



HAL
open science

“ Faire cas ” du traumatisme dans une consultation d’expertise médicale auprès de demandeurs d’asile

Nicolas Chambon, Roman Petrouchine

► To cite this version:

Nicolas Chambon, Roman Petrouchine. “ Faire cas ” du traumatisme dans une consultation d’expertise médicale auprès de demandeurs d’asile. Rhizome, 2020, N°75-76 (1), pp.141. 10.3917/rhiz.075.0141 . halshs-03169214

HAL Id: halshs-03169214

<https://shs.hal.science/halshs-03169214>

Submitted on 15 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Nicolas Chambon

Sociologue, directeur du pôle recherche
Orspere-Samdarra
Directeur de publication de la revue Rhizome
Centre Max-Weber, université Lumière Lyon II
ANR Remilas
Lyon

Roman Pétrouchine

Pédopsychiatre
Chargé de recherche Orspere-Samdarra
ANR Remilas
Lyon

« FAIRE CAS » DU TRAUMATISME DANS UNE CONSULTATION D'EXPERTISE MÉDICALE AUPRÈS DE DEMANDEURS D'ASILE

Accompagner, soigner, soutenir des personnes en situation de migration sont des activités qui demandent aux professionnels et bénévoles de la conviction et des formes d'engagement. La volonté de ceux qui viennent en aide aux personnes migrantes et la croyance que leur action n'est pas vaine est d'autant plus marquée lorsque celles-ci ne parlent pas la langue des acteurs de l'accompagnement. Il est dès lors nécessaire de s'associer à un interprète professionnel pour comprendre au mieux la complexité des situations personnelles, des routes migratoires et des procédures administratives. Les histoires de vie sont effroyables, mais peuvent avoir besoin d'être énoncées. Elles sont extraordinaires, mais à force apparaissent malheureusement ordinaires aux soignants, accompagnants et interprètes. Elles sont indicibles, mais *doivent* être racontées et traduites dans le cadre de la procédure administrative. En effet, pour les personnes allophones, un travail de traduction est nécessaire. Pour demander l'asile, les personnes ont à exposer leur parcours, le sentiment de crainte qui a motivé leur départ et les persécutions subies. Elles doivent établir la preuve de leur condition de victime, quitte à exhiber leur intimité. Dans cet article, nous nous intéresserons à la manière de rendre compte, d'objectiver et de traduire ce qui s'apparente être un « événement traumatique » – en l'occurrence ici un viol – dans le cadre d'une expertise médicale en présence d'une interprète professionnelle. Nous utiliserons certaines données issues de la recherche « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)¹, soit des consultations médicales filmées et des entretiens avec des médecins réalisant des expertises auprès des migrants.

¹ Nous vous invitons à consulter le site du projet Remilas : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/>

Médecine et droit d'asile, la santé mentale et le traumatisme

Dans le cadre du projet de recherche Remilas, nous nous sommes notamment attachés à comprendre l'activité et le rôle de l'interprète dans le cadre de la consultation médicale. L'un des terrains d'enquête a été « Médecine et droit d'asile » (Méda), structure associative basée à Lyon². L'objet de l'Association est de « recevoir les demandeurs d'asile rejetés par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) afin d'établir un certificat relevant des éléments significatifs d'antécédents de traitements cruels, inhumains ou dégradants³ ». Le certificat médical, émis dans le cadre du recours des requérants, est destiné à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) et vient en appui de leur dossier. L'équipe est aujourd'hui composée d'une quinzaine de médecins et de quatre secrétaires bénévoles. Entre 1988 et 2018, environ 12 000 consultations ont été effectuées. En 2019, un peu plus de 1 000 certificats médicaux ont été délivrés – gratuitement – par le Méda. L'engagement des membres de l'Association est remarquable. Il leur importe de toujours répondre aux demandes sans en refuser. Les médecins veillent à établir des certificats de qualité. L'Association s'est ainsi dotée d'un conseil scientifique : celui-ci invite des experts sur des domaines particuliers afin d'accroître les savoirs et les pratiques des médecins bénévoles. Il constitue également un lieu d'échange collectif autour des certificats médicaux rédigés par les médecins de l'association. Toujours dans l'objectif d'améliorer leur pratique, les membres du Méda participent aussi à des formations sur des sujets divers, comme celle sur « les violences sexuelles chez les réfugiés », dispensée par le Centre Primo-Levi. Les membres de l'Association sont vigilants à ce que leurs certificats soient crédibles aux yeux des partenaires et cet effort n'est pas vain, car les certificats médicaux de la structure sont « connus » et « reconnus » comme étant de qualité par les acteurs de l'asile. À titre d'exemple, un juge de la CNDA, rencontré dans leurs locaux, nous confiera apprécier ces certificats pour leur « sérieux ».

L'orientation des requérants vers le Méda se fait principalement par les partenaires associatifs (Peugny, 2019). Les requérants rencontrent généralement une seule fois les médecins de l'Association. Les consultations durent entre 45 minutes et deux heures. Le certificat médical peut, si l'avocat du requérant le juge utile, être mobilisé au cours de sa plaidoirie à la CNDA. Afin de comprendre les requérants qui ne parlent pas suffisamment bien ni le français ni l'anglais – certaines consultations se déroulent en effet en anglais –, le recours à l'interprète est souvent nécessaire. Toutefois, l'Association ne finance pas directement les interprètes. Ils sont donc soit directement payés par les demandeurs d'asile, soit par les structures qui hébergent les requérants – ce qui constitue le cas le plus commun –, ou alors par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes grâce à un protocole particulier⁴. Les interprètes apprécient intervenir au Méda.

² Historiquement, l'association succède au Centre de droit et éthique de la santé (CDES), créé en 1988, sous la forme d'une unité fonctionnelle des Hospices civils de Lyon et dépendant du service de médecine légale du Centre hospitalier universitaire. Le CDES a fonctionné jusqu'en mars 2016 au rythme de trois journées par semaine, avec des médecins consultant dans deux cabinets distincts. Aujourd'hui, les consultations sont réparties sur deux sites à Lyon.

³ Selon les statuts de l'association.

Le lieu où les médecins ont en effet l'habitude de travailler avec eux est « accueillant », selon les mots d'une interprète qui intervient régulièrement dans la structure.

Idéalement, dans le cadre de la consultation au Méda, le requérant apporte un certain nombre de documents, tels que la transcription du récit de la demande d'asile transmis à l'Ofpra, la lettre de rejet de l'Ofpra ainsi que les notes d'entretien qui accompagnent cette lettre, le recours qui a été envoyé à la CNDA, les coordonnées de son avocat et les documents médicaux établis dans le pays d'origine – si c'est le cas, les documents doivent être traduits par un traducteur agréé – et/ou en France. C'est au début de la consultation que le médecin prend connaissance du récit que le demandeur d'asile a envoyé à l'Ofpra et du recours envoyé à la CNDA. Le médecin demande ensuite des précisions sur le récit et cherche des « séquelles physiques ou psychologiques ». Certains médecins photographient les marques et autres cicatrices des requérants lors de l'examen clinique, mais cette pratique fait débat au sein de l'Association.

Le but du certificat médical est d'établir un degré de compatibilité entre le récit et les données de l'examen clinique. Pour ce faire, l'Association se base sur le protocole d'Istanbul, publié en 2005 par le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH), qui établit ainsi une échelle graduelle de compatibilité entre le récit des faits et les constatations du médecin. Il est exigé que le rapport médical établi soit précis. Les constatations se doivent d'être les plus « objectives » possible. Concernant les marques physiques, notamment les brûlures et les cicatrices, l'objectivation ne pose pas réellement question aux médecins. Il est par contre plus difficile de trouver les bons termes pour certifier ce qui s'apparente être des troubles psychiques. L'objectivation du traumatisme est au centre de nombreuses consultations. Les médecins s'efforcent d'évaluer l'importance des séquelles psychologiques, voire psychopathologiques, en mobilisant parfois la classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5)* qui décrit notamment l'état de stress post-traumatique. Tous témoignent des difficultés liées à la réalisation la mission qui leur incombe. Un médecin affirme ainsi : « *Il y a des demandeurs d'asile où l'aspect médical est très faible.* » En parlant d'une personne, il affirme : « *Elle a un traumatisme psychique, certes, mais nous, on ne va rien amener par notre certificat. Il y a aucune cicatrice. Entre le récit et ce qu'elle ressent, il n'y a pas de liens très faciles à établir. On peut voir... sinon on va décrédibiliser tous les autres certificats.* » Un autre renchérit : « *Des fois, on se demande ce qu'on va bien pouvoir raconter sinon qu'ils ont une névrose post-traumatique, mais ça, ça fait pas vraiment pleurer les juges. S'ils l'ont tous...* » Un médecin ajoute : « *Le cas du viol est le cas le plus difficile, s'il n'y a pas de lésions c'est difficile. C'est la seule chose qu'on peut faire, de voir les conséquences.* » Pour autant, ils ne sont pas tenus de proposer une réponse en termes de suivi médical ou

4 Après évaluation de l'éligibilité du praticien libéral ou de la structure, l'agence finance l'interprète par le biais d'une convention avec une association qui propose un service d'interprétariat sur Lyon.

psychothérapeutique. Un médecin témoigne : « *On n'est pas du tout dans le soin.* » Un autre complète : « *Quand il y a trop d'émotion, on attend.* » L'activité consiste donc uniquement à certifier. Mais, autrement que dans une perspective d'agent de l'Ofpra, les médecins insistent pour dire qu'ils écoutent tout ce que les requérants ont à dire sans rechercher « *l'expression absolue de la vérité* » et « *sans mettre en doute ce qui est dit* », selon les mots de l'un d'entre eux, qui concède toutefois que ses questions peuvent apparaître « *intrusives et policières* ». Ainsi, le fait de devoir cadrer la consultation avec les attendus de la demande d'asile est toujours présent.

S'il est difficile de trouver les bons termes pour caractériser une souffrance psychologique, c'est aussi le lien entre cette souffrance et des événements, voire une situation, qui embarrasse les médecins. « *Le traumatisme est partout* » dit l'un d'entre eux. Et à la différence de l'interprétariat dans le domaine strictement juridique, c'est bien la valeur de ce qui est énoncé qui pose question aux interprètes.

Une situation

Era est albanaise. Elle sollicite le Méda pour se voir établir un certificat médical. Elle est mariée et a quatre enfants, dont trois qui vivent en France. Ils sont hébergés dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile. En Albanie, son fils avait fait l'objet d'une agression grave par une personne ayant l'intention de le tuer « *en raison de ses origines roms* ». La famille a alors subi des menaces sur fond de discrimination envers sa communauté. Era arrive en étant accompagnée d'une interprète professionnelle, travaillant pour une association d'interprétariat. L'interprète connaît déjà la requérante, dans la mesure où elle a déjà interprété son récit dans le cadre de la procédure à l'Ofpra et dans le cadre du recours CNDA. Ce type de situation n'est pas du tout rare. Ce qui est marquant dans l'entretien que nous allons décrire, c'est que l'interprète « guide » la requérante, l'encourage, la conseille. Elle lui demande de « *se calmer* », de « *ne pas trembler* », de « *ne pas se stresser pour rien* ». En français, elle s'adresse au médecin et lui dit « *qu'elle essaie de la rassurer* » puis rajoute : « *Il faut vraiment qu'elle se concentre parce que sinon ça ne va pas le faire.* »

En ce qui concerne le rejet de sa demande d'asile par l'Ofpra, la requérante identifie deux causes. La première est qu'elle était stressée le jour de l'audience. Elle affirme qu'« *ils [les juges] n'ont pas fait trop le lien entre les histoires* ». La deuxième est la conséquence d'une mauvaise « traduction » le jour de l'audience par l'interprète qui était présente (une autre interprète, donc) et qui serait en partie la cause du refus. Ces mêmes arguments, énoncés par d'autres personnes, ont été entendus à plusieurs reprises dans le cadre de notre enquête⁵. Une fois que l'histoire de la requérante paraît suffisamment

claire au médecin, 50 minutes après le début de l'entretien et avant de passer à l'examen clinique visant à expertiser les éventuelles traces de tortures ou d'agression sur la personne d'Era, une intervention de l'interprète modifie le cours de l'échange.

- Médecin : *On a dit le principal ? C'est ça, euh, c'est pour ne pas...*
- Interprète : *Euh...*
- Médecin : *Je pars sur ce qu'elle me dit ce qui est le plus important.*
- Interprète : *Oui, oui.*
- Médecin : *Moi, ce que je regarde, s'il y a des choses à compléter là.*
- Interprète : *Oui, oui. Alors, mais euh...*
- Médecin : *Oui ?*
- Interprète : *(rires) C'est, c'est...*
- Médecin : *Dites-moi.*
- Interprète : *C'est pas mon rôle au fait, c'est pas mon devoir mais je veux dire cette dame elle a oublié le... le but principal, pourquoi elle est là.*
- Médecin : *C'est-à-dire ?*
- Interprète : *Parce qu'en fait... Elle a subi un viol... Donc normalement elle devait parler de son viol mais je pense qu'elle attend vos questions ou je ne sais pas.*
- Médecin : *Ah oui... Mais c'est-à-dire que... hum... Je laisse aussi les gens parler librement, euh...*
- Interprète : *Oui, oui, non, mais...*
- Médecin : *Quand est-ce qu'elle a subi ça ?*
- Interprète : *Faites, ou on lui pose juste la question ?*

Lors des échanges, il n'est pas rare que l'entretien bascule sur des considérations portant sur la santé mentale de la personne. Les médecins cherchent à documenter au mieux la nature des troubles dans le certificat. On lit, dans cet échange, l'importance que le médecin accorde aux propos d'Era dans toute leur littéralité. C'est « sa parole » qu'il veut transcrire. D'ailleurs, des médecins transcrivent parfois directement le discours des requérants dans le certificat.

Il apparaît très important de relever, dans cet extrait, que c'est l'interprète qui porte à la connaissance du médecin le fait que la requérante a été violée, bien que cela la gêne et qu'elle souligne que, d'après elle, « *ce n'est pas son rôle* ». Cette précision n'apparaissait pas dans le récit Ofpra mais était présente dans le recours CNDA, que le médecin n'avait pas lu en amont de la consultation. Lors d'une réflexion collective, postérieure au visionnage de cette consultation filmée par les médecins du Méda, le positionnement de l'interprète est à l'origine d'un débat. Appartenait-il plutôt à Era d'évoquer directement son viol ? N'était-ce point au médecin d'en parler ? Aurait-il dû, pour se faire, lire

5 Nous vous invitons à lire l'article de Gwen Le Goff et de Natacha Carbonel, publié dans ce même numéro.

le recours CNDA en amont de la consultation? Dans quelle mesure l'activité du médecin dans sa dimension soit thérapeutique soit expertale entre-t-elle dans une zone de confusion au Méda? Un médecin affirme : « *Dans la culture médicale, on s'adresse à la personne.* » Quant au médecin précisément concerné par cette consultation, il explique : « *À propos du viol, je laisse parler les gens spontanément, mais quand je suis face à une femme je ne peux pas lui dire : "Vous avez été violée." On n'est pas là pour les pousser, enfin ce n'est pas notre rôle. Il y en a qui acceptent. On lance une petite question, si on sent qu'elle a envie de parler on va aller un peu plus loin. Alors ça peut peut-être avoir un effet thérapeutique [...]. Et d'autres, c'est tellement douloureux que je n'insiste pas, je respecte sa souffrance.* »

A posteriori, en regardant cette consultation filmée, le médecin qui y participait ne critique pas le choix de l'interprète. Il semble apprécier son intervention de manière assez pragmatique : « *Elle connaissait des choses que je ne savais pas, elle a rendu service à la patiente... à la demandeuse d'asile.* » Il concède avoir « *été un peu surpris, c'est vrai* ». Un de ses collègues affirme que : « *Ça demande un effort de revenir au demandeur plutôt qu'à l'interprète* ». Il dira un peu plus loin de cette situation : « *Ça, ça arrive quand l'interprète connaît bien l'histoire de la personne.* » Ce débat éthique est également bien repéré au sein de la communauté des interprètes eux-mêmes, qui sont régulièrement amenés à rencontrer les personnes dans différents cadres et qui connaissent des éléments de l'histoire de vie des personnes concernées, inconnues des soignants. De manière générale, les médecins du Méda disent apprécier l'interventionnisme actif des interprètes, quand bien même la plupart considèrent que leur rôle est de traduire et de bien de traduire. Suite à l'intervention de l'interprète, l'entretien continue :

- Médecin [à l'interprète] : *En Albanie, en Albanie que vous avez été agressée? Elle en parle là-dessus ou pas?* [Il lit le récit Ofpra]
- Interprète [au médecin] : *Demandez-lui. Pas là-dessus* [le médecin regarde le document du récit Ofpra], *le recours oui.*
- Médecin [à l'interprète] : *D'accord.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *C'est ça que tu voulais dire par rapport à ton histoire?*
- Era [à l'interprète, en albanais] : *Mon histoire, c'est autre chose.*
- Médecin : *D'accord, bon.*
- Interprète [au médecin] : *J'ai une autre histoire, moi.*

La requérante ne souhaite pas de prime abord aborder cet élément quand elle dit : « *Mon histoire, c'est autre chose* », elle signifie sans doute que son histoire réelle diverge du récit de l'asile, qui se devait de répondre à certaines exigences pour « convaincre »

les officiers de l'Ofpra. Son récit avait alors un ordonnancement particulier, portant l'empreinte de la procédure administrative. Le fait qu'elle soit déboutée de sa première demande l'oblige à revoir et à réexaminer son histoire de vie. Elle a d'autres « histoires » que ce récit et elle est « autre chose » que ce récit. Est-ce que cette « autre histoire », qui avait été occultée à l'Ofpra, a sa place dans ce récit supplémentaire qui se construit avec les médecins du Méda, à la rhétorique juridico-médicale bien particulière ? Y avait-il un réel intérêt, sur le plan des démarches juridiques, à évoquer celui-ci ? Le viol d'Era peut-il faire valoir l'asile dans le regard du juriste ? Ces questions se posent aux médecins de la structure. Pour les intervenants sociaux ou sanitaires, il ne s'agit pas d'occulter ces questions, même si leur réponse juridique est malheureusement souvent négative. Dans cette situation, le médecin cherche à en savoir plus auprès de la requérante :

- Médecin [à l'interprète] : *J'ai besoin de choses qu'il faut demander en plus, hein.*
- Interprète : *Hum...*
- Médecin [à la requérante] : *Le fils là... Il y en a un qui a été... Il avait combien d'enfants, son fils ?*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Combien, combien de fils... Combien de fils, combien d'enfants a ton fils ?*
- Era [en albanais] : *Mon fils a trois... a trois garçons.*
- Médecin : *Il avait trois fils... trois garçons.*
- Era [en albanais] : *Il avait quatre mais un est parti.*
- Interprète [au médecin] : *Il avait quatre, il a perdu un... il y en reste trois.*
- Era [en albanais] : *Il lui reste trois.*
- Médecin [à l'interprète] : *Là ils ont parlé qu'il n'y aurait pas de vendetta si j'ai bien compris.*
- Interprète : *Hum.*
- Médecin : *Hum [En lisant le recours].*
- Médecin [à l'interprète] : *D'accord... Donc c'est le père de Marsel [il s'agit d'un des deux agresseurs] qui est venu... 15 mai... 15 mai 2016 c'est ça... C'est le père de Marsel, euh, qui s'est retardé là-dessus, euh, c'est ça.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Le 15 mai 2016, c'est le père de Marsel qui est venu.*
- Médecin : *De Marsel qui est venu chez elle qui l'a agressée...*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Et qui t'a attaquée...*
- Médecin : *Et qui l'a violée euh...*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Et qui t'a violée...*
- Era [en albanais] : *Oui, bon...*

- Interprète [au médecin] : *Oui.*
- Médecin : *Donc il vous a blessée à la jambe.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Il t'a heurtée, il t'a blessée à la jambe.*
- Era [en albanais] : *Maintenant il aurait dû mieux me tuer que de me faire cette chose-là.*
- Interprète [au médecin] : *Il m'a mordu... Euh, j'aurais préféré qu'il me tue plutôt qu'il me fasse cela.*
- Era [en albanais] : *Une femme de 60 ans.*
- Interprète [au médecin] : *Une femme de 60 ans.*
- Médecin : *Hum.*
- Médecin [à la requérante] : *Vous l'avez dit à votre famille, ça que vous avez été violée ?*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Tu as raconté à ta famille ?*
- Era [en albanais] : *Non, je suis une femme de 60 ans, ni à mon mari ni à personne.*

Aucun membre de la famille d'Era ne sait qu'elle a été violée. À la fin de la consultation, l'intervenante sociale entre dans la pièce et demande au médecin que le certificat lui soit envoyé. En effet, Era ne veut pas que son mari, avec qui elle est hébergée, le lise. L'intervenante sociale, qui a aidé au recours, est au courant de ce positionnement. Era a deux versions du récit, l'une relatant le viol, l'autre ne le rapportant pas. Un médecin de l'association nous confirme que ces situations ne sont pas rares.

Savoirs et expériences

Au cours de cette consultation, est porté à la connaissance du Méda un viol, acte d'une grande violence et extrêmement traumatogène. Or l'absence de réponse, sur le plan thérapeutique – les médecins de la structure sont missionnés pour exercer une fonction d'expertise – ou sociojuridique – la CNDA se contente de répondre à sa mission qui est d'accepter ou de refuser un recours – amplifie la souffrance des personnes. Ce qui a été dit par Era n'est pas entendu dans ses divers aspects et n'est pas pris en compte socialement à sa juste mesure. C'est dans le cadre d'une procédure administrative que le viol est rapporté. Il est demandé que cet acte violent soit entendu et pris en compte par des personnes qui ont à évaluer le bien-fondé d'une demande d'asile. Or, que pourrait-il se passer si Era était déboutée de l'asile ? Ce rejet peut signifier, dans le vécu d'Era, une non-reconnaissance sociale de sa souffrance et constituer une violence supplémentaire, de nature institutionnelle. D'ailleurs, un médecin du Méda précise : « *Il y a le traumatisme du refus, et il y a le traumatisme par la disqualification par ce refus.* » Il y aurait donc une nouvelle forme de traumatisme créé par les dispositifs de l'action publique.

L'intervenante sociale traduit l'importance des événements de la vie de la personne, qui sont susceptibles d'étayer son dossier. L'interprète initie sa mise en mots, pas simplement dans sa traduction, mais dans le fait qu'il faut absolument que « ça soit dit ». La dimension traumatique de l'événement est ici objectivée. Quand on connaît aujourd'hui l'importance de pouvoir prendre en charge ce type d'événements dans des conditions adaptées, à l'appui d'une démarche thérapeutique spécifique (Salmona, 2018), on peut interroger les effets de cette caractérisation à des fins d'évaluation administrative sur la personne concernée et aussi sur ses interlocuteurs (comme ici l'interprète).

Se raconter sans pouvoir être accompagné dans un travail d'élaboration, de mise en sens, exacerbe la sensation que connaissent les demandeurs d'asile à devoir exhiber leur histoire sans pour autant être socialement entendus. Qui plus est, la temporalité psychique n'est pas en phase avec celle des procédures administratives. Il y a donc lieu de se soucier de l'existence d'un espace psychothérapeutique. À la fin de la consultation, le médecin cherche à savoir si la requérante a un suivi psychologique ou psychiatrique. Comprenant qu'Era en bénéficie effectivement, le médecin demande à l'intervenante sociale, qui est rentrée dans la pièce de consultation :

- Médecin [à l'intervenante sociale] : *Vous en avez parlé... Vous avez pu en parler à cette psychologue ?*
- Intervenante sociale [au médecin et en jetant un regard à la requérante] : *Alors la psychiatre, moi j'ai essayé de l'appeler pour lui en parler puisqu'elle [Era] m'a donné l'autorisation de le faire et elle est en congé et donc il faut la rappeler et pour prendre un rendez-vous, il faut la rappeler.*
- Médecin [à l'intervenante sociale] : *C'est une chose importante parce qu'il faut du temps, c'est pas facile, euh.*
- Intervenante sociale [au médecin] : *Comme l'interprète est un homme.*
- Médecin : *Ah bon ?*
- Intervenante sociale : *Du coup, euh, elle n'a pas parlé en présence du psychiatre mais dès que je peux lui donner toutes les informations... Elle aura toutes les informations pour le prochain rendez-vous.*

C'est maintenant l'intervenante sociale qui se trouve en position de médiation entre le médecin et la psychiatre. L'interprète, qui est venue pour traduire en ayant le souci que la requérante raconte bien ce qui était attendu dans le cadre du recours, est rejointe par l'intervenante sociale qui affirme avoir prévenu la psychiatre de cet élément « nouveau » qu'est le viol d'Era, sans que la pertinence de cette mise en lien soit interrogée par les différents acteurs, notamment dans l'intérêt d'Era.

Les agencements des récits dans le cadre de la procédure d'asile et des recours sont des contraintes juridiques et administratives normatives, inscrites dans le mode de fonctionnement de notre société. Selon Gérard Noiriel, l'évolution de la juridiction fait que « le point essentiel des revendications contemporaines en matière d'asile touche à l'identité personnelle des réfugiés » (Noiriel, 2012, p. 273) et touche de moins en moins l'inscription dans une nation ou dans un groupe social. Selon Estelle d'Halluin (2004, p. 32), il « s'agit de personnaliser la scène dans la perspective où seule la menace de persécution individuelle est reconnue ». Le récit se doit ainsi, en termes de norme rhétorique, d'être « individualisé », rapportant le vécu à une situation personnelle, et « précis », avec une attention toute particulière au détail, tout en évitant d'insister sur des difficultés économiques qui pourraient disqualifier la demande en regard des critères de ce qui vaut asile.

Cela nous interroge sur la place du savoir et le concernement de la personne migrante, ici en partie dépossédée de la possibilité de dire par elle-même. Cela nous interroge aussi sur l'activité de l'interprète, puis de l'intervenante sociale, qui, sachant ce qu'elle sait, se sent dans l'obligation éthique de faire médiation. Alors que la narrativité propre des demandeurs d'asile est en tant que telle confisquée (Chambon, 2018) et que les acteurs qui cherchent à les soutenir procèdent à la mise en normes du récit, normes ajustées aux contraintes rhétoriques des procédures administratives, les médiations présentées dans cet article, pouvant paraître à bien des égards abrupts, relève les limites de l'objectivation (notamment pathologique). En miroir, elles montrent combien les problématiques de santé et de santé mentale débordent de toute part, laissant penser qu'il y aurait un enjeu à reconnaître ces activités de médiations, ici sociales et linguistiques, et la part qu'elles pourraient avoir dans une perspective thérapeutique. ▀

BIBLIOGRAPHIE

Chambon, N. (2018). Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits. *Le sujet dans la cité*, 2(9), 63-74.

Chaouite, A., Lehartel, T. et Bessard, N. (2016). L'accompagnement juridique des personnes homosexuelles en demande d'asile. *Rhizome*, 2(60), 7.

Isnard, H. (2011). Le récit du réfugié est-il une fiction ? *Topique*, 1(114), 107-114.

d'Halluin, E. (2004). Comment produire un discours légitime ? *Plein droit*, 4(63), 30-33.

Noiriel G. (2012), *Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile (xix^e et xx^e siècle)*. Paris : Calman Levy.

Peugny, D. (2019). *Perceptions et représentations des demandeurs d'asile autour du certificat médical suite à la consultation avec un médecin au sein de l'association Médecine et droit d'asile (Méda)*. Thèse d'exercice (médecine). Université Claude-Bernard Lyon 1.

Salmona, M. (2018). Les traumas des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*, 3(69-70), 4-6.