

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

Epidémiologie des demandeurs d'asile consultant à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Limoges.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 19 juin 2015

par

Maxime EBERHARD

né le 17 mai 1986, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur François PARAF Président
M. le Professeur Boris Melloni Juge
M. le Professeur Alain Vergnenègre Juge
Mme le Docteur Karen Rudelle Juge
M. le Docteur Mathieu PAILLER Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

Epidémiologie des demandeurs d'asile consultant à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Limoges.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 19 juin 2015

par

Maxime EBERHARD

né le 17 mai 1986, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

- M. le Professeur François PARAF Président
M. le Professeur Boris Melloni Juge
M. le Professeur Alain Vergnenègre Juge
Mme le Docteur Karen Rudelle Juge
M. le Docteur Mathieu PAILLER Membre invité

Remerciements

Je tiens à exprimer mes remerciements à tous ceux qui par leurs conseils, recherches, patience et soutien m'ont aidé à réaliser ce travail.

À mon jury de thèse ;

Le Professeur François Paraf, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ma profonde reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail. C'était un plaisir d'être votre interne dans le service de médecine légale.

Le Professeur Boris Melloni, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Le Professeur Alain Vergnenègre, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Le Docteur Karen Rudelle, tu me fais l'honneur de juger mon travail ; je te remercie encore pour ton aide concernant les données statistiques de la présente étude.

Le Docteur Mathieu Pailler, merci d'avoir accepté de venir pour la soutenance de ma thèse, j'espère que tu continueras à partager tes connaissances avec tes stagiaires internes.

Au Docteur Sophie Martin-Dupont, grâce à toi j'ai pu suivre les consultations des demandeurs d'asile et sans ton travail je n'aurais jamais pu réaliser cette étude. Je te remercie de m'avoir fait découvrir ces personnes et cette facette de la médecine.

À Mme Lara Landès et Mme Nathalie Roumieux, merci pour votre gentillesse et votre aide dans le recueil des données concernant respectivement le CLAT et la PASS de Limoges.

À ma famille, à mes amis, à l'ensemble du service de médecine légale et du service mortuaire, ainsi qu'à tous les migrants du monde, ma profonde gratitude.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Liste des abréviations :

AGDREF : Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France

ATA : Allocation temporaire d'attente

AME : Aide médicale d'Etat

AMS : Allocation mensuelle de subsistance

APS : Autorisation provisoire de séjour

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

CLAT : Centre de lutte anti-tuberculeuse

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition

Eurodac : European dactyloscopy

HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

ITL : Infection tuberculeuse latente

IRCT : International rehabilitation council for torture victims

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

ONU : Organisation des Nations unies

OQTF : Obligation de quitter le territoire français

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTSD : Posttraumatic stress disorder

RDC : République Démocratique du Congo

UMJ : Unité médico-judiciaire

UNHCR : United Nation High Commissioner for Refugees (=HCR)

Table des matières

Introduction	9
L'asile en France	11
1.1. Les différentes formes de protection	11
1.1.1. Le statut de réfugié	11
1.1.2. La protection subsidiaire	12
1.1.3. Le statut d'apatride	12
1.2. Procédure d'obtention de la protection sur le sol français (d'après le Guide du demandeur d'asile du secrétariat général à l'immigration et à l'intégration [10])	13
1.2.1. Dépôt de la demande.....	13
1.2.2. Procédure normale	14
1.2.3. Procédure prioritaire	15
1.2.4. Instruction de la demande.....	15
1.2.5. Recours	16
1.2.6. Réexamen de la demande d'asile	18
1.2.7. Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF).....	18
1.3. Dépôt de la demande d'asile à la frontière	19
1.4. Droits sociaux des demandeurs d'asile. (D'après le Ministère de l'Intérieur [12])	20
1.4.1. Accès aux soins.....	20
1.4.2. Hébergement	20
1.4.3. Travail.....	21
1.4.4. Aides financières	21
1.5. Données statistiques	23
La torture.....	25
3.1. Méthodes de torture.....	25
3.1.1. Objets contondants	26
3.1.2. Brûlures	26
3.1.3. Tortures sexuelles.....	26
3.2. Séquelles mentales	27
3.3. Séquelles physiques. (D'après Le praticien face à une victime de torture [17]).....	27
3.3.1. Cutanées	27
3.3.2. Appareil locomoteur	30
3.3.3. Séquelles neurologiques.....	31
3.3.4. Séquelles sensorielles	31
3.3.5. Troubles digestifs.....	31
3.3.6. Séquelles uro-génitales et sexuelles.....	32
3.3.7. Pathologie cardiovasculaire et respiratoire.....	32
Permanence d'Accès aux Soins de Santé et Centre de Lutte Anti-Tuberculose	33
4.1. La PASS du CHU Limoges	33
4.2. Le CLAT de la Haute-Vienne	33
Étude sur les demandeurs d'asile consultant à l'UMJ	35
5.1. Introduction.....	35
5.2. Méthodes.....	36
5.3. Résultats :	38
5.3.1. Analyse descriptive	38
5.3.1.1. Sexe.....	38
5.3.1.2. Age	38
5.3.1.3. Origine géographique.....	39
5.3.1.4. Adresse sur le territoire français.....	42
5.3.1.5. Délais arrivée sur le territoire français – consultation	42
5.3.1.6. Délais agression – arrivée sur le sol français	42
5.3.1.7. Délais agression – consultation.....	42
5.3.1.8. Famille en France	43

5.3.1.9. Type de conflit.....	44
5.3.1.10. Incarcérations	44
5.3.1.11. Nombre de consultation par patient.....	44
5.3.1.12. Principales lésions constatées	45
5.3.1.13. Compatibilité entre les allégations du demandeur et les constatations médico-légales.....	46
5.3.1.14. Consultation à la PASS.....	47
5.3.1.15. Consultation au CLAT	48
5.3.2. Analyse associative	49
5.3.2.1. Association entre les lésions retrouvées à l'examen clinique et compatibilité élevée avec les allégations du sujet.....	49
5.3.2.2. Association du « délai entre l'agression et l'examen » avec la compatibilité des lésions.....	49
5.3.2.3. Association de l'âge avec la compatibilité des lésions.....	50
5.3.2.4. Répétition des consultations et compatibilité des lésions	50
5.3.2.5. Population ayant consulté au CLAT de la Haute-Vienne	50
5.4. Discussion :	51
5.4.1. Résultat principal et son implication	51
5.4.2. Forces et faiblesse du travail	52
5.4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets.....	52
5.4.2.2. Lésions	53
5.4.3. Hypothèses et interprétations des résultats.....	54
5.5. Conclusion :.....	55
Références bibliographiques	56

Introduction

On confond souvent les termes de « demandeur d'asile » et de « réfugié » : un demandeur d'asile est une personne qui dit être un(e) réfugié(e) mais dont la demande est encore en cours d'examen.

Il incombe aux systèmes nationaux d'asile de décider quels demandeurs d'asile peuvent effectivement prétendre à une protection internationale. Ceux dont on estime qu'ils ne sont pas des réfugiés ou qu'ils n'ont pas besoin d'une autre forme de protection internationale à l'issue de procédures adéquates peuvent être renvoyés dans leur pays d'origine.

UNHCR - Demandeurs d'asile [Internet]. [cited 2014 Sep 30]. Available from:
<http://www.unhcr.fr/pages/4aae621d368.html>

Un réfugié est une personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité car elle y était persécutée.

En 2013 il y a eu 66 251 demandes d'asile en France. [1]

L'Unité Médico Judiciaire (UMJ) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges a mis en place une consultation dédiée à l'examen et la rédaction de certificats médicaux pour les personnes déposant une demande d'asile en France. Cette consultation est assurée à la demande des intéressés et en dehors de toute réquisition par un médecin légiste.

En tant qu'expert judiciaire, ce certificat délivré pourra être utile pour appuyer une demande d'asile dans le cas d'une personne ayant subi des violences et tortures.

D'après DROMER [2], la meilleure aide que peut fournir le soignant est l'aide au récit. Le certificat médical doit décrire, mettre en lien les symptômes et le vécu, notamment les événements pré migratoires et essentiellement ce qui a causé la fuite.

Depuis 2011, le service a reçu un nombre croissant de demandeurs d'asile : 40 en 2011, 39 en 2012, 59 en 2013 et 68 en 2014.

Jusqu'à 2015, un seul médecin a réalisé l'ensemble de ces consultations, le Dr. Martin-Dupont.

L'objectif du travail présent est d'apporter une information sur la population des demandeurs d'asile, à l'heure où deux projets de loi relatifs aux droits des étrangers et à l'asile [3] ont été

présentés à l'Assemblée par le ministre de l'Intérieur dans le but de simplifier les démarches et d'harmonisation entre les Etats membres de l'Union Européenne.

La première partie de ce travail est consacrée à l'asile en France sous forme d'un rappel législatif des formes de protection, de la procédure d'obtention de la protection et des droits sociaux des demandeurs d'asile. La deuxième partie se rapporte à la torture et répercussions sur les victimes. La dernière partie est l'étude épidémiologique des demandeurs d'asile consultant à l'UMJ de Limoges.

L'asile en France

1.1. Les différentes formes de protection

Il existe en France trois formes de protection : le statut de réfugié, la protection subsidiaire et le statut d'apatride.

1.1.1. Le statut de réfugié

Le statut de réfugié peut être accordé sur 3 fondements :

- la convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 : le statut de réfugié est délivré à « *toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison 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 ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* » [4] ;
- l'asile dit constitutionnel, qui tire son origine de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946 : le statut de réfugié est accordé à « *toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté* » [5] ;
- le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) : sont reconnus réfugiés les personnes relevant du mandant du HCR [6] [7].

L'asile conventionnel est le statut le plus fréquemment accordé en France. L'étranger doit démontrer l'existence d'une crainte de persécution, sans nécessairement avoir subi de persécutions. Les motifs de persécution permettant d'accorder l'asile conventionnel sont la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un groupe social spécifique (homosexuel, transsexuel, femme risquant l'excision...) ou les opinions politiques [8] [9].

L'asile constitutionnel peut être accordé à l'étranger qui a été persécuté du fait de son action en faveur de la liberté et qui est démuné de protection de la part de son Etat d'origine [8] [9].

Quel que soit le fondement juridique, les personnes ayant obtenu l'asile conventionnel ou constitutionnel se voient délivrer une carte de séjour de dix ans renouvelable de plein droit, avec accès au marché du travail et la même protection sociale que les nationaux.

1.1.2. La protection subsidiaire

Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé 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 une des menaces graves suivantes :

a) la peine de mort ;

b) la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;

c) s'agissant d'un civil, 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 » [9]

La personne bénéficiant du statut de protection subsidiaire obtient une carte de séjour temporaire avec droit au travail de un an, portant la mention « vie privée et familiale » avec la même protection sociale que les nationaux.

Le renouvellement de la protection subsidiaire peut être refusé par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) si les raisons qui ont justifié son octroi ont cessé d'exister. Cette protection est donc plus fragile que le statut de réfugié.

En France, le statut de réfugié et celui de la protection subsidiaire sont accordés par l'OFPRA, sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

1.1.3. Le statut d'apatride

Selon la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides, le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « *qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant en application de sa législation* ». Ce statut est différent des deux autres formes de protection et concerne uniquement les personnes qui ne possèdent pas de nationalité. Il ne prend pas en compte les risques de persécution. Il peut être demandé en même temps que l'asile.

Le statut d'apatride est accordé par l'OFPRA, sous le contrôle du tribunal administratif et non de la CNDA.

Le statut d'apatride permet d'obtenir une carte de séjour temporaire avec droit au travail de un an renouvelable, portant la mention « vie privée et familiale » avec la même protection sociale que les nationaux.

1.2. Procédure d'obtention de la protection sur le sol français (d'après le Guide du demandeur d'asile du secrétariat général à l'immigration et à l'intégration [10])

1.2.1. Dépôt de la demande

S'il se trouve sur le sol français le demandeur d'asile doit déposer sa demande d'admission au séjour au titre de l'asile auprès d'une préfecture compétente.

Les pièces nécessaires à la constitution du dossier sont :

1. le formulaire uniforme de demande d'admission au séjour ;
2. 4 photos d'identité ;
3. des indications relatives à l'état civil du demandeur et, le cas échéant, à celui de son conjoint et de ses enfants à charge ;
4. des documents ou indications relatives aux conditions d'entrée en France et à l'itinéraire depuis le départ du pays d'origine.
5. un justificatif de domicile (qui peut être une association agréée par la préfecture).

Lors du dépôt du dossier, la préfecture effectue un entretien individuel et prise des empreintes digitales. L'agent de préfecture consulte le fichier des personnes recherchées des services de police, l'AGDREF (application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France) et le fichier OFPRA afin de vérifier si le demandeur a déjà procédé à des démarches en vue de la délivrance du titre de séjour ou s'il a fait l'objet d'une mesure d'éloignement.

Les empreintes digitales sont communiquées au fichier Eurodac (un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales Européen) afin d'enregistrement et vérifier si le demandeur a pénétré un autre Etat membre de l'espace Dublin II avant de rejoindre la France.

Les Etats concernés par le dispositif Dublin II sont les 28 membres de l'Union européenne et 4 pays associés : la Suisse, l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

Il se peut qu'un autre Etat européen que la France soit responsable de l'examen de la demande d'asile, par exemple :

- si le demandeur a déjà effectué des démarches de demande l'asile dans un autre Etat membre ;
- si le demandeur est entré sur le territoire de l'Union européenne en franchissant en premier les frontières d'un Etat membre dans lequel il est dispensé de visa ;
- s'il est établi que le demandeur a franchi irrégulièrement, par voie terrestre, aérienne ou maritime, la frontière extérieure d'un autre Etat membre ;
- si un autre Etat membre a délivré un titre de séjour ou un visa en cours de validité.

Si un autre Etat membre de l'espace Dublin II que la France est responsable du traitement de la demande d'asile, la préfecture entreprendra alors des démarches auprès de cet Etat pour la suite de la prise en charge.

Si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, la procédure sera classée en procédure normale ou en procédure prioritaire et sera examinée par l'OFPRA.

1.2.2. Procédure normale

Selon cette procédure, la préfecture délivre une autorisation provisoire de séjour (APS) portant la mention « en vue de démarches auprès de l'OFPRA » valable 1 mois et un formulaire de demande d'asile à remplir et déposer en main propre ou par courrier à l'OFPRA au plus tard 21 jours après la date de délivrance de l'APS.

Le formulaire doit être complet avec une demande rédigée en français, datée et signée. La demande doit contenir l'état civil du demandeur et la présentation de son histoire personnelle. Il est recommandé au demandeur de préciser sa situation personnelle et familiale, de décrire toutes les raisons personnelles qui l'ont amené à fuir son pays - et les raisons pour lesquelles il ne peut plus y retourner -, de faire attention à l'ordre chronologique et logique des faits et de mentionner les dates, les lieux et noms des personnes. Le demandeur peut joindre tous les documents qu'il jugera utile à l'instruction de la demande, notamment des certificats médicaux constatant des sévices subis.

L'OFPRA enregistre la demande d'asile et remet au demandeur une lettre d'enregistrement.

A la fin de la durée de validité de l'APS, le demandeur doit présenter à la préfecture la lettre d'enregistrement délivrée par l'OFPPRA pour obtenir un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile. Ce récépissé est valable 6 mois renouvelable par période de 3 mois pendant toute la durée de la procédure.

1.2.3. Procédure prioritaire

La préfecture peut refuser de délivrer une autorisation provisoire de séjour (APS).

Elle prend une telle décision lorsque :

1. le demandeur a la nationalité :
 - d'un pays membre de l'Union européenne ;
 - d'un pays pour lequel l'OFPPRA a estimé que, d'une manière générale, il n'y a plus de risque de persécutions ;
 - d'un pays figurant sur la liste des « pays d'origine sûrs » ;
2. la demandeur représente une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat ;
3. la demande est considérée comme reposant sur une fraude délibérée ou constituant un recours abusif aux procédures.

La préfecture remet une décision écrite indiquant les motifs pour lesquels l'APS n'est pas délivrée ainsi que le formulaire de demande d'asile en procédure prioritaire. Le demandeur dispose d'un délai de 15 jours pour envoyer le formulaire à la préfecture, qui le transmet à l'OFPPRA.

Dans le cas d'une procédure prioritaire le demandeur ne peut bénéficier des droits sociaux associés à l'APS. En cas de rejet de sa demande d'asile par l'OFPPRA il peut faire l'objet de mesure d'éloignement.

1.2.4. Instruction de la demande

L'officier de protection de l'OFPPRA instruit la demande et apprécie le bien fondé des allégations du demandeur. Il convoque le demandeur à un entretien sauf :

1. si les éléments présents de son dossier suffisent à l'OFPPRA pour accorder l'asile ;
2. si le demandeur a la nationalité d'un pays pour lequel l'OFPPRA a estimé que d'une manière générale il n'y a plus de risque de persécutions ;

3. si les éléments présents dans le dossier sont manifestement infondés ;
4. si des raisons médicales empêchent de procéder à l'entretien.

La convocation a lieu au siège de l'OFPPA à Fontenay-sous-Bois (94).

L'OFPPA assure la présence d'un interprète. L'entretien est confidentiel. L'officier de protection reprend les déclarations dans un compte rendu.

Il existe une antenne de l'OFPPA à Basse-Terre (département de la Guadeloupe) qui est compétente à l'égard des demandes d'asile déposées dans les 3 départements français d'Amérique : Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Concernant les délais pour obtenir une décision de l'OFPPA : en procédure normale, l'OFPPA n'est pas contrainte par un délai pour faire connaître sa décision. Elle informe le demandeur dans les 15 jours précédant l'expiration du délai de 6 mois que la décision ne peut pas être prise dans les 6 mois. En procédure prioritaire, l'OFPPA doit normalement statuer dans un délai de 15 jours.

Si la demande d'asile aboutit favorablement, l'OFPPA détermine la nature de la protection dont le demandeur bénéficie : statut de réfugié, protection subsidiaire ou statut d'apatride.

Si la demande d'asile est rejetée, l'OFPPA envoie une décision de rejet accompagnée d'une copie du rapport d'entretien de la convocation à l'OFPPA.

Le demandeur peut contester la décision de l'OFPPA rejetant la demande d'asile devant la CNDA dans un délai d'un mois suivant la notification, autrement il doit quitter le territoire français.

1.2.5. Recours

Aucune forme particulière n'est exigée pour établir un recours. Il doit seulement être établi en français et peut l'être sur papier libre. Le recours devant la CNDA est gratuit.

Le recours doit être motivé, c'est-à-dire qu'il expose les moyens de fait ou de droit pour lesquels le demandeur conteste la décision de l'OFPPA. A défaut, le recours pourra être jugé irrecevable (rejet par simple ordonnance sans examen approfondi).

Il est possible de faire un recours « a minima » développant succinctement les motifs de contestation pour interrompre le délai de recours d'un mois, pour ensuite adresser un

complément (mémoire ampliatif) avec des arguments plus étoffés et, le cas échéant, des pièces complémentaires au plus tard 5 jours francs avant la date d'audience.

Le recours doit être signé par le demandeur et être adressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la CNDA à Montreuil (93). Sur présentation de l'accusé de réception postal du recours ou du reçu d'enregistrement du recours délivré par la CNDA, l'intéressé obtient de la préfecture le renouvellement de son récépissé valant autorisation de séjour. Le récépissé est valable trois mois. Il est renouvelé tant que la CNDA n'a pas rendu de décision sur le recours.

Le requérant est convoqué devant une formation de trois juges : un Président, un assesseur du HCR et un assesseur administratif, dit « assesseur OFPRA ». Ces trois juges ne sont pas des membres permanents de la CNDA.

Le Président peut être un conseiller d'Etat, un membre de la Cour des comptes, un conseiller des juridictions administratives ou un magistrat de l'ordre judiciaire.

L'assesseur HCR, pouvant avoir une formation variée, est nommé par le HCR.

L'assesseur OFPRA est nommé par le Conseil d'Etat sur proposition d'un des ministres représentés au conseil d'administration de l'OFPRA.

Un rapporteur, seul membre permanent de la CNDA et formé par la CNDA, est également présent lors de l'audience. Il présente l'affaire à la formation de jugement et donne son opinion sur le bien-fondé de la demande d'asile.

L'audience à la CNDA est publique. Toutefois, le président de la formation peut, lorsque les circonstances l'exigent, décider que l'audience se tiendra à huis clos, c'est-à-dire sans la présence du public. Le requérant ou son conseil peuvent le demander. Le requérant ne s'exprimant pas en français bénéficie de la présence d'un interprète qui est mis gratuitement à sa disposition par la CNDA.

Après la lecture du rapport par le rapporteur, les membres de la formation de jugement posent au requérant les questions qu'ils jugent utiles.

La décision de la CNDA est lue en séance publique. La CNDA fait parvenir au requérant sa décision par courrier « en recommandé avec avis de réception ». La CNDA peut :

- annuler la décision de rejet de l'OFPRA et reconnaître la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire. Le requérant bénéficie alors des mêmes droits que si il avait été admis à une de ces deux protections par l'OFPRA ;

- confirmer la décision de rejet de l'OFPRA et rejeter le recours ;

- annuler la décision de l'OFPPRA d'accorder la protection subsidiaire et accorder au requérant le statut de réfugié.

La décision de la CNDA peut faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

1.2.6. Réexamen de la demande d'asile

Après le rejet de la demande d'asile par la CNDA, le demandeur d'asile a la possibilité de demander à l'OFPPRA d'examiner à nouveau sa demande, seulement si l'intéressé présente des éléments nouveaux, c'est-à-dire qui soient postérieurs à la date de la décision de la CNDA ou antérieurs à cette décision mais ayant été connus qu'après.

Le demandeur d'asile présente une nouvelle demande d'admission au séjour à la préfecture. La préfecture peut classer la demande en procédure normale avec un formulaire de demande de réexamen à faire parvenir à l'OFPPRA et une APS de 15 jours.

La préfecture peut classer la demande en procédure prioritaire, elle remet au demandeur un formulaire de réexamen et une convocation à la préfecture dans les 15 jours. Elle ne délivre pas d'APS. Si l'OFPPRA juge la demande recevable, il convoquera le demandeur d'asile et communiquera sa décision dans un délai de 15 jours.

En cas de rejet par l'OFPPRA de la demande de réexamen, le demandeur d'asile peut faire un recours devant la CNDA, dans les mêmes conditions qu'au paragraphe 1.2.5.

1.2.7. Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF)

L'OQTF est la mesure d'éloignement prise par la préfecture en cas de refus de renouvellement, de délivrance ou de retrait du titre de séjour en France. Elle oblige l'étranger débouté dans sa demande d'asile à quitter de lui même la France sous 30 jours, à compter de la notification de l'OQTF.

La notification d'OQTF doit préciser le motif et fixe le pays de renvoi.

L'étranger peut être protégé de l'OQTF pour raison de :

- 1- liens familiaux (marié depuis plus de 3 ans avec une personne française, parent d'enfant Français mineur résident en France) ;

- 2- d'âge : les mineurs ne font pas personnellement l'objet d'OQTF mais peuvent être éloignés si leur parents sont destinataires d'une telle mesure ;
- 3- d'état de santé : bénéficiaires de rentes d'accident du travail ou maladie professionnelle et étranger malade nécessitant une prise en charge médicale indispensable en France, en l'absence d'un traitement approprié dans son pays.

Il est possible de demander un recours devant le tribunal administratif pour annuler tout ou partie des mesures de l'OQTF. Le tribunal administratif doit se prononcer dans un délai de 3 mois. Si l'intéressé demande une aide juridictionnelle, le tribunal ne peut statuer tant que le bureau d'aide juridictionnelle ne s'est pas prononcé sur la demande d'aide juridictionnelle, ensuite un nouveau délai de 2 mois est ouvert. [11]

Le délai de 30 jours est supprimé en cas d'obligation de quitter immédiatement le territoire français, prononcée par le préfet en cas de menace pour l'ordre public, de fraude ou de risque de fuite.

Après délai de l'OQTF ou en cas d'obligation de quitter immédiatement le territoire français, l'étranger peut être placé en garde à vue et/ou en centre de rétention administrative et/ou assigné à résidence avant éloignement sous la contrainte de la force publique.

1.3. Dépôt de la demande d'asile à la frontière

L'étranger, qui se trouve à la frontière et souhaite entrer en France au titre de l'asile, doit l'indiquer à la police aux frontières du port, de l'aéroport ou de la gare de son arrivée.

Si une décision n'est pas immédiatement prise sur son admission en France, il est placé en zone d'attente pendant le temps strictement nécessaire à l'examen de sa demande.

L'étranger est auditionné par des agents détachés de l'OFPRA pour savoir si sa demande d'asile n'est pas manifestement infondée.

En cas d'admission en France un visa de régularisation de 8 jours est délivré au demandeur autorisé à entrer en France.

Avant l'expiration de ce visa, l'étranger doit se présenter à la préfecture de la région où il compte résider, il suivra la procédure d'obtention de la protection. (cf. Paragraphe 2 procédure d'obtention de la protection sur le sol français)

L'étranger, qui a fait l'objet d'un refus d'entrée en France au titre de l'asile, peut en demander l'annulation au président du tribunal administratif. Il doit déposer son recours dans les 48 heures de la notification du refus. Il peut demander le concours d'un interprète et être assisté d'un avocat (désigné d'office s'il n'en a pas).

Le tribunal a 72 heures pour rendre sa décision. Durant cette période, le demandeur ne peut pas être refoulé.

Si le tribunal rejette le recours, l'étranger peut former un appel dans les 15 jours devant le président de la cour administrative d'appel. Toutefois, à la différence du premier recours, cet appel n'est pas suspensif.

1.4. Droits sociaux des demandeurs d'asile. (D'après le Ministère de l'Intérieur [12])

1.4.1. Accès aux soins

- Couverture maladie universelle (CMU) : Les demandeurs d'asile en procédure normale ont droit à la CMU de base et complémentaire. Ils doivent en faire la demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de leur département de résidence et présenter la convocation à la préfecture ou un document provisoire de séjour, ainsi qu'une attestation de domiciliation.
- Aide médicale d'Etat (AME) : Les étrangers en situation irrégulière (absence de titre de séjour, de récépissé de demande d'asile ou demandeurs d'asile en procédure prioritaire) résidant depuis plus de 3 mois en France peuvent, sous réserve d'un plafond annuel de ressources, bénéficier de l'AME. L'AME donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitalisations en cas de maladie et maternité, sans avance des frais.
- Soins d'urgence : Les étrangers ne disposant ni de la CMU ni de l'AME peuvent se rendre dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) des hôpitaux publics et les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Dans ces centres la consultation médicale et la délivrance de médicaments sont gratuites.

1.4.2. Hébergement

Le dispositif national d'accueil offre un hébergement accompagné en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). En 2012 il y avait 21410 places réparties sur 270 CADA.

Les CADA ont pour mission l'accueil et l'hébergement des populations ; l'accompagnement administratif, social et médical ; la scolarisation des enfants et l'organisation d'activités socioculturelles au profit des résidents ; la gestion de la sortie du centre.

Les CADA sont financés par l'Etat via la préfecture, et gérés par les associations.

Un hébergement provisoire, en structure collective (Centre Provisoire d'Hébergement) ou en hôtel, est proposé au demandeur en cas de défaut de place en CADA.

Dans la région Limousin, il existe deux CADA à Limoges, un à Tulle, un à Guéret et un à Eymoutiers ouvert en 2014. Un CADA supplémentaire de soixante place devrait ouvrir en 2015 dans l'ancienne maison de retraite de Peyrelevade.

1.4.3. Travail

L'accès au marché du travail est autorisé par la préfecture, sous réserve que le dossier de demande d'asile soit en cours d'examen à l'OFPRA depuis plus d'un an ou soit en recours devant la CNDA. Le demandeur d'asile fait la demande d'autorisation à la préfecture muni d'une promesse d'embauche ou d'un contrat de travail. La préfecture se réserve le droit de refuser de délivrer cette autorisation. [13]

1.4.4. Aides financières

- L'Allocation Temporaire d'Attente (ATA). Le demandeur peut en bénéficier s'il est titulaire d'un récépissé de dépôt de demande d'asile de 6 mois, n'a pas pu être hébergé en CADA (défaut de place) et ne pas avoir refusé d'offre d'hébergement en CADA.

Le montant de l'ATA est de 11,35€ par jour, soit 340,50 € par mois.

La gestion de l'ATA est confiée à Pole Emploi.

- L'Allocation Mensuelle de Subsistance (AMS). Elle succède et remplace l'ATA. Elle est versée par le CADA au demandeur d'asile une fois hébergé en CADA, sous conditions de ressources. Son montant est compris entre 91 et 718€ par mois et varie en fonction du CADA et de la composition familiale du demandeur.

Une fois la protection accordée, le réfugié dispose des mêmes droits que les nationaux ; accès au marché du travail, affiliation au régime de la sécurité sociale, CMU, prestations de

la Caisse d'Allocations Familiales. Dans certaines conditions il peut être hébergé en Centre Provisoire d'Hébergement.

1.5. Données statistiques

En 2013, l'OFPPRA a pris un total de 46 950 décisions hors mineurs accompagnants. Il a accordé l'asile pour 5 965 demandes, dont 4857 demandes ont abouti au statut de réfugié et 1 108 à la protection subsidiaire.

En 2013, la CNDA a rendu 34 752 décisions, elle a annulé la décision de l'OFPPRA dans 5 450 cas. Elle a donné le statut de réfugié dans 4271 cas et la protection subsidiaire dans 1 179 cas.

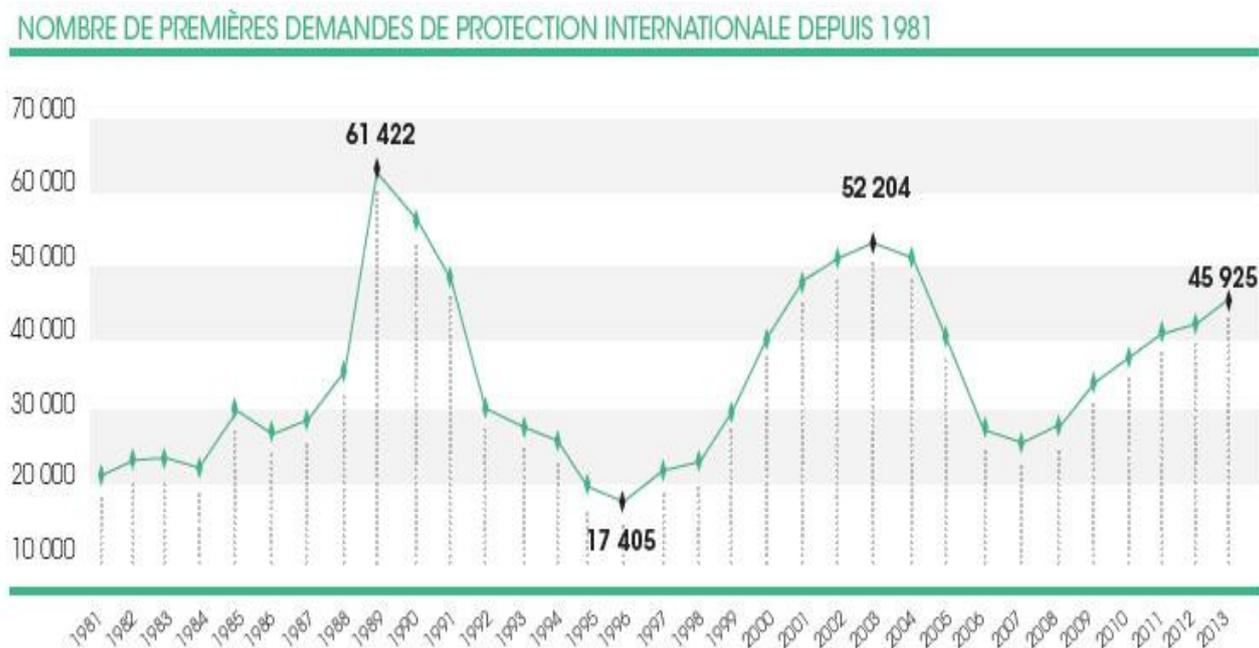
Au total, le nombre de décisions d'accord d'un statut de protection (réfugié et protection subsidiaire) prises par l'OFPPRA et la CNDA s'établit en 2013 à 11 415, en hausse de 13,8% par rapport au total des décisions positives de 2012 (10 028).

Tableau 1 : Admissions annuelles (protection subsidiaire incluses) par l'OFPPRA et la CNDA.
Source : Rapport d'activité de l'OFPPRA 28.04.2014.



Tableau 2 : Nombre de premières demandes de protection internationale depuis 1981.

Source : rapport d'activité de l'OFPRA 28.04.2014.



La torture

Définition de l'ONU, Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) : « *tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles.* »

Par conséquent la torture peut se définir comme le fait d'infliger une souffrance physique ou mentale à un individu par une personne ayant autorité sur elle et ceci dans un but défini.

D'après l'IRCT, les victimes sont le plus souvent des activistes politiques, des journalistes, des professionnels de santé, des étudiants, des personnes en détention, des minorités ethniques...

Ceux qui perpétuent les tortures sont surtout des agents pénitentiaires, des membres de la police ou de l'armée, des membres de forces antiguérilla ou paramilitaires, mais aussi des codétenus ou des professionnels de santé.

Les techniques de tortures associent le plus souvent des traumatismes physiques : coups, chocs électriques, brûlures, agression sexuelle, coupures... avec des traumatismes mentaux : induction d'angoisse, privation de stimulus, humiliation... Les séquelles de torture sont donc le plus souvent une association d'expressions et peuvent se manifester par une morbidité et consommation médicale supérieures par rapport à une population générale [14].

3.1. Méthodes de torture

La torture est le plus souvent une intrication de violences physiques et psychologiques visant à épuiser une victime ; afin de le punir ou de lui faire révéler une information. Elle peut revêtir une forme dite « blanche » ne laissant que peu ou pas de traces physiques.

3.1.1. Objets contondants

Les objets contondants ont un caractère ubiquitaire ; ils peuvent être d'origine naturelle comme les coups de poings, pieds, tête, d'origine improvisée comme les bâtons, pierre, ou être des armes contondantes comme les matraques, crosses de fusil, coup de poing américain... Les objets contondants entraînent des lésions d'abrasion, de contusion, des plaies et des fractures. Les traces qu'ils laissent plusieurs années après les coups assenés sont principalement des cicatrices de plaies de forme grossière. Les cicatrices sont le plus souvent rencontrées dans les zones où le tissu cutané est comprimé entre l'objet contondant et les structures osseuses sous-jacentes : face, crâne, crêtes tibiales...

3.1.2. Brûlures

Les brûlures peuvent être thermiques, électriques ou chimiques. Elles laissent des cicatrices grossières à partir du deuxième degré profond. A la phase aiguë elles peuvent se compliquer d'infection. Les complications à long terme sont d'ordre esthétique : cicatrices grossières et disgracieuses et d'ordre fonctionnel : rétractions cutanées, hypertrophie cutanée, enraidissements articulaires.

3.1.3. Tortures sexuelles

Les violences sexuelles peuvent être infligées directement par les tortionnaires ou entre détenus sur ordre des tortionnaires. Elles peuvent consister à la mise à nu d'un individu, le viol ou simulacres de viol, la mutilation, les rapports contre nature... Plusieurs exemples sont cités dans le Taguba Report [15], une enquête interne de l'armée des Etats-Unis sur les opérations effectuées à la prison d'Abou Ghraib. Le viol peut entraîner une sensation de mort imminente et un syndrome de stress post traumatique.

Les méthodes de torture ne sont limitées que par l'imagination des tortionnaires, on peut citer les positions anti-physiologiques, la suffocation, les expositions à des stimuli intenses ou au contraire l'absence totale de stimulus... Le rapport ACAT 2014 [16] fait état d'expériences sur les méthodes de tortures consistant en l'isolement, l'affaiblissement physique, la privation sensorielle, la peur et l'humiliation pour une efficacité de la torture.

3.2. Séquelles mentales

La torture est susceptible d'entraîner un large panel de conséquences d'ordre psychologique, indépendamment de l'équilibre mental antérieur de la victime. Les principaux troubles que la torture entraîne sont le syndrome de stress post traumatique et la dépression dans ses formes d'épisode dépressif caractérisé ou de dépression récidivante.

Les séquelles psychologiques des victimes de tortures peuvent être mises en rapport avec l'état de stress post traumatique défini par le DSM-IV (voir annexe 1) :

- Syndrome de répétition : reviviscences involontaires et itératives de l'événement avec hallucinations, flash-back, interrogations incessantes, cauchemars
- Syndrome d'évitement : retrait social, impression de ne plus être compris, de ne plus pouvoir établir de relations sociales, diminution des affects.
- Hyperactivité neurovégétative : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficulté de concentration, hypervigilance, réactions de sursaut exagérée.

Les autres séquelles psychologiques souvent rencontrées sont :

- Les autres troubles anxieux, comme l'anxiété généralisée, les phobies (milieu exigü, armes, chiens, uniformes...) ou des conduites obsessionnelles (vérifications...).
- Les troubles psychosomatiques et plaintes somatiques : hypertension artérielle, ulcère gastrique, constipation, asthénie, troubles de l'activité sexuelle...
- Les troubles des conduites : addiction aux toxiques, agressivité, anorexie...

3.3. Séquelles physiques. (D'après Le praticien face à une victime de torture [17])

3.3.1. Cutanées

Les lésions cutanées changent rapidement d'aspect, les phases de déterision, bourgeonnement et épithélialisation durent entre 10 jours et quelques semaines en fonction de l'épaisseur du tissu cutané. La dernière phase est celle du remodelage de la matrice extracellulaire, qui peut durer plusieurs années avant stabilisation de la cicatrice.

Il convient de différencier les lésions de tortures des autres lésions dermatologiques indépendantes de toute torture comme les tatouages et scarifications tribales, cicatrices de

chirurgie, tumeurs cutanées etc... Certaines lésions chroniques d'ordre psychosomatique (eczéma, lichen, prurigo ...) peuvent être secondaires à la torture.

La disposition anatomique des cicatrices est évocatrice : brûlures de cigarettes sur le mamelon, le sexe ou les avant-bras, traces de menottes ou de liens aux poignets et chevilles, cicatrices de coups de fouet sur le dos...



Figure 1 : Lésion irrégulière : séquelle de trainage. Collection personnelle (CP).



Figure 2 : Cicatrice chirurgicale. CP.



Figure 3 : Cicatrice chirurgicale. Aspect déprimé, à l'emporte pièce, teinte rosée en faveur du caractère semi-ancien. CP.



Figure 4 : Traces de liens maintenant les deux jambes. [17]



Figure 5 : Cicatrice de brûlure par projection d'eau bouillante. Aspect ancien. CP.

3.3.2. Appareil locomoteur

Les coups directs, les positions anti-physiologiques, les carences alimentaires engendrent un panel de troubles locomoteurs de la déficience à l'handicap.

Les fractures pourront aisément être révélées par un cal osseux à la radiographie. Les déchirures musculaires, les lésions d'arthrose, les modifications statiques et fonctionnelles sont mises en évidence par l'examen physique.

3.3.3. Séquelles neurologiques

On recherchera une origine centrale ou périphérique au trouble neurologique.

Les séquelles centrales pouvant être secondaires à un traumatisme crânien, une intoxication ou carence vitaminique. Les séquelles centrales sont fréquemment des vertiges, acouphènes ou migraines.

Les séquelles périphériques à rechercher sont d'ordre sensitivomoteur par lésions nerveuses tronculaires, plexiques ou radiculaires témoignant d'un traumatisme rachidien (chute...) ou des membres (compression par des liens serrés) ...

3.3.4. Séquelles sensorielles

La baisse de l'acuité visuelle ou de l'audition est le témoin d'un traumatisme physique ou chimique des organes des sens. Les lésions fréquemment retrouvées sont une perforation tympanique suite à un coup direct ou une explosion (tir d'arme à feu). Au niveau ophtalmologique les atteintes cornéennes ou cristalliniennes sont les plus fréquentes après un traumatisme oculaire direct.

Les atteintes du goût et de l'odorat peuvent être secondaires à une sinusite mais aussi à un traumatisme crânien.

3.3.5. Troubles digestifs

Ils peuvent être secondaires à des coups entraînant des hématomes intra péritonéaux ou à l'alimentation : parasites intestinaux. Les agressions sexuelles peuvent entraîner hémorroïdes, fissures anales, incontinence anale...

Les manifestations psychosomatiques digestives retrouvées sont surtout ulcère, colite et constipation chronique.

3.3.6. Séquelles uro-génitales et sexuelles

Les séquelles de torture peuvent être des perforations de l'urètre, des fistules uro-digestives, des excisions... Les agressions sexuelles pouvant entraîner délibérément ou non des infections sexuellement transmissibles (VIH en premier lieu) ainsi qu'une grossesse.

Le fonctionnement sexuel peut être altéré avec un trouble du désir ou du plaisir sexuel.

3.3.7. Pathologie cardiovasculaire et respiratoire

L'intensité des traumatismes peut entraîner un angor voir un infarctus, des thromboses veineuses et des troubles circulatoires des extrémités type maladie de Raynaud.

La mécanique respiratoire peut être altérée par des fractures costales ou faciales et des infections pulmonaires (pneumopathie après immersion, tuberculose en détention à rechercher systématiquement).

Permanence d'Accès aux Soins de Santé et Centre de Lutte Anti-Tuberculose

4.1. La PASS du CHU Limoges

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles sont mises en place dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, en application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins. Les établissements de santé concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

La PASS accueille des personnes en situation de précarité, la plupart n'ayant pas de droits sociaux. Elle offre une prise en charge médicale et sociale à l'aide de médecins, assistantes sociales et adjoints administratifs. La PASS vise à faciliter aux personnes en situation de précarité leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

L'équipe de la PASS travaille en lien avec le service social du CHU et les services sociaux du département, avec les associations apportant des réponses aux difficultés diverses des personnes (alimentation, vêtements, insertion, scolarisation...) et les administrations en charge du logement.

4.2. Le CLAT de la Haute-Vienne

La lutte antituberculeuse relève de la responsabilité de l'Etat et donc des préfets de départements depuis la recentralisation des compétences en matière de lutte antituberculeuse intervenue le 1er janvier 2006, en application de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004.

Les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) sont présents dans tous les départements. Ils coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental et réalisent :

- Des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale.
- Le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies.
- Des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information, communication.
- La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.
- La participation à la formation des professionnels.
- Le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose.
- La participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique.

Le CLAT de la Haute-Vienne est situé à l'hôpital du Cluzeau, à proximité du service de pneumologie. Il réalise des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale.

Il réalise le dépistage anonyme et gratuit de malades atteints de tuberculose latente ou tuberculose maladie ainsi que des enquêtes dans l'entourage des cas. Les cas de tuberculose maladie et les sujets contacts sont majoritairement une population fragile au plan socio-économique et souvent en situation d'immigration. Bien que l'incidence de la tuberculose soit relativement faible en Limousin, le CLAT de la Haute-Vienne diagnostique et traite une vingtaine de cas de tuberculose maladie chaque année.

Le CLAT participe à l'évaluation et la surveillance épidémiologique de la tuberculose.

Le CLAT réalise des activités de prévention par l'éducation du grand public et des institutions, la vaccination par BCG dans les rares indications et la diffusion de documents d'informations sur le CLAT 87.

Pour en savoir plus : exposé sur l'Epidémiologie de la tuberculose en Limousin et la mission du Centre de Lutte Anti-Tuberculose de la Haute-Vienne, par Pr J-Y. Grolleau et Dr Julia Ballouhey (www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres_lim_160413/clat_160413.pdf)

Étude sur les demandeurs d'asile consultant à l'UMJ

5.1. Introduction

Objectif principal :

- Déterminer dans une population de demandeurs d'asile quelles lésions cliniques sont le plus associées à une compatibilité forte ou totale avec les allégations du patient.

Objectifs secondaires :

Caractériser les sévices subis, les blessures présentées et l'utilisation du système de santé en France par les demandeurs d'asile consultant à l'U.M.J. du C.H.U. de Limoges, en étudiant différents paramètres :

- l'âge
- le sexe
- l'origine géographique
- le type de conflit
- l'incarcération
- le type de lésions constatées
- la compatibilité des lésions avec les allégations du patient
- les délais entre : l'agression et la consultation, l'agression et l'arrivée en France, l'arrivée en France et la consultation
- le lieu de vie du patient en France
- la présence de famille en France
- le nombre de consultations à l'U.M.J. de Limoges dans le cadre de la consultation de demande d'asile
- la consultation à la PASS
- la consultation au CLAT

5.2. Méthodes

Sélection des patients : tous les patients examinés du 26 mars 2012 au 2 juin 2014 dans le cadre de la consultation de demande d'asile à l'UMJ du CHU de Limoges ont été inclus. La date du 26 mars correspond à la première consultation de demandeur d'asile dont le compte rendu est enregistré dans le dossier commun informatique du CHU de Limoges.

Type d'étude : étude épidémiologique descriptive, rétrospective et monocentrique. Tous les patients ont été examinés par un seul médecin.

Recueil de données : toutes les consultations de demandeurs d'asile ont donné lieu à un certificat descriptif enregistré dans le dossier commun informatique du CHU de Limoges (logiciel Crossway, v7.1.6.1 ©McKesson 2003). Les certificats ont été examinés et les données recueillies à l'aide d'un questionnaire en utilisant le logiciel Epi-Info 7. Dans le cas de patients ayant consulté au CLAT de la Haute-Vienne, les dossiers informatiques du CLAT ont été examinés avec l'infirmière du CLAT, et si des données étaient manquantes les dossiers papiers ont été analysés. Dans le cas de patients ayant consulté à la PASS du C.H.U. de Limoges, les données ont été recueillies par l'assistante sociale du service.

Traitement des données : les données ont été extraites dans un tableur Microsoft Excel 2007. Elles ont été analysées selon le type de variable par test de Chi2, Student ou Fisher.

Description des variables :

- Date de consultation : date de l'examen du patient
- Age : âge du patient le jour de la consultation, en années
- Sexe de l'individu
- Nombre de consultations à l'U.M.J. de Limoges dans le cadre de la consultation de demande d'asile.
- Date d'arrivée en France.
- Date de l'agression : date de la première altercation.
- Origine géographique : sous-continent (Afrique subsaharienne, Afrique du Nord, Asie et Russie, Europe, Amérique) et pays.
- Type de conflit :
 - économique,
 - politique,
 - ethnique,
 - religieux,
 - professionnel,

- groupe social et familial, incluant les conflits portant sur l'orientation sexuelle et les mariages forcés,
 - autre,
- L'interprétation des lésions observées en consultation : lésions provenant
 - d'un objet contondant (crosse d'arme, bâton, matraque...),
 - d'un écrasement,
 - de brûlures (toutes lésions provenant de la chaleur),
 - d'objet coupant, tranchant ou piquant,
 - d'arme à feu,
 - d'électrisation,
 - de défense,
- Distribution anatomique des lésions : tête et cou, tronc, membres, organes génitaux.
- La présence de troubles anxieux traumatiques (troubles psychotraumatiques complexes, état de stress post traumatique).
- La compatibilité des lésions avec les allégations du patient : le recueil de ce critère portait sur le paragraphe conclusion du certificat descriptif. Cet item était binaire, le oui regroupant la compatibilité importante ou totale, le non regroupant la compatibilité faible ou nulle.
- Le département du lieu de vie du patient en France : Corrèze, Creuse, Haute-Vienne, autre.
- La présence de famille en France.
- La notion de rendez-vous programmé au CLAT de la Haute-Vienne, avec :
 - Date de la première consultation au CLAT de Limoges.
 - Rendez-vous pris, mais ne s'est jamais présenté.
 - Qualité de l'adresseur au CLAT : structure d'accueil/hébergement, médecine ambulatoire, médecine hospitalière, autre.
 - Statut tuberculinique : négatif, infection tuberculeuse latente, tuberculose maladie, tuberculose ancienne guérie.
 - Instauration d'un traitement antituberculeux par le CLAT.
- La consultation à la PASS du C.H.U. de Limoges :
 - Date de première consultation,
 - Aide accordée (CMU, AME)

Critère de jugement principal : Quelle lésion retrouvée à l'examen physique est associée à la fréquence la plus élevée de compatibilité forte ou totale avec les allégations du sujet.

5.3. Résultats :

5.3.1. Analyse descriptive

124 patients uniques ont été examinés du 26 mars 2012 au 17 juin 2014. Un patient a été retiré de l'étude pour utilisation frauduleuse de la carte vitale (usurpation d'identité retrouvée dans le dossier commun hospitalier). 123 patients ont été analysés.

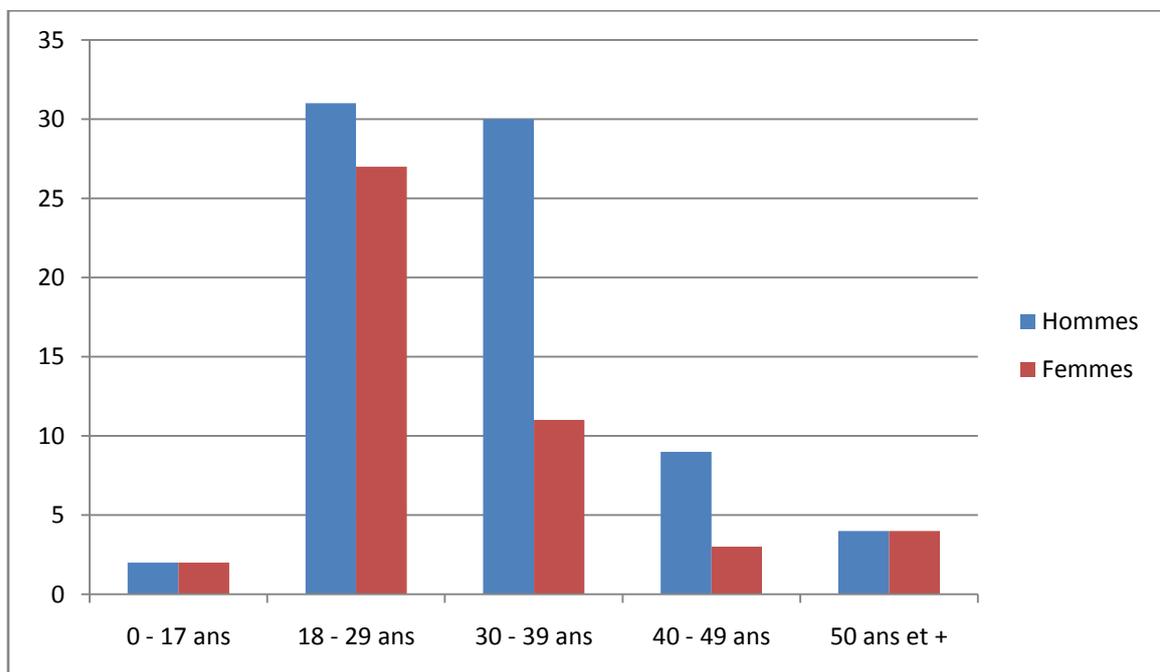
5.3.1.1. Sexe

Il y avait 76 hommes (61,8%) et 47 femmes (38,2%).

5.3.1.2. Age

La moyenne d'âge était de 30,9 ans, avec une médiane de 29 ans. Le plus jeune patient avait 7 ans, le plus âgé avait 70 ans.

Figure 6 : Age et sexe des consultants.



5.3.1.3. Origine géographique

99 demandeurs étaient originaires d'Afrique subsaharienne : 49 (39,8%) personnes originaires de République Démocratique du Congo (Congo Kinshasa), 27 (22%) de Guinée Conakry, 8 (6,5%) d'Angola, 3 (2,4%) du Soudan, 3 (2,4%) du Tchad, 2 (1,6%) du Nigéria, 1 (0,8%) de République du Congo (Congo Brazzaville), 1 (0,8%) de Mauritanie, 1 (0,8%) de Côte d'Ivoire, 1 (0,8%) du Gabon, 1 (0,8%) d'Ouganda, 1 (0,8%) du Togo.

22 personnes étaient originaires d'Asie, Caucase et Russie : 11 (8,9%) personnes originaires de la Fédération de Russie, 7 (5,7%) de Géorgie, 1 (0,8%) d'Arménie, 1 (0,8%) de République Populaire de Chine, 1 (0,8%) d'Irak, 1 (0,8%) du Tibet.

1 personne était originaire d'Europe : Albanie (0,8%).

1 personne était originaire d'Afrique du Nord : Algérie (0,8%).

Figure 7 : Origine géographique par région.

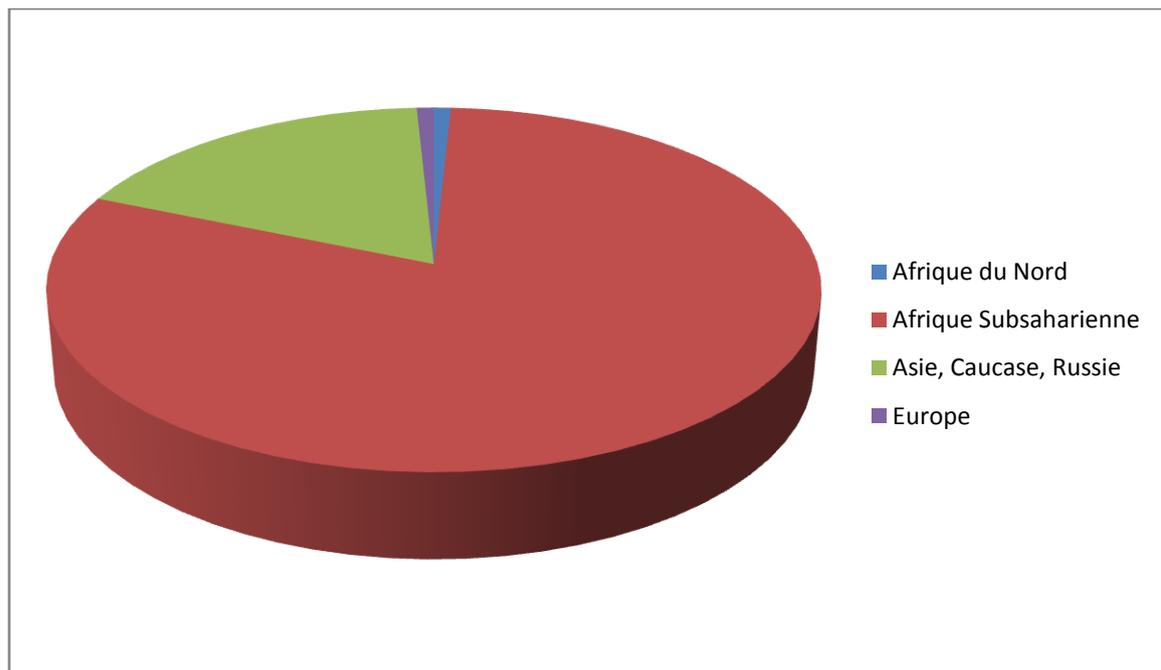


Figure 8 : Origine géographique par pays.

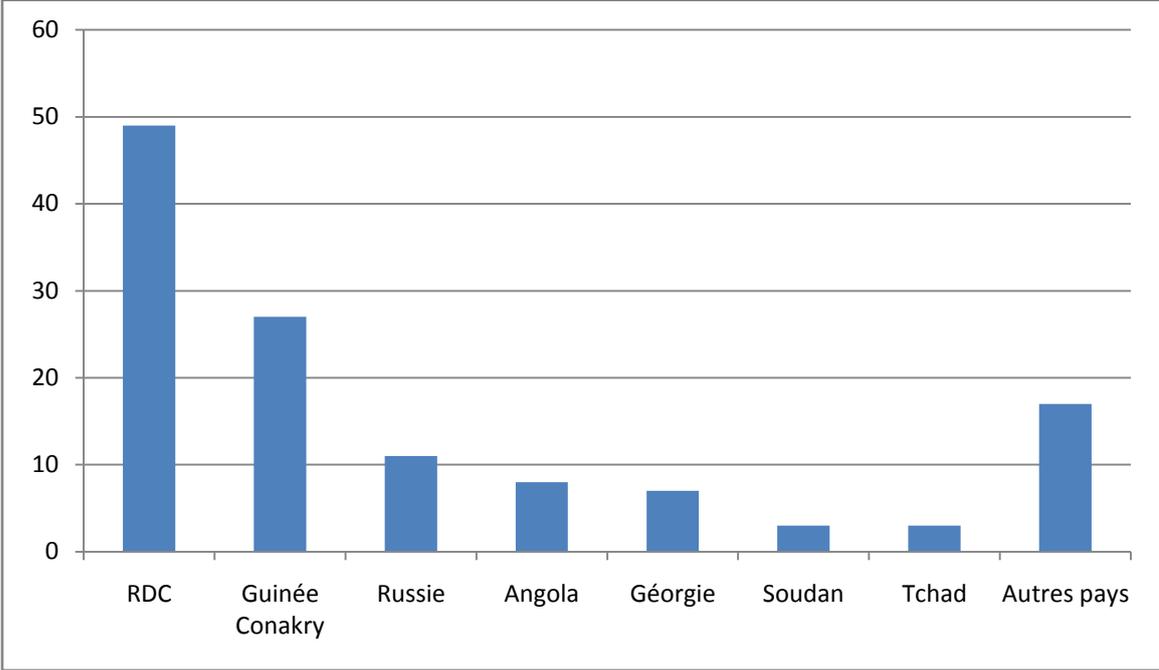


Tableau 3 : Origine géographique par pays.

Origine - Pays	N (%)
Albanie	1 (0,8%)
Algérie	1 (0,8%)
Angola	8 (6,5%)
Arménie	1 (0,8%)
Chine	1 (0,8%)
Côte d'Ivoire	1 (0,8%)
Gabon	1 (0,8%)
Géorgie	7 (5,7%)
Guinée (Conakry)	27 (22%)
Irak	1 (0,8%)
Mali	1 (0,8%)
Mauritanie	1 (0,8%)
Nigéria	2 (1,6%)
Ouganda	1 (0,8%)
République Démocratique du Congo (Kinshasa)	49 (39,8%)
République du Congo (Brazzaville)	1 (0,8%)
Russie	11 (8,9%)
Soudan	3 (2,4%)
Tchad	3 (2,4%)
Tibet	1 (0,8%)
Togo	1 (0,8%)

5.3.1.4. Adresse sur le territoire français

L'adresse déclarée par le requérant était en Haute-Vienne dans 96 cas, en Corrèze dans 16 cas, en Creuse dans 6 cas et dans un autre département pour 5 cas.

5.3.1.5. Délais arrivée sur le territoire français – consultation

Moyenne 480 jours.

Médiane 413 jours.

Délai minimum 30 jours, délai maximum 2584 jours.

5.3.1.6. Délais agression – arrivée sur le sol français

Moyenne 1049 jours.

Médiane 548 jours.

Délai minimum 11 jours, délai maximum 6765 jours.

5.3.1.7. Délais agression – consultation

Moyenne 1487 jours.

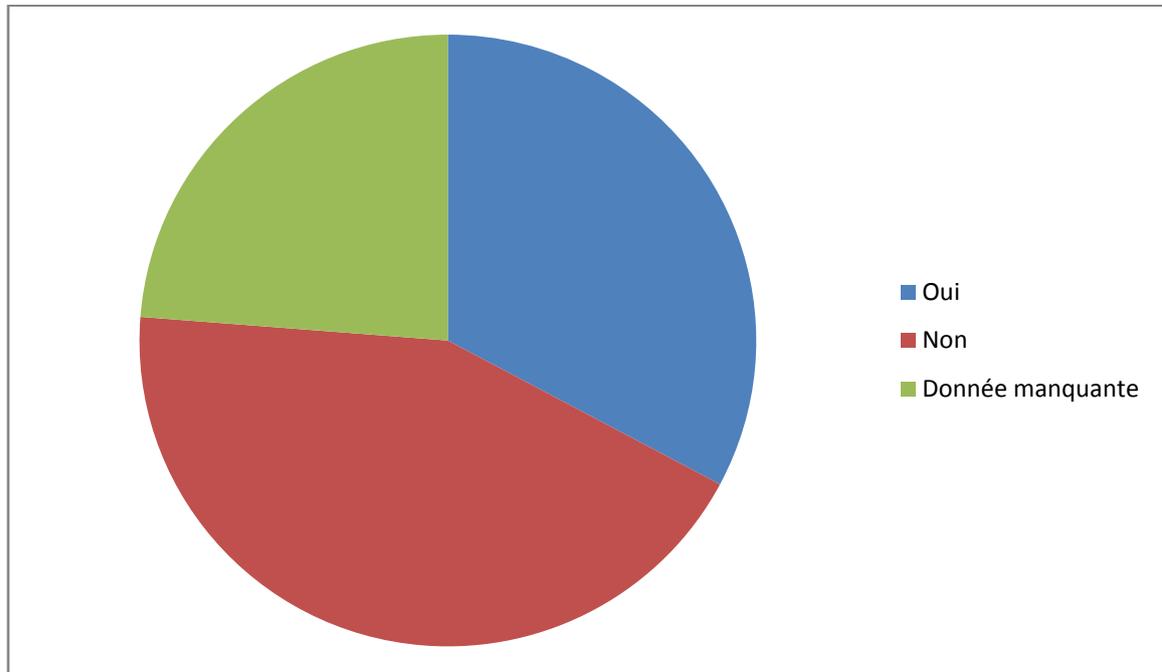
Médiane 916 jours.

Délai minimum 125 jours, délai maximum : 7107 jours.

5.3.1.8. Famille en France

40 (32,5%) patients déclaraient avoir de la famille sur le sol Français, 53 (43,1%) déclaraient ne pas avoir de famille sur le sol Français, l'information n'était pas précisée pour 29 (23,5%) patients.

Figure 9 : Famille sur le territoire français.



5.3.1.9. Type de conflit

Dans 7 cas le type de conflit n'était pas précisé dans le compte rendu de consultation. Parmi les 116 comptes-rendus il y avait 77 cas de conflits politiques (66,4%), 12 conflits sociaux (orientation sexuelle, mariage forcé...) (10,3%), 10 ethniques (8,6%), 7 religieux (6%), 3 professionnels (2,6%), 7 cas autres (6%).

Tableau 4 : Type de conflit.

Type de conflit	Nombre	%
Ethnique	10	8,6
Politique	77	66,4
Professionnel	3	2,6
Religieux	7	6
Social (orientation sexuelle, mariage forcé...)	12	10,3
Autre	7	6

5.3.1.10. Incarcérations

73 demandeurs d'asile ont déclaré avoir été emprisonnés (59,3%). 44 l'ont été moins d'une semaine et 29 plus d'une semaine.

69 des 99 demandeurs d'asile originaires d'Afrique subsaharienne ont déclaré avoir été incarcérés (69,7%). Les 4 autres incarcérations concernaient des demandeurs d'asile originaires de Fédération de Russie.

Les demandeurs d'asile originaires d'Afrique subsaharienne étaient statistiquement plus sujets à l'incarcération par rapport à ceux des autres régions ($p < 0,05$).

5.3.1.11. Nombre de consultation par patient

123 requérants différents avaient consulté. 116 ont été examinés une seule fois. Quatre requérants l'ont été deux fois. Deux requérants l'ont été trois fois. Une personne a été examinée quatre fois.

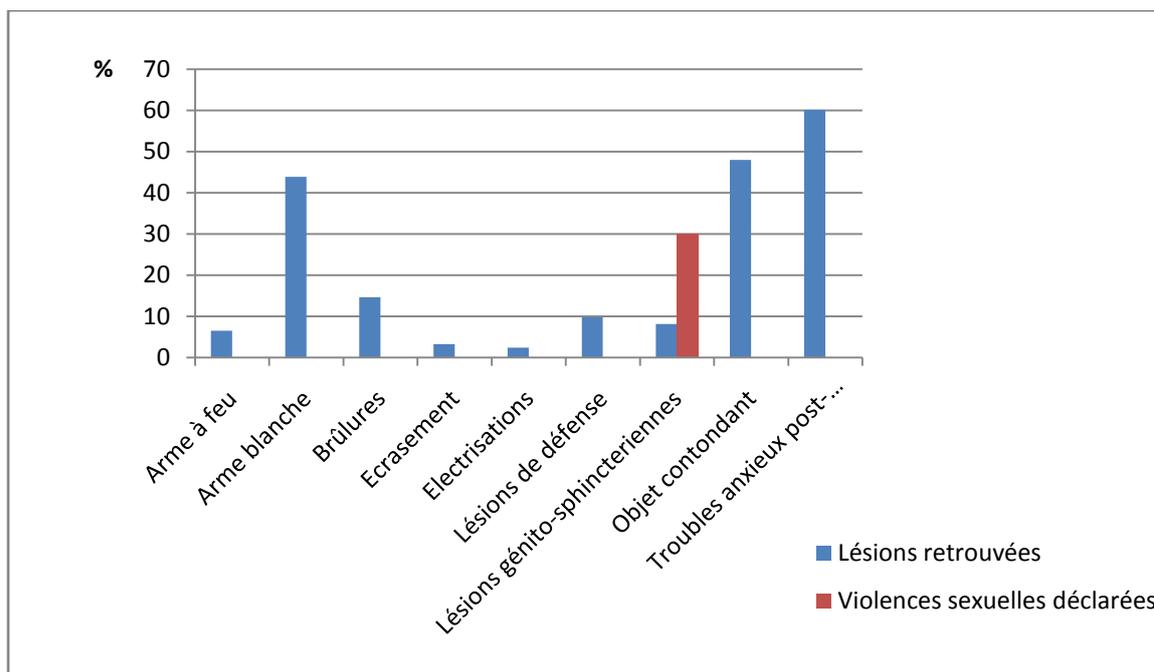
5.3.1.12. Principales lésions constatées

Tableau 5 : Principales lésions constatées.

Type de lésion	Nombre	Fréquence (%)
Arme à feu	8	6,50
Arme blanche	54	43,90
Brûlures	18	14,63
Ecrasement	4	3,25
Electrisation	3	2,44
Lésions de défense	12	9,76
Lésions génito-sphincteriennes	10	8,13
Objet contondant	59	47,97
Trouble anxieux post-traumatique	74	60,16

30,80% des sujets avaient déclaré avoir subi des violences sexuelles soit 11,8% des hommes et 59,6% des femmes. Chez ces sujets déclarant des violences sexuelles, elles avaient été retrouvées à l'examen dans 27,03% des cas. Parmi la population totale de l'étude, la fréquence des lésions de violences sexuelles retrouvées à l'examen était de 8,13%.

Figure 10 : Principales lésions retrouvées.



5.3.1.13. Compatibilité entre les allégations du demandeur et les constatations médico-légales.

Les conclusions de consultations étaient dans 82,93% des cas en faveur d'une compatibilité forte ou totale. C'est-à-dire que dans 82,93% des dossiers, les constatations médicales étaient en accord avec l'histoire du consultant.

	N	%
Compatibilité forte ou tale	102	82,93
Compatibilité faible ou non compatible	21	17,07

5.3.1.14. Consultation à la PASS

Parmi l'ensemble de la population de l'étude, 50 patients avaient été suivis à la PASS du CHU Dupuytren.

Une aide sanitaire a pu être mise en place pour 47 consultants. 45 ont bénéficié de la CMU base + complémentaire, 2 personnes ont bénéficié de l'Aide Médicale d'Etat.

Pour 2 consultants, la demande d'aide a été rejetée : une personne possédait la Carte Européenne d'Assurance Maladie de l'Italie et pour l'autre personne la raison est inconnue.

Pour un consultant aucune aide n'a été demandée.

Pour deux consultants, les délais entre la date déclarée d'arrivée sur le territoire français et la première consultation à la PASS n'étaient pas calculables, la date de première consultation à la PASS était antérieure à la date déclarée d'arrivée sur le sol français.

La moyenne des délais entre l'arrivée sur le sol français et la première consultation à la PASS était de 87 jours et la médiane de 28 jours. Le délai minimal était de 4 jours et le délai maximal de 2233 jours.

Tous les patients avaient d'abord consulté à la PASS avant de consulter le médecin de l'UMJ. Le délai entre la première consultation à la PASS et la consultation à l'UMJ était en moyenne de 428 jours, la médiane de 410 jours, le délai minimal de 30 jours et le délai maximal de 2584 jours.

Sur les 50 patients ayant consulté à la PASS, l'adresse qu'ils avaient renseigné lors de la consultation à l'UMJ était dans 38 cas en Haute-Vienne, dans 7 cas en Corrèze, dans 3 cas en Creuse et dans 2 cas dans un autre département.

5.3.1.15. Consultation au CLAT

Parmi l'ensemble de la population de l'étude, 62 patients avaient eu rendez-vous au CLAT de la Haute-Vienne. 55 s'étaient rendus à la consultation.

Parmi ces personnes, 30 avaient un statut tuberculeux négatif. 20 avaient une infection tuberculeuse latente (ITL). Une avait une tuberculose maladie. 3 avaient une infection tuberculeuse ancienne guérie. Pour une personne le statut tuberculeux n'était pas précisé.

Parmi les 20 ITL, 5 personnes ont été prises en charge par traitement antituberculeux en ambulatoire. Le cas de tuberculose maladie a été hospitalisé.

Sur les 55 consultants au CLAT, 47 avaient déclaré une adresse en Haute-Vienne, 6 en Corrèze et 2 en Creuse.

Parmi les 96 demandeurs d'asile qui avaient déclaré une adresse en Haute-Vienne, 47 ont consulté au CLAT de la Haute-Vienne, soit 48,9% d'entre eux.

Sur les 55 consultants, 39 provenaient d'Afrique subsaharienne, 14 d'Asie Russie Caucase et 1 d'Europe.

Le statut tuberculeux n'était pas différent entre les groupes Afrique et Asie + Europe. $p=0,1331$ (Fisher).

Tableau 6 : Provenance des patients ayant consulté au CLAT.

Adressé par	Nombre	Fréquence (%)
Structure d'accueil	32	58,18
Médecine ambulatoire	2	3,64
Médecine hospitalière	13	23,64
Lui-même	0	0
Absence de données	8	14,55

5.3.2. Analyse associative

5.3.2.1. Association entre les lésions retrouvées à l'examen clinique et compatibilité élevée avec les allégations du sujet

Tableau 7 : Association entre les lésions retrouvées à l'examen clinique et compatibilité élevée avec les allégations du sujet.

Type de lésion	Nombre	Compatibilité élevée (%)	P
Arme à feu	8	87,50	0,7222
Arme blanche	54	88,88	0,1200
Brûlures	18	94,44	0,3056
Contondant	59	94,91	0,0006
Ecrasement	4	50	0,1347
Electrisation	3	100	1
Lésion de défense	12	91,67	0,6890
Génitales	10	90	1
Anxiété post traumatique	74	85,13	0,4237

Pour arriver à ces résultats, une analyse associative a été effectuée entre la présence d'une lésion et la présence d'une compatibilité élevée ; c'est-à-dire que dans cette étude la fréquence d'« examens compatibles » était supérieure dans le groupe de personnes « coups par objets contondants » par rapport au groupe « pas de coups par objet contondants ».

5.3.2.2. Association du « délai entre l'agression et l'examen » avec la compatibilité des lésions

Le délai entre agression et examen était en moyenne 33 jours plus long dans le groupe « examen peu compatible », $p=0,4638$ (Student t-test)

5.3.2.3. Association de l'âge avec la compatibilité des lésions

La moyenne d'âge était de 29 ans et 8 mois dans le groupe « examen fortement compatible ». Elle était de 36 ans et 5 mois dans le groupe « examen peu compatible ». Le groupe « examen fortement compatible » était en moyenne plus jeune, $p=0,0493$.

5.3.2.4. Répétition des consultations et compatibilité des lésions

3 des 7 patients qui ont été vus plusieurs fois en consultations avaient un « examen fortement compatible ». 99 des 116 patients vus une seule fois en consultation avaient un « examen fortement compatible ». La fréquence d'examen peu compatible était plus élevée dans le groupe de personnes ayant consulté plusieurs fois à l'UMJ. $p=0,0160$ Fisher.

5.3.2.5. Population ayant consulté au CLAT de la Haute-Vienne

La compatibilité des lésions n'était pas différente entre le groupe statut tuberculeux négatif et le groupe statut tuberculeux positif regroupant les ITL, les TM et tuberculoses anciennes. $P=0,7036$ fisher.

5.4. Discussion :

5.4.1. Résultat principal et son implication

Au sein de la population de demandeurs d'asile ayant consulté à l'UMJ de Limoges, la compatibilité entre les allégations du sujet et les données de l'examen médico-légal était forte avec plus de quatre cinquièmes des certificats concluant une compatibilité forte ou totale.

Les séquelles de blessures par objet contondant étaient les seules lésions statistiquement associées avec une compatibilité forte ou totale des allégations du patient. Elles étaient aussi les lésions physiques les plus fréquemment retrouvées, juste devant les lésions par arme blanche.

Les autres lésions (brûlure, arme à feu...) avaient dans l'ensemble une compatibilité élevée avec les allégations du sujet mais montraient seulement une tendance car le degré de significativité n'était pas atteint.

L'étude a mis en évidence une association entre le l'âge du sujet et la compatibilité des lésions ; en effet le groupe non compatible était significativement plus âgé que le groupe compatible. Bien que le temps pouvant effacer les traces de torture, il n'a pas été retrouvé de différence significative de délai agression-consultation entre les groupes compatibilité forte et compatibilité faible.

La répétition des consultations à l'UMJ était significativement associée à une compatibilité faible entre les allégations du sujet et l'examen médico-légal.

En explorant la base de données Medline il n'a pas été retrouvé d'autre étude évaluant les facteurs pouvant influencer la compatibilité des lésions et les allégations du sujet. LEBOSSE [18] retrouvait des données de l'examen médico-légal incompatibles avec les allégations du sujet dans un cas sur dix. Il suggérait que la compatibilité pouvait être influencée par les délais entre l'agression et l'examen ainsi que par des lésions typiques d'un événement de torture.

HERIN et coll. [19] avaient étudié les conclusions des rapports d'examen de 76 demandeurs d'asile à Toulouse et seulement 4% des lésions observées semblaient être des séquelles spécifiques de torture.

L'étude de JOUANNETEAU [20] qui avait pour but d'évaluer l'impact des certificats médicaux dans la demande d'asile à la CNDA concluait que les avis étaient nuancés sur le poids du certificat médical dans la décision des juges de la CNDA, que le certificat devait porter une indication sur l'imputabilité des séquelles à l'événement vécu, et que

l'absence de certificat médical en cas de récit comportant des violences était préjudiciable au demandeur d'asile.

5.4.2. Forces et faiblesse du travail

5.4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Dans cette étude il y avait une majorité d'hommes, les sujets étaient surtout des adultes jeunes. Ces résultats sont comparables aux études de LEBOSSE à Nantes [18] et celles de MOISANDER et EDSTON à Stockholm [21].

La majorité des demandeurs d'asiles venait d'Afrique subsaharienne et près de la moitié des sujets provenaient de République Démocratique du Congo (RDC ou Congo Kinshasa).

Le rapport de l'OFPRA du 28/04/2014 indique qu'en 2013 sur les 51715 demandes de protection internationale il y avait :

- 4284 demandeurs provenant de RDC (soit 8,3% des demandes),
- 2041 demandeurs provenant de Guinée Conakry (soit 3,9%),
- 462 demandeurs provenant d'Angola (0,9%),
- 2395 demandeurs provenant du Sri Lanka (4,6%),
- 4355 demandeurs provenant du Bangladesh (8,4%),
- 3862 demandeurs provenant du Kosovo (7,5%),
- 3064 demandeurs provenant de Russie (soit 5,9%),
- 1994 demandeurs provenant de Géorgie (soit 3,9%).

Ces chiffres sont différents de ceux de la présente étude où la RDC était surreprésentée (39,8%), ainsi que la Guinée Conakry (22%). En revanche parmi les sujets de notre étude il n'y avait aucun cas provenant du Kosovo, du Sri Lanka ou du Bangladesh. Cependant plusieurs demandeurs d'asile et mineurs étrangers isolés provenant du Bangladesh ont consulté à l'UMJ du CHU de Limoges en 2015.

Dans l'étude de LEBOSSE à Nantes la Fédération de Russie était le pays d'origine des demandeurs d'asile le plus représenté avec 184 sujets (32,3% des patients de cette étude). LEBOSSE avait différencié les différents Etats de la Fédération de Russie et mis en évidence une majorité de demandeurs provenant du Daguestan et de Tchétchénie. A Nantes aussi les populations du Sri Lanka et du Bangladesh étaient peu représentées

(0,89% et 0,36% des sujets). JOUANNETEAU [20] citait la provenance de 649 sujets examinés dans un centre à Lyon en 2008, le premier pays était la RDC (130 sujets), puis le Kosovo (111) et l'Arménie (103). Les populations du Sri-Lanka et du Bangladesh étaient elles aussi peu représentées (5 et 1 sujets).

La majorité des demandeurs d'asile de cette étude étaient originaires d'Afrique subsaharienne. Les demandeurs d'asile provenant de cette région avaient un passé d'emprisonnement plus fréquent que ceux provenant d'autres régions (69,7% vs 16,7%) ce qui peut expliquer une fréquence d'incarcération plus importante dans cette étude par rapport à celle de LEBOSSSE (59,3% vs 40,2%).

5.4.2.2. Lésions

Les principales lésions retrouvées dans l'étude sont des séquelles de coups par objets contondant, de blessures par armes blanches et de brûlures.

Ces résultats sont similaires à d'autres études réalisées dans des centres de victimologie comme celles de LEBOSSSE, où l'examen retrouvait des cicatrices de lésions par objet contondant chez 83% des demandeurs d'asile examinés, et de MOISANDER et EDSTON [21], où 100% des sujets présentaient des séquelles de coups par objet contondant.

Lors de la conception de l'étude, il n'a pas été réalisé de recueil poussé sur la description des blessures : forme, taille, couleur ou localisation, ni sur les éventuels traitements : sutures...

Les lésions sexuelles ont été retrouvées chez une partie des sujets qui ont déclaré des sévices sexuels. A Limoges il semblerait que la fréquence des lésions sexuelles déclarées (30,8%) ainsi que les lésions génitales retrouvées à l'examen (27,03%) soit plus élevée qu'à Nantes (15,12%).

D'autres études retrouvent une fréquence d'agressions sexuelles de 44% dans une population d'hommes et de femmes de l'étude de ROGSTAD [22] et de 76% dans l'étude de EDSTON et OLSON [23] où les sujets sont 63 femmes. MOISANDERS et EDSTON rapportent une fréquence de viols et torture génitale de 28% dans leur étude, ils expliquent que ces résultats peuvent varier selon l'origine géographique des demandeurs d'asile, les techniques d'examen ou de la définition de la violence sexuelle.

Un trouble anxieux post traumatique a été retrouvé dans plus de la moitié des cas, en accord avec plusieurs données de la littérature [18]. HALLAS et coll. [24] mettaient en évidence un syndrome de stress post traumatique chez 50,8% des 2152 demandeurs

d'asile évalués au Danemark. Cette étude mettait en évidence une association entre la durée de l'hébergement en centre d'asile et l'augmentation de la prévalence du PTSD.

Parmi la population de la présente étude, certains sujets avaient apporté des documents médicaux lors de la consultation mais cela n'a pas été relevé lors du recueil des données de l'étude. Ces documents étaient par exemple des radiographies ou des certificats médicaux. On peut penser qu'à l'avenir on puisse documenter la torture par scintigraphie [25]. Certains sujets présentaient des documents médicaux provenant du pays d'origine. D'après JOUANNETEAU, les membres de la CNDA estiment que les certificats médicaux provenant du pays d'origine ont moins de poids que ceux faits en France en raison de la suspicion de faux documents.

La présente étude a porté sur le travail d'un seul examinateur et sur un temps défini. L'examen et la rédaction de certificats des demandeurs d'asile ont été conduits sur un modèle reproductible. SANDERS [26] a travaillé sur échantillon de 58 cas de patients torturés, avec l'aide plusieurs examinateurs et sur une période de 15 années. LEBOSSÉ avait inclus 570 patients sur une période de 6 années ce qui reste une des études avec le plus grand échantillon de demandeurs d'asile. Malgré ces différentes tailles d'échantillons il n'y avait que peu de résultats statistiquement significatifs dans les études de SANDERS et de LEBOSSÉ comme dans la présente étude.

5.4.3. Hypothèses et interprétations des résultats

On constate que la très grosse majorité des demandeurs d'asile ayant consulté à l'UMJ de Limoges, qui est un centre de victimologie, présentait des séquelles de torture visibles à l'examen physique, décrites sur le certificat médical.

Les résultats de la présente étude reflètent une partie de la population des demandeurs d'asile, car tous ne consultent pas à l'UMJ. MASMAS et coll. étudiaient dans une étude Danoise [27] une population de 142 demandeurs d'asile dans un centre non spécialisé en victimologie et parmi ceux-ci 45% étaient exposés à la torture. La méta-analyse de KALT et coll. [28] retrouvait une prévalence de 30% de torture parmi une population de demandeurs d'asile répartie sur différents continents.

Comment expliquer la disparité entre l'origine géographique des demandeurs d'asile consultant à l'UMJ de Limoges et les statistiques nationales du rapport de l'OFPRA ?

Soit il n'y aurait pas de demandeurs d'asile provenant d'Albanie, du Bangladesh, du Kosovo et du Sri Lanka en région Limousin, soit ces personnes sont bien présentes mais ne consultent pas à l'UMJ.

Lors de la réalisation de cette étude l'Albanie faisait partie de la liste des pays d'origine sûre tout comme le Kosovo, le Bangladesh et la Géorgie. Les personnes demandeuses d'asile provenant de ces pays sont donc en procédure prioritaire, ils n'ont donc pas d'APS et ne bénéficient pas de droit sociaux, cela peut expliquer l'absence de ces personnes en consultation à l'UMJ de Limoges.

D'après le rapport sur la réforme de l'asile de V Létard et J-L Touraine [29], les raisons qui influenceraient les flux de demandes d'asile seraient variées, difficilement prévisibles et les variations ne seraient pas nécessairement corrélées aux évolutions géopolitiques. Les pays dont les ressortissants seraient susceptibles d'avoir un très fort besoin de protection internationale (comme la Syrie) ne figurent, ni en 2012 ni en 2013, dans la liste des 10 premiers pays d'origine des demandeurs d'asile. A l'inverse, des pays pour lesquels les besoins de protection sont relativement bas figurent parmi les premiers pays d'origine (sur les 10 premiers mois de 2013 : Albanie et Kosovo, 8 % du taux global).

5.5. Conclusion :

123 patients en instance de demande d'asile ont été examinés à l'UMJ de Limoges. Ces personnes étaient jeunes et provenaient majoritairement d'Afrique subsaharienne. Elles présentaient de multiples séquelles pouvant être attribuées à la torture : près de la moitié d'entre elles présentaient des cicatrices de coups par objets contondants et par objet coupants. Plus de la moitié présentaient des troubles anxieux post traumatiques.

L'étude a permis de mettre une évidence une compatibilité significative des lésions observées et des allégations du demandeur d'asile lorsque ce dernier présente des séquelles de coups par objet contondant.

Il serait intéressant de croiser les données entre les conclusions des certificats médicaux réalisés à l'UMJ et les données de l'OFPRA et la CNDA pour avoir connaissance de l'aboutissement des demandes d'asile des sujets qui ont été inclus dans la présente étude ; afin de déterminer quels paramètres influent la reconnaissance du statut de réfugié. Bien que la plupart des audiences de la CNDA soient publiques, la CNDA ne diffuse pas de liste de ses décisions.

Références bibliographiques

- [1] *Rapport d'activité 2013* [En ligne]. [s.l.] : OFPRA, 2014. Disponible sur : < http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OFPRA_BD_28-04-2014.pdf >
- [2] DROMER C. « Association - ONG - Médecins du Monde - ONG de solidarité internationale - Le Certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France ». [s.l.] : [s.n.], 2007. Disponible sur : < <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Le-Certificat-medical-piece-jointe-a-la-demande-d-asile-en-France> > (consulté le 26 avril 2015)
- [3] CAZENEUVE B. *N° 2182 - Projet de loi relatif à la réforme de l'asile* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2182.asp> > (consulté le 14 mars 2015)
- [4] « Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés ». In : *UNHCR* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.unhcr.fr/4b14f4a62.html> > (consulté le 6 octobre 2014)
- [5] « Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ». In : *Légifrance* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946> > (consulté le 6 octobre 2014)
- [6] « UNHCR - Gouvernance et organisation ». In : *Haut Commis. N. U. Pour Réfug.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.unhcr.fr/pages/4aae621e125.html> > (consulté le 6 octobre 2014)
- [7] *Normes relatives aux procédures de détermination du statut de réfugié relevant du mandat du HCR* [En ligne]. [s.l.] : UNHCR, 2005. Disponible sur : < <http://www.unhcr.fr/4ad2f813c.html> >
- [8] « Asile : différentes formes de protection ». In : *Serv.-Publicfr* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F299.xhtml> > (consulté le 8 octobre 2014)
- [9] LÉGIFRANCE.GOUV.FR. « Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. | Legifrance ». [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158> > (consulté le 30 septembre 2014)
- [10] MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR S. G. À. L. E. À. L. « Guide du demandeur d'asile / Asile - Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur ». [s.l.] : [s.n.], 2013. Disponible sur : < <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile> > (consulté le 17 septembre 2014)
- [11] « Comment déposer une demande d'aide juridictionnelle ? ». In : *Cons. Etat* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.conseil-etat.fr/Conseil-d-Etat/Demarches-Procédures/L-avocat-et-l-aide-juridictionnelle/Comment-deposer-une-demande-d-aide-juridictionnelle> > (consulté le 8 octobre 2014)
- [12] « Les droits sociaux des demandeurs d'asile ». In : *Ministère Intér.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-accueil->

des-demandeurs-d-asile/Les-droits-sociaux-des-demandeurs-d-asile > (consulté le 8 septembre 2014)

- [13] « Salarié étranger : décision sur la demande d'autorisation de travail ». In : *Serv.-Publicfr* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2014. Disponible sur : < <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F3100.xhtml> > (consulté le 8 octobre 2014)
- [14] MCMAHON J. D., MACFARLANE A., AVALOS G. E., CANTILLON P., MURPHY A. W. « A survey of asylum seekers' general practice service utilisation and morbidity patterns ». *Ir. Med. J.* mai 2007. Vol. 100, n°5, p. 461-464.
- [15] TAGUBA A. M. « Taguba Report: Iraq Prisoner Abuse Investigation of the U.S. 800th Military Police Brigade ». [s.l.] : [s.n.], 2004. Disponible sur : < <http://news.findlaw.com/hdocs/docs/iraq/tagubarpt.html> > (consulté le 26 avril 2015)
- [16] ACAT FRANCE. *Rapport ACAT 2014. Analyse du phénomène tortionnaire*. [En ligne]. 9 janvier 2014. Disponible sur : < <http://www.acatfrance.fr/rapport/rapport-un-monde-tortionnaire-2014> >
- [17] DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Le praticien face à une victime de torture* [En ligne]. juillet 2005. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/torture-le-praticien-face-a-une-victime-de-torture.html> >
- [18] LEBOSSE D. *Demandeurs d'asile ayant subi des tortures dans leur pays d'origine : évaluation d'un centre français*. [s.l.] : Thèse d'exercice. Nantes, 2013.
- [19] HERIN F., FAURIE C., DEDOUIT F., SOUMAH M., GRILL S., BLANC A., ROUGE D., TELMON N. « Constatations médico-légales chez les réfugiés alléguant être victimes de torture ». *J. Médecine Légale Droit Méd.* 2007. Vol. 50, n°4, p. 191-196.
- [20] MOISANDER P., EDSTON E. « Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries ». *Forensic Sci. J.* [En ligne]. 26 novembre 2003. Disponible sur : < [http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738\(03\)00280-9/fulltext](http://www.fsijournal.org/article/S0379-0738(03)00280-9/fulltext) >
- [21] JOUANNETEAU C. *Le rôle du certificat médical dans la demande d'asile*. Thèse d'exercice. Lyon, France : Université Claude Bernard, 2009. 106 p.
- [22] ROGSTAD K., DALE H. *What are the needs of asylum seekers attending an STI clinic and are they significantly different from those of British patients?* [En ligne]. 15 août 2004. Disponible sur : < <http://std.sagepub.com/content/15/8/515.full.pdf> > (consulté le 2 mars 2015)
- [23] EDSTON E., OLSSON C. « Female victims of torture ». *J. Forensic Leg. Med.* [En ligne]. 1 août 2007. Vol. 14, n°6, p. 368-373. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2006.12.014> > (consulté le 2 mars 2015)
- [24] HALLAS P., HANSEN A. R., STÆHR M. A., MUNK-ANDERSEN E., JORGENSEN H. L. « Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark ». *BMC Public Health* [En ligne]. 11 octobre 2007. Vol. 7, n°1, p. 288. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-7-288> > (consulté le 25 mars 2015)
- [25] OZKALIPCI O., UNUVAR U., SAHIN U., IRENCIN S., FINCANCI S. K. « A significant diagnostic method in torture investigation: Bone scintigraphy ». *Forensic Sci. Int.* [En

ligne]. mars 2013. Vol. 226, n°1-3, p. 142-145. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.12.019> > (consulté le 14 mars 2015)

- [26] SANDERS J., SCHUMAN M. W., MARBELLA A. M. « The epidemiology of torture: A case series of 58 survivors of torture ». *Forensic Sci. Int.* [En ligne]. août 2009. Vol. 189, n°1-3, p. e1-e7. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2009.03.026> > (consulté le 12 mars 2015)
- [27] MASMAS T. N., MØLLER E., BUHMANN C., BUNCH V., JENSEN J. H., HANSEN T. N., JØRGENSEN L. M., KJAER C., MANNSTAEDT M., OXHOLM A., SKAU J., THEILADE L. A., WORM L., EKSTRØM M. « [Health status and degree of traumatisation among newly arrived asylum seeker--secondary publication] ». *Ugeskr. Laeger.* 11 janvier 2010. Vol. 172, n°2, p. 120-124.
- [28] KALT A., HOSSAIN M., KISS L., ZIMMERMAN C. « Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. mars 2013. Vol. 103, n°3, p. e30-42. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136> >
- [29] LÉTARD V., TOURAINE J.-L. *Rapport sur la réforme de l'asile* [En ligne]. 28 novembre 2013. Disponible sur : < www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/66780/483836/file/131128-Rapport-sur-la-reforme-de-l_asile.pdf >

Table des annexes

Annexe 1. Critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique dans le DSMIV-TR...60

Annexe 1. Critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique dans le DSMIV-TR.

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ;
- (2) Irritabilité ou accès de colère ;
- (3) Difficulté de concentration ;
- (4) Hypervigilance ;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

L'état de stress post traumatique est :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

L'état de stress post traumatique est dit différé si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Annexe 2. Questionnaire de recueil des données.

Date consultation DD/MM/YYYY HH:MM:SS	date naissance DD/MM/YYYY	Age <input type="checkbox"/>	département <input type="radio"/> 87 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> autre
initiales <input type="text"/>	identité <input type="text"/>	groupe age <input type="radio"/> <18 <input type="radio"/> 18-25 <input type="radio"/> 26-35 <input type="radio"/> 35-59 <input type="radio"/> 60 et +	
Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Date arrivée en france DD/MM/YYYY	nombre cs DA à l'UMJ <input type="checkbox"/> plusieurs consultations de DA à l'UMJ nombre 1	
Origine géographique <input type="radio"/> Afrique subsaharienne <input type="radio"/> Afrique du Nord <input type="radio"/> Asie Russie <input type="radio"/> Europe <input type="radio"/> Amérique <input type="radio"/> Océanie	pays <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pas d'agression	
Famille en france <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas	Date agression DD/MM/YYYY	modalité violences déclarées <input type="checkbox"/> pression psychologique <input type="checkbox"/> violence repetee > 1 an <input type="checkbox"/> violence repetee < 1 an <input type="checkbox"/> incarcération > 1 semaine <input type="checkbox"/> incarcération < 1 semaine <input type="checkbox"/> une seule altercation <input type="checkbox"/> violences sexuelles	
type de conflit <input type="radio"/> économique <input type="radio"/> politique <input type="radio"/> ethnique <input type="radio"/> religieux <input type="radio"/> autre <input type="radio"/> non précisé <input type="radio"/> professionnel <input type="radio"/> familial / mariage forcé / hor	utilisation système de santé en france <input type="checkbox"/> psychiatrie <input type="checkbox"/> soins médecine ambulatoire <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> obstetrique <input type="checkbox"/> suivi par le CLAT <input type="checkbox"/> soins dentaires		
<input type="checkbox"/> contentant <input type="checkbox"/> matraque <input type="checkbox"/> écrasement <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> instrument coupant <input type="checkbox"/> arme à feu <input type="checkbox"/> électrisations <input type="checkbox"/> défense <input type="checkbox"/> chute <input type="checkbox"/> lésions sexuelles <input type="checkbox"/> anxiété post traumatique <input type="checkbox"/> pas de lésion <input type="checkbox"/> autre lésion	lieu lésion retrouvée <input type="checkbox"/> tête et cou <input type="checkbox"/> sexuel <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> membres		
préciser autre lésion <input type="text"/>	compatibilité des lésions <input type="radio"/> importante ou totale <input type="radio"/> peu compatible ou non compatible		

CLAT

date1erecsclat

pas venu au CLAT

traitement tbk instauré par clat

status tuberculose

- négatif
- tbk latente
- tbk maladie
- épisode ancien

adressé au clat par :

- structure d'accueil
- médecine ambulatoire
- médecine hospitaliere
- lui même
- autre

PASS

date1erecsPASS

Table des figures

Figure 1 : Lésion irrégulière : séquelle de trainage. Collection personnelle (CP).	28
Figure 2 : Cicatrice chirurgicale. CP.	29
Figure 3 : Cicatrice chirurgicale. Aspect déprimé, à l'emporte pièce, teinte rosée en faveur du caractère semi-ancien. CP.	29
Figure 4 : Traces de liens maintenant les deux jambes. [17]	30
Figure 5 : Cicatrice de brûlure par projection d'eau bouillante. Aspect ancien. CP.	30
Figure 6 : Age et sexe des requérants.	38
Figure 7 : Origine géographique par région.	39
Figure 8 : Origine géographique par pays.....	40
Figure 9 : Famille sur le territoire français.....	43
Figure 10 : Principales lésions retrouvées.	46

Table des tableaux

Tableau 1 : Admissions annuelles (protection subsidiaire incluses) par l'OFPRA et la CNDA. Source : Rapport d'activité de l'OFPRA 28.04.2014.	23
Tableau 2 : Nombre de premières demandes de protection internationale depuis 1981. Source : rapport d'activité de l'OFPRA 28.04.2014.....	24
Tableau 3 : Origine géographique par pays.....	41
Tableau 4 : Type de conflit.	44
Tableau 5 : Principales lésions constatées.	45
Tableau 6 : Provenance des patients ayant consulté au CLAT.....	48
Tableau 7 : Association entre les lésions retrouvées à l'examen clinique et compatibilité élevée avec les allégations du sujet.	49

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Maxime EBERHARD

Epidémiologie des demandeurs d'asile consultant à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Limoges.

Résumé :

Objectif : L'interprétation des données de l'examen clinique de demandeurs d'asile permet de statuer la compatibilité entre les dires du sujet et les séquelles physiques retrouvées. L'objectif est de déterminer quelles lésions sont le plus fréquemment associées à une compatibilité forte ou totale avec les allégations du sujet.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique mono centrique. Le recueil des données issues des certificats médicaux était rétrospectif et concernait les consultations de l'UMJ de Limoges du 26/3/2012 au 17/06/2014.

Résultats : L'analyse a concerné 123 demandeurs d'asile d'une moyenne d'âge de 30 ans. Dans 83% des cas les données de l'examen clinique étaient compatibles avec les allégations du sujet. Des cicatrices de coups par objets contondants étaient présentes chez 59 sujets dont 95% avaient des allégations compatibles avec les données de l'examen clinique ($p=0,0006$). Les autres principales séquelles observées étaient le trouble anxieux (74 cas), les cicatrices de plaies par armes blanches (54 cas) ou par brûlures (18 cas). Un antécédent de violences sexuelles était déclaré par 31% des individus (12% des hommes et 60% des femmes examinés) et dans 27% de ces cas des traces de violences sexuelles étaient retrouvées à l'examen. La présence de lésions génitales n'a pas entraîné la classification en tant que compatibilité forte ou totale avec les dires du sujet. Le groupe « examen compatible » était plus jeune (29 ans vs. 36 ans $p=0,0493$). Il s'est révélé plus fréquent que l'examen soit peu compatible avec les allégations du sujet dans le groupe de personnes ayant consulté plusieurs fois à l'UMJ ($p=0,0160$).

Conclusion : Les allégations des demandeurs d'asile étaient significativement compatibles avec l'examen lorsque les sujets présentaient des séquelles de coups par objets contondants.

Mots-clés : demandeur d'asile, médecine légale, immigration, UMJ, violence, torture, compatibilité, Limoges.

Maxime EBERHARD

Torture and asylum seekers : a survey in Limoges, France.

Abstract :

Objective: Interpretation of asylum seekers medical examination's data allows us to determine the compatibility of the physical examination and the alleged facts. The aim of this survey is to determine in an asylum seekers population wich lesions are most frequently associated with a "high or complete compatibility" with the allegations of the subjects.

Method: This is an monocentric epidemiological study. Data collection from medical certificates was retrospective and involved consultations of the Forensic Unit of Limoges from 3/26/2012 to 6/17/2014.

Results: 123 asylum seekers with a mean age of 30 were analyzed. In 83% of cases, clinical findings were consistent with the allegations of the subject. 59 subjects had scars from blunt objects and 95% of these subjects had consistent allegations with the clinical findings ($p = 0.0006$). The others main effects observed were anxiety disorders (74 cases), scars of sharp objects (54 cases), and burns (18 cases). A history of sexual abuse was reported by 31% of individuals (12% of men and 60% of women examined) and 27% of them had clinical signs of sexual violence. The presence of genital lesions was not associated with significant "high or complete compability" with the allegations. The "compatible examination" group was younger (29 years vs. 36 years $p = 0.0493$). The incompatible examination frequency was higher in the group of people who showed several times at the Forensic Unit ($p = 0.0160$).

Conclusion: The allegations of the asylum seekers were significantly consistent with the medical examination when the subjects had blunt objects scars.

Keywords : asylum seeker, forensic, trauma, immigrant, violence, torture documentation, diagnostic method, compatibility, Limoges.