, effectivement, en ligne de compte que pour apprécier le caractère licite et raisonnablement exigible du retour ou du rapatriement de l'intéressé dans son pays de provenance. La jurisprudence admet qu'une admission provisoire pour raisons médicales soit ordonnée *si l'on peut craindre que, peu après son retour, l'état de santé de l'intéressé se dégrade au point de mettre sa vie en péril, faute de traitement disponible sur place*. Le but premier du certificat médical est donc de donner aux autorités des éléments leur permettant de répondre à cette question, *dans l'hypothèse où la demande d'asile a été rejetée*. Il leur sera donc plus utile d'avoir des indications concernant l'état de santé actuel du patient et les maladies dont il souffre que des éléments de l'anamnèse. Par ailleurs, pour certaines affections, il est essentiel que l'ODM ait un maximum d'informations sur les modalités du traitement pour être en mesure d'apprécier si celui-ci est envisageable ou non dans le pays de provenance de l'intéressé. Selon ses propres indications, les décisions de l'office sur ce point reposent sur une pratique décisionnelle suivie depuis juin 2004, définissant plus précisément les critères d'appréciation de l'exigibilité du renvoi.

Les autorités de l'asile ne voient pas, en l'occurrence, la nécessité de documenter de façon systématique les traces et les séquelles de la torture – comme il est recommandé (et même prescrit) de le faire dans le contexte international des mouvements pour les droits de l'homme [4], estimant qu'il n'en découle pas nécessairement une menace actuelle. On pourra le juger discutabile, voire réfutable, mais c'est l'argument retenu par la jurisprudence (récemment validé par les politiques d'ailleurs).

Il convient de noter également, en particulier pour les cas relevant de la psychiatrie, que la condition même du requérant (statut de séjour précaire, issue incertaine de la procédure, interdiction de travailler et de suivre une formation etc.) ne facilite souvent pas le traitement des troubles diagnostiqués, et que la garantie d'un statut de séjour plus stable contribuerait parfois davantage à le soigner que des mesures médicales. Ce dilemme, nous le signalons dans le certificat médical, tout en sachant que c'est un argument auquel les autorités de l'asile pourront difficilement se rallier.

La capacité de l'ODM à apprécier pleinement et en toute connaissance de cause le contenu des certificats médicaux a souvent été mise en doute

[1]. Sur ce point, la nécessité s'est fait sentir de pouvoir recourir à l'expertise d'un médecin-conseil, qui aurait le mérite de réunir compétences médicales et objectivité. Pour sa part, l'ODM se défend de cette critique, affirmant disposer de l'expertise requise à travers l'assistance d'un service médical spécialisé, mais aussi de son réseau de spécialistes internes et externes. Par contre, nous ne savons rien de la situation de la Commission suisse de recours en matière d'asile (CRA).

Crédibilité

Les certificats médicaux délivrés dans le cadre d'une procédure d'asile soulèvent, en outre, la question controversée de l'*appréciation de la crédibilité*. Pour les autorités de l'asile (c'est-à-dire l'ODM et la CRA), la crédibilité des déclarations est l'un des enjeux majeurs de la procédure. En effet, pour distinguer les «vrais» réfugiés des «faux» (nous l'avons évoqué plus haut), il s'agit d'apprécier, à l'instar d'une procédure pénale, la cohérence et la crédibilité des déclarations faites, souvent en l'absence d'autres preuves objectives. Dans le contexte de la procédure d'asile, l'ODM s'attache, pour l'essentiel, à mettre en évidence les problèmes de cohérence et de crédibilité que pourraient présenter les allégations faites. Le rapport médical n'échappe pas à la règle. De leur côté, le requérant d'asile et son représentant légal attendent d'un certificat médical qu'il fournisse une «preuve» à l'appui de leur cause, ou du moins des indices confirmant le bien-fondé de leurs allégations. Ce sont des enjeux qu'il faut garder à l'esprit dans la rédaction d'un certificat médical, s'agissant des éléments qui devraient y figurer et sous quelle forme.

Sa pratique décisionnelle en témoigne, pour l'ODM, un certificat médical ne permet pas d'attester de la crédibilité du demandeur au sens juridique du terme. Nous partageons cet avis. Il est généralement reconnu que l'appréciation de la crédibilité d'un témoignage est une opération difficile qui relève de la psychiatrie légale et qui requiert non seulement une solide expérience, mais aussi beaucoup de méthode et de diligence [5–7]. On admet aujourd'hui que seule l'application de techniques et de méthodes spéciales issues de la psychologie du témoignage permet de répondre à ce type de questions. Cette opération est plus difficile encore dans le cas de la procédure d'asile, sachant que des circonstances politiques, historiques et culturelles particulièrement complexes viennent souvent s'y greffer. Sans compter les problèmes de langue et de traduction. On peut donc légitimement s'interroger s'il faut, ou même si l'on peut se prononcer

sur la crédibilité de motifs d'asile dans un simple certificat médical, en dehors du strict cadre d'une expertise légale. On reproche aisément à ceux qui le font de manquer de professionnalisme ou de prendre parti; et ce n'est pas à tort que l'ODM critique les rapports qui ne sont pas suffisamment fondés à cet égard. Face à ce constat, Kuhn et Steiner-König [1] proposent de réaliser, pour le compte de l'ODM, des analyses de cohérence sur la base de critères médicaux, conformément aux définitions énoncées dans le protocole d'Istanbul [4]. Ils rappellent que recueillir l'avis d'un médecin est une évidence mondiale lorsqu'il y a présomption de torture. Mais pour le médecin, c'est marcher sur une corde raide et il faut être conscient des problèmes qui peuvent se poser:

En qualité de médecin traitant, notre attitude à l'égard de nos patients sera forcément empathique et solidaire, gage d'une relation de confiance. Et ce d'autant plus si nous pensons être en présence de graves traumatismes. Sachant que, dans le contexte thérapeutique, *nous nous devons* d'être à l'écoute de notre patient, une analyse de cohérence conclura presque toujours à un degré de crédibilité élevé. Quoique établi en toute bonne foi et sans vouloir biaiser la réalité, ce constat ne saurait toutefois constituer un argument objectif au sens juridique du terme; d'où aussi les réserves des autorités de l'asile à cet égard. Mais on ne peut pas attendre d'un médecin traitant qu'il juge moyenne ou faible la crédibilité de son patient. Ce serait sortir de son rôle de soignant que de penser pouvoir se prononcer objectivement, sous l'angle juridique, sur la crédibilité de motifs d'asile. Le praticien doit se garder de mélanger, plus que de raison, thérapie et discours de l'asile, par ex., en concevant le dialogue médecin-patient dans l'optique d'une analyse de cohérence, comme si la crédibilité du vécu des patients était négociable.

En établissant un certificat médical à l'adresse de l'ODM, le praticien se concentrera donc sur le diagnostic et l'anamnèse du patient: il indiquera si le diagnostic posé correspond effectivement au vécu et aux symptômes décrits par le patient, mais se gardera d'apprécier le degré de fiabilité de ce constat.

Le problème du PTSD

Le problème du diagnostic du PTSD ou syndrome de stress post-traumatique mérite également d'être soulevé: à la différence de la démarche strictement descriptive retenue dans les manuels de diagnostic des troubles mentaux CIM-10 et DSM-IV, le PTSD nécessite un bilan étiologique. Pour poser ce diagnostic, il faut donc établir la présence d'un traumatisme déclen-

chant. Or il est déjà arrivé que l'ODM et la CRA reprochent à des médecins d'empiéter sur leur domaine de compétence, pour avoir constaté, dans leur rapport, la présence d'un traumatisme. Et d'ajouter que les allégations du requérant n'étant pas crédibles en l'espèce, il ne pouvait donc pas non plus en résulter de troubles. Ce qui revient en fait, indirectement, à qualifier le rapport de certificat de complaisance. Cette argumentation circulaire exclut d'emblée la possibilité de diagnostiquer un PTSD dans les certificats médicaux adressés aux autorités de l'asile. Notons que ce problème a fait l'objet d'un débat analogue en Allemagne. Sur ce point, Volbert [5] reconnaît que le diagnostic du PTSD conduit implicitement l'expert à se prononcer sur la question de la crédibilité. L'auteur propose donc – sans en préciser les modalités – d'établir cliniquement la présence de symptômes de PTSD; tout en admettant que, même cliniquement établis, les symptômes ne permettent pas d'en déduire les facteurs déclenchants. Enfin, s'il s'agit d'apprécier la crédibilité d'un récit (individuel) de persécution, il faut impérativement s'en remettre aux méthodes issues de la psychologie du témoignage [5]. Nous l'avons évoqué plus haut, le recours à ce type de méthodes suppose une solide spécialisation et ne peut intervenir que dans le cadre d'une expertise approfondie.

En présence d'un PTSD, un constat clair et net s'impose donc. L'énoncé du diagnostic pré-suppose déjà, en soi, la présence d'un traumatisme. Quant à savoir comment, quand et dans quelles circonstances il est survenu, le médecin traitant l'établira sans difficulté dans le contexte thérapeutique et avec toute la certitude voulue *de son point de vue*, selon les épisodes de souvenirs intrusifs et de cauchemars dont souffre le patient. Que ce constat n'ait pas la force probante requise pour l'ODM est inhérent aux aléas de la procédure d'asile. Rappelons aussi, pour être précis, que le syndrome de stress post-traumatique ne représente qu'une infime proportion des nombreuses psychopathologies rencontrées d'origine traumatique [4].

Recommandations

Pour l'essentiel, le certificat médical établi dans le cadre d'une procédure d'asile devrait ainsi comprendre: un compte rendu médical précis de l'état de santé actuel du patient, accompagné éventuellement de notes pour expliciter le diagnostic. Le cas échéant, le médecin veillera, en outre, à fournir des indications concernant le traitement des affections diagnostiquées. Les éléments de l'anamnèse établie à partir des déclara-

tions du patient y figureront sans appréciation ou autre commentaire. Enfin, on évitera de tirer des conclusions spéculatives sur les rapports de cause à effet. A la rigueur, il suffira d'indiquer, sans autre appréciation, que le diagnostic posé est compatible avec l'anamnèse du patient. Ces recommandations se recoupent, dans les faits, avec les attentes de l'ODM en matière de certificats médicaux. L'ODM précise, en effet, que ceux-ci doivent être:

- compréhensibles;
- établis par des professionnels de la santé mandatés ou disposant des compétences requises à cet effet;
- être rédigés en toute objectivité et transparence;
- contenir des informations de fond;
- comporter des indications compréhensibles sur le traitement indiqué et le traitement en cours.

Remerciements

à Julia Müller, Dr phil., et à Jochen Binder, Dr méd., Service ambulatoire pour les victimes de la torture et de la guerre (AFK) Zurich, pour la relecture du manuscrit; à Patricia Ganter, lic. phil., responsable du Groupe de travail cas médicaux, Office fédéral des migrations, pour la relecture des épreuves et ses précieuses informations.

Références

- 1 Kuhn HP, Steiner-König U. Ärztliche Berichte und Gutachten im Asylbereich – ausgewählte Aspekte aus Sicht der FMH. Schweiz Ärztezeitung 2002; 83(36):1873-80 (paru également dans Asile 2002/3, p. 3-10).
- 2 HCR. Convention relative au statut des réfugiés, 1951. www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/oc_ref_fr.htm.
- 3 Maier T. Das Medizinalsystem als Ort sozialer Konsensfindung. Schweiz Ärztezeitung 2001; 82(39):2065-7.
- 4 HCDH. Protocole d'Istanbul, 1999. www.ohchr.org/french/about/publications/docs/8rev1_fr.pdf.
- 5 Volbert R. Beurteilung von Aussagen über Trauma, Erinnerung und ihre psychologische Bewertung, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber; 2004.
- 6 Birck A. Traumatisierte Flüchtlinge – Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger; 2002.
- 7 Möller A, Maier P. Akzeptanz forensischer Gutachten zur Frage der Zeugenglaubhaftigkeit – Daten einer explorativen Zürcher Studie. Psychiatrische Praxis 2001;28:409-10.
- 8 Cassis I. Arztberichte im Asylverfahren. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):545-6.