



Centre hospitalier
Le Vinatier



ORSPERE
SAMDARRA

Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés

**Actes de la journée d'étude
Orspere-Samdarra
«Vulnérabilités et demande d'asile »
Le 6 Décembre 2017, Lyon**

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
ARGUMENTAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE TABLE RONDE : « QUELLES VULNÉRABILITÉS CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE ? »	4
<i>La vulnérabilité peut-elle être une catégorie administrative ?, Nicolas Chambon.....</i>	<i>4</i>
<i>Approche anthropologique des parcours des migrants et leurs vulnérabilités, Évelyne Ritaine</i>	<i>8</i>
<i>Précarisation de l'accueil et vulnérabilités des demandeurs d'asile, Yvan Courriol.....</i>	<i>13</i>
DEUXIÈME TABLE RONDE : « LA VULNÉRABILITÉ DANS LA RÉFORME DE L'ASILE DU 29 JUILLET 2015 »	20
<i>La vulnérabilité dans le régime d'asile européen commun : de sa conceptualisation à sa détection, Joanna Pétin.....</i>	<i>20</i>
<i>La prise en compte des vulnérabilités de santé par le service médical de l'OFII, Than Le-Luong et Philippe Truze</i>	<i>26</i>
<i>La prise en compte des vulnérabilités de l'OFPRA dans la procédure de demande d'asile, Coralie Capdeboscq.....</i>	<i>30</i>
TROISIÈME TABLE RONDE : « DE LA DÉTECTION DE LA VULNÉRABILITÉ PSYCHIQUE AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE ? »	40
<i>Le maillage interinstitutionnel hébergement-soin pour une meilleure orientation en santé mentale, Sidonie Emonnet et Céline Chabert.....</i>	<i>40</i>
<i>Enjeux et questionnements éthiques autour de la rédaction du certificat de vulnérabilité, Emmanuel Venet</i>	<i>43</i>
<i>La détection de la vulnérabilité et ensuite ?, Laure Wolmark.....</i>	<i>47</i>
QUATRIÈME TABLE RONDE : « LA PRISE EN COMPTE DE LA VULNÉRABILITÉ DES RÉFUGIÉS SYRIENS À LA FRONTIÈRE SYRO-IRAQUIENNE »	52
<i>La prise en compte de la vulnérabilité des réfugiés au Liban et en Irak, Sami Richa</i>	<i>52</i>
<i>Expérience des réfugiés syriens au Liban : au-delà du traumatisme, Hala Kerbage-Hariri ...</i>	<i>58</i>

ARGUMENTAIRE

Les directives européennes Procédures (Directive 2013/33/UE) transposées en droit interne soulignent la nécessité d'évaluer et de prendre en compte la vulnérabilité des demandeurs d'asile. Appliquée en France lors de la réforme de juillet 2015, la question de la vulnérabilité devient centrale dans la procédure d'asile.

Que recouvre la notion de vulnérabilité ? Comment l'évaluer ? Qui sont les personnes dites vulnérables ? La directive Procédures établit une liste, non exhaustive, de critères de vulnérabilité des demandeurs « du fait notamment de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols, ou d'autres formes graves de violences psychologiques, physiques ou sexuelles ». Quel est l'effet de cette détection sur la procédure de demande d'asile ? Quid des personnes qui ne sont pas considérées comme vulnérables ? Les procédures de détection, telles qu'elles ont été mises en place, permettent-elles de diagnostiquer des vulnérabilités peu visibles mais bien présentes ? Qu'en est-il de la prise en compte de la souffrance psychique et de l'accès aux soins en santé mentale ?

Du côté des personnes migrantes concernées, il existe un enjeu à faire valoir ses souffrances. Les dispositifs cliniques qui travaillent à la restauration de la subjectivité mettent en avant le fait que les personnes rencontrées en consultation sont souvent résilientes. Le fait d'apposer le qualificatif de vulnérable à la personne ne risque-t-il pas de l'« incapaciter » ? N'y a-t-il pas un risque de stigmatisation ? Ou bien au contraire, cela offre-t-il la possibilité d'un processus de reconnaissance sociale ?

Du côté des professionnels de santé, il existe un réel malaise à rédiger des certificats de vulnérabilité. Certains critiquent une instrumentalisation de la pratique clinique à des fins politiques et dénoncent le risque de discriminer certains demandeurs d'asile par rapport à d'autres. Les soignants craignent d'être débordés par des démarches administratives.

INTRODUCTION

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra

Bienvenue à cette journée d'étude sur « vulnérabilités et demandes d'asile » organisée par l'Orspere-Samdarra, Observatoire national « santé mentale, vulnérabilités et sociétés. »

Nous sommes très heureux de vous accueillir aujourd'hui dans ce bel amphithéâtre que l'Université Lyon 2 met à notre disposition et nous les en remercions.

La question de la vulnérabilité du public demandeur d'asile nous concerne tous : professionnels de santé, travailleurs sociaux, juristes, chercheurs, étudiants mais aussi bénévoles d'associations ou citoyens et ce, à différents niveaux. Afin de travailler cette thématique, nous avons proposé cette année, un séminaire de réflexion à destination des professionnels, soit six rencontres dans cinq villes de la région de mai à novembre 2017. Nous avons également proposé un groupe de travail à destination des personnes qui sont passées par l'asile intitulé « paroles, expériences et migration » et pour lequel nous avons organisé huit rencontres d'octobre à décembre.

La question de la vulnérabilité pose la question de l'accueil des demandeurs d'asile sur notre territoire et il en sera question tout au long de cette journée. Quatre tables rondes vont se succéder aujourd'hui. La première traitera du contexte et des contours de la vulnérabilité,

une deuxième après la pause abordera le cadre législatif et la réforme de l'asile du 29 juillet 2015. Après le déjeuner, la thématique de la santé mentale sera abordée à la fois sur les questions de détection, de certification et d'accès aux soins. Nous laisserons enfin la parole à nos collègues libanais qui viendront nous présenter leurs expériences de soignants auprès des réfugiés syriens.

Cette journée est la dixième que nous organisons depuis la mise en place du Réseau Samdarra en 2007. Nous avons rassemblé 2 700 participants depuis dix ans autour de thématiques telles que le travail en réseau, l'accompagnement, les enjeux éthiques, la parentalité, les récits et paroles de migrants ou encore les mineurs isolés étrangers, femmes en exil... Ces journées d'étude sont préparées par l'équipe de l'Orspere-Samdarra mais avec le soutien actif du comité technique, notamment d'Elisabeth Piegay, coordinatrice des Pass pour la région Auvergne Rhône-Alpes, d'Elodie Godard, juriste au Secours Catholique de Lyon, d'Yvan Couriol de l'Entraide Pierre Valdo, de François Riette de l'équipe mobile psychiatrie précarité du CHS de la Savoie, de Guillaume Pegon du Carrefour santé mentale précarités du Centre psychothérapique de l'Ain, Rached Sfar de l'Adate Grenoble, et de Rémy Kossonogow de l'ADDCAES.

PREMIÈRE TABLE RONDE : « QUELLES VULNÉRABILITÉS CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE ? »

Discutante : Gwen Le Goff, directrice adjointe Orspere-Samdarra

La vulnérabilité peut-elle être une catégorie administrative ?, Nicolas Chambon

Nicolas Chambon, Sociologue, responsable recherche Orspere-Samdarra, Centre Max Weber (Lyon)

Qu'est-ce que la vulnérabilité ?

Commençons cette journée par une définition rapide de la vulnérabilité en vue de présenter les enjeux de sa mobilisation dans la procédure de demande d'asile. La vulnérabilité est un concept - flou - plutôt récent pour désigner la fragilité qui a remplacé au fil du temps celui de l'exclusion, voire de la précarité ; et qui englobe les problématiques sociales et psychiques. Elle désigne un état et un processus dynamique difficilement objectivable et chiffrable, et réfère à l'état d'un individu. On est vulnérable en référence à une *situation*.

Cette catégorie fait polémique. Je me souviens de débats avec Jean Furtos à ce sujet. Pour lui, son usage « dépolitisait » la question du trouble, notamment psychique, alors que pour ma part c'était précisément l'inverse. Le débat sur les catégories est assez lointain et chaque époque a sa terminologie pour qualifier les crises du social : « exclusion », « précarité » et aujourd'hui « vulnérabilité ». Ces catégories sont importantes car elles questionnent l'objet de l'intervention.

Retenons qu'il y a des enjeux derrière la définition de ces catégories qui impliquent de qualifier qui est inclus dans la catégorie et qui en est exclu. Ainsi, par moments, pour des enjeux sociaux ou politiques, il peut s'agir de visions plutôt extensives ou plutôt restrictives de ces catégories.

Il semble que la notion de vulnérabilité rencontre un certain succès à un moment donné car elle permet de se référer à des situations plutôt qu'à des groupes. Le premier intérêt de ce concept est donc qu'il n'est pas forcément totalisant. En effet, quand on dit que des migrants ont des vulnérabilités administratives, psychiques et sociales c'est pour préciser qu'il y a un cumul de ces vulnérabilités mais que la personne ne se réduit pas à l'une d'entre elles. Aussi, résoudre une des problématiques ne va pas obligatoirement tout solutionner : on peut ne plus être vulnérable administrativement (par exemple obtenir le statut de réfugié) et pour autant être vulnérable socialement et psychologiquement. À l'inverse, l'être humain n'est jamais pleinement invulnérable : il y a toujours la possibilité que certaines

situations entraînent chez nous une vulnérabilité.

Il y a alors des facteurs et expériences qui vulnérabilisent. Mais évoquer des facteurs de risque, c'est faire valoir que l'on peut agir dessus. Cela permet donc de penser la prévention. Aussi, le concept induit une réversibilité ; même si cela peut apparaître comme une fiction. Cette thématique problématise aussi la visibilité : il y aurait des vulnérabilités visibles, objectivables et d'autres plutôt invisibles... Celles psychologiques par exemple ?

En effet ce qui nous intéresse, notamment aujourd'hui, c'est que cette notion de vulnérabilité entrelace les problématiques sociales et sanitaires... notamment psychiques ; thématisant la prise en charge multiple pour une même personne. La vulnérabilité serait alors une sorte d'anti-catégorie : d'un côté elle appelle à un traitement individuel des situations, mais on la mobilise comme une catégorie générique...

Les migrants primo-arrivants sont-ils tous vulnérables ?

Voici une question qui peut apparaître provocante, mais que nous nous posons toutes et tous. Pour les migrants, il y a une fragilité constitutive de l'expérience dans le pays d'origine, de la migration, et des conditions d'accueil. Oui, tous les migrants sont vulnérables ; déjà simplement du fait des procédures ! Mais évidemment ce n'est pas l'objectif de cette catégorisation. Quel est alors son intérêt ? Catégoriser c'est inclure, donc exclure... Il y aurait des migrants plus vulnérables ? Deux éléments

nous apparaissent importants à faire valoir dans cette sous-catégorisation.

Le premier c'est qu'elle est en lien avec l'individualisation de la procédure d'asile. Il importe de protéger des individus et non plus en des groupes de population. Il faut alors pouvoir les « qualifier » indépendamment de leur groupe de référence.

Le second, c'est précisément la question de la souffrance psychique de ce public. Qu'en est-il de la vulnérabilité psychosociale ? Cette préoccupation pour la souffrance psychique problématise la santé mentale – au sens large – par-delà la psychiatrie. La fragilité n'est plus seulement définie à partir de conditions objectives mais a à voir avec des conséquences psychiques de l'expérience dans le pays d'origine ou de la migration ; induisant un travail de proximité et donc une singularisation de l'action pour pouvoir la qualifier.

Tension entre éthique du *care* et éthique du *droit*

Cette mobilisation de la vulnérabilité thématise une tension entre l'éthique du droit et l'éthique du *care*. En 2007, quand le Réseau Samdarra a été créé, l'enjeu était de s'intéresser à la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés. Dix ans après, et inversement, c'est comme si ce souci de la santé mentale de ce public était reconnu, et était « administrativement et juridiquement » à reconnaître.

On peut alors se demander comment cette conception en lien avec l'éthique du *care* peut être compatible avec des questions de justice et des questions de droit ? L'éthique du *care* est une théorie morale distincte de

et opposable à l'éthique de la justice et sa morale universaliste. Il est ici question d'une solidarité qui s'exerce à l'endroit d'un autrui singulier, qui souffre, là où le soutien juridique se rapporte à une théorie de la justice où la solidarité est engagée au nom du respect de valeurs fondamentales et est à destination d'un autrui généralisé. Si l'éthique de la justice se préoccupe davantage de l'inégalité, l'éthique du care s'attache à la souffrance d'autrui, et plus généralement à sa vulnérabilité.

Dans cette perspective, il s'agit d'appréhender des histoires singulières et leur donner de la valeur en tant que telles. Par exemple il importe de comprendre le parcours et la situation de la personne par-delà son récit « administratif » dans le cadre de la procédure de demande d'asile. Détecter une vulnérabilité n'est alors pas suffisant : cela engage forcément (accompagnement personnalisé, soin...). Comment assumer le particulier alors qu'on nomme généralement des catégories de personnes sur un registre procédural ?

Les enjeux de la détection des vulnérabilités

Reprenons le titre : La vulnérabilité peut-être une catégorie administrative ? Au regard de ce que je viens de dire, je serai tenté de dire « non » ! Mais si on l'entend comme une injonction, elle nous invite alors à « mieux catégoriser ». À quoi être fidèle au regard de cette rapide définition ?

- De penser et de mettre en pratique une personnalisation de l'accompagnement ; ce qui questionne les moyens mais aussi la hiérarchisation des publics accompagnés.

- Reconnaître et agir sur les vulnérabilités sociales, psychiques.
- Discuter et échanger sur les perspectives de politisation à partir des situations des personnes accompagnées. Cette « politique de l'attention » met au débat les responsabilités de chacun des acteurs dans le domaine de l'asile.

Catégoriser est, je pense que vous êtes tous et toutes témoins, une épreuve à part entière. Comment évaluer et objectiver et par exemple déterminer ce qui est du registre du psychique ou du social ? Cela est d'autant plus sensible que cette question s'indexe à celle du « tri » dans un contexte de crise de l'accueil ; comme s'il fallait rajouter une catégorie (celle de vulnérabilité) à une autre catégorie (celle de demandeur d'asile) pour limiter les « besoins ». S'agit-il alors de distinguer des vulnérabilités plus légitimes ? Peut-on hiérarchiser les vulnérables ? Cette perspective problématise la sélection et la concurrence entre les publics. Pour sûr, elle thématise l'importance des « experts » pour attester de l'appartenance à un groupe vulnérable ; comme les experts intervenant en santé mentale. De l'autre, elle induit, pour les personnes concernées, l'inscription dans une dynamique de projet ... même dans la fragilité !

Vulnérabilités des intervenants et des accompagnants

Cette thématique de journée nous questionne aussi sur la vulnérabilité des institutions : elles sont fragilisées par rapport au sens de leurs missions. Il y a aussi une vulnérabilisation de l'action des dispositifs car ce que ceux-ci proposent ne va pas forcément de soi. Les catégories

étant dynamiques et réversibles, le sens de l'action n'est pas toujours très clair. Et en tant qu'intervenantes ou intervenants nous sommes aussi embarrassés devant les différentes fragilités liées au parcours car nous avons possiblement l'impression de participer à la propre vulnérabilisation des requérants.

On constate alors une forte tension entre professionnalisation et militance dans un environnement où les problématiques gestionnaires sont de plus en plus importantes. Le travail des intervenants sociaux est de plus en plus administratif dans un contexte de sous-dotation. Je pense que vous pouvez témoigner des dégradations des conditions de travail, de l'usure professionnelle et du manque de reconnaissance. Faut-il alors se solidariser avec les mouvements sociaux en cours ?

Ouvertures et problématisation de la journée

Pour ouvrir sur la suite, je vous partage ici quelques objectifs de cette journée :

- Connaître au mieux les « facteurs » de vulnérabilisation
- Interroger et reconnaître les capacités des personnes pour faire face. Aussi, parler de vulnérabilité ce n'est pas forcément penser une inégalité entre celui qui offre un service et celui qui le reçoit mais c'est aussi convoquer la capacité des personnes à y faire face. La

notion de vulnérabilité permet de chercher chez les sujets les ressources qui sont mobilisables par eux. Il ne s'agit donc pas d'une conception figée de la personne prise dans une incapacité. Le fait d'être vulnérable n'empêche pas de chercher des ressources en soi à mobiliser.

- Qualifier le plus finement possible les vulnérabilités pour organiser les modes de prise en charge. Mobiliser ce concept oblige d'abord à penser les choses de manière pluridisciplinaire en réponse à ce cumul de situations de vulnérabilités des personnes migrantes (administratives, sociales, psychiques). Cela implique ensuite d'avoir une attention particulière pour la personne et de prendre soin d'elle. Cela nous oblige enfin à nous accorder sur ce qu'on entend par « personne » et sur une temporalité a priori du prendre soin.
- Quel dispositif d'écoute de la souffrance psychosociale ? Autrement dit, comment prendre en charge la vulnérabilité psychique ? La vulnérabilité vient aux professionnels aujourd'hui sur le registre de la détection, mais derrière ce concept il n'y a pas que l'accès aux droits ou l'accès aux soins mais aussi le soin.

Approche anthropologique des parcours des migrants et leurs vulnérabilités, Évelyne Ritaine

Évelyne Ritaine, Directrice de recherche associée, Centre Emile Durkheim, Science Po Bordeaux

Blessures de frontières sur le chemin de migration

En quoi le chemin de migration est-il, pour le migrant irrégulier, une série d'épreuves infligées à/par son corps¹ ?

Ceux qui s'exilent partent pour fuir des conditions de vie dramatiques. Ils sont déjà marqués de ce sceau tragique. Le parcours clandestin qui est, en outre, imposé à celles et ceux qui partent de façon *irrégulière* est, à son tour, porteur de nouvelles blessures, l'actualité nous le rappelle tous les jours. Il s'agit ici pour nous d'analyser les *conditions de ce voyage irrégulier*, pour qu'ensuite d'autres en élucident les possibles traumatismes.

Au préalable, il faut bien comprendre à quel point la capacité (*la liberté*) de déplacement dans un monde globalisé est inégalement répartie. Dans la globalisation, les frontières sont constituées par nos *statuts* et la valeur différente que leur accordent les politiques de la frontière ; il y a une *inégalité* dans le droit au déplacement, et donc dans les risques à prendre pour se déplacer. Nous sommes "l'élite cosmopolite", composée de ceux qui peuvent se déplacer sans presque de conditions, parce qu'ils disposent d'un passeport puissant. Il y a, à l'autre

extrémité, "les cloués au sol²", ceux qui n'ont même pas les moyens de se déplacer ; aujourd'hui ce serait les Rohingyas, par exemple. Entre les deux, ceux qui peuvent se déplacer *sous conditions* sont soit des migrants réguliers soit des migrants irréguliers.

Cette inégalité est due aux politiques des pays de destination qui cherchent à ralentir les flux de migrants et à trier au maximum les individus migrants. Les possibilités de migration régulière sont restreintes par des politiques de visas restrictives et sélectives. Pour les *migrants irréguliers*, ceux qui partent *malgré tout*, les politiques migratoires des pays de destination les contraignent à s'exposer aux périls multiples, souvent mortels, de parcours clandestins : pour les blessures et les morts engendrées par ces décisions bureaucratiques (politiques de visas restrictives, obstacles érigés aux frontières), on a pu parler de "crimes de paix"³.

Ces violences sont rendues possibles par le fait que le migrant irrégulier, sur la route, n'est plus qu'un corps qui se heurte à la dureté des obstacles dressés devant lui, et ce sans protection souveraine.

¹ Pour une illustration et un approfondissement des thèmes abordés ici, nous renvoyons à notre site Enigmur, consacré aux frontières blindées et aux murs de séparation : <http://enigmur.hypotheses.org/> ; <https://www.facebook.com/enigmur/>

² Bauman, Z. (2005). *La société assiégée*. Rodez : Le Rouergue/Chambon.

³ Maurizio, A. (2015). *Crimes of Peace: Mediterranean Migrations at the World's Deadliest Border*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press. L'expression est inspirée des travaux du psychiatre italien Franco Basaglia.

Le migrant irrégulier n'est plus qu'un corps

Le migrant irrégulier, sur le chemin, n'a plus ni statut, ni droit, ni protection étatique ; il perd son identité sociale (c'est le sens exact de l'expression *harraga*⁴) et n'a que son corps à engager, dans la survie (pour franchir les obstacles) comme dans la protestation (grèves de la faim, automutilations, suicides⁵).

L'obligation du contournement, générée par les politiques de surveillance aux frontières, multiplie les risques : plus la frontière est blindée, plus le contournement est dangereux. Les routes migratoires se déplacent au fur et à mesure du renforcement des contrôles et vont vers toujours plus de risques pour ceux qui tentent le passage. On est donc contraint à tenter le passage par la mer ou par le fleuve, par le désert, par des chemins clandestins en montagne ; on ne peut qu'emprunter des tunnels, escalader des barrières, monter furtivement dans des camions, etc. On est obligé de subir des conditions de vie périlleuses dans les camps informels ("jungle" de Calais, forêt de Gourougou au nord du Maroc, par exemple) ou dans les camps formels comme celui de Moria à Lesbos, en Grèce⁶.

La sauvagerie du chemin explique que le premier triage des migrants se fasse par les obstacles naturels : les milieux hostiles traversés (mer, désert, fleuve, montagne, etc.) et les épreuves du chemin *éliminent* une partie des migrants. « *Scusate se non siamo annegati* » (excusez-nous de ne pas nous être noyés) affichaient en Italie, en 2013, des survivants de la traversée de la Méditerranée. Et en écho, au vu des passages clandestins par les Alpes à la frontière italo-française, un urgentiste de la montagne briançonnaise s'inquiétait récemment : « on va redescendre des cadavres un de ces jours⁷ ».

On réfléchira ici d'abord à l'angoisse de ceux qui partent pour ces traversées périlleuses, et qui y entraînent souvent leur famille ; ensuite au cauchemar vécu par ceux qui ont survécu, qui ont vu disparaître leurs compagnons et qui se consomment de la mauvaise conscience des survivants ; enfin aux traumatismes que produisent, inéluctablement, ces situations de danger et de peur.

Le migrant irrégulier est un être liminal

N'être plus qu'un corps suppose que l'on n'est plus qu'un être de l'entre-deux, un

⁴ « Les *harragas* sont donc, littéralement, « ceux qui brûlent » ; ils brûlent la frontière, leurs papiers pour traverser la mer, sans identité, sans passé, sans histoire ». Chadia, A. et Sempere Souvannavong, J. D. (2009). Les jeunes *harragas* maghrébins se dirigeant vers l'Espagne : des rêveurs aux « brûleurs de frontières ». *Migrations Société*, 191-206. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2009-5-page-191.html>

⁵ Voir le concept de « vie nue » dont le réfugié est la figure contemporaine chez Agamben, G. (1997). A,

Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue. Paris : Seuil.

⁶ Rafenberg, M. (2017, 13 décembre). A Lesbos, le cauchemar des réfugiés de Moria. *Le Monde*. Repéré à : lemonde.fr.

⁷ Yann Fillet, chef des urgences de l'hôpital de Briançon, cité dans : Baumard, M. (2017, 16 décembre). Dans les Alpes, auprès des migrants, «on va redescendre des cadavres, un de ces jours ». *Le Monde*. Repéré à : lemonde.fr

être *liminal*⁸, hors des positions socialement assignées, et *donc sans droits et sans protection d'un pouvoir souverain*.

Le migrant irrégulier, totalement démuné, ne peut échapper aux violences des espaces de non-droit. Il est soumis aux passeurs (torture, esclavage, traite des êtres humains). Il est soumis à la violence des camps où règne souvent une "loi de la jungle"⁹. Il est soumis aux dérives qu'autorise parfois la suspension des statuts dans les zones de rétention (zones d'attente, centres de rétention, procédures d'expulsion). Cette vulnérabilité, cette absence de protection juridique, fondent l'importance de la présence des ONG et des organisations internationales de protection des migrants dans ces espaces de non-droit : elles tentent, a minima, d'y réintroduire de la norme.

Dans ces espaces d'exception, le vécu migrant est largement déshumanisé. Il est marqué par une forme d'animalisation qu'expriment bien les différentes occurrences des expressions « jungle », « vivre comme des bêtes », ou les termes dont passeurs et populations locales affublent les migrants : « poulets » (Mexique), « serpents » (Chine), « moutons » (Iran), « gibier » (frontière des Etats-Unis). Les migrants y sont aussi

assimilés à des rebuts, des éléments indésirables de la globalisation dont il faut se débarrasser, en les recyclant ou en les excluant (on lira le terrible chapitre de Zygmunt Bauman intitulé « À chaque type de rebut son site de décharge¹⁰ »). Et, de fait, les médias, dans leur inconscience, les montrent associés à des images de dégradation urbaine, de pollution, de risques sanitaires : la première image de l'Europe qu'ont ceux qui débarquent sur nos côtes n'est-elle pas celle des masques et tenues de protection des secouristes et des policiers?

Enfin, et ce n'est pas le moindre signe de leur déshumanisation, la mort des migrants irréguliers est quasi-invisible : le chemin est clandestin, la disparition est clandestine. Jamais arrivés en Europe, ils sont devenus des *unpersons*¹¹, des personnes qui n'existent pas et n'ont jamais existé : « une généralité indifférenciée¹² ». Cette invisibilité radicale est une injustice fondamentale car, pour reprendre les mots de Judith Butler : « si une vie ne peut être pleurée, elle n'est pas tout à fait une vie ; elle n'a pas valeur de vie et ne mérite pas qu'on la remarque¹³. » Et l'indifférence est telle que longtemps personne, hormis quelques militants, ne s'est préoccupé de compter et d'identifier les disparus¹⁴.

⁸ "Liminal" désigne l'état de celui qui est mis en marge, après séparation de son groupe d'appartenance et avant une réintégration sociale avec un statut nouveau, dans les rites de passage décrits par l'anthropologie ; le terme renvoie à un état d'indétermination entre deux statuts.

⁹ Agier Michel (dir.) (avec Lecadet Claire), *Un monde de camps*, Paris, La Découverte, 2014.

¹⁰ Bauman, Z.(2004). *Vies perdues. La modernité et ses exclus*. Paris : Payot.

¹¹ Expression de Georges, O. (2011). *1984*. Paris : Gallimard (1948).

¹² Mbembe, A. (2006). Nécropolitique. *Raisons politiques*, 21, p. 29-60.

¹³ Butler, J. (2005). *Vie précaire, Les pouvoirs du deuil et de la violence après le 11 septembre 2001*. Paris : Editions Amsterdam, p. 62.

¹⁴ Ritaine, E. (2015). Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : *damnatio memoriae*", dans *Effets-frontières en Méditerranée : contrôles et*

Qu'advient-il de soi lorsqu'on a été ainsi longuement déshumanisé, lorsque l'on sait que ses compagnons ont disparu dans l'indifférence ?

Le migrant irrégulier se heurte aux interfaces de la frontière

Sur son chemin, le migrant irrégulier est partout suspect et indésirable. Sa situation est toujours susceptible d'être contrôlée. Alors que pour nous les frontières s'estompent, pour lui la frontière est *omniprésente*. L'anxiété également.

Aussi, l'expérience sensible de la confrontation aux interfaces de la frontière peut-elle avoir lieu, pour lui, n'importe où. Au-delà de la frontière linéaire : le « *remote control* » (le contrôle à distance) s'exerce avant même d'approcher cette frontière linéaire, par l'intermédiaire des bureaucraties consulaires et diplomatiques et des bases de données. En-deçà de la frontière linéaire : les contrôles dans l'espace public national des pays d'arrivée font partie de la "gestion" de la population étrangère (contrôles policiers et contrôles administratifs). Sur la frontière linéaire : les checkpoints officiels (aéroports internationaux, ports maritimes internationaux, postes frontières terrestres) sont conçus comme des points de passage obligés et des points de triage ; si on ne peut les emprunter, faute de papiers en règle, il faut passer un à un les obstacles du blindage de la frontière,

comme on le voyait clairement lors de la migration sur la voie des Balkans, en 2015.

L'anxiété générée par cette omniprésence des contrôles se matérialise dans différentes situations. Les migrants irréguliers vivent en permanence l'attente et l'incertitude. Ils doivent accepter d'être longuement stockés dans des cachettes incertaines avant de tenter un passage. Ils doivent attendre le moment propice et les ordres des passeurs pour le passage clandestin des obstacles. Ils doivent faire la queue sans cesse aux points de triage officiels, s'ils les tentent (consulats, préfectures, checkpoints, offices d'immigration, centres sociaux, etc.). Ils expérimentent ainsi leur statut de dominé, et de possible rejeté, car « l'attente est une des manières privilégiées d'éprouver le pouvoir¹⁵. »

Les migrants irréguliers se cognent aussi à toutes les technologies de la frontière, du fil de fer barbelé à la biométrie. Se dressent sur leur chemin des obstacles militaires (barbelés, fossés, barrières, tourniquets de sécurité, tours de surveillance, routes de patrouille, etc.) qui dessinent un univers métallique, menaçant et inquiétant. Se font ressentir, plus ou moins visibles, de multiples dispositifs de surveillance (rondes, caméras, détecteurs, fouilles, scanners, etc.), d'autant plus nombreux et intrusifs qu'on est suspecté. Et se profile le risque toujours présent d'être retenu, contraint dans certains lieux (zones d'attente, centres de rétention, camps),

violences, *Cultures et Conflits*, p. 117-144. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-cultures-et-conflits-2015-3.htm>

¹⁵ Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil.

bousculé et entravé dans l'expulsion. Enfin la bureaucratie de la frontière, incontournable, fait subir, en de multiples occasions, interrogatoires, récits de vie, profilages, fouilles, mauvais traitements volontaires, extrêmement intrusifs.

Outre le danger physique qu'ils représentent, ces dispositifs délibérés produisent, chez ceux qui les subissent, de l'angoisse et de l'humiliation, celles que ressentent les indésirables.

Ainsi l'anthropologie ne peut-elle que décrire les situations vécues et les dispositifs affrontés sur le chemin de migration, puis supposer les effets physiques et psychiques de ceux-ci, charge à d'autres disciplines d'avancer sur ces thèmes.

Cependant me vient souvent une interrogation personnelle : la résilience de ces épreuves du parcours n'est-elle pas rendue plus difficile encore par son *injustice fondamentale* et par le fait que ce sont les pays de destination qui les génèrent ?

« Notre terre engloutie n'existe pas sous
nos pieds,
notre patrie est un bateau, une coquille
ouverte.

Vous pouvez repousser, non pas ramener,
le départ n'est que cendre dispersée, nous
sommes des allers simples. »

De Luca, Erri. (2012). *Aller simple*. Paris :
Gallimard, p.59 .

Précarisation de l'accueil et vulnérabilités des demandeurs d'asile, Yvan Courriol

Yvan Courriol, directeur du centre provisoire d'hébergement, Entraide Pierre Valdo et animateur de la Corra (Coordination réfugiés Auvergne-Rhône-Alpes)

La réforme de l'asile initiée par la loi du 29 juillet 2015 est venue réorganiser pour les demandeurs d'asile l'accès à la procédure et aux conditions matérielles d'accueil (CMA), aux ressources et à l'hébergement. L'intégration des directives européennes a fait surgir la question de la vulnérabilité des publics concernés comme un axe d'attention prioritaire, conditionnant pour partie le niveau de prise en compte des situations particulières, vis-à-vis de l'hébergement, de l'accès aux soins et leur capacité à répondre aux exigences de la procédure (dossier OFPRA, entretien...). Les intentions du législateur reposaient sur l'accélération de la procédure, l'accès à l'hébergement rapide pour les plus vulnérables avec, en fond, l'optimisation des dispositifs et donc leur rentabilité.

Mon propos sera donc centré sur les logiques mises en place pour le premier accueil, l'accès à l'hébergement et le cadre voulu par le législateur. Pour cela nous prendrons le temps de revenir sur quelques éléments qui ont motivé les évolutions dans la prise en compte des publics en demande d'asile, en dehors même de l'obligation d'intégration du cadre européen. Dans un deuxième temps, nous regarderons comment le premier accueil de ce public est impacté par la croissance des flux : accès à la procédure, à ses droits et à l'hébergement. Puis nous reviendrons sur les capacités de travail des acteurs, la pertinence des dispositifs et des moyens en place au regard des priorités posées par l'apparition du critère de la vulnérabilité.

Pour conclure nous essaierons de voir quelles sont les perspectives qui s'annoncent à moyen terme.

Petit retour en arrière

La réforme de l'asile, consacrée par la loi du 29 juillet 2015 fait apparaître, autour des modalités d'accueil et de prise en charge des demandeurs d'asile, la question de la vulnérabilité comme un critère de priorité pour un accès à l'hébergement entre autres.

Avant cela les publics priorisés pour un accès à un hébergement spécialisé dans l'accueil des demandeurs d'asile avaient été définis entre autres dans la circulaire CADA (centre d'accueil de demandeurs d'asile) du 3 mai 2007 qui définissait le public prioritaire ainsi:

- Les primo-arrivants en début de procédure,
- les familles avec enfants,
- les femmes seules,
- les rejoignants de personnes déjà hébergées,
- les jeunes majeurs isolés,
- les mineurs déclarés majeurs,
- les demandeurs d'asile âgés ou avec des problèmes de santé ne nécessitant pas une prise en charge médicalisée,
- les personnes en hébergement d'urgence (type 115 pour le public généraliste).

Cette circulaire fut abrogée et avec elle les critères de priorité. Cependant la poursuite des orientations vers l'hébergement s'est faite sur cette base, avec d'autres critères

complétant l'évaluation de la situation : antériorité de la demande, gravité de la situation sanitaire et/ou sociale, la demande insistante, le soutien de travailleurs sociaux ou des plates-formes d'accueil, des situations signalées... (cf. Organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France - *Étude du Point de contact français du réseau Européen des migrations (REM)*)

Sur chaque lieu, chacun avec ses critères, évalue la précarité sans grille harmonisée au niveau national. Il est possible d'imaginer que la personne vulnérable de l'un ne sera pas celle de l'autre.

La notion de vulnérabilité est venue se placer dans le discours et les pratiques de détermination des priorités pour une prise en charge en hébergement du fait de l'obligation de la France d'intégrer dans le droit national les directives européennes relatives au traitement de la demande d'asile (directive 2013/33/UE).

[Le Rapport Létard-Touraine \(remis au Ministère de l'Intérieur le 28/11/2013\)](#)

La vulnérabilité des demandeurs d'asile

Le rapport définit par trois fois les personnes vulnérables dans le public demandeur d'asile :

1/ « Une attention particulière doit être apportée aux personnes vulnérables, notamment les mineurs non accompagnés, et les femmes victimes de violences. »

2/ « Certains demandeurs d'asile, marqués par les traumatismes qu'ils ont subis dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours d'exil, ou du fait de leur âge, de leur situation personnelle ou familiale, doivent

faire l'objet de la part des pouvoirs publics mais aussi du secteur sanitaire et social d'une attention particulière. »

3/ « La vulnérabilité sociale (parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, femmes enceintes, personnes âgées, personnes handicapées, etc.) peut être facilement détectée dès le premier accueil et prise en compte dès ce stade dans l'adaptation des conditions d'accueil.

Les vulnérabilités médicales ou liées aux traumatismes psychologiques supposent quant à elles une évaluation plus approfondie lors d'un examen réalisé par des professionnels spécialisés. »

L'accès à l'hébergement spécialisé

Il est important de constater que ces vulnérabilités sont à chaque fois portées par les sujets. Mais peu de choses sont dites sur l'environnement immédiat des demandeurs d'asile sur notre territoire, les manques et leurs conséquences sur leur vulnérabilité.

Qu'en est-il du besoin immédiat d'hébergement, de l'absence d'hygiène, de l'accès à l'eau et à la nourriture, du manque de sommeil du fait de l'insécurité, de la violence de la rue, de l'impossibilité de se soigner, de scolariser ses enfants, de la difficulté à conserver sa dignité... ?

L'axe de proposition des rapporteurs était le suivant : « Certains demandeurs d'asile, marqués par les traumatismes subis ou se trouvant dans une situation particulière, comme les mineurs non accompagnés et les femmes victimes de violences, doivent pouvoir être identifiés de manière précoce dans les meilleures conditions et bénéficier

de conditions d'accueil adaptées et d'un soutien adéquat. »

Le CADA est identifié comme la structure à modéliser pour accueillir, réduire à la marge les nuitées d'hôtel donc la nécessité de développer le nombre de places ; ce qui sera fait par la suite.

L'accès à la procédure

Outre le fait, mais qui a son importance, du constat de l'engorgement du système d'accueil par les flux de demandeurs d'asile et d'une gestion des dispositifs de plus en plus coûteuse, le rapport pointait également les délais excessifs pour :

- engager sa demande d'asile,
- obtenir son premier titre de séjour et accéder à ses droits,
- pouvoir prétendre à un hébergement spécialisé.

Les délais d'accès à la procédure sont de 23 jours en moyenne en 2013 avec de fortes disparités de 2 à 99 jours (Lille). La maîtrise des délais d'accès à la procédure est pointée comme ayant un caractère d'urgence pour les personnes qui doivent engager leur demande, et pour le bon fonctionnement de nos institutions et l'efficacité budgétaire.

Le Rapport d'information à l'assemblée nationale du 10/4/2014 (Comité d'Évaluation et de Contrôle des Politiques Publiques sur l'évolution des politiques d'accueil des demandeurs d'asile) repose le principe d'inscription de la réforme de l'asile dans le cadre des directives européennes donc de la gestion de la vulnérabilité des demandeurs d'asile.

Il met l'accent sur la désorganisation des procédures et la faible maîtrise des délais

de traitement de la demande. Il fait état des délais trop longs de traitement de la procédure de demande d'asile incluant des délais cachés : délais d'entrée dans la procédure et délais de transmission des dossiers.

Le résultat est le suivant : la consolidation des différents délais majore les chiffres officiels avec des fortes variations territoriales ; d'où la nécessité de réforme de l'ensemble.

Alors que le délai théorique de délivrance du premier titre de séjour devait être de 15 jours, les délais moyens constatés en 2012 sont de 24 jours. Pendant ce temps, pas de titre de séjour, pas de dispositif spécifique de prise en charge donc on a une situation contrevenant même à la convention de Genève.

Ces différents rapports mettent en avant des temps trop longs pour accéder à un premier titre de séjour et donc à la capacité d'engager sa demande d'asile, ouvrir des droits à la santé et à l'hébergement.

L'axe de proposition des rapporteurs était le suivant : « Les démarches administratives doivent être allégées pour permettre une entrée plus rapide dans la procédure. Cela passe par une révision des règles en matière de domiciliation, par la délivrance de documents de séjour adaptés à la durée de la procédure et par une saisine simplifiée de l'OFPRA. »

L'objectif est donc d'éviter de perdre du temps et d'optimiser la durée de traitement de la demande, d'accéder à un hébergement et de prendre en charge les situations pour lesquelles la vulnérabilité

est identifiée, priorisant sur ce critère l'accès à une solution d'hébergement.

Le premier accueil

Les guichets uniques de demande d'asile (GUDA)

Le demandeur d'asile est reçu par le Guichet Unique après son passage en Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA), par les agents de la Préfecture afin de procéder à :

- L'enregistrement de la demande d'asile
- La détermination de la procédure applicable (demande d'asile, demande accélérée, procédure Dublin...).

Et les agents de l'OFII sont eux chargés de :

- L'évaluation de sa vulnérabilité,
- La formulation de l'offre de prise en charge,
- L'ouverture des droits à l'allocation pour demandeur d'asile (ADA),
- L'orientation vers un hébergement.

Rappel : La loi du 29 juillet 2015 a instauré un délai de trois jours ouvrés pour l'enregistrement de la demande par la préfecture, délai qui court à partir de la première présentation du demandeur en PADA. Ce délai peut être porté à dix jours ouvrés (2 semaines) lorsqu'un nombre élevé d'étrangers demandent l'asile simultanément.

La « première ligne » du premier accueil est aujourd'hui l'affaire des gestionnaires de PADA qui en fonction des réalités territoriales gèrent dans chaque département, comme en Rhône-Alpes, exception faite pour l'Ardèche, une plateforme par département, ou comme en

Auvergne une plateforme pour 4 départements.

D'entrée, le marché public passé pour la période 2016-2018 s'est vite trouvé confronté à l'épreuve de la progression des arrivées avec la crise migratoire. Les chiffres prévisionnels d'activité ont vite été sous dimensionnés. Dès la fin de 2016, les moyens des PADA ont vite été en sous capacité et les réajustements se sont imposés sans moyens supplémentaires pour faire face.

Les délais de rendez-vous pour les demandeurs d'asile pour se présenter au GUDA ont commencé à croître. Les gestionnaires de PADA et/ou leurs équipes ont réagi à ces difficultés. En mai 2016 les salariés de la PADA de France Terre D'Asile (FTDA) à Paris adressent une lettre à leur hiérarchie motivée par « la dégradation alarmante des conditions d'accueil des demandeurs d'asile ainsi que nos conditions de travail ». Le 28 juin 2017 la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) organisait une journée d'échange sur le premier accueil avec comme objectif de remettre la question du premier accueil à l'agenda politique. En novembre 2017, les opérateurs associatifs gestionnaires des PADA en région AURA, réunis au sein de la CORRA, rédigeaient un plaidoyer inter-associatif pointant les difficultés du premier accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile non hébergés au regard des missions et des moyens attribués pour cela. Plaidoyer déposé vers les services du Ministère de l'Intérieur.

Aujourd'hui, le constat possible sur les départements en région AURA où les flux

d'arrivées sont importants, voire au-delà de tout ce qui était prévu est le suivant :

Les délais d'accès à la procédure de demande d'asile sont repartis à la hausse. En région AURA sur les trois guichets uniques, les délais de rendez-vous en novembre donnés par les gestionnaires de PADA sont les suivants :

- 25 jours calendaires sur le GUDA de Grenoble
- 43.5 jours calendaires sur le GUDA de Clermont-Ferrand
- 44.2 jours calendaires sur le GUDA de Lyon

Ces délais peuvent parfois être précédés d'un délai de rendez-vous en PADA.

Tant que le rendez-vous n'est pas là :

- pas de titre de séjour,
- un accès différé à l'allocation demandeurs d'asile (ADA) donc pas de ressources
- pas de prise en charge des frais de santé,
- pas d'hébergement substitutif dans le droit commun (115) saturé...

Après le rendez-vous sur le GUDA, les orientations directes vers les structures d'hébergement ne sont plus qu'exception poussant les demandeurs d'asile vers une période d'attente allant de 60 jours pour les familles à 11 mois pour des personnes isolées.

À la fin septembre 2017, on estime en région AURA 8000 demandeurs d'asile identifiés prioritaires pour un accès à l'hébergement, dont 5000 pour le GUDA de Lyon. Parmi ceux-ci près de 1500 personnes composent des ménages de 2 à 5 personnes...

L'accompagnement de ces ménages est renvoyé vers les PADA (en post-GUDA) qui doivent faire face à un volume de travail conséquent, non prévu avec peu ou pas de capacité d'adaptation des moyens : gestion des dossiers de demande d'asile, dossier d'accès à une couverture médicale, les besoins primaires des personnes, l'accès à l'hébergement y compris les acheminements...

Arrivé à ce point, il est nécessaire de s'interroger sur ce que ce dispositif cherche à faire. Le constat sur la réforme du premier accueil, mise à l'épreuve des flux croissants, renvoie une image qui ressemble fort à celle qui précédait la réforme de l'asile de 2015 :

- des PADA en surcharge de travail en pré-GUDA et post-GUDA,
- des délais d'accès à la procédure et donc d'accès aux droits des demandeurs d'asile qui explosent,
- pas d'articulation avec les dispositifs d'hébergement d'urgence généralistes saturés,
- quid de l'accès aux besoins élémentaires, hygiène, alimentation, hébergement ?

Nous l'avons vu plus avant :

- Les missions sont identifiées.
- Les critères établissant des vulnérabilités ont été posés.
- Les demandeurs d'asile sont pris en compte dans cette détermination.

Mais les délais sont trop longs :

- pendant un mois et demi, pas de droits,
- puis pendant deux mois, pas de solution d'hébergement
- pendant ces quatre mois et demi, pas de ressources.

Ces délais interrogent les capacités des acteurs du social et du médical à construire une intervention adaptée en direction du public, repéré comme vulnérable, mais mobile car sans lieu d'hébergement, poussant en première priorité un toit pour la nuit et différant ainsi les autres besoins...

Quand la proposition d'hébergement arrive, l'orientation est faite vers un CADA ou des dispositifs d'hébergement d'urgence, HUDA, ATSA, PRAHDA. La question de l'hébergement est acquise mais qu'en est-il de la capacité d'accompagnement ?

L'hébergement

Les CADA ont perdu des capacités d'accompagnement entre 2010 et 2015 en passant d'1 ETP pour 10 hébergés à 1 ETP pour 15 à 20. De même, il était préconisé 60% de temps d'intervention sociale en 2010 et il est ramené à 50% en 2015.

Pour une structure de 100 places, le schéma extrême serait le suivant : passage de 10 à 5 salariés et de 6 à 2.5 ETP d'accompagnement social. Le rapport Létard Touraine posait le CADA comme structure référente en matière d'accueil. Le CADA de 2015 n'est pas celui de 2013.

D'autre part, si on regarde les proportions entre dispositif CADA et l'hébergement d'urgence au niveau national, le constat est le suivant : sur 80 000 places, 32 300 places d'urgence (21 000 HU, 6000 ATSA, 5300 PRAHDA), 2 000 places d'insertion et 38 000 places CADA.

(Si on comptabilise les places de CAO (8 000 places), on peut considérer qu'il y a autant

de places en établissement CADA que de places sur des dispositifs non pérennes.)

En région AURA aujourd'hui, les capacités CADA sont à hauteur de 5 428 places et 4 052 places sur le dispositif d'urgence HUDA, ATSA, PRAHDA.

En rajoutant les CAO, 1 470 places, il y a autant de places en établissement CADA que de places sur des dispositifs non pérennes.

Les établissements non pérennes ont des moyens budgétaires de 16 à 23% inférieurs à ceux des CADA, des cahiers des charges moins encadrés et bien souvent les opérateurs déterminent eux-mêmes une part du périmètre de leurs missions.

Au regard de ces chiffres, la capacité des structures d'hébergement est questionnée sur leur capacité à prendre en charge à un bon niveau les publics avec une vulnérabilité repérée, avec une égalité de traitement, de prestations...

Les perspectives

La crise migratoire, même si elle n'a touché la France que très partiellement, est venue malgré tout percuter la mise en place de la réforme de l'asile et l'interroger sur sa pertinence. Tous les acteurs sont au travail mais touchent souvent à leurs limites. Le réflexe a été de se tourner vers une gestion des flux dans laquelle l'individu disparaît au bénéfice de la masse. L'obligation de gérer les flux est venue à contresens de la volonté de prise en compte de la vulnérabilité.

Le constat est partagé entre les différents acteurs de l'asile, l'État et ses services déconcentrés, les opérateurs dans le

champ de l'accueil et de l'hébergement, sur la nécessité d'adapter les moyens.

Sur le premier accueil, la loi de finance pour 2018 prévoit des renforts pour l'OFII avec une augmentation de 35 ETP et 2 millions d'euros pour réviser la structure de premier accueil des demandeurs d'asile. Les préfectures auront le même nombre d'agents supplémentaires.

Concernant l'hébergement, il est juste de dire que les capacités ont été multipliées par deux en cinq ans et que la volonté de l'accroître encore est là. Le prévisionnel de création de places asile est le suivant :

- 1500 places CADA et 2500 HUDA en 2018,
- 1000 places CADA et 2500 HUDA en 2019.

Alors que les études de 2013 montraient que seulement 33% des demandeurs d'asile accédaient à l'hébergement, les objectifs pour les années à venir sont les suivantes :

- 57% en 2017,
- 64% en 2018,
- 82% en 2019.

Un taux d'occupation moyen de 96% prenant en compte la rotation est affirmé avec un objectif clair de baisse des présences indues (déboutés, bénéficiaires d'une protection internationale) :

- 16% en 2017,
- 13% en 2018,

- 11% en 2020.

Une nouvelle catégorie d'hébergement accolée au GUDA, les Centres d'Accueil et d'Evaluation Sociale (CAES) est en train de voir le jour, une de plus, pour tenter de répondre le plus vite possible à la mise à l'abri et au repérage des situations les plus vulnérables. À voir comment ceci s'articulera avec le reste.

Pour conclure

Nos capacités de travail seront toujours interrogées par les demandeurs d'asile, peut-être plus nombreux, de plus en plus isolés, de plus en plus jeunes, allophones, avec des faits générateurs du départ de plus en plus violents, des routes d'exil de plus en plus infréquentables, et des parcours de plus en plus longs et complexes.

Si à tous les niveaux, les capacités du premier accueil et de l'hébergement se renforcent pour une efficacité pleine et entière, la maîtrise des flux migratoires sera peut être atteinte. Alors nous pourrons prendre le temps de comprendre, de travailler et d'interroger la prise en charge des vulnérabilités de ces populations dont une partie importante d'entre elles a vocation à intégrer notre société, et a besoin pour réussir d'être en possession de tous ses atouts.

DEUXIÈME TABLE RONDE :

« LA VULNÉRABILITÉ DANS LA RÉFORME DE L'ASILE DU 29 JUILLET 2015 »

Discutante : **Christelle Palluel**, docteure en droit et ATER à la faculté de Droit et de Science politique de l'Université Lyon II.

La vulnérabilité dans le régime d'asile européen commun : de sa conceptualisation à sa détection, Joanna Pétin

Joanna Pétin, Docteure en droit (Centre de documentation et de recherches européen – UPPA Bayonne)

Propos introductifs

Le statut du demandeur d'asile est précaire et la vulnérabilité est inhérente à ce statut. La CEDH, dans son arrêt M.S.S. contre Belgique et Grèce rendu le 21 janvier 2011 en grande chambre (n°30696/09), a reconnu l'existence du groupe vulnérable des demandeurs d'asile. Pour les juges de Strasbourg, tous les demandeurs d'asile sont vulnérables. Avec cet arrêt, ils consacrent une approche globalisante de la vulnérabilité par laquelle ils affirment que tous les demandeurs d'asile partagent une vulnérabilité égale. Une telle acception jette toutefois le trouble sur l'appréhension de la vulnérabilité en droit. Il est vrai que le droit de l'UE et son régime d'asile européen commun (RAEC) adoptent une approche individualisée de la vulnérabilité. À travers cette approche individualisée de la vulnérabilité, le droit de l'UE ne qualifie de

vulnérable qu'une sous-catégorie particulière de demandeurs d'asile, à savoir ceux ayant des besoins particuliers. Ainsi, est identifiée la vulnérabilité spéciale de certains demandeurs d'asile seulement.

La coexistence de ces deux approches dans l'UE imposait alors de réfléchir au concept de vulnérabilité dans le droit européen de l'asile. Mes cinq années de recherches doctorales ont ainsi été vouées à analyser cette notion complexe de personne vulnérable dans le champ du droit d'asile afin de déterminer quelle approche était la plus effective d'un point de vue juridique. À l'issue de mes recherches, il est ressorti que l'approche globalisante prônée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) comporte des limites contrairement à l'approche individualisée de la vulnérabilité adoptée par le droit de l'UE qui revêt un intérêt juridique certain.

Les limites de l'approche globalisante de la vulnérabilité

Dans l'arrêt M.S.S. contre Belgique et Grèce, les juges de Strasbourg accordent « un poids important au statut du requérant qui est demandeur d'asile et appartient de ce fait à un groupe de la population particulièrement défavorisé et vulnérable lui a besoin d'une protection spéciale¹⁶. » Si certes cette justification est louable d'un point de vue humain, elle l'est moins d'un point de vue juridique, tant celle-ci s'avère difficile au regard de la notion même de groupe vulnérable au sens de la jurisprudence de la CEDH et du besoin de protection spéciale des demandeurs d'asile que de l'apport limité que revêt cette approche en droit.

Une justification difficile

Sur la notion même de groupe vulnérable

L'analyse de la jurisprudence de la CEDH montre qu'un nombre très limité de groupes d'individus a été reconnu par le passé comme étant des « groupes vulnérables » : les Roms¹⁷, les personnes souffrant de troubles mentaux¹⁸ et les individus atteints du VIH¹⁹. Dans chaque arrêt reconnaissant l'existence d'un groupe vulnérable une méthode et un raisonnement spécifique ont été suivis. Deux critères cumulatifs doivent être réunis pour justifier de l'existence d'un tel groupe. D'une part, les membres de ce groupe

doivent avoir été victimes de stigmatisation, de discriminations ou de préjugés importants par le passé. D'autre part, il doit exister un consensus international ou européen sur leur besoin de protection spéciale. Dans le cas des demandeurs d'asile, la réunion de ces deux critères fait défaut.

Certes, les demandeurs d'asile ont été victimes de graves stigmatisations et d'importantes discriminations, mais la variété des violences subies, les différences de profil des individus les ayant subies et la grande diversité des parcours migratoires font en effet qu'on ne peut valablement conclure à l'homogénéité du groupe. La notion même de groupe pose clairement question. Le groupe est entendu dans le sens commun comme une partie homogène d'un ensemble dans une classification, ce qui a peu de résonance avec le cas des demandeurs d'asile. La notion la plus adaptée serait donc celle de catégorie, au sens d'un ensemble de personnes « ayant entre [elles] des traits communs caractéristiques et obéissant à un régime commun »²⁰, car se réunissent ici la définition d'un point de vue juridique et celle retenue dans le sens courant. D'ailleurs, la Cour a fait preuve de prudence dans la réaffirmation de l'existence de ce groupe par la suite, puisqu'elle parlera de « catégorie particulièrement défavorisée et

¹⁶ CEDH, G.C., 21 janvier 2011, *M.S.S. contre Belgique et Grèce*, n°30696/09.

¹⁷ CEDH, G.C., 18 janvier 2001, *Chapman contre Royaume-Uni*, n° 27238/95.

¹⁸ CEDH, 20 mai 2010, *Alajos Kiss contre Hongrie*, n° 38832/06.

¹⁹ CEDH, 10 mars 2011, *Kiyutin contre Russie*, n° 2700/10.

²⁰ Bergel, J.-L. (2004). *Théorie générale du droit*, (4^e édition). Collection : Méthodes du droit. Paris : Dalloz, p. 209-210.

vulnérable »²¹, formulation remettant en quelque sorte en question son approche passée.

Sur le besoin de protection spéciale

Cette protection spécifique des demandeurs de protection internationale existe d'ores et déjà. Les juges de la CEDH le remarquent eux-mêmes dans leur arrêt. Ils évoquent le consensus européen sur la question et énumèrent un certain nombre de textes relevant de différents niveaux de protection. Le premier est en effet logiquement le droit international avec la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, complété par le mandat du Haut-commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (HCR). Le second est celui du droit de l'UE qui entend instaurer un cadre légal protecteur spécifique sur son territoire à travers les dispositions du régime d'asile européen commun constitué du règlement Dublin III et de trois directives (Accueil, Procédures, Qualification)...

Une protection spécifique d'ordre juridictionnel complète également les textes précédemment cités. D'une part, la Cour de justice de l'UE (CJUE), principalement saisie à titre préjudiciel, vient perfectionner les dispositions du régime d'asile européen commun en les éclairant. D'autre part, la CEDH vient créer une sorte de droit d'asile jurisprudentiel

que certains qualifient de « colonne vertébrale du droit européen de l'asile²² ». La jurisprudence de la CEDH démontre que les articles 3, 5, 6 et 8 de la CEDH ont pu être mis en œuvre pour garantir une protection complémentaire spécialisée et effective aux demandeurs d'asile. Mais au-delà de ces limites rapidement abordées ici, on verra que l'acceptation globalisante de la vulnérabilité s'avère d'un apport limité en droit.

Un apport limité en droit

Le concept de vulnérabilité et la notion de personne vulnérable ne sont pas définis en droit. La vulnérabilité est une notion évolutive, qui fluctue au gré des représentations et des préoccupations sociétales. Le risque de cette plasticité est alors de créer un concept dans lequel toutes personnes et toutes situations y entreraient trop aisément, un « conceptualisée »²³. Reconnaître l'existence d'une vulnérabilité égale de tous les demandeurs d'asile est en effet vain, au même titre qu'il est inutile de dire que tous les hommes sont vulnérables car mortels. L'intérêt de la vulnérabilité est au contraire celui visant à identifier un particularisme, c'est-à-dire la vulnérabilité spéciale d'un individu au sein d'un ensemble. Le doyen Carbonnier définit d'ailleurs la vulnérabilité comme un « défaut de défense plus grand que dans la

²¹ Cour EDH, G. C. (2014, 4 novembre). *Tarakhel contre Suisse*, n° 29217/12, §118.

²² De Bruycker, P. et Labayle, H. (2012). Impact de la jurisprudence de la CEJ et de CEDH en matière d'asile et d'immigration. Étude. Parlement européen.

²³ Chatel, V. et Roy, S. (dir.) (2008). *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec : Québec, 243 p.

moyenne des humains. »²⁴. Pourtant, l'intérêt de parler de la vulnérabilité dans le droit d'asile revient à identifier les demandeurs d'asile les plus vulnérables parmi l'ensemble des demandeurs d'asile pour leur apporter une attention spécifique.

L'approche individualisée de la vulnérabilité en droit de l'Union Européenne : une conceptualisation effective

L'objectif du RAEC est de conceptualiser la vulnérabilité de manière individuelle et spécifique afin de réserver la qualification de demandeur d'asile vulnérable à un nombre restreint d'individus.

Une liste non exhaustive de critères spécifiques de vulnérabilité

Le principe général de l'approche individualisée de la vulnérabilité est contenu dans l'article 21 de la directive Accueil refondue. Cet article dresse une liste de personnes ayant besoin d'une attention spécifique du fait de leur vulnérabilité particulière : les mineurs ; les mineurs non accompagnés ; les personnes âgées ; les femmes enceintes ; les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs ; les personnes handicapées ; les personnes ayant des maladies graves ; les personnes souffrant de troubles mentaux ; les victimes de traite des êtres humains ; les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par

exemple les victimes de mutilation génitale féminine. Les critères de vulnérabilité ici listés sont autant de signes d'une certaine faiblesse dont les États devront tenir compte.

Cette liste n'est toutefois en rien exhaustive puisqu'il peut exister d'autres critères de vulnérabilité du fait du caractère évolutif de cette notion. D'ailleurs, l'énumération de l'article 21 est introduite par la locution « telles que ». Ainsi, des critères de vulnérabilité supplémentaires apparaissent dans les autres instruments du RAEC. Le règlement Dublin III ajoute le critère de la situation de dépendance, alors que la directive Procédures refondue intègre explicitement les critères de l'orientation sexuelle, du genre et de l'identité de genre.

Ces critères de vulnérabilité sont donc illustratifs mais surtout non exclusifs les uns des autres. Un demandeur d'asile peut par exemple être mineur isolé et victime de traite des êtres humains. Si ces critères de vulnérabilité permettent de constater l'existence d'une certaine faiblesse dont il s'agira de tenir compte, ce constat n'emporte aucune conséquence juridique si de cette vulnérabilité ne découle aucun besoin particulier.

Un lien explicite avec la notion de besoins particuliers

L'existence de besoins particuliers est la condition *sine qua non* de la mise en place d'une protection adaptée à la vulnérabilité particulière des demandeurs d'asile. Cette

²⁴ Carbonnier, J. (2000). Droit civil 1/ Les personnes. Personnalité, incapacités, personnes morales. 21^e édition. Paris : PUF.

notion de besoins particuliers n'est pourtant pas définie dans le RAEC. Il m'était donc impératif d'y réfléchir.

Le lien entre vulnérabilité et besoins particuliers est des plus évidents. À quoi sert en effet d'identifier une personne comme étant vulnérable si ce n'est pour satisfaire ses besoins particuliers ?

Selon le dictionnaire Larousse, la définition du « besoin » dans le sens courant est celle d'une « exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose de nécessaire à la vie organique » ; « une chose considérée comme nécessaire à l'existence »²⁵. Un besoin est donc une notion subjective, qu'il fallait objectiver dans le champ du droit d'asile, d'autant plus que dans le RAEC il s'agit d'un besoin dit « particulier ».

Si l'on s'attarde sur l'article 2 de la directive Accueil refondue, on remarque qu'un demandeur ayant des besoins particuliers est défini comme une « personne vulnérable ayant des besoins de garanties particulières pour bénéficier des droits et remplir les obligations prévues par la présente directive ». Par conséquent, on peut conclure que la satisfaction des besoins particuliers vise à rétablir l'équilibre entre les personnes vulnérables et les autres demandeurs d'asile. C'est l'incapacité des demandeurs d'asile vulnérables à prendre pleinement part à la procédure qui exige que leurs besoins particuliers soient satisfaits. Autrement dit, les besoins particuliers sont des besoins

dont la non-satisfaction immédiate peut impacter de manière négative le cours de la procédure d'asile. L'objectif est finalement celui tendant à ce que la personne vulnérable prenne pleinement et entièrement part à la procédure dans laquelle elle s'engage en évitant tout processus d'inhibition qui lui serait préjudiciable.

Une obligation d'évaluation des besoins particuliers

L'évaluation des besoins particuliers est une étape cruciale. Pourtant, elle a été longtemps défailante. Les États membres se sont longtemps cachés derrière l'absence d'obligation explicite dans les textes de première génération du RAEC. Mais l'article 22 de la directive Accueil refondue pallie cette lacune et vient poser une obligation expresse d'évaluation.

Il est alors intéressant de préciser les modalités pratiques de cette évaluation en procédant de la manière suivante : Qui doit subir cette évaluation ? Quand doit-elle avoir lieu ? Comment doit-elle être réalisée ?

Qui ? En vertu de l'article 22, paragraphe 1, de la directive Accueil refondue, tous les demandeurs d'asile doivent voir leurs besoins particuliers évalués. Cette précaution permet d'éviter une approche catégorielle des personnes vulnérables, c'est-à-dire un raisonnement selon lequel on attribuerait automatiquement des besoins particuliers à certaines catégories de personnes vulnérables. Or, rappelons-le,

²⁵ Dictionnaire de la langue française Le Petit Robert, Éditions Le Robert, Paris, 1990, spéc. p. 178

la notion de besoin est subjective. Chaque personne à ses besoins propres. C'est pourquoi, chaque demandeur d'asile doit voir ses propres besoins particuliers évalués systématiquement et individuellement.

Quand ? Le principe est de réaliser une évaluation précoce, à savoir dès les premiers instants de la procédure. En application de l'article 22 paragraphe 1 alinéa 2 de la directive Accueil refondue, l'évaluation doit avoir lieu « dans un délai raisonnable après la présentation de la demande de protection ». Ici, il ne faut alors pas confondre le moment de la présentation et de celui de l'introduction. Présentation et introduction sont en effet deux étapes distinctes, la présentation pouvant en pratique précéder l'introduction. Dans son rapport du 10 mai 2017 sur la proposition de refonte de la directive Accueil refondue, le Parlement européen suggère d'ailleurs que l'évaluation ait lieu dans les quinze jours de la présentation de la demande et que celle-ci soit achevée dans les trente jours maximum.

Comment ? Les États membres ont une obligation de résultat mais sont libres de fixer les moyens d'évaluation. Une grande variété de mécanismes ou de systèmes d'évaluation a pu être identifiée dans l'UE. Or, seul un cadre législatif précis garantit la transparence et la sécurité nécessaires au bon fonctionnement d'un système d'évaluation cohérent sur l'ensemble du territoire de l'UE. Si certes les textes de seconde génération du RAEC ne prévoient pas d'outil standardisé d'évaluation commun à tous les États membres, des instruments, tels que le protocole

d'Istanbul mentionné dans le préambule de la directive Procédures refondue, sont à leur disposition. On peut également mentionner l'existence du questionnaire PROTECT ou encore de l'outil d'identification des situations de risque accru de HCR. Au niveau de l'UE, le Bureau européen d'appui en matière d'asile a créé un outil qui pourrait s'appliquer à terme dans tous les États membres. Il s'agit l'IPSN : *Tool for identification of persons with special needs* qui est en cours de perfectionnement. L'IPSN consiste en une plate-forme interactive composée de différents onglets d'entrée de critères de vulnérabilité, qui permet de déterminer une orientation générale pour la personne vulnérable concernée, les données collectées pouvant alors être directement versées au dossier du demandeur afin d'en assurer le suivi.

Conclusion

Le droit d'asile étant au cœur d'un nœud de contradictions et la vulnérabilité n'étant aucunement définie en droit, appréhender le concept de vulnérabilité dans le droit d'asile est complexe. Pourtant, au regard de son utilisation accrue sur le terrain de l'asile, il était indispensable de réfléchir à sa conceptualisation dans ce champ particulier du droit. La conceptualisation de la vulnérabilité adoptée par le droit de l'UE à travers son approche individualisée est sans nul doute la plus effective en ce sens qu'elle permet de manière effective de protéger les plus vulnérables parmi les vulnérables.

La prise en compte des vulnérabilités de santé par le service médical de l'OFII, Than Le-Luong et Philippe Truze

Thanh Le-Luong, directrice du pôle santé, OFII (Paris)

Philippe Truze, médecin coordonnateur, OFII (Marseille)

Présentation de l'OFII

L'OFII a été créé par ordonnance le 2 novembre 1945. Les quatre missions confiées à l'organisme sont les suivantes :

- Accueil et intégration: public immigré légal signataire d'un contrat d'intégration républicain ;
- Accueil et accompagnement: public demandeur d'asile ;

- Aide au retour et à la réinsertion: pour les étrangers volontaires dans le pays d'origine ;
- Gestion des procédures de l'immigration régulière à l'étranger.

L'OFII comprend 31 directions territoriales sur le territoire français et 8 représentations à l'étranger (Maroc, Tunisie, Turquie, Roumanie, Mali, Sénégal, Cameroun et Arménie).

Les publics migrants : quelques rappels

Types de flux	Données chiffrées 2016
Immigration	211 949
Demandeurs d'asile	78 371* ²⁶
Réfugiés	36 553

Les missions santé

L'OFII a trois principales missions santé. La plus ancienne, qui date de 1945, est la visite médicale du public légal, qui fait référence aux personnes qui soit sont autorisées à séjourner plus de trois mois en France hors Union Européenne, soit qui possèdent un titre de séjour.

La seconde mission santé de l'OFII date de 2015. Elle consiste à prendre en compte les

vulnérabilités de santé pour aménager l'hébergement ; non pas l'ensemble des vulnérabilités des demandeurs d'asile mais bien celles qui nécessitent une expertise médicale.

Enfin, sa troisième mission, datant du 1^{er} janvier 2017, consiste à rendre un avis médical pour titre de séjour pour soins dit titre « Étrangers malades » pour des personnes étrangères en situation

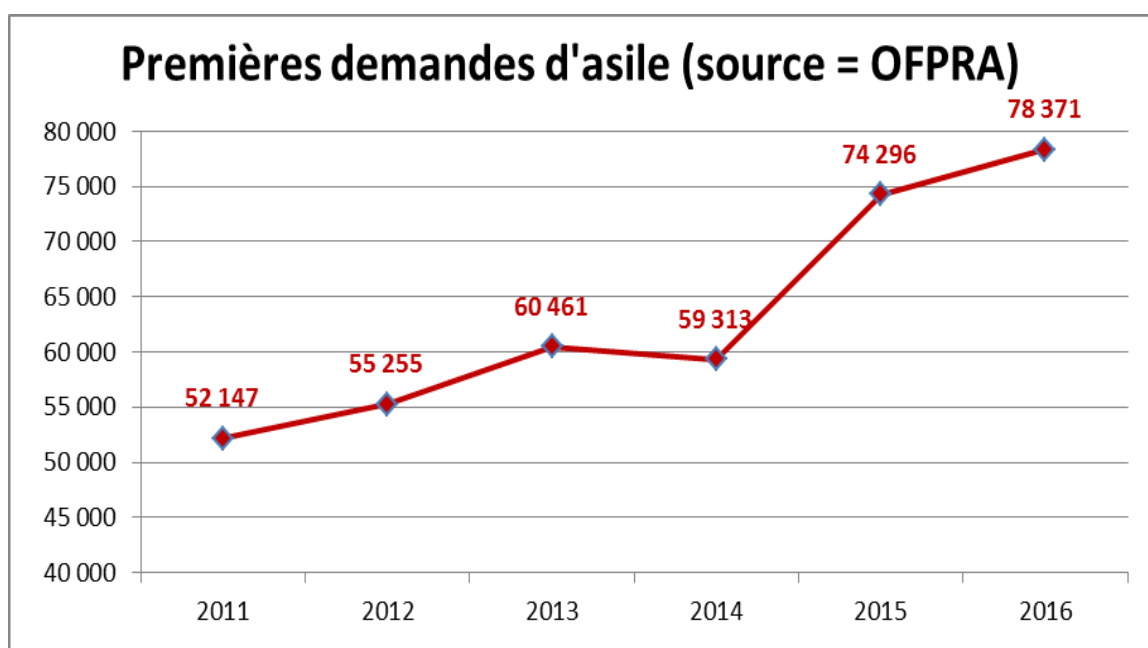
²⁶ Relocalisés: 4091 depuis la Grèce et 377 depuis l'Italie.

irrégulière (ESI). Avec la réforme voulue par la loi du 7 mars 2016, la compétence de cette procédure a été transférée des Agences régionales de santé (ARS) à l'OFII.

Données OFPRA 2016 (sous réserves chiffres consolidés par l'OFPRA)

L'OFPRA est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, créée en 1952 et en charge de l'application de la Convention de Genève sur le statut des réfugiés.

En 2016, 85 000 demandes ont été enregistrées (+ 6,5%) avec ré examens et avec une hausse des Soudanais, Afghans et Albanais. Le « taux d'accord » était de 23% en moyenne, 31% en 2015 et 38% en 2016. Cinq pays ont représenté 40% des demandes : Albanie, Syrie, Afghanistan, Soudan et Haïti. Le délai de traitement moyen était supérieur à 18 mois, puis 7 mois en 2015 et 5 mois en 2016.



Demands d'asile

L'OFII est en charge des conditions matérielles d'accueil, notamment par l'hébergement en lien avec les prestataires (CADA, HUDA, etc.) ; elle s'est également vu attribuer, par un transfert de pôle emploi, l'allocation demandeur d'asile (ADA) ; par son service médical, en charge de tenir compte des vulnérabilités de santé tout au long de la procédure de demande d'asile pour aménager l'hébergement.

L'examen médical du demandeur d'asile est prévu dans la loi juillet 2015 au moment de son arrivée en CADA (arrêté du 23 octobre

2015) : bilan par un médecin (libéral, PASS, etc.) ou bilan de santé par le centre d'examen de santé assurance maladie ; le demandeur d'asile est éligible à la Puma (ex-CMU avant 2016). En revanche, les réfugiés ou réinstallés (accord HCR) ne sont pas des demandeurs d'asile donc relèvent du système de droit commun.

Au moment de son dépôt de demande d'asile, le demandeur d'asile peut faire valoir des vulnérabilités, en répondant notamment à un questionnaire sur la partie médicale (arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des

vulnérabilités des demandeurs d'asile) sur la base du volontariat pour objectiver quelques vulnérabilités (grossesse, dépendance, handicap physique, etc.). Si l'auditrice/auditeur détecte une vulnérabilité médicale particulière, elle ne doit pas chercher à obtenir plus d'informations que celles que le demandeur d'asile a déjà fournies car elle n'est pas compétent-e pour la traiter. Elle lui remet une enveloppe confidentielle « de vulnérabilité santé » avec un certificat médical délivré par l'OFII à faire remplir par un médecin. Ce certificat médical est adressé par le demandeur d'asile au médecin de l'OFII qui, dans le respect du secret médical, donne un avis transmis au bureau asile, en réponse à son état de santé : il peut s'agir d'une admission en urgence dans un hébergement, le maintien près du centre de soins ou le transfert vers d'autres sites, le principe étant d'une part assurer une prise en charge médicale ou d'éviter toute rupture des soins mais que des soins courants non spécialisés peuvent être dispensés sur tout le territoire français. Cet examen sur dossier n'est ni une consultation médicale ni un dépistage par l'OFII et la vulnérabilité n'est pas examinée sous l'angle du motif d'asile puisque cela relève de l'OFPPRA.

Aujourd'hui, soit deux ans après (loi du 29 juillet 2015), force est de constater que le

bilan de santé prévu dans les centres de santé de l'assurance maladie n'est pas mis en œuvre.

Capacité d'hébergement

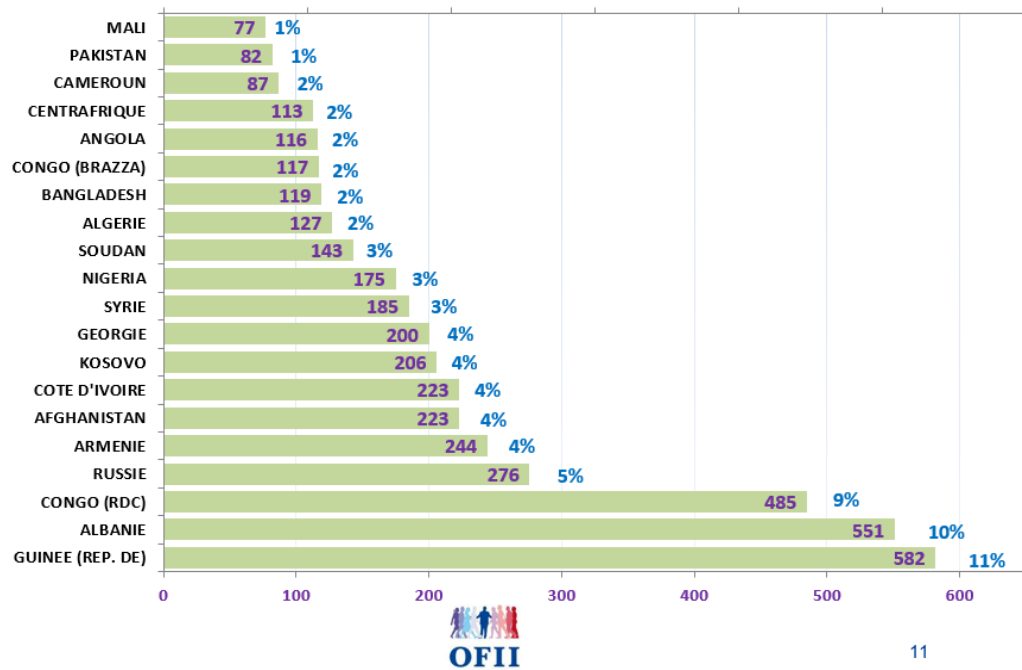
En 2015 le nombre de places était limité à environ 43 895. En 2016, le nombre de places s'élevait à 54 145 et en 2017 à 61 100. Le taux d'admission était de 51% en 2017 alors qu'il était à moins de 30% en 2015. Un peu plus d'un tiers des demandeurs d'asile ont accès à un hébergement (le parc de places est en augmentation mais il reste insuffisant).

Le bilan au 15 novembre du nombre de demandes de certificats médicaux que les médecins ont reçu par zone s'élevait à près de 6 000 demandes avec une concentration en Ile de France alors qu'il existe des problèmes d'hébergement dans cette zone, contre 13% de demandes à Lyon environ.

Répartition par pays de nationalité des demandeurs (top 20)

Les avis donnés concernent des demandes de ressortissants de 91 pays distincts (donnée renseignée pour 5 506 demandes).

La répartition par pays de nationalité montre une certaine concentration : les 20 premiers pays (19 % des 105 pays concernés) dans le classement par ordre décroissant des effectifs concernent environ 79 % des demandes.



11

Principales pathologies concernées

Les principales pathologies représentées suivant la classification internationale des maladies (CIM 10), sur un effectif de 4 175 demandeurs d'asile, sont :

- Les troubles mentaux et du comportement (18%) ;
- Certaines maladies infectieuses comme le VIH ou les hépatites (11%) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire (il y a en effet beaucoup de personnes âgées demandeuses d'asile) (9%) ;
- Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (8%) ;
- Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7%).

La prise en compte des vulnérabilités de l'OFPRA dans la procédure de demande d'asile, Coralie Capdeboscq

Coralie Capdeboscq, chargée de mission Vulnérabilités, OFPRA (Fontenay-sous-Bois)

L'OFPRA consacre depuis plusieurs années une attention et une action particulières aux besoins spécifiques de protection, autrement appelés « vulnérabilités », des demandeurs d'asile vulnérables au sens des directives européennes du « *Paquet Asile* ». L'intention est de continuer à progresser toujours sur ce point et cette progression se nourrit, entre autres, d'un dialogue régulier avec les partenaires institutionnels et associatifs et nos interlocuteurs universitaires, thérapeutes (notamment les professionnels de la santé mentale) qui sont mobilisés à des titres divers aux côtés des personnes vulnérables en quête de protection internationale. Ceci, dans le respect du rôle de chacun et de l'impartialité et de l'indépendance de décision de l'OFPRA, qui sont anciennes et désormais consacrées par la loi²⁷.

Je vous présenterai donc la prise en compte des vulnérabilités par l'OFPRA²⁸ :

- en rappelant d'abord brièvement le cadre juridique et le contexte dans lequel elle s'inscrit ;
- avant d'évoquer les modalités particulières de l'instruction de leur demande de protection internationale des personnes vulnérables en quête d'asile, en

place à l'Office en réponse aux enjeux et aux difficultés de leur identification ;

- je reviendrai, enfin, sur la prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de l'examen de la demande des personnes concernées.

Quelques chiffres (2016):

- 85 726 demandes de protection internationale (asile et apatridie) ;
- 89 919 décisions rendues ;
- 133 pays de provenance.
- Principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en 2016 : Soudan, Afghanistan, Haïti, Albanie, Syrie.
- Taux de protection OFPRA = 28,8% (les trois quart des protections accordées en 2016) soit 36 553 personnes protégées.
- Taux de protection global (incluant les protections internationales reconnues par la Cour nationale du droit d'asile) = 38,1%
- 860 agents dont environ 450 OPI.

Le cadre juridique de la prise en compte des vulnérabilités par l'OFPRA

Dans l'accomplissement de ses missions, l'OFPRA porte une attention particulière aux demandeurs vulnérables.

²⁷ Article L.721-2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) : « L'Office exerce en toute impartialité [ses] missions et ne reçoit, dans leur accomplissement, aucune instruction ».

²⁸ Pour toute précision complémentaire se référer aux rapports d'activité de l'Office consultables sur

le site internet www.ofpra.gouv.fr en particulier, le *Rapport d'activité 2016* et le *Guide des procédures à l'OFPRA*, dont un chapitre est consacré à la prise en compte des besoins particuliers liés notamment à des vulnérabilités.

La directive européenne dite « Procédures » et la loi « Asile »

Cette attention renvoie aux obligations posées par la Directive européenne du 26 juin 2013, dite « Procédures²⁹ » qui, outre de nouvelles garanties procédurales, d'application générale, qui affectent en particulier les conditions de l'entretien personnel à l'OFPRA, prescrit l'introduction de garanties procédurales spéciales au bénéfice du demandeur vulnérable, de sorte qu'il puisse bénéficier de droits et d'un soutien adéquat³⁰ pour exprimer au mieux son besoin de protection.

À cet égard, les vulnérabilités susceptibles d'avoir une incidence sur la procédure d'asile visent les demandeurs rendus vulnérables « du fait, notamment, de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle. » [considérant l'article 29 de la Directive « Procédures »].

La directive « Procédures », comme les autres directives européennes du « Paquet asile³¹ », a été transposée par la loi relative à la réforme du droit d'asile (dite ici Loi « Asile ») adoptée le 29 juillet 2015, conférant

à l'OFPRA une obligation légale, donc renforcée en matière d'identification des demandeurs d'asile vulnérables et de prise en compte de leurs besoins spécifiques : l'article L.723-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) prévoit ainsi que « pendant toute la durée de l'examen de la demande, l'OFPRA peut définir les modalités particulières d'examen qu'il estime nécessaires pour l'exercice des droits d'un demandeur en raison de sa situation particulière, de sa minorité ou de sa vulnérabilité ». La Loi "Asile" de 2015 prévoit également la prise en compte de la vulnérabilité du demandeur qui, ayant sollicité l'asile à la frontière, est maintenu en zone d'attente dans l'attente de la décision du ministre en charge de l'immigration chargé d'autoriser ou de refuser son entrée sur le territoire français, décision qui intervient après un avis motivé et indépendant rendu par l'OFPRA sur le caractère, le cas échéant, manifestement infondé ou irrecevable de la demande.

Pas de définition fermée ni de liste exhaustive de la vulnérabilité

« Vulnérabilité » s'entend donc au sens juridique du terme, dont le cadre est posé par les directives européennes du « Paquet Asile » et non pas uniquement au sens commun du terme, selon lequel tout

²⁹ Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013, relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte).

³⁰ Procédures, article 24, § 1: « Les Etats membres évaluent dans un délai raisonnable après la présentation d'une demande de protection internationale si le demandeur nécessite des garanties procédurales spéciales ».

§ 3 : « Lorsque des demandeurs ont été identifiés comme étant des demandeurs nécessitant des garanties procédurales spéciales, les Etats membres veillent à ce qu'un soutien adéquat leur soit accordé pour qu'ils puissent, tout au long de la procédure, bénéficier des droits et se conformer aux obligations prévues par la présente directive ».

³¹ RAEC (Régime d'asile européen commun).

demandeur d'asile, par le seul fait qu'il ait quitté son pays, quelles qu'en aient été les raisons, et se trouve exilé dans un pays étranger dont, souvent, il ne maîtrise ni la langue, ni les fonctionnements et où il est en situation administrative précaire dans l'attente de la réponse de l'État à sa demande d'asile, présente une forme de vulnérabilité - même si les agents de l'OFPRA prennent en compte cette notion d'exil.

Il est notable que ni la directive « Procédures », ni la loi "Asile", qui la transpose, ne définissent une liste exhaustive des vulnérabilités. Elles se déclinent d'une part en vulnérabilités dites « objectives », qui sont extrinsèques au besoin de protection [grossesse, âge, handicap, maladies graves, troubles mentaux, etc.] et dont l'évaluation relève de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), pour adapter le cas échéant les conditions matérielles de l'accueil ; avec l'accord du demandeur d'asile, l'OFII peut porter ces informations à la connaissance de l'OFPRA ; et d'autre part, en vulnérabilités liées aux fondements de la demande d'asile [conséquences de torture, de viols et d'autres formes particulièrement graves de violence psychologique, physique ou sexuelle], dont seul l'OFPRA peut connaître, en vertu de la loi (article L.723-3 du CESEDA).

Ces deux formes peuvent se conjuguer ou se recouper.

Pas d'asile « à deux vitesses »

La loi "Asile" confère donc une base légale à l'obligation de prise en compte de la vulnérabilité par l'OFPRA. Pour autant et de

manière générale, cette obligation ne se traduit pas par un asile « à deux vitesses » entre les demandeurs identifiés comme vulnérables au sens des directives européennes et les autres :

D'abord, l'identification d'une situation de vulnérabilité et, par suite, sa nécessaire prise en compte par le biais de modalités adaptées d'examen de la demande, peuvent intervenir à tout moment de l'instruction du dossier par l'OFPRA : à cet égard, tant les dispositifs internes d'appui mis en place et le renforcement de l'expertise des officiers de protection instructeurs, que les possibilités de signalement de situations de vulnérabilités de la part de partenaires extérieurs de l'Office [confère infra], résultant notamment du mécanisme de dialogue et de concertation que j'évoquais en introduction, concourent à la capacité d'identification de la vulnérabilité par l'OFPRA.

Ensuite, la mission de l'OFPRA est centrée sur l'appréciation de la crainte du demandeur d'asile en cas de retour dans son pays d'origine, que celui-ci relève, ou non, de besoins de protection spécifiques appelant des modalités particulières d'examen.

De la même manière, le fait qu'il n'y ait pas de liste limitativement contraignante des vulnérabilités donne pleine latitude à l'Office pour mettre en œuvre les modalités particulières d'examen de la demande d'asile, à chaque fois que cela est nécessaire.

Un dispositif dédié à la prise en compte des vulnérabilités au sein de l'OFPPRA

Le contexte : le Plan d'action pour la réforme de l'OFPPRA (2013)

L'attention particulière que l'OFPPRA porte aux demandeurs vulnérables renvoie, plus largement, à une action spécifique qu'il a instituée et met en œuvre depuis quatre ans. Il faut en effet souligner que l'Office a traduit cette obligation de prise en compte des vulnérabilités dans sa doctrine, ses procédures et ses méthodes de travail dès 2013, soit deux ans avant que la loi « Asile » ne lui confère une base légale. En effet, dans le cadre d'une ambitieuse réforme interne résultant du Plan d'action pour la réforme de l'OFPPRA, en vigueur depuis le 1er septembre 2013, l'OFPPRA a instauré un dispositif et des actions spécifiques pour la prise en compte des vulnérabilités, avec plusieurs objectifs :

- Concilier les impératifs de réduction des délais de traitement et le maintien de la qualité de l'instruction des demandes d'asile ;
- Anticiper dès 2013 la transposition, à l'horizon 2015, des directives européennes du « Paquet asile » ;
- Répondre en outre à une évolution structurelle, depuis plus d'une décennie, des besoins de protection internationale exprimés, selon laquelle les motifs sociétaux et liés au genre – orientation sexuelle, traite des êtres humains, ainsi que les violences faites aux femmes : mariages imposés, mutilations sexuelles féminines, violences conjugales et domestiques –

comme ceux présentés par des mineurs isolés, ne cessent d'augmenter en proportion dans la demande d'asile globale.

L'augmentation de la demande d'asile globale ces dernières années, qui a entraîné un doublement des effectifs de l'OFPPRA en 4 ans, rend d'autant plus nécessaire une doctrine, des procédures, des méthodes de travail équitables et partagées par tous les agents de l'OFPPRA : d'où la création d'un comité d'harmonisation transversal.

Depuis quatre ans, l'OFPPRA a ainsi entendu renforcer sa capacité à :

- Identifier les demandeurs d'asile vulnérables par suite de formes graves de violence physique, psychologique ou sexuelle au sens des directives européennes ;
- Puis instruire leur demande d'asile de manière appropriée en partant, notamment, du constat que la verbalisation du parcours de vie et des violences que ces femmes, hommes et enfants ont pu subir dans leur pays est spécialement difficile. Or, le premier et principal enjeu de l'identification d'une situation de vulnérabilité liée au fond de la demande, est la capacité du demandeur lui-même à exprimer les motifs de son besoin de protection. Il faut donc adapter les procédures et les méthodes de travail, en particulier la conduite des entretiens, pour faciliter la libération de la parole et le recueil du récit ;
- Et donc, *in fine*, assurer leur protection dès lors que l'examen de

la demande d'asile des femmes et des hommes qui ont subi ces formes graves de violence conduit l'OFPRA à considérer qu'ils ont des craintes fondées à regagner leur pays d'origine.

Cinq groupes de référents thématiques

Au nombre des modalités particulières d'examen désormais inscrites dans le CESEDA, mérite d'être souligné le fait que les officiers de protection instructeurs qui instruisent les demandes d'asile relevant de besoins spécifiques de protection bénéficient de l'appui et des travaux des groupes de référents thématiques.

En application de son Plan d'action, l'OFPRA a en effet créé en son sein en 2013, cinq groupes de référents thématiques pour renforcer les besoins spécifiques en matière de doctrine, de procédures et de méthodes de travail, des demandeurs d'asile et bénéficiaires d'une protection internationale présentant les principales vulnérabilités au sens des directives européennes soit :

- les violences faites aux femmes ;
- la traite des êtres humains (un phénomène qui cible particulièrement les femmes) - étant précisé que le fait que la traite soit l'objet d'un groupe distinct de celui consacré aux violences faites aux femmes ne signifiant aucunement que l'OFPRA considérerait que la traite des êtres humains n'est pas une violence faite aux femmes ;
- les mineurs isolés ;

- l'orientation sexuelle et l'identité de genre ;
- la torture.

Ces référents sont des experts, exerçant les différents métiers de l'OFPRA : officiers de protection instructeurs, chefs de section, chargés de recherches documentaires, consultants juridiques, agents de la division de la Protection et occupant différents niveaux de responsabilité. Au nombre d'une vingtaine par groupe thématique, ils sont affectés dans tous les services de l'OFPRA et tous volontaires pour exercer ce rôle en plus de leur métier principal, de sorte à être au plus près des besoins des agents.

Leur mission principale est l'appui à l'instruction des demandes d'asile fondées sur la thématique dont ils sont experts.

A ce titre, ils rendent des avis consultatifs et fournissent un appui ponctuel, en entretien et pour l'instruction et la décision, sur des cas d'espèce. Ils élaborent également sous l'égide du Comité d'harmonisation de l'OFPRA, structure elle-même transversale chargée de l'harmonisation de la doctrine et des procédures, des outils internes d'appui à l'instruction en matière de doctrine, de procédures internes, de recommandations sur la conduite des entretiens, de méthodes de travail. Ils se chargent ensuite de l'appropriation de ces outils par les officiers de protection instructeurs et l'ensemble des agents.

Outre cela, ils assurent une veille documentaire et jurisprudentielle quant à la situation faite aux demandeurs relevant de ces besoins spécifiques de protection, dans les différents pays d'origine. Cette veille porte également sur l'évolution des profils de la demande fondée sur les

thématiques de référence, de sorte à adapter autant que de besoin les outils nécessaires à l'instruction de ces demandes.

Leur rôle est important en termes de sensibilisation et de formation à ces thématiques : ils interviennent dans la formation initiale et continue des officiers de protection instructeurs, en veillant à l'appropriation des outils d'appui qu'ils préconisent, identifient des propositions de formations pertinentes à l'attention de la direction de l'OFPRA, animent des sessions de formation aux interprètes et participent eux-mêmes à de nombreux colloques, rencontres, séminaires ainsi qu'à des formations extérieures, dont ils diffusent ensuite les acquis aux agents de l'OFPRA.

Ces actions de formation assurées par les référents thématiques complètent d'autres dispositifs : tous les officiers de protection instructeurs (OPI) suivent une formation obligatoire à l'accueil des récits de souffrance. Ils peuvent bénéficier du module de formation EASO (Bureau européen d'appui en matière d'asile) sur les entretiens avec les personnes vulnérables. Des groupes d'analyse des pratiques ont par ailleurs été généralisés.

Par ailleurs, comme je le disais en introduction, ils sont le pivot, sous la responsabilité de la direction de l'Office, d'un travail de concertation avec les partenaires institutionnels, associatifs, universitaires, thérapeutes spécialisés sur ces sujets. Ce dialogue régulier se nourrit de rencontres ad hoc, organisées à l'Office ou à l'extérieur pour échanger sur les spécificités des actions respectives de chacun et l'amélioration des pratiques, ou

bien transversales, comme par exemple lors des Journées portes ouvertes organisées à l'OFPRA, la 3ème le 20 juin dernier. Ces échanges contribuent au renforcement de l'expertise de l'OFPRA et de sa capacité à mieux identifier et répondre à ces besoins spécifiques de protection.

En 2016, un poste de chargé(e) de mission Vulnérabilités a été créé auprès de la Division des affaires juridiques, européennes et internationales de l'OFPRA, avec notamment pour mission de coordonner l'action des groupes de référents thématiques et de piloter l'ensemble des actions transversales à ces groupes, ainsi que de renforcer la concertation avec les interlocuteurs extérieurs pertinents sur ces sujets pour soutenir et amplifier la visibilité extérieure de l'action de l'Office en matière de prise en compte de la vulnérabilité. Il signale l'importance qu'accorde l'OFPRA à cette thématique.

Les autres modalités particulières d'examen

Le demandeur d'asile vulnérable voit ainsi sa demande de protection internationale examinée par un officier de protection formé à ses spécificités, bénéficiant des travaux et de l'appui des référents experts. Outre cela, d'autres garanties procédurales spéciales sont désormais accessibles aux demandeurs vulnérables en vertu de la loi relative à la réforme du droit d'asile. Ces garanties comprennent :

- Le fait non seulement de voir leur demande examinée par des officiers de protection dûment formés à leurs spécificités, mais d'être auditionnée avec l'assistance

d'interprètes également sensibilisés sur ce point (formation assurée par les référents thématiques) ;

- Pour les mineurs isolés, le fait d'être entendus par des officiers de protection spécialisés ;
- Une durée d'instruction des demandes adaptée, qu'il s'agisse de traiter en priorité certaines demandes, dont celles qui relèvent de besoins manifestes de protection, ou de prendre un temps d'instruction plus long, en particulier pour favoriser le recueil du récit et faciliter la mise en place d'un accompagnement psycho-social adapté, à chaque fois que l'examen approprié de la demande de protection le rend nécessaire, dans un contexte global qui est celui de la réduction des délais. C'est ce que permet, notamment, la faculté de déclasser la procédure accélérée conférée à l'Office en vertu des articles L.723-2 et L.723-3 du CESEDA ;
- La possibilité, pour ces demandeurs d'asile, d'être auditionnés par un officier de protection et un interprète du sexe de leur choix, lorsque cela apparaît justifié par le fond de leur demande ;
- La possibilité d'être assistés par un tiers lors de leur entretien personnel à l'OFPPA, à savoir un avocat ou un représentant agréé d'une association habilitée par le directeur général de l'Office en vertu de l'article L.723-6, 8ème alinéa du CESEDA, en raison de son objet, à savoir une association de défense des droits des étrangers ou des demandeurs d'asile, de défense des droits des femmes ou des enfants ou d'une association de lutte contre les persécutions

fondées sur le sexe ou l'orientation sexuelle.

L'Office a, en outre, institué une garantie procédurale supplémentaire, non prescrite par le législateur et qu'il apprécie donc au cas par cas : la possibilité, pour des demandeurs particulièrement vulnérables à raison de troubles de la santé mentale, d'être accompagnés en entretien par le professionnel de santé mentale qui les suit habituellement, dans un souci de sécurisation. L'ensemble de ces garanties de procédures et modalités particulières d'examen concourent en effet, entre autres, à instaurer un cadre d'entretien particulièrement sécurisant, indispensable au recueil du récit, souvent difficile, des demandeurs rendus vulnérables par suite des formes de violence grave qu'ils ont pu subir dans leur pays et/ou sur les routes de l'exil.

Les signalements de vulnérabilité de et vers l'OFPPA

Il convient à cet égard de se référer au Guide des procédures à l'OFPPA, chapitre VI « La prise en compte des besoins particuliers liés notamment à des vulnérabilités » - actualisation à venir.

Les personnes vulnérables peuvent être identifiées par l'Office à tout moment de l'instruction de la demande et, principalement, à deux stades de la procédure :

Avant l'entretien à l'OFPPA

La première identification de la vulnérabilité peut avoir lieu lors de l'introduction de la demande à l'Office au vu : des informations transmises par l'OFII (Guichet unique : les vulnérabilités

détectées dans le cadre de l'accueil, qui ne peuvent en aucun cas concerner le fond de la demande, sont portées à la connaissance de l'OFPPA sous réserve de l'accord préalable du demandeur). Les personnes vulnérables détectées à ce stade et signalées à l'OFPPA présentent les vulnérabilités dites « objectives » : femmes enceintes, personnes en situation de handicap – moteur, visuel et/ou auditif, mental ou intellectuel, personnes souffrant de troubles du langage et les personnes susceptibles d'être régulièrement absentes pour raisons médicales. Le guichet unique a pour mission principale d'adapter les modalités d'accueil (en particulier l'hébergement) mais il ne peut en aucun cas connaître des vulnérabilités liées aux motifs de la demande de protection, motifs qui relèvent de la compétence exclusive de l'OFPPA, des motifs de la demande et/ou des documents complémentaires contenus dans le dossier de demande d'asile.

Lors de l'entretien ou à son issue

Si la vulnérabilité n'a pas été identifiée en amont, elle peut l'être au vu des déclarations du demandeur lors de l'entretien et d'éventuels compléments dans le cadre de l'instruction.

Ces compléments peuvent résulter, notamment, de signalements d'intervenants associatifs ou issus du milieu médical, inscrits dans l'accompagnement du demandeur d'asile. L'OFPPA les prend en considération aux côtés des autres éléments de la demande.

Ils doivent être adressés prioritairement à l'adresse électronique de la division dans laquelle la demande d'asile est en cours

d'instruction. Les CADA, associations et centres d'hébergement peuvent obtenir la liste de ces adresses fonctionnelles en s'adressant par courriel à la Mission Communication de l'OFPPA : communication@OFPPA.gouv.fr

Un dispositif particulier pour signaler certaines situations

Les signalements de vulnérabilité qui portent sur des situations d'urgence, notamment celles de demandeurs d'asile dans des lieux privés de liberté, ou qui seraient de nature à justifier des conditions particulières d'entretien (visioconférence, professionnel de santé mentale, tiers non habilité...) sont à adresser à l'adresse électronique vulnerabilite@OFPPA.gouv.fr

Au regard de l'ensemble des éléments dont il dispose, l'OFPPA identifie alors, le cas échéant, une situation réelle de vulnérabilité dans le prolongement de l'entretien.

Les troubles psychiques dans l'examen de la demande d'asile par l'OFPPA

L'un des cinq groupes de référents thématiques de l'OFPPA est dédié à l'appui à l'instruction des demandes d'asile émanant de personnes faisant état de tortures ou d'autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Ces problématiques sont parmi les plus complexes qui se posent à l'Office. En effet, les troubles psychiques ou mentaux, que leurs causes soient exogènes aux motifs pour lesquels les demandeurs qui en souffrent ont dû fuir leur pays, ou qu'ils trouvent, au contraire, leur origine dans les violences à caractère politique, ethnique,

religieux, ou bien sociétales et liées au genre dont les personnes concernées ont pu être victimes dans leur pays et sur les routes de l'exil, impactent en tout état de cause l'examen de leur demande par l'OFPRA :

- des séquelles psychiques peuvent constituer un indicateur, certes ambivalent, des violences graves que le demandeur d'asile a possiblement subies avant son exil et doivent, dès lors, être prises en compte dans l'évaluation de ses craintes à regagner son pays ;
- des troubles mentaux, quelles qu'en soient les causes, entravent la capacité de celui ou celle qui en souffre à présenter les motifs de son besoin de protection internationale de manière appropriée, cohérente et précise.

Les référents "Torture" de l'OFPRA, dans le cadre de leur mission d'appui à l'instruction des dossiers relevant de leur thématique, ont ainsi élaboré des outils internes d'appui et de formation des officiers de protection instructeurs et des autres agents de l'OFPRA aux spécificités des victimes de torture, notamment aux séquelles psychologiques de la torture et d'autres formes graves de violence susceptibles de se manifester en entretien, dont celles de l'état de stress post-traumatique, des recommandations sur la conduite d'entretien adaptées à l'audition de victimes de torture souvent porteuses de séquelles psychiques.

En parallèle, l'Office a mené des travaux à vocation interne sur la prise en compte des certificats médicaux dans la demande

d'asile, qui bénéficient d'échanges réguliers avec des professionnels de santé, dans la mesure où des certificats médicaux sont régulièrement produits par les demandeurs d'asile à titre de "preuve médicale" des persécutions ou des atteintes graves qu'ils expliquent avoir subies. "Preuve" entre guillemets, car précisément, l'Office se refuse à faire du certificat médical un prérequis ou une obligation, hormis l'exception tenant au certificat médical d'intégrité physique pour les jeunes filles et femmes faisant état de craintes de mutilations sexuelles féminines. Ceci, d'autant plus qu'il semble largement partagé qu'un certificat médical, s'il suit les préconisations du Code de déontologie médicale et du Conseil de l'ordre des médecins, s'interdira d'attester une relation causale entre les constatations médicales de l'expert et l'origine que le demandeur d'asile leur attribue et ne constatera, au plus, qu'une simple compatibilité.

L'article L.723-5 du CESEDA prévoit néanmoins que l'OFPRA peut orienter le demandeur d'asile vers un examen médical. Cette démarche peut être envisagée par exemple lorsque le déroulement de l'entretien laisse penser que la santé mentale du demandeur affecte lourdement sa capacité à verbaliser ses craintes, de sorte qu'un éclairage médical apparaît pertinent.

L'ensemble de ces dispositifs et de ces travaux démontrent que l'OFPRA entend ainsi toujours poursuivre et amplifier sa mobilisation en faveur des demandeurs et demandeuses d'asile et des réfugié(e)s relevant de besoins spécifiques de protection, dont les victimes de torture, les

femmes victimes de violences liées à leur genre, de la traite des êtres humains ou les mineurs isolés, qui ne pourraient regagner

leur pays d'origine sans craindre d'y être à nouveau victimes de formes particulièrement graves de violence.

TROISIÈME TABLE RONDE : « DE LA DÉTECTION DE LA VULNÉRABILITÉ PSYCHIQUE AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE ? »

Discutant : Roman Pétrouchine, pédopsychiatre, Orspere-Samdarra.

Le maillage interinstitutionnel hébergement-soin pour une meilleure orientation en santé mentale, Sidonie Emonnet et Céline Chabert

Sidonie Emonnet, travailleuse sociale, association FOL74

Céline Chabert, infirmière EMPP, CHS de la Savoie

Introduction et présentation de l'intervention

L'association FOL74 et l'EMPP du CHS de la Savoie ont mis en place un partenariat, un montage simple entre ces deux structures faisant appel au bon sens.

Le CADA a été créé il y a un an et demi sur un territoire très rural qui n'accueillait jusque-là aucune population migrante précaire. C'est un CADA diffus hébergeant 60 personnes en appartements autonomes sur trois communes de la combe de Savoie, comptant quatre intervenants sociaux. Il est porté par la FOL74, association nouvelle sur le département.

L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité du CHS de la Savoie est composée d'infirmiers, d'un cadre de santé, d'une psychologue et d'un médecin psychiatre. La mission première d'une EMPP est d'aller vers un public précaire et de l'amener au soin psychique dans un parcours de droit

commun. L'équipe a récemment rencontré l'équipe du CMP adulte et celle du CMP enfant, un travail préparatoire de terrain essentiel. Cependant, sur l'EMPP, seule une infirmière intervient physiquement et l'équipe n'a actuellement plus les moyens de répondre à l'ensemble des demandes sur le territoire de la Savoie.

Constat de départ

L'enjeu, à son ouverture, était de pouvoir assurer une prise en charge globale des personnes accueillies au sein du CADA et vers l'extérieur. Être au démarrage d'une nouvelle structure permet de pouvoir découvrir, rencontrer le terrain, construire, sans être pris dans un historique qui peut enfermer ou rassurer par des pratiques habituelles que l'on ne questionne plus.

À son ouverture, l'équipe du CADA est allée à la rencontre de différentes personnes du milieu associatif au milieu institutionnel afin d'en connaître les différents acteurs de

terrain d'une part ; et d'autre part d'informer ou de ré-informer, parfois déconstruire de fausses représentations que peuvent amener l'arrivée d'un public inconnu.

Organisation du partenariat

Face à la difficulté d'orienter en CMP des personnes en demande d'asile pour une prise en charge de leur santé mentale, le CADA a créé un partenariat sous convention avec l'EMPP, par le biais de plusieurs rencontres préliminaires où les champs d'intervention ont été définis. L'élément conventionnel primordial facilitant ce partenariat est la prise en compte d'un budget pour l'interprétariat lors d'entretiens infirmiers et financé à tour de rôle par ces institutions. Ce partenariat consiste en une réunion mensuelle dans les locaux du CADA, d'une durée de 2 à 3h, avec l'infirmière de l'EMPP et le cadre de santé en coordination.

Dans un premier temps, ces rencontres ont permis aux intervenants sociaux du CADA d'être sensibilisés par l'EMPP à des notions et à une grille de lecture communes telles que l'urgence, des signes d'alerte de traumatisme ou de posture à adopter ; ainsi que de pouvoir discuter de certaines situations, des signes de fragilités, de souffrances perçues chez certains demandeurs d'asile, de leur gestion du quotidien, de la capacité à être le relai de leurs demandes.

Un parcours de soin peut être ensuite co-construit, les intervenants sociaux amènent des situations où les personnes hébergées semblent nécessiter des soins psychiques et l'EMPP apporte un éclairage soignant en

définissant le besoin ou non d'un entretien infirmier d'évaluation et d'orientation, et éventuellement d'un suivi à court terme. Par la suite, un lien est assuré entre l'EMPP et les structures de soin de droit commun par un travail en collaboration avec les médecins généralistes dans un premier temps, puis avec les CMP.

Dans ce partenariat, il semble important pour l'équipe de l'EMPP de repréciser, avec les travailleurs sociaux du CADA et surtout avec les personnes reçues, l'importance de la confidentialité du soin. Aussi, il paraît important que les professionnels ne se substituent pas aux personnes elles-mêmes, notamment en ce qui concerne la demande de soin.

Effet et limites du partenariat (Bilan)

Avant la mise en place de ce partenariat, les travailleurs sociaux du CADA ne bénéficiaient pas de cet éclairage soignant permettant peut-être d'éviter une rapide lecture psychiatrique de comportements qui n'en relevaient pas. Ces réunions ont justement permis d'effectuer ce filtre : sur 60 personnes accueillies au CADA en un an, 11 situations ont été évoquées en réunions mensuelles avec l'EMPP et seulement 5 personnes ont été finalement reçues en entretien car repérées comme nécessitant des soins psychiques.

Cette organisation a également aboutie aux premières orientations vers les CMP (adultes et enfants). Elle reste néanmoins délicate et nous avons le sentiment de nous heurter alors à des protocoles historiques dans les CMP qui semblent évoluer difficilement en fonction des besoins en santé mentale des populations, vers la prise

en charge des besoins des demandeurs d'asile. (besoin d'écoute de leur souffrance morale, voir psychothérapeutique, dans un délai rapide) qui doit se mettre en place rapidement.

Conclusion

Ce partenariat entre le CADA et l'EMPP permet finalement d'assurer un cadre de travail sécurisé qui permet de ne pas aborder les situations des personnes en terme de vulnérabilité. Afin de construire ce cadre de travail nous sommes donc partis d'un constat simple : la vulnérabilité d'une personne demandeuse d'asile ne se résume pas à la personne elle-même, approche que nous trouvons culpabilisante et réductrice. Nous parlons bien d'une vulnérabilité provoquée par une situation politico sociale, un environnement précaire et des conditions de vie.

Une fois orientée en CADA, la vulnérabilité n'est plus un enjeu pour que la personne soit prise en compte. Leurs besoins

fondamentaux primaires sont assurés et c'est à ce moment même que cela peut laisser place à une clinique de la souffrance voir à une clinique psychiatrique.

Le maillage entre ces deux institutions semble être une clef de sécurité pour les professionnels, pour les personnes migrantes mais également pour l'ensemble du réseau. La création et l'entretien de ces liens permettent de faciliter l'orientation et l'accompagnement des personnes en évitant les crispations et la sensation d'envahissement des acteurs de terrain pour leur prise en charge.

Ces fondations solides montrent toute l'importance du travail fait en amont, du champ d'action bien défini pour chacun des acteurs au sein du partenariat, des liens créés avec le réseau, ainsi que du recours à l'interprétariat au sein de ces institutions, qui a permis la réalisation de nombreux entretiens auprès de personnes en demande d'asile.

Enjeux et questionnements éthiques autour de la rédaction du certificat de vulnérabilité, Emmanuel Venet

Emmanuel Venet, psychiatre responsable de la PASS du CH Le Vinatier (Bron)

J'ai découvert les certificats dits « de vulnérabilités » et destinés à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) quand j'ai commencé à travailler à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital du Vinatier, en 2014. Avant de livrer quelques réflexions à leur sujet, je crois utile de situer rapidement ce contexte.

Créée en 2010 et située dans l'enceinte d'un hôpital psychiatrique, la PASS du Vinatier n'est pas une PASS généraliste, mais elle a vocation à recevoir toute personne sans droits, et à dispenser des soins somatiques autant que psychiatriques. Outre l'accompagnement social assuré par une assistante sociale à temps plein, l'offre de soin qu'elle propose se répartit entre un mi-temps de psychiatre, un mi-temps de médecin généraliste, un mi-temps de psychologue et un tiers-temps d'infirmière. En 2016, sur une file active totale de 962 personnes, seulement 262 patients (27%) ont été reçus en consultation psychiatrique, 115 (12%) en entretien psychologique et 378 (39%) en consultation somatique. Les chiffres provisoires de 2017 laissent augurer des proportions sensiblement équivalentes.

Les personnes reçues sont à 98% des migrants. Parmi ceux que je reçois en consultation psychiatrique, 60% souffrent de stress post-traumatique ou de psychopathologie réactionnelle à des événements de vie. Les 40% restant se partagent pour moitié entre psychoses

chroniques et autres formes de psychopathologies. Dans l'écrasante majorité des cas, les patients reçus donnent pour raison de leur émigration des persécutions liées à leur engagement politique, leurs convictions religieuses, leur orientation sexuelle ou des conflits graves tournant autour de questions de succession ou de cadastre. Outre le traumatisme psychique qui les a conduits à émigrer, ils ont la plupart du temps enduré des conditions de voyage et d'accueil terribles : violences physiques, abus sexuels, spoliations financières, vie à la rue etc.

Le parcours type des patients que je reçois passe par une demande d'asile à l'OFPR, dont le taux de refus est de l'ordre de 97% ; puis un recours à la CNDA, avec les mêmes chances de réussite (d'où un taux d'obtention du statut de réfugié à peine supérieur à 6%, taux très inférieur à la moyenne nationale en raison de flux migratoires spécifiques à la région AuRA) ; puis une demande de carte de séjour pour raison de santé, avec plus de chances d'obtenir gain de cause mais la procédure a changé début 2017 et le taux de refus semble en augmentation ; et enfin, pour ceux qui ont passé cinq ans sur le territoire français, une demande de régularisation dont les chances d'aboutir dépendent en grande partie de l'intégration sociale : elles sont faibles pour les célibataires, mais restent assez importantes pour les familles dont les enfants ont été scolarisés et parlent français.

Notons que durant l'instruction de la demande d'asile, qui prend en général entre six et douze mois, le demandeur est théoriquement logé en centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA). En pratique, la moitié seulement d'entre eux ont une place en CADA, les autres sont contraints de se débrouiller par eux-mêmes. Certains se font héberger par des compatriotes généreux ou intéressés, mais au total 20% de cette population vit à la rue, dans un dénuement profond. Ce sont majoritairement des célibataires, mais parmi eux se trouvent des couples et des familles avec enfants.

C'est donc depuis ce point de vue que j'ai découvert les certificats dits « de vulnérabilité » de l'OFII. Leur objectif consiste à personnaliser les conditions d'accueil du demandeur d'asile, en fonction de son état de santé. La vulnérabilité est une notion juridique, administrative et médicale difficile à cerner, mais qui a tout de même fait l'objet d'une définition dans la Directive sur l'accueil des demandeurs d'asile en 2013 (article 21). Sont considérés comme vulnérables : « Les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines. »

Cette liste pose plusieurs questions fort épineuses. La première, perceptible dès les

deux premières catégories présentées, est celle d'une hiérarchie des vulnérabilités : si l'énumération prend soin de distinguer les mineurs et les mineurs non accompagnés, on est tenté d'en déduire que les deuxièmes auraient droit à plus de protection que les premiers. Mais alors, quel classement faudrait-il retenir pour les autres catégories ? Le droit ne le dit pas, mais on est en droit de craindre que l'usage établisse une hiérarchie des priorités, source de discriminations et de ruptures d'égalité entre demandeurs d'asile. La deuxième question touche un point plus fondamental encore : existe-t-il des demandeurs d'asile qui n'entrent pas dans au moins une de ces catégories ? Et au nom de quoi une personne n'ayant pas subi de « violence psychologique, physique ou sexuelle » serait-elle fondée à demander l'asile ?

Dans ma pratique, l'écrasante majorité des demandeurs d'asile que je reçois relate avec crédibilité des violences graves : séquestrations, tabassages, tortures, mutilations, viols, spoliations, menaces. Les quelques-uns qui ne se présentent pas comme victimes de violences sont des personnes malades mentales, qui obéissent à une logique de voyages pathologiques qu'on pourrait presque appeler « émigration pathologique » : illusion de trouver en Europe occidentale des soins idéaux, la guérison, le sevrage de drogues sans douleur... C'est au titre de malades mentaux qu'ils entrent donc dans la catégorie des personnes vulnérables.

Je précise que l'idée selon laquelle une psychopathologie entraîne une vulnérabilité ne me paraît ni aberrante ni

scandaleuse. Malgré le flou définitionnel de cette notion, les soignants en psychiatrie savent d'expérience qu'à des degrés divers, les malades suivis en psychiatrie éprouvent des difficultés à prendre soin d'eux-mêmes, à faire valoir leurs droits, à défendre leurs intérêts et à protéger leurs biens et leur personne. C'est sur la base de cette constatation que le droit pénal prévoit une aggravation des peines pour les infractions commises à leur détriment, et que le droit civil organise des mesures de protection graduées. Mais cette vision a le défaut d'essentialiser la vulnérabilité en la référant à une pathologie chronique ou à un handicap fixé. Il importe ici de souligner que la vulnérabilité des migrants reçus à la PASS revêt un caractère souvent circonstanciel, et qu'elle est susceptible de s'atténuer avant de disparaître si leurs conditions de séjour et de vie s'améliorent.

C'est dans cette perspective que je n'ai jamais refusé de rédiger de certificat pour l'OFII, en décrivant au mieux la psychopathologie de la personne concernée, et dans l'idée que j'aidais celle-ci à obtenir une prestation sociale adaptée à son cas. Le fait que la moitié de ma patientèle ne bénéficie pas de l'hébergement prévu par la loi joue un grand rôle dans cette attitude conciliante. Mais je souscris pleinement aux réserves formulées par plusieurs collègues ou institutions à propos des effets pervers de ces dispositions, qui génèrent un conflit de loyauté difficile à résoudre : refuser le certificat produirait un effet blessant et une perte de confiance du consultant, qui souvent connaît des personnes l'ayant obtenu ; le faire aux seuls consultants qui le

demandent introduit une rupture d'égalité entre patients et entre demandeurs d'asile ; le remettre systématiquement à tous les consultants fait courir le risque d'une stigmatisation que certains redoutent, et n'aurait sans doute pas d'effet sur l'OFII dans la mesure où seule une partie des demandeurs d'asile utiliserait cette ressource.

En pratique, les demandes de ce genre de certificat se sont rapidement taries, pour la raison simple qu'ils ne débouchent en général sur aucune proposition concrète. En somme, nous avons affaire à une procédure qui repose sur l'idée absurde qu'il existerait des demandeurs d'asile n'entrant pas dans les catégories prévues pour définir la vulnérabilité, et qui se heurte de plein fouet à une pénurie d'hébergements contre laquelle elle ne peut rien. Ce bureaucratisme stérile ne mériterait pas qu'on aille plus loin dans la réflexion, s'il n'était porteur de sous-entendus justifiant qu'on s'y arrête.

N'existerait-il pas un soupçon, de la part des administrations concernées, sur le bienfondé de certaines demandes d'asiles ? Le certificat de vulnérabilité n'aurait-il pas pour objectif de faire le départ entre véritable demandeur d'asile et migrant économique ou écologique, ou touriste sanitaire ? Faut-il voir se profiler dans son ombre une médecine de contrôle ? On peut le craindre, tant l'accueil fait aux demandeurs d'asile brille par son caractère suspicieux. Évoquant ce sujet, Elise PESTRE souligne que : « La présomption de mensonge, de culpabilité même, règne. Même si toutes les preuves (certificat médical, menace de mort écrite issue de

son pays d'origine, etc.) sont jointes et démontrent qu'il entre précisément dans le cadre de la Convention de Genève, ces dernières restent insuffisantes pour se substituer à son témoignage³² ».

Dans ce climat de soupçon, l'OFII peut être tenté – comme du reste l'OFPRA et la CNDA – de demander une expertise psychopathologique destinée à qualifier la plausibilité des allégations du demandeur d'asile, de la même manière qu'un certificat médical peut définir si une lésion corporelle est compatible ou non avec un récit de torture. Mais il s'agit là d'un dangereux fantasme scientifique, dans la mesure où les symptômes de stress post-traumatique, comme aussi les hallucinations, la dépression ou l'angoisse, ne se diagnostiquent guère que sur la base de récits subjectifs aisément falsifiables. La fiabilité diagnostique ne repose donc que sur l'intuition du clinicien, et celle-ci ne se prouve pas davantage.

On peut comprendre la volonté politique de rationaliser les réponses faites à une évolution préoccupante des flux migratoires, mais on doit craindre que la psychiatrie ne se retrouve instrumentalisée au service d'une logique gestionnaire pour laquelle elle n'a aucune compétence, et donc aucune légitimité. C'est pourquoi, dans un souci de cohérence, il serait judicieux de donner aux institutions concernées les moyens d'accueillir les demandeurs d'asile conformément au droit, et à la psychiatrie la place qui lui revient : soigner chacun en fonction de ses troubles et de ses besoins de soin, et non participer à un triage lourd d'effets pervers. A commencer par un glissement des rôles, comme on l'observe lorsque le psychiatre est amené à certifier que son patient ne peut pas se soigner dans son pays d'origine en raison des facteurs de stress qu'il y retrouverait.

³² Pestre, E. La Vie psychique des réfugiés, p. 69-70

La détection de la vulnérabilité et ensuite ?, Laure Wolmark

Laure Wolmark, psychologue Comede (Paris)

Je suis coordinatrice nationale santé mentale du Comede (Comité pour la santé des exilé.e.s), une association qui, à travers différents dispositifs, depuis près de 40 ans, accueille, soigne et défend le droit à la santé des personnes exilées. Le Comede poursuit aussi des actions de formations, de soutien, et de sensibilisation des professionnel.le.s sur ces sujets. Le Comede est de plus un lieu de réflexion et de recherche, qui accueille des chercheur.se.s. et favorise la recherche associée à ses actions.

C'est dans ce cadre que j'ai rencontré Elodie Boublil, une philosophe qui a conduit une recherche sur la notion de vulnérabilité à partir de l'expérience de soignant.e.s du Comede. Cette rencontre, associée à une interrogation permanente sur nos pratiques, notamment de production de certificats, m'a amenée à questionner la notion de vulnérabilité psychique. Nous avons écrit un article, qui touche à ce sujet qui sera très bientôt publié dans la revue des droits de l'homme et dont cette communication est partiellement inspirée.

Dans cette communication, je vais tenter de mettre en question la possibilité de détecter la vulnérabilité psychique. Pour cela, je procéderai en trois temps.

Dans un premier temps, il s'agira de s'interroger sur la pertinence et la cohérence de la notion de vulnérabilité psychique. D'où vient cette notion ? Comment est-elle fréquemment utilisée ?

Quelle est sa légitimité dans le champ de la santé mentale ?

Dans un second temps, je tenterais de décrire la manière dont cette vulnérabilité est détectée, ainsi que les dilemmes que cette détection pose quotidiennement aux soignants.

Dans un troisième temps, je soulignerai les écueils et les risques de la détection de la vulnérabilité psychique dans le contexte d'une politique restrictive de l'accueil des demandeurs d'asile en France.

Sur quoi repose la notion de vulnérabilité dans le domaine de la santé mentale ? Est-il possible de juger « scientifiquement » de la vulnérabilité de quelqu'un ?

La vulnérabilité signifie littéralement : qui peut être blessé. Elle renvoie à l'idée d'une fêlure intrinsèque du sujet. En ce sens, bien sûr, la vulnérabilité est une caractéristique de la vie en général et de la vie psychique en particulier – la possibilité d'être traumatisé, c'est-à-dire d'être affecté par des événements, est liée à cette caractéristique qu'on peut, s'en trop avoir peur de ce « gros mot », qualifier comme une caractéristique universelle de la vie psychique. Pour la philosophe Judith Butler, la vulnérabilité est liée à l'interdépendance des êtres humains³³. Être vulnérable, c'est pouvoir être mu et ému par un autre, c'est-à-dire transformé par la rencontre, et pas

³³ Voir notamment *Ce qui fait une vie, essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Editions Zones, 2010

seulement dans les moments tragiques de l'existence que le trauma signe. C'est parce que je suis vulnérable, que je peux tomber amoureuse, faire preuve d'empathie, etc... D'une certaine manière, l'exception qui confirme la règle de la vulnérabilité psychique, ce sont ceux dont les défenses psychiques sont telles qu'ils ne peuvent pas se laisser « blesser », « affecter » psychiquement par l'autre – mais sont bien capables de blesser l'autre. Des très actuels « pervers narcissiques » aux grands criminels qui scandent l'histoire de nos sociétés, ces figures d'invulnérabilité psychiques ont plutôt tendance à faire figure d'exception, voire à être qualifié de « monstres » (à tort ou à raison) par le corps social.

Alors, cette communication est terminée, puisque, si l'on postule une vulnérabilité psychique générale des êtres humains, la détection de la vulnérabilité psychique dans le cadre de la demande d'asile comme dans n'importe quel autre cadre n'est d'aucune utilité. Sur le principe, je serai assez tentée de défendre cette position. Mais cela reviendrait à balayer trop rapidement, pour des raisons purement théoriques, une question pratique qui se pose à nous, acteurs et actrices du champ sanitaire et social.

Il ne s'agit donc pas pour moi de faire totalement l'impasse sur cette notion de vulnérabilité dans le champ qui est le nôtre, car cette notion renvoie à notre responsabilité de soignant. Mais bien de se

demander si et comment il serait possible de détecter la « vulnérabilité psychique » d'une personne en particulier.

La notion de « vulnérabilité » connaît un succès certain dans les champs sociaux, humanitaires, politiques et est utilisée pour identifier des groupes prioritaires en tant que bénéficiaires de l'aide ou, comme c'est le cas pour les demandeurs d'asile, pour bénéficier d'un aménagement de la procédure et des conditions d'accueil. Je vous renvoie notamment à l'article d'Hélène Thomas, « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie³⁴. »

Certains auteurs ont par ailleurs pu décrire l'inflation de l'utilisation de ce terme comme outil au service des politiques publiques. Cependant, à ma connaissance, la vulnérabilité psychique comme catégorie psychiatrique ou psychologique ne s'est pas encore imposée. Je n'ai pour ma part trouvé qu'une occurrence du terme dans un dictionnaire de psychiatrie. Il y est indiqué que : « La notion de vulnérabilité en psychiatrie si, elle « tend à remplacer les notions de « prédisposition » ou « d'hérédité pathologique » implique plutôt la notion de » risque que de déterminisme étiologique³⁵ ».

Il me semble que c'est bien là le point central : si nous pouvons utiliser la notion de vulnérabilité dans le domaine de la santé mentale, c'est bien plus en termes de risque statistique qu'en termes de diagnostic ou

³⁴ (2006). *Esquisses, recueil Alexandries*, 13 , p.13-26. Repéré à : <http://www.reseau-terra.eu/mot117.html>

³⁵ Dictionnaire de la psychiatrie. Éditions du Centre International de la langue Française. Repéré à : www.cilf.fr

de détermination individuelle. Prenons l'exemple des syndromes psychotraumatiques. L'exposition à des violences intentionnelles constitue un risque statistique de développer des troubles psychiques réactionnels – appelés état de stress post-traumatiques ou syndrome psychotraumatiques. Au Comede, nous avons pu établir par exemple des corrélations entre les antécédents de violence et le « risque » d'être suivi en psychothérapie, les personnes ayant subi des violences étant beaucoup plus fréquemment orientées vers un psychologue. Cependant, et dans la clinique cette distinction est essentielle, toutes les personnes exposées à la violence ne développeront pas un trouble psychique, et ce trouble lui-même pourra apparaître dans un délai qui diffère d'une personne à une autre, sa forme elle-même sera différente d'un sujet à un autre, même si certains points communs peuvent être établis (comme le syndrome d'intrusion).

Tentons donc de décrire de quelle manière, ceci étant posé, les soignants seraient en mesure de détecter la vulnérabilité psychique d'une personne, disons une personne demandeuse d'asile

Soit donc, la vulnérabilité est une notion statistique, et donc à l'aide de recherches épidémiologiques, de compilation de la littérature, il m'est possible de définir à peu près un risque pour une personne en demande d'asile de développer un trouble psychique. Dans l'expérience du Comede, et dans la littérature, ce risque est très important (40% des personnes suivies au centre de santé) et donc tous les

demandeurs d'asile doivent être considérés comme vulnérables. Le risque de développer un trouble psychotraumatique est très élevé parmi les victimes de violences, et encore plus chez les personnes victimes de tortures ou de violences sexuelles. Or les victimes de violence sont très nombreuses parmi les personnes en demande d'asile : le principe de précaution me demanderait de classer comme vulnérables tous les demandeurs d'asile.

Soit cette vulnérabilité doit être établie par moi, soignante, à partir d'un entretien individuel avec une personne en particulier. Or, il n'existe à ma connaissance aucun outil validé scientifiquement pour le faire. Il n'y a pas non plus de formation clinique rigoureuse à la détection de la vulnérabilité. Ce que moi ou mes collègues médecins pouvons faire, c'est établir un diagnostic (dépression, syndrome psychotraumatique, etc.), ce qui devrait permettre de placer cette personne parmi les demandeurs d'asile vulnérables, au sens de la directive européenne. L'article 21 de la première Directive sur l'accueil des demandeurs d'asile établit la liste suivante de personnes vulnérables : « les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines. »

Mais pratiquement, et cela me permettra de faire le lien avec la dernière partie de mon intervention, quel sens cela peut-il avoir d'établir des certificats de troubles psychiques (et non de vulnérabilité) pour près de la moitié des demandeurs d'asile que nous recevons ? Ces certificats auront-ils un quelconque effet sur les conditions d'accueil ?

Risques et écueils de la notion de vulnérabilité psychique

Du côté des soignant.e.s, cette production de certificats en masse est de nature à provoquer une grande gêne, un sentiment d'instrumentalisation de leur fonction soignante. Au vu du nombre de demandeurs d'asile ayant été victimes de violences, pour lequel ou laquelle produire un certificat ? Ne pas le faire, n'est-ce pas aller contre l'intérêt du patient ? Le faire, n'est-ce pas produire une inégalité de traitement, et participer à un système de « gestion des flux » plus qu'à l'accueil auquel ont droit tous les demandeurs d'asile ? Comment assumer, pour le même patient, la position de soignant et celle d'expert ?

Par ailleurs, ces certificats constituent une « photographie » à un moment T de l'état psychique d'un.e patient.e. Or, dans l'expérience de nombreux clinicien.ne.s, les étapes de la demande d'asile peuvent être de nature à favoriser l'émergence de troubles psychiques. Les décompensations après les entretiens à l'OFPRA, ou le rejet par cette institution de la demande d'asile

sont fréquentes parmi les patient.e.s exilé.e.s. Dans un récent article publié dans le bulletin d'épidémiologie hebdomadaire³⁶, l'équipe du Comede a produit des données permettant de montrer une corrélation entre les conditions de vie des personnes exilées, telles que l'isolement, l'absence d'hébergement, le manque de ressource, et les troubles psychiques. La possibilité d'accéder à des soins, mis à mal par les ruptures d'hébergement et le fait de ne pas pouvoir s'exprimer facilement en français, a elle aussi partie liée avec la vulnérabilité des demandeur.se.s d'asile. En effet, l'absence de soins est de nature à aggraver et rendre chroniques les troubles dont souffre une personne.

La vulnérabilité n'est pas une qualité de la personne, c'est une situation définie, entre autres, par le rapport qu'entretient le corps social d'accueil (nous) avec les exilé.e.s (elles et eux). La détection de personnes « dites vulnérables » ne peut se substituer à une politique globale d'accueil et d'accès aux soins des demandeur.se.s d'asile, tenant compte des épreuves particulières qu'ils ont traversé autant que de leur désir de participer activement à la vitalité de leur société d'accueil. Plus encore, si jamais la détection de la vulnérabilité – ou plus exactement de souffrances et de troubles psychiques a un sens, c'est dans la mesure où elle permet de favoriser l'accès aux soins de personnes exilées, qui en sont éloignées. Le manque d'information sur le système de

³⁶ Veisse, A. et al. (2017). *Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés*. BEH, Numéro thématique. La

santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique, n°19-20, p. 405-414.

soins, l'allophonie, les retards et obstacles dans l'ouverture de droits à la sécurité sociale, les ruptures d'hébergement sont de nature à rendre difficile l'accès aux soins de santé mentale, si le système de santé ne va pas vers les personnes exilé.e.s. Aussi, l'existence d'études épidémiologiques soulignant la fréquence des troubles psychiques, notamment psychotraumatiques chez les demandeurs d'asile devraient bien plutôt conduire à des actions de santé publique pour faciliter leur inclusion dans les soins de droit commun – pour en citer quelques-unes : recours à l'interprétariat, actions d'information et de prévention pour les exilés, action de prévention pour les professionnels.

Conclusion

La notion de vulnérabilité, très usitée depuis quelques années, a tendance à glisser d'un champ à un autre, de la philosophie politique à la médecine, du social au droit, etc. Ce glissement en lui-même devrait nous alerter sur la consistance de cette notion, qui tient plutôt du « signifiant flottant », le *mana* pour Levi-

Strauss. Ce signifiant donne asile avant tout à notre difficulté à penser et agir, sidérant nos capacités de réflexion, tout en ayant un pouvoir performatif important, presque un pouvoir d'influence. On a vu, il y a quelques années, des tentatives de détecter la vulnérabilité psychique à travers un questionnaire de dix items – le questionnaire protect, alors même que la vulnérabilité psychique n'était en aucun cas définie ou validée dans le champ de la santé mentale.

Pouvoir reconnaître la vulnérabilité chez l'autre est un impératif politique et moral, qui enjoint de reconnaître ses besoins spécifiques et de lui venir en aide. En ce sens, la vulnérabilité reste une notion très précieuse. Cependant, appliqué à la relation d'aide ou de soin, nous devons être attentifs à un fait très simple : le terme est très peu utilisé dans une phrase à la deuxième personne du singulier. « Tu es vulnérable » reste une phrase difficile à prononcer, ce qui là-aussi doit nous alerter sur l'asymétrie de positions que ce mot recèle.

QUATRIÈME TABLE RONDE : « LA PRISE EN COMPTE DE LA VULNÉRABILITÉ DES RÉFUGIÉS SYRIENS À LA FRONTIÈRE SYRO- IRAQUIENNE »

Discutante : Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra.

La prise en compte de la vulnérabilité des réfugiés au Liban et en Irak, Sami Richa

Sami Richa, professeur associé de Psychiatrie à la faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph et chef de service de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de France, Beyrouth (Liban).

Introduction

Sur une superficie de 10 452 km², le Liban a reçu 1 500 000 réfugiés sur 4 millions d'habitants (environ le tiers de la population) ce qui lui vaut une certaine expertise au niveau de cette population. Des flux migratoires de Syriens et d'Iraquiens ont entraîné une volonté de les aider par des missions d'ordre humanitaire, de la part des Organisations non gouvernementales et des associations privées, dans un pays où les structures étatiques manquent. À partir de ce constat, un certain nombre d'études ont été réalisées autour de ces questions de réfugiés dans l'objectif de cerner leurs besoins essentiels. De plus, certaines organisations non gouvernementales ont aussi été sollicitées pour partir en Irak, auprès des Yézidis, une communauté iraquienne persécutée par l'État Islamique

et qui s'était repliée jusqu'au Kurdistan iraquien.

La Faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph

Il existe sept facultés de médecine au Liban et seulement soixante-dix psychiatres pour tout le pays essentiellement concentrés sur Beyrouth. L'auteur de cet article appartient au corps enseignant de la « Faculté Française de Médecine ». Cette dernière a ouvert ses portes le 30 novembre 1883 grâce aux Pères Jésuites qui voulaient installer dans cette région du monde un enseignement de médecine de qualité. Le Père Remi Normand, Recteur de l'Université Saint-Joseph, en présentant son rapport au gouvernement français le 8 août 1880, insistait : « Il y a une nécessité d'établir à Beyrouth une école de médecine catholique et française ».

Le « Jesuit Refugee Services » (JRS)

L'auteur de cet article accomplit une mission humanitaire dans le cadre du Service Jésuite des Réfugiés. Ce dernier est une organisation catholique qui œuvre dans une cinquantaine de pays depuis 1980 et qui se réfère à l'enseignement social de l'Église catholique. Sa mission consiste à accompagner, servir et défendre les droits des réfugiés et des personnes déplacées de force. Elle s'étend à tous ceux qui sont obligés de fuir de chez eux pour raison de conflit, de désastre humanitaire ou de violations des droits humains. Les programmes du JRS sont mis en place dans 50 pays à travers le monde, et fournissent de l'aide à environ 950 000 personnes. La prestation de ces services est supervisée par 10 bureaux régionaux, avec le soutien du Bureau International de Rome. Le JRS part du principe qu'il est difficile d'aider les réfugiés par l'intervention d'ONG et d'associations étrangères car il n'y aura pas une bonne compréhension ni de leur culture, ni de leur langue, ni de leurs coutumes. Il est donc important de donner les moyens de créer cette aide au sein des réfugiés eux-mêmes, de prendre les plus éduqués, les plus cultivés, les plus motivés d'entre eux et de les amener à s'entraider. La philosophie du JRS est de ne pas leur imposer, de ne pas leur dire ce qu'il faut faire mais d'essayer d'aider les plus démunis par l'intermédiaire de personnes ressources, soit elles-mêmes réfugiées, et donc plus à même de les comprendre. Une formation leur sera apportée par des psychologues, psychiatres et assistantes sociales, dans l'objectif d'aller à la rencontre des réfugiés présents dans les camps ou dans des lieux particuliers pour essayer de cerner leurs besoins essentiels.

Ce programme de formation créé il y a trois ans, s'organise autour du travail social, de la psychologie et des besoins médicaux des réfugiés. Les services de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de France ont pris en charge ce programme, au niveau de trois centres au Liban (Charline Hachem et Hala Kerbage à Byblos, Chadi Ibrahim dans la Bekaa et Sami Richa à Beyrouth) et deux centres en Irak à Erbil (Sami Richa) et à Dohuk (Rami Bou Khalil) dans le Kurdistan irakien.

Les études sur les réfugiés au Liban

Un certain nombre d'études ont été effectuées autour de la thématique des réfugiés au Liban. Le département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph a finalisé les études suivantes.

Première étude

Elle a pour but de déterminer l'impact de la crise syrienne sur l'hospitalisation des Syriens dans un cadre psychiatrique. Tous les Syriens admis dans un hôpital psychiatrique au Liban (Hôpital Psychiatrique de la Croix) entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2013 ont été inclus. Le nombre d'admissions, les troubles psychiatriques et les données démographiques et cliniques relatives aux patients ont été comparés entre ceux admis avant (44 patients) et après la crise (106 patients). La distribution du diagnostic variait significativement après la crise ($p = 0,056$) avec la majorité de patients admis pour schizophrénie (37,7%). La prévalence des idées suicidaires était plus élevée après la crise ($p = 0,03$) mais les tentatives de suicide, le besoin de thérapie par électrochocs et la durée de l'hospitalisation

ne différaient pas significativement entre les deux groupes. La conclusion de cette étude insistait sur le fait que les cliniciens devraient être conscients du fardeau possible de la maladie mentale en Syrie au début de la crise syrienne³⁷.

Deuxième étude

Une étude a été menée auprès des réfugiés syriens âgés de 18 à 65 ans dans six camps de la région centrale de la Bekaa, avec utilisation du Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) comme outil de diagnostic. Parmi les 452 répondants, une prévalence de l'Etat de stress post-traumatique (PTSD) à vie de 35,4% a été trouvée, et une prévalence ponctuelle de 27,2%. La prévalence à vie d'abus de substances était de 1,99% et la prévalence ponctuelle de 0,66%. La régression logistique multivariée n'a pas pu identifier de prédicteur du PTSD actuel parmi une liste de variables démographiques, mais a identifié la ville natale syrienne comme un prédicteur significatif de la durée de vie. Le PTSD ($p = 0,013$), avec des réfugiés d'Alep ayant significativement plus de PTSD que ceux venant de Homs (OR ajusté 2,14, IC 95% [1,28, 3,56], $p = 0,004$). Le PTSD était ainsi un véritable problème de santé mentale dans cet échantillon de réfugiés syriens

adultes dans les camps de la Bekaa centrale, contrairement aux abus de substances³⁸.

Troisième étude

Une troisième étude qualitative pour comprendre les besoins et leurs ressentis a été financée par le Conseil de recherche de l'Université Saint-Joseph et sera présentée dans un autre article de cette revue³⁹.

Les Yezidis

Parallèlement, un programme du JRS a été créé en Irak autour des populations yézidiées. Les Yezidis forment une communauté kurdophone qui compte entre 100 000 et 600 000 personnes en Irak, selon les estimations. Ils font partie des populations les plus anciennes de la Mésopotamie, où leur croyance est apparue il y a plus de quatre mille ans. Leur principal lieu de culte est Lalech, dans le Kurdistan iraquien, mais plusieurs milliers de Yézidis habitent en Syrie, en Turquie, en Arménie et en Géorgie. Le yézidisme est une religion monothéiste qui puise une partie de ses croyances dans le zoroastrisme, la religion de la Perse antique. Leur culte et leurs rituels se transmettent oralement, c'est pourquoi on ne devient pas Yézidi, on naît Yézidi. Ce qui en fait un drame actuel car un certain nombre de femmes ont été violées et les enfants issus de ces viols, n'ayant pas deux parents

³⁷ Souaiby L., Kazour F., Zoghbi M., Richa S. Impact of the syrian crisis on the hospitalization of syrians in a psychiatric setting. *Community Ment Health J*, 2015 May 16.

³⁸ Kazour F., Zahreddine N., Maragel M., Almustafa M., Haddad R., Soufia M., Richa S. Post-traumatic Stress Disorder in a Sample of Syrian Refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, 2017 Jan; 72:41-47.

³⁹ Hala Kerbage, Filippo Marranconi, Yara Chamoun, Sami Richa, Alain Brunet, Shahaduz Zaman. Mental health services for Syrian refugees in Lebanon: confronting professionals' and policymakers' perceptions with the refugees' experience and perceived needs
Submitted

yézidis, ne sont pas considérés comme tels. Les fidèles de cette religion croient en un dieu unique, Xwede, qui fut assisté par sept anges lorsqu'il créa le monde, dont le plus important est Malek Taous, souvent représenté par un paon, symbole de diversité, de beauté et de pouvoir. Comme pour les musulmans et les chrétiens, le bien et le mal occupent une place importante chez les Yézidis. Or, ils furent considérés par l'état islamique comme des adages du diable et donc persécutés violemment, un véritable génocide. Cette population avait besoin de parler, de témoigner sur ce qu'elle a vécu. C'est pourquoi nous avons décidé d'aller à leur rencontre dans l'objectif de les aider sur tous les plans et de faire passer un message dans le monde entier⁴⁰.

Les études sur les Yezidis

L'ensemble des études mondiales sur les réfugiés montrent que le risque s'élève principalement pour la dépression, les psychoses, l'état de stress post-trauma (PTSD)⁴¹. Deux études ont été retrouvées sur le plan de la santé mentale pour les Yézidis, sur la banque de données Pubmed.

Première étude

L'objectif de la présente étude était d'évaluer les problèmes et les troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents réfugiés kurdes yézidis, qui ont été évalués immédiatement après leur migration forcée à la suite d'attaques menaçantes des terroristes de l'ISIS. Les évaluations psychiatriques de 38 enfants et adolescents yézidis (2-18 ans, moyenne 12 ans, m: f = 16:22) ont été réalisées à leur arrivée aux camps de réfugiés. Tous les enfants et adolescents présentaient des problèmes et des troubles psychiatriques, 50% en avaient un et 50% en avaient plus d'un. Les troubles les plus importants étaient les suivants : sommeil perturbé (71% des enfants), dépression (36,8%), troubles de la conversion (28,9%), adaptation (21,8%), troubles aigus (18,4%), stress post-traumatique (PTSD 10,5%) et énurésie non organique (18,4%). Cette étude confirme les résultats d'études antérieures, affirmant que les enfants et les adolescents réfugiés souffrent non seulement de PTSD, mais également de divers autres problèmes déjà présents dans les premiers jours de la réinstallation. Les enfants et les adolescents vivant dans des camps de réfugiés ont un besoin urgent de soutien psychosocial⁴².

⁴⁰ Repéré à : www.lemonde.fr/proche-orient/article/2014/08/12/la-communaute-kurdophone-yezidie-cible-des-djihadistes-de-l-etat-islamique ;
Bou Khalil R, El Choueifaty D, Richa S. Displaced Iraqi Families in Kurdistan: Strangers in a Strange Land. *Am J Psychiatry*. 2016 Jan;173(1):16-7 ;

Bou Khalil R, Guimaraes A, Richa S. The "Loss of Pride" Syndrome in Yazidi Refugees. *Am J Psychiatry*. 2018 Feb 1; 175(2):112-113.

⁴¹ Knipscheer J, Sleijpen M, Mooren T, Ter Heide F, Van der Aa N. Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych Bull*. 2015 Aug;39(4):178-182.

⁴² Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T. Psychiatric symptoms and

Deuxième étude

Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et la dépression sont communs aux populations déplacées en raison de conflits politiques à grande échelle ainsi que de la guerre. Le but de cette étude était de retrouver la prévalence et les différences entre les sexes des symptômes du PTSD ainsi que de la dépression parmi les Yézidis irakiens déplacés en Turquie. L'étude a été menée sur 238 personnes qui ont été évaluées à l'aide de l'outil Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) et du questionnaire Stressful Life Events Screening Questionnaire. Parmi les participants, 42,9% répondaient aux critères de diagnostic du DSM-IV pour le PTSD, 39,5% pour la dépression majeure et 26,4% pour les deux troubles. Plus de femmes que d'hommes souffraient de PTSD et de dépression majeure. Plus de femmes que d'hommes atteints de PTSD ou de

dépression ont déclaré avoir vécu ou été témoins de la mort d'un conjoint ou d'un enfant. Les femmes atteintes du PTSD ont signalé des flashbacks, de l'hyper vigilance et une détresse psychologique intense en raison de rappels de traumatismes plus fréquemment que les hommes. Les hommes atteints du PTSD ont signalé des sentiments de détachement ou d'éloignement des autres plus fréquemment que les femmes. Les femmes plus dépressives que les hommes ont rapporté des sentiments de culpabilité ou d'inutilité⁴³.

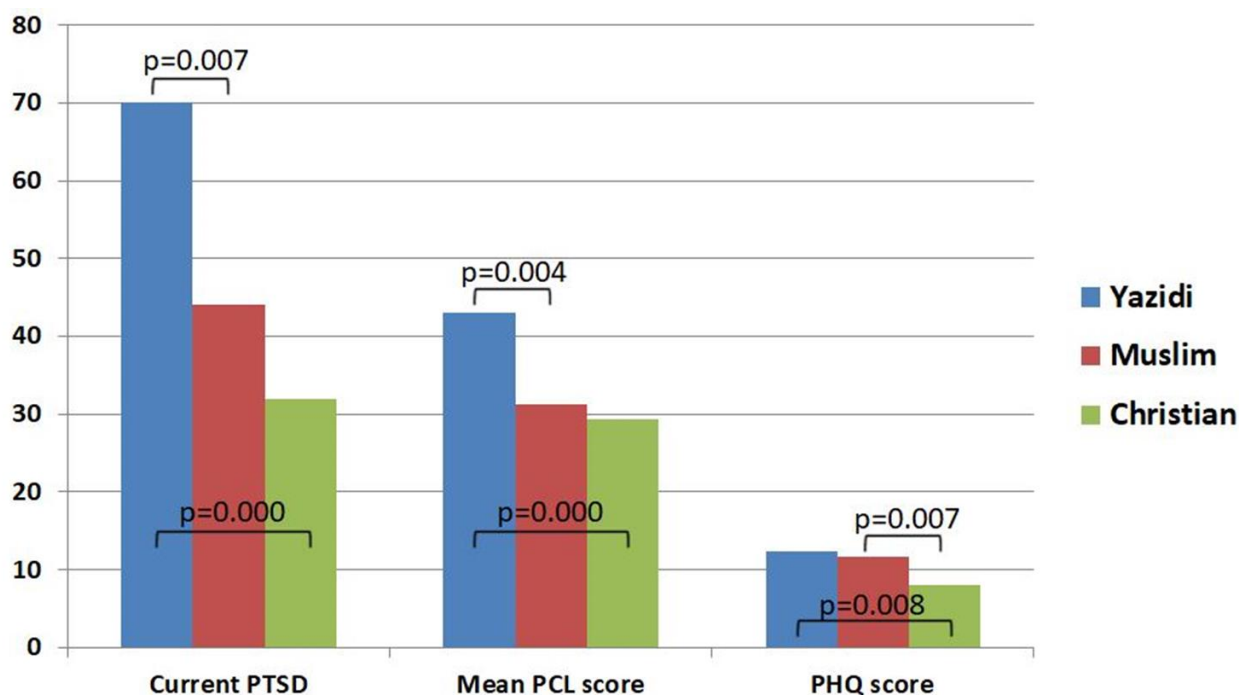
La dernière étude effectuée en Irak par notre équipe portant sur les Yezidis et qui sera publiée prochainement montre une grande prévalence des troubles psychiques, notamment avec un taux très élevé de personnes souffrant d'état de stress post-traumatique dans les populations déplacées⁴⁴.

disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. *Neuropsychiatr.* 2016 Sep;30(3):145-150.

⁴³ Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M, Tekin M, Kayran Y, Alpak G et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey.

Eur J Psychotraumatol. 2016 Feb 12; 7(1):28556.

⁴⁴ Richa S., Herdane M., Dweif A., Bou Khalil R., Haddad F., Houry R., Zarzour M., Brunet A., El-Hage W. Trauma Exposure and PTSD Prevalence Among Yazidi, Christian and Muslim Asylum Seekers and Refugees Displaced to Iraqi Kurdistan Submitted



PTSD et scores de dépression

Le pourcentage de PTSD de la population Yézidie (environ 70%) est donc très élevé par rapport aux autres populations. Différents facteurs sont à prendre en compte, du fait de leur minorité, de leur vécu de guerre, des déplacements provoqués, et des nombreux viols subis et qui montrent la nécessité d'un véritable suivi et prise en charge de cette partie de la population iraquienne ayant vécu un génocide.

La population yézidie a vécu un véritable génocide commis par l'État Islamique qui a immédiatement attaqué la ville de Sinjar suite au retrait encore énigmatique des Peshmergas en août 2014. Selon le psychologue Yezidi Jan Ilhan Kizilha, « soit les Yézidis ne se remettent pas de cette

nouvelle catastrophe et ils disparaîtront d'ici trois ou quatre générations, soit ils adaptent leurs valeurs religieuses pour que ces femmes ne soient pas rejetées car elles ont été violées, répudiées⁴⁵ ».

Conclusion

Il reste encore beaucoup à apprendre sur la vulnérabilité des populations déplacées et leur propension à présenter des troubles mentaux supérieurs à la population générale. Dépister ces troubles, les diagnostiquer et les traiter devrait être une priorité de santé publique.

⁴⁵ Kizilhan JI, Noll-Hussong M. Individual, collective, and transgenerational traumatization in the Yazidi.

Expérience des réfugiés syriens au Liban : au-delà du traumatisme, Hala Kerbage-Hariri

Hala Kerbage-Hariri, psychiatre, Beyrouth (Liban)

Présentation de l'étude

L'équipe de recherche de l'étude que nous allons présenter est composée de Hala Kerbage, psychiatre, Université Saint-Joseph ; Filippo Marraconi, anthropologue, École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris ; Yara Chamoun, interne en psychiatrie, USJ ; Sami Richa, psychiatre, chef du département de psychiatrie de l'USJ.

Elle a été réalisée en partenariat avec Médecins du Monde (Liban), Caritas Migrants (Liban) et Shahaduz Zaman, anthropologue, de l'Université de Glasgow, School of Interdisciplinary Studies.

Contexte général

L'idée de cette étude est apparue face aux limites des études en psychiatrie⁴⁶, du peu d'études qualitatives et anthropologiques existantes dans le domaine de la santé mentale au Liban auprès des réfugiés syriens. La plupart des études s'inscrivent dans une approche plutôt quantitative et épidémiologique ce qui n'est pas suffisant pour comprendre en profondeur le vécu de ces personnes. D'autres limites sont visibles comme la non-validation des instruments dans le contexte syrien, le fait que ces études soient centrées sur les symptômes individuels, ou encore le risque de médicalisation d'une détresse sociale.

Comment des réfugiés Syriens accèdent aux services de psychiatrie au Liban ?

Ces services sont nommés actuellement « Mental Health and Psychosocial Support Task Force (MHPSS-TF) » car le courant actuel des nations unies et des organisations internationales ne vise pas seulement à fournir des psychiatres mais aussi à intégrer dans les services de psychiatrie des services de sphères psychosociales. L'objectif du *Task Force* est d'homogénéiser toutes les interventions qui sont offertes par les ONG qu'elles soient internationales ou locales.

Cependant, le MHPSS-TF insiste surtout sur des interventions qui sont très spécialisées et à court terme, car il considère que c'est un contexte d'urgence. Ces interventions spécialisées sont centrées sur l'individu, sur la souffrance individuelle plutôt que sur le niveau communautaire.

Comment sont-elles acceptées et comprises par les réfugiés syriens eux-mêmes ?

Beaucoup d'études anthropologiques et sociologiques montrent les limites de l'utilisation de ces interventions très spécialisées comme les TCC centrées sur le traumatisme, l'EMDR et la thérapie interpersonnelle ; ainsi que le peu de prise en compte des conditions structurales, des

⁴⁶ Wells et al, 2015; Miller & Rasmussen, 2014; Patel et al, 2014; Budosan, 2014

ressources locales et culturelles⁴⁷, dans un contexte de déplacement et de migrations.

En 2007, l'IASC, instance internationale qui a aidé les ONG, recommande que les interventions de première ligne soient des interventions psychosociales à un niveau communautaire et non pas uniquement des interventions spécialisées de psychiatrie et de psychothérapie. Cependant, le décalage existant au Liban est que la plupart des ONG, qui fournissent des services de santé mentale, proposent des services spécialisés, des consultations de psychothérapie et de psychiatrie alors que les services de base psychosociaux ou purement sociaux ne sont pas toujours assurés.

Dans la pyramide des recommandations du MOPH/UNHCR, il recommande que le premier niveau qui est communautaire assure les besoins de sécurité et les besoins de base, puis de renforcer le support familial et communautaire et ensuite passer aux interventions spécialisées individuelles⁴⁸. Enfin, on remarque qu'il n'y a pas d'intégration des recommandations de sensibilité culturelle⁴⁹.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude visait à explorer le fonctionnement des services MHPSS à travers les perceptions et attitudes des soignants et des réfugiés.

D'une part elle avait pour objectif d'observer les facteurs de stress, les besoins et les ressources utilisées par les réfugiés syriens ; leurs perceptions et

attitudes envers les services MHPSS/UNHCR qui procurent les soins de psychiatrie ou les services psychosociaux en sachant que ces services sont fournis par les ONG locales internationales ; et d'autre part d'observer les perceptions des acteurs impliqués et des soignants.

Méthodologie

C'est une étude qualitative transversale au sein de laquelle nous avons adopté une méthodologie basée sur une analyse de discours, narrative, ethnographique et sur une observation participante ; avec une visite régulière de réfugiés syriens, dans leurs divers milieux d'évolution pendant neuf mois.

25 entretiens ont été réalisés en profondeur avec 7 hommes et 18 femmes, sans antécédent psychiatrique connu avant la guerre. Seules deux ONG, Médecins du Monde et Caritas Migrants, ont permis l'accès aux réfugiés syriens, car les autres ont évoqué des politiques strictes de confidentialité et ont permis uniquement des entretiens avec des soignants relevant de l'UNHCR, bénéficiant de services MHPSS.

Purposive sampling et snowball sampling

60 entretiens ont aussi été effectués avec des acteurs impliqués/prestataires de soin : décideurs, directeurs, soignants, politiciens, des représentants du Ministère de la Santé, des représentants du Ministère des Affaires sociales, des personnes qui ont des postes administratifs dans des ONG internationales.

⁴⁷ Summerfield, 2008, Kleinman, 1991

⁴⁸ UNHCR, 2013; Moph, 2015

⁴⁹ UNHCR, 2015

Perception des soignants

1) La culture syrienne est perçue par les soignants comme un obstacle aux interventions de santé mentale. Les comportements des Syriens en général étaient interprétés à travers le prisme d'une culture qui est traditionnelle qui les empêche d'accéder à la modernité, désignée avec des termes comme « manque d'éducation », « ignorance », une manière « illogique » de gérer le stress du quotidien. L'incompréhension des soignants, des décideurs, des politiciens était également très évoquée quant au fait que les Syriens continuent à avoir un taux de natalité élevé, perçu comme un phénomène très illogique et inexplicable car ils vivent dans une situation de précarité. Ils interprétaient ainsi cela comme un manque d'éducation, sans tentative de compréhension.

La culture est, au plus, perçue comme un épiphénomène qui cache le « vrai » symptôme, un obstacle à détecter et à enlever pour avoir accès au « vrai » symptôme, à la réalité du vécu du réfugié. La culture est perçue comme quelque chose de traditionnel, de particulier en opposition à l'universel, à la science psychiatrique donc de la contourner pour arriver à la vérité.

Le Syrien perçu comme quelqu'un de radicalement autre, sa détresse est opaque car son universalité leur semble cachée par sa culture. Les soignants qui étaient tous des libanais percevaient le Syrien comme

très différent d'eux, de leur culture et pourtant ce sont des pays très voisins.

Il y a quand même un vécu entre le Liban et la Syrie qu'on ne peut ignorer, et d'ailleurs l'anthropologue Vincent Geisser a publié un livre sur la résurgence des « fantômes du passé⁵⁰ », évoquant le Libanais face aux termes de réfugiés : la guerre du Liban, le réfugié palestinien qui est au Liban, l'occupation du Liban par la Syrie en 2005 ; tout cet historique transparaisait dans les entretiens avec les soignants.

2) Les services de psychiatrie et/ou de psychothérapie (MHPSS) étaient perçus par les soignants comme un moyen « d'éduquer » sur la psychiatrie. Se présente à nouveau la contradiction culture versus science, comme si la culture ne pouvait pas être comprise comme une alliée pour trouver des ressources chez ces personnes mais seulement comme un obstacle.

Cette étude a permis d'observer une séparation entre les besoins exprimés par les Syriens, et les perceptions de leurs besoins par les soignants. Dans leur discours, le Syrien n'est pas capable de détecter ses propres besoins, ne savait pas qu'il était déprimé ou traumatisé, il fallait l'éduquer. Les besoins qu'il mettait en avant étaient surtout d'ordre social ou des besoins de base, ce que les soignants percevaient comme un manque de « *awareness* » (conscience) de leurs conditions psychiatriques. Ainsi des « *Awareness sessions* », très pratiquées par

⁵⁰ Geisser, V. (2013). La question des réfugiés syriens au Liban : le réveil des fantômes du passé.

Confluences Méditerranée, 87,(4), 67-84.
doi:10.3917/come.087.0067.

l'assistante sociale, étaient une réponse à l'ignorance des Syriens de leur état psychologique. Ce travail portait principalement sur la détection des symptômes perçue comme urgente, à travers l'outil Mhgap, une approche centrée sur le diagnostic psychiatrique. Il y avait une production d'un savoir psychiatrique, une sorte de légitimation médicale et de processus universalisant ; et ces outils avaient finalement pour objectif d'informer et d'éduquer. Il y avait cette nécessité de « convaincre » le réfugié du service qu'il avait besoin d'une psychothérapie ou d'un traitement.

L'interprétation du vécu de réfugié par les soignants en termes de symptômes individuels était en revanche un paradoxe. Il y avait la création de ce besoin mais jusqu'à une certaine limite car il y avait un nombre à ne pas dépasser (« *target number* »), au maximum 80 personnes en psychothérapie pour un mois, et une fois ce nombre dépassé, le service ne peut plus être proposé et surtout le changement des fonds (certains programmes s'arrêtaient brutalement du fait de politiques changeantes).

Il y avait par ailleurs un contexte d'urgence et donc la priorité était de privilégier les interventions à court terme, mais toutes les ONG ne suivent pas ces recommandations (exemple Médecins Du Monde).

3) Sentiment de malaise ou de crise dans leur rôle de thérapeute ou soignant et instabilité de la relation thérapeutique.

Les soignants ont le sentiment d'être manipulés pour obtenir des bénéficiaires, ils perçoivent les réfugiés syriens comme

étant « avides de bénéficiaires, menteurs, manipulateurs » pour changer la réalité dans l'espoir d'avoir un bénéficiaire particulier. Ils étaient aussi submergés par des demandes incessantes de rapports, certificats médicaux pour avoir accès à une aide sociale, comme si la seule parole du médecin suffisait. Les soignants étaient préoccupés par ce souci de recherche de « véracité » dans le récit des réfugiés, et par les attitudes de suspicion qui entravaient la relation thérapeutique.

Perceptions des réfugiés

Comment les réfugiés perçoivent ces services psychosociaux ? Ceux rencontrés au cours de l'étude bénéficiaient uniquement des ONG Médecins du monde et Caritas migrants qui n'adoptent pas nécessairement les recommandations du Ministère de la Santé, soit sur l'urgence et les interventions spécialisées ; donc qui s'inscrivent dans une approche beaucoup plus psychosociale et globale.

1) Les sources perçues de stress chez les réfugiés sont surtout des soucis centrés sur le présent : l'adaptation au quotidien, la survie plutôt que les événements de guerre traumatiques. Ce qu'ils évoquaient surtout était la perte (foyer, maison), les deuils, la séparation familiale, l'isolement communautaire et social, le souci de la déscolarisation et travail de leurs enfants, l'hostilité et la discrimination perçues de la part des libanais, une précarité sociale, des difficultés de logement. Mais aussi des soucis de sécurité du fait de la limitation des mouvements de réfugiés syriens par la police libanaise, notamment par un couvre-feu à partir d'une certaine heure dans

certaines municipalités qui les interdit de circuler.

Les réfugiés syriens rencontrés relataient aussi un accroissement de la violence parentale engendré par leurs difficultés à gérer leur stress au quotidien ; une inversion des rôles sociaux car beaucoup de femmes n'avaient jamais travaillé et les hommes trouvaient plus difficilement du travail ; des plaintes d'harcèlement sexuel et un manque d'accès aux soins.

Finalement une des principales sources de stress évoquée était leur relation avec l'UNHCR (« comment faut-il être pour qu'ils m'aident? »).

2) Les services MHPSS étaient perçus par les réfugiés syriens comme un espace de confiance, d'écoute, d'amitié, plutôt que de soins spécifiques.

Il y avait espoir que les services de santé mentale les lient à l'UNHCR mais leur détresse émotionnelle n'était pas forcément stigmatisée. En effet, on entend parler du fait qu'il y ait un certain tabou de la psychiatrie dans leur culture, mais au contraire cela semblait normal pour eux de bénéficier d'un service de santé mentale, étant donné les conditions structurales et sociales dans lesquelles ils vivent. La souffrance émotionnelle et l'expression d'émotions fortes sont vécues comme socialement acceptables et non assimilées à une maladie, surtout si elles sont collectives.

Les besoins exprimés étaient principalement la nécessité que l'assistante sociale et la psychologue les aident à

s'adapter à la vie quotidienne, à trouver des ressources, à gérer les problèmes interpersonnels.

3) « L'économie morale du mensonge » était une notion prédominante parmi les réfugiés syriens.

Nous nous sommes ainsi demandé pourquoi les réfugiés en général ont une propension à mentir, à cacher la vérité ?

Ce « mensonge » peut être interprété comme un moyen de faire face à l'arbitraire et à la violence bureaucratique auxquels ils sont soumis, à l'anxiété prédominante autour de l'UNHCR. En effet, la relation quotidienne des réfugiés syriens au Liban avec les agences humanitaires et l'État libanais s'organise entre tendances de répression et de compassion⁵¹ et les décisions d'aide sont très aléatoires. Leur plus grand espoir était ainsi d'être relocalisé dans un pays nord-américain ou européen et le fait de savoir qu'ils ont été acceptés pour « *resettlement* » pouvait enlever tous les symptômes de dépression et d'anxiété du jour au lendemain car cela leur donnait un espoir d'imaginer un avenir.

L'UNHCR est perçu comme maître de leur destin mais complètement impénétrable, ce qui ne leur permet pas de savoir comment ils sont sélectionnés, pour accéder au droit d'être relocalisés dans un pays européen. Ils ont donc recours à des moyens pour légitimer leur demande, leur souffrance face aux autorités, ce qui organise une véritable hiérarchie de la souffrance. L'identification à l'image qu'ils perçoivent de la personne sélectionnée les

⁵¹ Fassin, D. (2010)

force à être comme des « créatures mimétiques », à mettre en place des tactiques d'adaptation et d'évitement pour correspondre aux attentes des agences. Leur objectif est de donner une image de précarité et de fragilité car ils imaginent et croient que c'est ce qui leur permettra d'accéder à plus d'aide. Ce sont de véritables fluctuations et variations dans leurs narrations du *self* et des politiques d'identification qui sont finalement générées par les procédures arbitraires des organisations humanitaires et de la violence bureaucratique.

Finalement ce mensonge, loin d'être un trait de caractère personnel ou culturel du réfugié syrien en tant que tel, comme peuvent le percevoir certains soignants, révèle un terrain de relations de pouvoir et c'est un résultat des conditions de vie paradoxales dans lesquelles les réfugiés vivent et luttent au quotidien.

Conclusion

Cette étude qualitative exploratoire génère des hypothèses mais il est nécessaire de l'approfondir par une étude à plus large échelle. Elle a confirmé le décalage entre les besoins exprimés par les Syriens et ceux perçus par les professionnels. Le Syrien est perçu comme incapable d'identifier ses vrais besoins. Ainsi, on peut se demander quel est vraiment le sens du soin dans ce contexte ? Peut-on soigner lorsque l'on est dans une attitude de suspicion, d'enquête envers la personne ?

Ce que certains soignants, professionnels ou personnes ayant des postes administratifs considèrent comme de la manipulation est en fait une sorte de jeu

changeants d'identification et de narration à travers le mensonge, comme un mécanisme de résistance ou de défense face à la violence bureaucratique (*coping strategy* vs manipulation).

La souffrance des réfugiés est perçue comme une maladie mentale individuelle décontextualisée pour son symptôme et le réfugié devient comme une catégorie homogène bureaucratique.

Les recommandations et conclusions que l'on peut tirer de cette étude sont qu'il est nécessaire de distinguer les interventions cliniques pour les individus qui souffrent de maladie mentale, qui sont indispensables, des interventions communautaires ciblant une souffrance sociale et collective. Il existe un besoin pressant au niveau des agences humanitaires de privilégier les interventions communautaires durables au long cours plutôt que les interventions spécialisées à court terme, qui bien qu'elles soient plus facilement mesurables et évaluables, ne correspondent pas aux attentes réelles des réfugiés syriens.

Par ailleurs, il serait nécessaire de réaliser plus de recherches qualitatives pour comprendre les ressources communautaires, leurs moyens de vivre la détresse psychique, *idioms of distress*, et le contexte syrien en général. Face à la plainte des soignants de l'existence d'un manque d'éducation des Syriens sur les conditions psychiatriques, il y a aussi un manque d'éducation des soignants sur le contexte culturel syrien.

Enfin, il semble important de stimuler la réflexion des soignants, libanais principalement, sur leurs propres attitudes

et sentiments envers les réfugiés, car malgré toutes leurs bonnes intentions et leur volonté de leur venir en aide, ils ne prennent pas assez en compte leur propre

attitude qui vient aussi d'une histoire collective et d'une histoire de guerre au Liban.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2018). *Actes de la journée d'étude « Vulnérabilités et demande d'asile », 6 décembre 2017, Lyon.*



Centre hospitalier
Le Vinatier



Orspere-Samdarra

Observatoire - Ressource national

Santé mentale et sociétés

Cet observatoire national, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon, est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...). L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome*, lue par 50 000 personnes et porte le diplôme universitaire « santé, société, migration ».

Organisation de la journée d'étude

Gwen Le Goff, directrice adjointe et responsable du pôle ressources

Natacha Carbonel, Chargée de développement - Assistante de rédaction Rhizome

Vincent Tremblay, sociologue

Roman Pétrouchine, pédopsychiatre

Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Relecture des actes

Gwen Le Goff, directrice adjointe et responsable du pôle ressources

Vincent Tremblay, sociologue

Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Adelaïde Vergnes, stagiaire psychologue

Mathilde Beau, stagiaire sociologue

Maëlle Gouriff, stagiaire en Master santé publique

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien de

De la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.