



Centre hospitalier
Le Vinatier



ORSPERE
SAMDARRA

Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés

**Actes du séminaire de réflexion
Orspere-Samdarra
«Vulnérabilités et demande
d’asile »
Auvergne-Rhône-Alpes - 2017**

SOMMAIRE

• Sommaire.....	1
• Argumentaire.....	2
• Première rencontre : « Tous précaires ? Tous vulnérables ? ».....	3
<i>Tous précaires ? Tous vulnérables ?</i> , Nicolas Chambon	3
<i>L'idée de la vulnérabilité en santé</i> , Halima Zeroug-Vial	7
• Deuxième rencontre : « Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la procédure d'asile ? ».....	11
<i>Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la procédure d'asile par l'OFPRA?</i> , Coralie Capedeboscq.....	11
<i>Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la demande d'asile ?</i> , Laurent Delbos ...	19
• Troisième rencontre : « Faut-il faire des certificats de vulnérabilité ? »	24
<i>Vulnérabilité et certification médico-psychologique : enjeux cliniques, éthiques et politiques</i> , Laure Wolmark	24
<i>Détection des vulnérabilités de santé chez les demandeurs d'asile par l'OFII</i> , Charles Candillier	33
• Quatrième rencontre : « Quelle vulnérabilité dans les lieux de privation de liberté ? ». 39	
<i>Vulnérabilité et privation de liberté des étrangers</i> , Flor Tercero.....	39
<i>Centre de Rétention administrative Lyon-Saint Exupéry</i> , Florence Marquois et Emmanuel Perrot	49
• Cinquième rencontre : « Quelles vulnérabilités chez les enfants migrants ? »	51
<i>Au CADA de Bussières-et-Pruns les enfants vont bien</i> , Eric Foëx, Fatima Benzli et Aude Baudoin	51
<i>La vulnérabilité des enfants en pédopsychiatrie</i> , Hélène Ascenci	57
• Sixième rencontre : « Quelle vulnérabilité pour les personnes qui accompagnent les demandeurs d'asile ? ».....	64
<i>Vers une vulnérabilisation des professionnels qui accompagnent les demandeurs d'asile ?</i> , Sophie Devalois	64
<i>(Faire) face à la vulnérabilité... et se solidariser !</i> , Nicolas Chambon	74

ARGUMENTAIRE

Les directives européennes Procédures 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 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'« incapacité » ? 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.

Au regard de ces interrogations sur la notion de vulnérabilité, un séminaire de réflexion interdisciplinaire et régional s'est tenu en Auvergne-Rhône-Alpes. Six rencontres, gratuites et ouvertes aux personnes intéressées ont été organisées dans différentes villes de la région de mai à décembre 2017.

Ce cycle de séminaire de réflexion a été conclu par une journée d'étude, intitulée « Vulnérabilités et demande d'asile », qui s'est déroulée le 6 décembre 2017 à l'Université Lumière Lyon II.

PREMIÈRE RENCONTRE : « TOUS PRÉCAIRES ? TOUS VULNERABLES ? » ∞

Centre Hospitalier Le Vinatier (Bron), le 31 mai 2017.

Tous précaires ? Tous vulnérables ? Nicolas Chambon

Nicolas Chambon, Sociologue, Responsable de la recherche Orspere-Samdarra, Centre Max Weber

La question présentée peut paraître un peu provoquante : « Tous précaires ? Tous vulnérables ? ». Il s'agit ici de réfléchir sur ces catégories et leurs limites de manière conceptuelle mais aussi de comprendre comment, dans la pratique, ces concepts peuvent être opérants pour des praticiens, intervenants en santé mentale ou intervenants sociaux.

Le débat sur les catégories n'est pas nouveau 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. Par exemple, quand on parle de « demandeurs d'asile », on désigne un type de public, les « réfugiés » font référence à un autre type de public. La définition de ces catégories comporte des enjeux, puisqu'on cherche à qualifier « qui » est inclus dans la catégorie et qui en est exclu. Ainsi, par moment, la vision de ces catégories peut être plutôt extensive ou plutôt restrictive selon des enjeux sociaux ou politiques.

Historiquement, l'Orspere-Samdarra a toujours été pris dans cette controverse terminologique : originellement on parlait plutôt d'exclusion, de disqualification sociale voire de la catégorie « objective » de « pauvreté ». L'objet de l'Orspere-Samdarra étant d'interroger les liens entre exclusion sociale et les problématiques de santé mentale, la catégorie de « précarité » a permis d'inclure comment cette condition était vécue par les personnes. Cette notion vient dénoncer une fragilité dans la position sociale en lien avec les problématiques propres aux individus, telles que ne pas avoir de travail ou de logement.

Les travaux sur l'exclusion et la précarité du sociologue Robert Castel¹ sont importants pour comprendre la notion de précarité. Celui-ci nous explique qu'il y a des conséquences de la modernité sur l'identité des personnes. D'une part, l'individualisation et l'émancipation de l'individu de son groupe d'appartenance n'a été possible que parce qu'il y a eu des structures collectives d'entraide et de solidarité. Mais, d'autre part, la crise à partir des années 70 est venue fragiliser ces structures de solidarité collective et a créée des laissés pour compte, des précaires. Cet environnement aurait donc créé des individus quelque peu fragiles psychologiquement. La lecture de Robert Castel, plutôt politique, consiste à dire que le néolibéralisme a eu des conséquences néfastes sur la société. Il y a donc une bonne individualisation, permise par les structures collectives d'entraides et une mauvaise individualisation qui émerge avec le néolibéralisme.

Jean Furtos, psychiatre à l'origine de l'Orspere, s'est sans doute saisi de cette lecture pour nous préciser qu'il existe une bonne précarité, dans le sens où nous sommes tous dépendants des autres êtres humains, et une mauvaise précarité,

quand cette dépendance devient problématique. Aussi, loin d'une précarité facilement objectivable notamment par le critère de pauvreté comme il y a 30 ans, cette notion désigne pour Jean Furtos² la peur de perdre les objets sociaux.

Depuis une dizaine d'années, et notamment sous l'impulsion de chercheurs en sciences humaines et sociales, on parle plutôt de vulnérabilité, notamment à partir des publications de Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet³. Dès 2005, ce dernier invitait « à considérer l'intérêt qu'il y a à raisonner en termes de vulnérabilité sociale en lieu et place d'exclusion pour rendre compte des phénomènes contemporains de fragilisation et de mise à la marge de certains individus et ainsi comprendre les formes d'intervention qu'ils appellent »⁴.

Aujourd'hui, les catégories ne vont plus de soi et il est parfois difficile de catégoriser les personnes : Qu'est-ce que c'est qu'un « demandeur d'asile » ? Qu'est-ce que recouvre cette catégorie ? Est-ce une catégorie purement administrative et juridique ? Comment cette catégorie se lie avec d'autres, par exemple nosographique, comme celle du

¹ Robert Castel, « De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation » dans Jacques Donzelot (dir.), *Face à l'exclusion, le modèle Français*, Paris, Esprit, 1991, p. 137-168 ; Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

² Jean Furtos, « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psys) », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000.

³ Notamment ces deux ouvrages qui font suite au colloque « faire face et s'en sortir : agir en

situation de vulnérabilité » : Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet, *Faire face et s'en sortir. Négociation identitaire et capacité d'action*, Fribourg, Éditions Universitaires, 2002. Et Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet, *Faire face et s'en sortir. Développement des compétences et action collective*, Fribourg, Éditions Universitaires, Suisse, 2002.

⁴ Marc-Henry Soulet, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan* 2005/4 (n° 60), p. 24.

traumatisme ? Il y a ici un entrelacement des problématiques qui fait qu'il est de plus en plus difficile de réduire l'individu à une catégorie.

Il semble que la notion de vulnérabilité rencontre aujourd'hui un certain succès 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 totalisant. En effet, quand on dit que des migrants ont des vulnérabilités administratives, psychiques et sociales cela nous permet de 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 (avoir ses papiers) et pour autant être vulnérable socialement et psychologiquement. Ainsi, on est vulnérable en référence à quelque chose, à une situation. 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.

Parler de situations est important : il y a une responsabilité sociale et collective dans le fait que des personnes peuvent être vulnérables. On peut donc agir sur les situations de vulnérabilité. Cela fait écho au débat qui a eu lieu sur le champ du handicap dans la ville : comment agir sur la ville, ou sur les bâtiments, pour que cette situation de vulnérabilité ne soit plus problématique ? La situation problématique peut donc être réversible et la vulnérabilité disparaître si la situation

change. Il y a donc une responsabilité de la part des dispositifs et des institutions à prendre en compte ces situations de vulnérabilité.

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. Cette notion s'inscrit donc dans tous les mouvements capacitaires où l'on prête aussi des capacités aux personnes et non pas uniquement des droits. En même temps qu'émerge la notion de vulnérabilité, on convoque aussi par extension la notion de trajectoire : on pense l'avenir comme incertain et on considère que le parcours des personnes peut avoir des conséquences sur leur santé mentale et leur situation sociale. Il y a dès lors à agir sur ces trajectoires et sur ces parcours.

Il semble intéressant de préciser qu'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.

En définitive, on peut se demander à quoi cela engage dans le champ de l'asile aujourd'hui de parler de cette notion de vulnérabilité ? Cela 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.

La vulnérabilité vient aux professionnels aujourd'hui sur le registre de la détection, ce qui peut constituer une difficulté dans le sens où dire de quelqu'un qu'il est vulnérable engage à en prendre soin. Derrière ce concept de vulnérabilité il n'y a pas que l'accès aux droits ou l'accès aux soins mais aussi le soin. On peut 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 ? A priori, le lien n'est pas évident : quand on convoque la notion de vulnérabilité on s'intéresse à un autrui singulier qui souffre là où habituellement les théories de la justice s'appliquent au nom d'un autrui généralisé. Que se passe-t-il alors lorsqu'on introduit cette notion de personne singulière et une conception de l'interdépendance dans ce modèle ? Ici, le focus ne porte plus sur le manque mais plutôt sur la différence, ce qui oblige aussi,

en tant que professionnel, à avoir le souci de cette différence.

Aujourd'hui, dans le champ de l'asile, cette question se complexifie du fait qu'il y a une crise de l'accueil. Aussi, parallèlement à ce mouvement de singularisation de l'action publique il y a le constat que la détection de la vulnérabilité ouvre droit à des droits (priorisation de l'hébergement). Il y a a priori un écart qui fait que le concept de vulnérabilité ne correspond pas à ce souci de la puissance publique de vouloir hiérarchiser qui a le droit à quoi.

Derrière ces constats, il y a quelque chose à penser en ce qui concerne la vulnérabilité en santé. C'est ce que précisait déjà Jean-Louis Touraine dans son rapport sur la réforme de l'asile de 2013⁵ : avec la réforme il y a aussi le souci de bien accompagner les personnes dans le cadre de la procédure de l'asile, ce qui implique de se soucier de ces personnes dans toutes leurs différences.

⁵ *Rapport sur la réforme de l'asile*. Remis au Ministre de l'Intérieur, le 28 novembre 2013. Valérie Létard, Jean-Louis Touraine.

L'idée de la vulnérabilité en santé, Halima Zeroug-Vial

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

Je souhaiterai aborder la question de la vulnérabilité à travers le prisme de la santé, puisqu'en tant que psychiatre, c'est par ce biais que la question de la vulnérabilité s'est posée à nous. En effet, nous avons reçu des certificats de la part des patients demandeurs d'asile et découvert, en même temps, ce nouveau « certificat médical vulnérabilité de santé ». Ce certificat nous pousse à réfléchir sur la question de la vulnérabilité en santé parce qu'en réalité ce mot peut désigner beaucoup de choses et a tendance à être un peu « fourre-tout ». En effet, chaque époque a ses mots, qui révèlent le rapport que l'on entretient avec ce que l'on nomme et la réalité.

Le nombre de références au terme « vulnérabilité » dans Google Scholar a considérablement augmenté depuis les années 2000. Ces dernières années, ce terme a connu une expansion très importante et est venu remplacer d'autres terminologies en médecine, comme en géologie, en sociologie, ou en philosophie. À titre d'exemple, un module intitulé « Vulnérabilité et handicap » a fait son apparition au cours de l'internat de médecine. Il paraît alors intéressant de comprendre comment la médecine s'est emparée de ce terme qui a notamment permis de conceptualiser le fonctionnement des maladies.

En psychiatrie, le modèle « vulnérabilité-stress » est beaucoup utilisé pour conceptualiser la question de la vulnérabilité. Ce modèle vient ici désigner

des pathologies dites complexes. La question de la vulnérabilité permet de penser cette interaction.

Utilisé ultérieurement dans les années 60, le modèle de stress-vulnérabilité est actuellement employé pour conceptualiser la maladie schizophrénique, puisque des incertitudes existent toujours au sujet de son fonctionnement. Il s'agit d'un modèle qui intègre beaucoup de pathologies et qui peut par ailleurs paraître assez simple et basique. Dans ce modèle, on estime que certains individus seraient dotés d'une sorte de fragilité (plutôt biologique) qui pourrait interagir avec l'environnement.

En psychiatrie, l'environnement correspond à quelque chose de très large comme les relations précoces dans les premiers jours de la vie, les premières semaines, les premières années, mais aussi l'environnement social à l'adolescence. En avançant dans la recherche médicale et en essayant de conceptualiser cette interaction complexe on se rend notamment compte au fil du temps que l'environnement a des effets sur la génétique. En effet, l'environnement implique parfois que certaines pathologies s'expriment ou non. Ainsi, les personnes ayant une vulnérabilité génétique très importante peuvent exprimer une maladie même si l'environnement est peu stressant, et inversement, si l'environnement est extrêmement stressant, les personnes peuvent exprimer une maladie même s'ils

ont une faible vulnérabilité génétique. À titre d'exemple, ce modèle est aussi utilisé pour les diabétiques : en effet, on peut tout à fait devenir diabétique en mangeant peu de sucre si on a une forte héritabilité, c'est-à-dire une forte probabilité génétique à avoir la maladie. À l'inverse, en mangeant beaucoup de sucre on peut devenir diabétique même sans héritabilité à l'origine.

Le modèle vulnérabilité-stress est à la fois heuristique et holistique. Il permet notamment d'englober des facteurs environnementaux à l'encontre d'une tendance très biologisante en médecine qui prend en compte l'identité biologique en excluant parfois les facteurs environnementaux et sociaux.

La question de la vulnérabilité est donc traitée par le biais de ce modèle vulnérabilité-stress pour la schizophrénie mais aussi pour d'autres pathologies. Ce modèle peut fonctionner également pour l'état de stress post-traumatique : une personne peut avoir une fragilité expliquant le traumatisme, mais même si une personne n'est pas fragile elle peut quand même développer des troubles s'il y a un état de stress très important et cela quelle que soit sa résistance initiale. Il existe des états de stress ingérables pour n'importe quel humain.

Le modèle vulnérabilité-stress et plus généralement le modèle de vulnérabilité en médecine a même été plus loin car il a permis de réfléchir sur les questions de génétique : c'est ce qu'on appelle l'épigénétique. Ce domaine se développe depuis une dizaine d'années et cherche à comprendre comment les gènes peuvent

être transformés par l'environnement. Il ne s'agit pas d'une transformation au niveau du génome mais de ce qui l'entourent au niveau chromosomique. Grâce à l'épigénétique, on biologise la première intuition du modèle vulnérabilité-stress, c'est-à-dire que, sachant que l'environnement a des effets sur le biologique on va essayer de modéliser cela au niveau biologique. L'épigénétique montre par ailleurs que lorsque quelqu'un vit un traumatisme très important, celui-ci aura non seulement un effet sur ce qui entoure ses gènes et ses chromosomes mais aussi que cette fragilité-là peut se transmettre à un enfant dans le génome. L'intuition qu'avaient par exemple les psychanalystes qui parlaient de transmission intergénérationnelle du traumatisme est d'une certaine façon validée momentanément par l'épigénétique.

La médecine se rend également compte peu à peu de l'importance de la prise en compte des réalités socio-économiques. Elle commence notamment à travailler sur les effets de la précarité socio-économique sur la santé mentale par le biais de l'épigénétique.

L'avantage de ces modèles est qu'ils permettent d'avoir une vision globale sans pour autant sous-estimer des dimensions importantes pour la compréhension de l'humain à soigner. L'inconvénient est de biologiser les explications et, d'une certaine façon, de s'accaparer ces questions-là par le biais du biologique.

En médecine, la vulnérabilité a remplacé une question qui était celle de la prédisposition. Lorsque l'on parle de

vulnérabilité on peut parler de facteurs de vulnérabilité, mais également de résilience et de facteurs de protection. L'avantage de cette notion est donc la possibilité qui est ouverte de parler de facteurs sur lesquels on peut agir, ce qui n'était pas forcément le cas quand on parlait de précarité par exemple. Le terme de vulnérabilité a aussi l'avantage de ne pas opposer les questions de santé et de maladie. Cela produit donc quelque chose d'assez universel : le mot vulnérabilité implique que d'une certaine façon nous sommes tous vulnérables. Le vécu de vulnérabilité est inhérent à la condition humaine même si on peut le vivre de façon plus importante à certain moment de la vie. L'intérêt de cette notion est qu'elle implique d'avoir une expérience de la vulnérabilité partageable, notamment entre un médecin et ses patients, annulant de ce fait une certaine dichotomie entre malade et non malade. Cette notion crée une sorte de continuum entre le normal et le pathologique.

L'un des intérêts de la notion de vulnérabilité est de nous dire qu'il existe des facteurs de risque et des situations à risque sur lesquels on peut agir. En ce qui concerne les demandeurs d'asile on peut typiquement parler de situations à risque, notamment dans le cadre du développement des troubles post traumatiques comme tout être humain qui se retrouve face à des traumatismes majeurs. La rencontre avec un événement à fort potentiel traumatique impliquera une augmentation conséquente des risques de développer un état de stress post traumatique. On peut néanmoins

noter une différence avec des maladies plus structurelles, comme la schizophrénie, dans le sens où l'état de stress post traumatique est censé être temporaire (on estime que cet état disparaît au bout de quelques mois pour 75% des patients). L'état de stress post traumatique est une maladie évolutive et la notion de vulnérabilité permet d'inclure une dimension temporelle et dynamique. C'est parfois également le cas pour des personnes atteintes de maladies plus structurelles comme la schizophrénie. En effet, des mouvements d'usagers considèrent qu'ils ne seront pas toujours malades, même si cela apparaît comme quelque chose de purement fictionnel d'un point de vue médical et scientifique. Aujourd'hui, les malades se sont emparés de la question de la guérison et du rétablissement avec une préoccupation première qui est d'atteindre un niveau d'amélioration symptomatique permettant d'avoir une place dans la cité. Ici, l'amélioration clinique est largement liée aux questions de citoyenneté : comment retrouver sa place dans une société quand on est malade ? Il paraît important de noter que les patients eux-mêmes ne parlent pas de vulnérabilité, il s'agit d'une notion traversée par beaucoup de courants de pensées mais qui n'a pas été investie par les personnes concernées.

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. La question de la vulnérabilité en sciences sociales a

beaucoup développé les questions capacitaires. C'est également le cas en médecine : le fait d'être vulnérable n'empêche pas de chercher des ressources en soi à mobiliser.

Enfin, au sujet du public des demandeurs d'asile, ces questions sont intéressantes mais on peut y voir deux écueils. Le premier écueil est de rendre la question très individuelle : la question de la vulnérabilité place l'individu face à son environnement ce qui n'est pas forcément bénéfique pour un public qui peut déjà se sentir désaffilié. Le second écueil consiste à penser qu'il s'agit uniquement d'une question d'interaction entre un environnement et sa propre prédisposition, ce qui fait l'impasse sur la question politique. En effet, les médecins peuvent bien aider les personnes sur les questions de santé mentale, mais cela peut paraître secondaire vis-à-vis du niveau politique où les décisions sont prises. Si notre éclairage s'axe uniquement sur la question de la vulnérabilité, cela peut avoir comme effet d'invisibiliser les questions politiques sous-jacentes. Ce que les médecins psychiatres constatent souvent pour des

patients demandeurs d'asile c'est effectivement des questions d'ordre post traumatiques et de l'ordre de la souffrance psychique (détresse psychique) qui ne sont pas dans les nosographies habituelles. On peut néanmoins noter que ces souffrances sont augmentées par les conditions d'accueil dans un contexte de crise de l'asile et de la solidarité. Dans ce contexte, il est alors difficile de répondre à des questions d'ordre politique par de la psychiatrie. Néanmoins, parce que le médecin est engagé auprès de son patient, il y répond notamment par la rédaction de certificats. Pour ces patients il s'agit de parcours émaillés de la question de la violence, de l'arbitraire et de l'injustice. Ces certificats augmentent pour une part l'injustice et l'arbitraire de ces situations car ils viennent séparer ceux qui seraient vulnérables de ceux qui ne le seraient pas, alors que l'accès à un droit ne devrait pas être conditionné par un tel arbitrage. Il paraît évident que certaines personnes ont plus de besoins que d'autres, mais cette division entre vulnérables et non vulnérables se heurte à la question de la violence de l'arbitraire pour des publics qui l'ont déjà beaucoup subie.

DEUXIÈME RENCONTRE : « QUELLE PRISE EN COMPTE DE LA VULNÉRABILITÉ DANS LA PROCÉDURE D'ASILE ? »

MECS AMIE, à Saint-Etienne, le 14 juin 2017.

Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la procédure d'asile par l'OFPRA?, Coralie Capedeboscq

Coralie Capedeboscq, chargée de mission « Vulnérabilités » de l'Office français des réfugiés et apatrides (OFPRA), Fontenay-sous-Bois

L'Office 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 ». Nous entendons 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 loi : selon l'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.* »

Ce temps de réflexion est une nouvelle illustration de ce dialogue, dans le prolongement de précédents échanges, notamment l'intervention de l'OFPRA du 6 octobre 2016 lors d'une journée d'étude consacrée aux violences faites aux femmes⁶.

Nous traiterons de la prise en compte des vulnérabilités par l'OFPRA en rappelant

⁶ Vous retrouverez les actes de la journée d'étude « Femmes en exil », organisée par l'Orspere-

Samdarra à Grenoble le 6 octobre 2016, sur le site internet de l'Orspere-Samdarra.

brièvement le cadre juridique et le contexte dans lequel elle s'inscrit ; en évoquant les modalités particulières de l'instruction de la demande de protection internationale des personnes vulnérables en quête d'asile en réponse aux enjeux et aux difficultés de leur identification ; puis en revenant sur la prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de l'examen de la demande des personnes concernées.

Pour compléter cette intervention, les rapports d'activité de l'Office sont consultables sur le site internet www.ofpra.gouv.fr et, notamment le Rapport d'activité 2016, ainsi que le Guide des procédures à l'OFPRA, dont le chapitre 6 est consacré à la prise en compte des besoins particuliers liés notamment à des vulnérabilités.

Contexte et cadre juridique de la prise en compte des vulnérabilités par l'OFPRA : la directive « Procédures » et la loi « Asile »

Dans l'accomplissement de ses missions, l'OFPRA porte une attention particulière aux demandeurs vulnérables. Cela renvoie aux obligations posées par la Directive européenne du 26 juin 2013, dite « Procédures » relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte) qui, outre de nouvelles garanties procédurales, d'application générale, 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 adéquat 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 29 de la Directive « Procédures »]

La directive « Procédures », comme les autres directives européennes du « Paquet asile », a été transposée par la loi relative à la réforme du droit d'asile adoptée le 29 juillet 2015, conférant à l'OFPRA une obligation 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 » 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. Cette décision

intervient après un avis motivé et indépendant rendu par l'OFPRA, sur le caractère, le cas échéant, manifestement infondé ou irrecevable de la demande.

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 en deux formes qui peuvent se conjuguer ou se recouper : d'une part en vulnérabilités dites « objectives », qui sont extrinsèques au besoin de protection (grossesse, âge, handicap, maladies graves, troubles mentaux...), 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 ; et avec l'accord du demandeur d'asile, l'OFII peut porter ces informations à la connaissance de l'OFPRA. Elles se déclinent 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).

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, 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'OFPRA

L'attention particulière que l'OFPRA porte aux demandeurs vulnérables renvoie, plus largement, à une action spécifique qu'il a instituée et met en œuvre depuis quatre ans. En effet, 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.

Dans le cadre d'une ambitieuse réforme interne résultant du Plan d'action pour la réforme de l'OFPRA, en vigueur depuis le 1er septembre 2013, il a instauré un dispositif et des actions spécifiques pour la prise en compte des vulnérabilités, avec plusieurs objectifs tels que 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 » ; ainsi que répondre 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, 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.

Depuis quatre ans, l'OFPRA a ainsi entendu renforcer sa capacité à, d'une part, 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, l'OFPRA a entendu 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.

Les groupes de référents thématiques de l'OFPRA

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 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. Cela concerne les violences faites aux femmes ; la traite des êtres humains, un phénomène qui cible particulièrement les femmes (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.

À 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.

Ils assurent également 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 tels que 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 (30 OPI formés). Des groupes d'analyse des pratiques ont par ailleurs été généralisés.

Par ailleurs, 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. 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. Leur mission était notamment 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 et garanties procédurales spéciales

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 de voir leur demande examinée par des officiers de protection dûment formés à leurs spécificités et d'être auditionnés avec l'assistance d'interprètes également sensibilisés sur ce point ; ainsi que le fait, pour les mineurs isolés, d'être entendus par des officiers de protection spécialisés.

Elles comprennent aussi une durée d'instruction des demandes adaptée, pour traiter en priorité certaines demandes, dont celles qui relèvent de besoins manifestes de protection ; ou pour 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. Et ce, dès lors que l'examen approprié de la demande de protection le rend nécessaire, ce que permet, notamment, la faculté de déclassement de la procédure accélérée conférée à l'Office en vertu des articles L.723-2 et L.723-3 du Ceseda.

Ces garanties sont aussi 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 ; ainsi que la possibilité d'être assistés par un tiers lors de leur entretien personnel à l'OFPRA. Ce peut être 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, 8^{ème} 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. Cette garantie est 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 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 troubles psychiques dans l'examen de la demande d'asile par l'OFPRA

L'un des cinq groupes de référents thématiques de l'OFPRA 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.

Les causes des troubles psychiques ou mentaux peuvent être exogènes aux motifs pour lesquels les demandeurs qui en souffrent ont dû fuir leur pays, ou trouver au contraire, leur origine dans les violences à caractère politique, ethnique, religieux, ou bien sociétal et liées au genre dont les personnes concernées ont pu être victimes dans leur pays et sur les routes de l'exil.

Cependant, quelles que soient leurs causes, ces troubles impactent l'examen de leur demande par l'OFPRA. En effet, 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 ; et des troubles mentaux 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. Ils portent notamment sur les 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, à des

techniques de 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. Ils 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.

L'Office se refuse, en outre, à faire du certificat médical un pré-requis 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, dans la mesure où 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 violente que le demandeur lui attribue et ne constatera,

au mieux, qu'une simple compatibilité. Par suite, sa force probante au titre de preuve médicale des violences dont le demandeur d'asile fait état est, nécessairement, limitée.

L'article L.723-5 du CESEDA prévoit néanmoins que l'OFPRA puisse orienter le demandeur d'asile vers un examen médical. Cette démarche peut être envisagée lorsque, par exemple, 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. Notamment 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.

Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la demande d'asile ?, Laurent Delbos

Laurent Delbos, responsable plaidoyer, Forum Réfugiés Cosi, Villeurbanne

Nous évoquerons tout d'abord quelques éléments de réflexion sur le cadre juridique applicable, puis sur la prise en compte de la vulnérabilité dans l'accueil des demandeurs d'asile et dans l'instruction de la demande d'asile.

Réflexions autour du cadre juridique

La notion de vulnérabilité est à première vue inhérente au cadre général de l'asile. C'est ce qu'a notamment reconnu la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt M.S.S. contre Grèce de 2011, qui a entraîné la suspension des transferts Dublin vers la Grèce ; dans lequel elle indique qu'il faut « *prendre en considération la vulnérabilité spécifique du requérant, inhérente à sa qualité de demandeur d'asile, du fait de son parcours migratoire et des expériences traumatiques qu'il peut avoir vécues en amont* »⁷. Le droit européen de l'asile a cependant introduit une notion de vulnérabilité, non pas entendue ainsi d'un point de vue général, mais visant à qualifier la vulnérabilité spéciale de certains demandeurs.

L'article 21 de la directive Accueil de 2013 dresse une liste non exhaustive (« personnes vulnérables telles que ...») des vulnérabilités qui doivent être prises en compte par les États, incluant ainsi « *les*

mineurs, les mineurs non accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes ayant des 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, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine. »

Cette notion de vulnérabilité est par ailleurs mentionnée dans la directive Procédures⁸ :

Article 15, 3. Les États membres prennent les mesures appropriées pour faire en sorte que l'entretien personnel soit mené dans des conditions qui permettent au demandeur d'exposer l'ensemble des motifs de sa demande. À cet effet, les États membres:

a) veillent à ce que la personne chargée de mener l'entretien soit compétente pour tenir compte de la situation personnelle et générale dans laquelle s'inscrit la demande, notamment l'origine culturelle, le genre ou l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la vulnérabilité du demandeur;

⁷ CEDH, Grande chambre, *M.S.S. contre Belgique*, requête 30696/09, 21 janvier 2011

⁸ Directive 2013/32/UE

Article 31, 7. Les États membres peuvent donner la priorité à l'examen d'une demande de protection internationale dans le respect des principes de base et des garanties fondamentales visés au chapitre II, notamment:

- lorsqu'il est probable que la demande est fondée;
- lorsque le demandeur est vulnérable au sens de l'article 22 de la directive 2013/33/UE, ou s'il nécessite des garanties procédurales spéciales, notamment lorsqu'il s'agit de mineurs non accompagnés.

Les précédentes directives, adoptées quelques années auparavant, mentionnaient déjà la notion de vulnérabilité, mais n'instauraient pas de mécanisme permettant d'évaluer les besoins liés à ces vulnérabilités. C'est effectivement l'apport majeur du droit européen selon lequel les États sont désormais tenus d'évaluer les « *besoins particuliers en matière d'accueil des personnes vulnérables* » (directive Accueil, article 22), et cette évaluation peut entraîner une priorisation de l'examen de la demande et une adaptation de l'entretien.

Cette notion de vulnérabilité a été transposée dans le droit français par la loi sur l'asile du 29 juillet 2015, qui reprend intégralement la liste des vulnérabilités figurant dans la directive Accueil⁹. La loi,

visant à transposer le droit européen, précise les modalités d'évaluation des besoins particuliers liés aux vulnérabilités en matière d'accueil et suggère l'adaptation des modalités d'examen pour les personnes vulnérables.

La prise en compte de la vulnérabilité dans les conditions d'accueil

Dans le cadre de sa mission visant à proposer des conditions d'accueil aux personnes dont la demande d'asile vient d'être enregistrée, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) est tenu de « *procéder, dans un délai raisonnable et après un entretien personnel avec le demandeur d'asile, à une évaluation de la vulnérabilité de ce dernier* » (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - CESEDA, article L. 744-6).

Cette évaluation est réalisée sur la base d'un questionnaire (Arrêté du 23 octobre 2015) qui permet à l'OFII de savoir si le demandeur est une femme enceinte, s'il est touché par un handicap sensoriel ou moteur, ou plus généralement s'il a « *besoin de l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne* ». Un problème de santé peut aussi être évoqué à ce stade et l'OFII peut à ce titre saisir un médecin pour étudier les documents à caractère médical ou examiner le demandeur. En pratique, des difficultés liées à l'interprétariat sont relevées dans certains départements.

⁹ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, art. L.744-6

Cette évaluation qui intervient dès le début de la procédure et se déroule dans un temps court, est limitée aux vulnérabilités dites « objectives » et immédiatement visibles. Elle ne permet pas d'adapter les conditions d'accueil pour d'autres types de vulnérabilité plus complexes à identifier. La loi sur l'asile prévoit que les besoins particuliers en matière d'accueil pour les personnes vulnérables « *sont également pris en compte s'ils deviennent manifestes à une étape ultérieure de la procédure d'asile* », ce qui devrait permettre de compléter l'évaluation initiale. Cependant, le nouveau cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) instauré par l'arrêté du 29 octobre 2015 indique simplement que « *l'équipe du CADA pourra (...) procéder à une évaluation de la vulnérabilité des personnes hébergées dans le centre* ». En l'absence d'outils ou de formation spécifiques des personnels sur ce thème, il paraît difficile à travers cette prestation facultative d'identifier certaines vulnérabilités, notamment psychologiques, et de les prendre en compte pour adapter les conditions d'accueil. Les textes de référence des autres lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile (HUDA, AT-SA, PRAHDA) ne mentionnent pas cette question de la vulnérabilité et la façon de le prendre en compte au cours de la procédure.

Par ailleurs, les demandeurs d'asile qui ne seront pas orientés vers un hébergement en raison du manque de places disponibles seront seulement soumis à

l'identification initiale par l'OFII et leurs besoins particuliers qui ne relèvent pas d'une vulnérabilité « objective » ne pourront pas être pris en compte. Le marché public des plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile (PADA), lieu d'accueil de jour où sont accompagnés les demandeurs d'asile non orientés vers l'hébergement, impose aux gestionnaires de « *signaler le besoin urgent de mise à l'abri du demandeur d'asile* » aux interlocuteurs de l'hébergement d'urgence et d'« *informer l'OFII des changements de la situation du demandeur nécessitant une adaptation de ses conditions matérielles d'accueil* ». Ce marché public ne mentionne cependant pas explicitement la notion de vulnérabilité, et n'indique pas les outils et moyens spécifiques pour assurer ces missions dans un contexte de forte sollicitation.

En pratique, il est possible d'envoyer à l'OFII un certificat médical après le passage GUDA, pour demander l'orientation vers d'autres conditions d'accueil. Les demandes de réorientation sont possibles et effectives depuis les lieux d'hébergement, même si la question de l'identification reste posée.

Un point spécifique doit par ailleurs être noté concernant la prise en compte de la vulnérabilité dans les conditions matérielles d'accueil : la situation des « mineurs majeurs ». Le cadre législatif français comporte un vide juridique pour les jeunes se revendiquant mineurs et dont la prise en charge est refusée par les services départementaux d'aide sociale à l'enfance et/ou les juges pour enfants. Ces

derniers peuvent, parfois légitimement au regard des défaillances fréquemment constatées dans la procédure d'évaluation de l'âge, formuler une demande d'asile avec une identité de mineurs (la demande d'asile étant par principe déclarative). Ils sont ainsi considérés majeurs par les instances de protection de l'enfance et mineurs dans le cadre de la procédure d'asile mais ne peuvent prétendre à aucune condition d'accueil – l'OFII considérant que l'accueil d'un mineur non accompagné doit être assuré par les services de protection de l'enfance.

La prise en compte de la vulnérabilité dans l'instruction de la demande

Pour faire bénéficier les personnes vulnérables de ces « garanties procédurales spéciales » imposées par le droit européen, l'OFPRA doit être informé d'une situation de vulnérabilité qui a été identifiée en amont. Suite à l'évaluation initiale portant sur les conditions d'accueil ou en cas d'informations transmises en cours de procédure par les dispositifs d'hébergement, l'OFII signalera à l'OFPRA les femmes enceintes, les personnes en situation de handicap, ou des personnes susceptibles d'être régulièrement absentes pour des raisons médicales exprimées dès le début de la procédure. Le guide de procédures de l'OFPRA précise que « les vulnérabilités détectées dans le cadre de l'accueil (...) ne peuvent en aucun cas concerner le fond de la demande » qui relève de sa compétence. Mais

l'évaluation de l'OFPRA ne pourra porter que sur les vulnérabilités qui ressortent du formulaire de demande d'asile pour adapter les conditions d'entretien, ce qui limite très nettement les possibilités d'identification (comment identifier à partir du formulaire de demande d'asile une personne souffrant de troubles mentaux ? une victime de traite des êtres humains ? etc.).

L'OFPRA indique dans son rapport d'activité que la faculté de reclasser une demande en procédure normale, alors qu'elle était préalablement traitée en procédure accélérée, n'a été utilisée qu'à 51 reprises¹⁰. En zone d'attente, la possibilité de mettre fin au placement pour les personnes nécessitant des garanties procédurales particulières a concerné 5 cas¹¹. À la CNDA, sur les 29 112 décisions en formation collégiale, 70 avaient été renvoyées devant une formation collégiale après une première audience à juge unique¹².

Conclusion

La prise en compte dans la loi de la vulnérabilité spécifique de certains demandeurs d'asile constitue une avancée, qui devrait permettre une meilleure protection de ces personnes à travers des conditions d'accueil et un examen de la demande mieux adaptés.

L'impact en pratique est cependant très limité à ce jour. Il est donc nécessaire de mettre en place des outils d'identification

¹⁰ OFPRA, Rapport d'activité 2016, p.39

¹¹ *Ibid.*, p.42

¹² CNDA, Rapport d'activité 2016, p.7

et des mécanismes de signalement permettant une meilleure articulation entre les associations, l'OFPRA, l'OFII et le système sanitaire de droit commun, pour que la prise en compte des besoins spécifiques liés aux vulnérabilités puisse intervenir à tout moment de la procédure. Afin d'assurer l'effectivité de ces mesures, une formation sur la vulnérabilité comprenant la détection et la prise en compte des indicateurs de vulnérabilité doit être dispensée pour les personnes relevant et accompagnant les demandeurs d'asile (associations, police aux frontières, préfectures...).

L'une des principales difficultés réside notamment dans l'identification des vulnérabilités non objectives, notamment les « personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique ». Comment solliciter les professionnels de ce secteur, déjà largement saturés ? Quels outils pour les non professionnels ? Dans le cadre d'un projet européen, les

associations France terre d'asile et Parcours d'Exil ont développé il y a quelques années un outil nommé « Protect » visant à fournir des ressources à destination des travailleurs sociaux pour identifier ces besoins. L'utilisation de cette méthode, un temps discutée lors des débats précédant la réforme de l'asile de 2015, n'a cependant pas été actée malgré l'intérêt certain porté par certaines associations en recherche de solutions concrètes pour palier à l'absence d'outils d'identification.

Concernant les victimes de traite des êtres humains, Forum réfugiés-Cosi coordonne actuellement un projet européen nommé « Tracks » visant à identifier les besoins spécifiques de ces personnes vulnérables dans le cadre de la demande d'asile. L'association forme par ailleurs l'ensemble des officiers de protection de l'OFPRA à « l'accueil au récit de souffrance », avec l'association belge Ulysse.

TROISIÈME RENCONTRE : « FAUT-IL FAIRE DES CERTIFICATS DE VULNÉRABILITÉ ? » ∞

Au CADA Diaconat Protestant, à Valence, le 12 juillet 2017.

Vulnérabilité et certification médico-psychologique : enjeux cliniques, éthiques et politiques, Laure Wolmark

Laure Wolmark, psychologue clinicienne, Comité pour la santé des exilés (Comede)

Il est difficile de répondre à cette question de « Faut-il faire des certificats de vulnérabilité ? ». En réalité, les « certificats de vulnérabilité » n'existent pas vraiment. Il s'agit donc plutôt de mettre en lumière les présupposés, les problèmes conceptuels et dilemmes pratiques que pose l'existence de ces certificats. Nous étudierons cela à partir d'une réflexion partagée avec une philosophe du champ de la phénoménologie, Elodie Boubil, qui travaille sur la notion de vulnérabilité en philosophie¹³. Nous nous situerons plus dans le champ de l'idéal que de la réalité.

D'où vient la notion de vulnérabilité et sur quoi repose-t-elle ? Comment peut-on scientifiquement juger de la vulnérabilité

d'une personne sur la santé mentale ? La vulnérabilité est-elle une qualité, un outil de protection, un diagnostic ? Est-ce une notion utilisée principalement pour gérer les flux migratoires ?

Le nombre d'occurrences du terme de vulnérabilité a beaucoup augmenté : dans les années 1970, il y en avait moins de 100 ; et en 2014 près de 7 000. Ce terme de vulnérabilité a eu un grand succès dans les années 1995, qui s'est surtout accéléré dans les années 2000. C'est donc notre temps qui crée cette notion, nous la faisons vivre et parfois nous la subissons. Dans ce sens, nous pouvons aussi par exemple citer la notion de trauma, très utilisée dans les années 1990-2000. Il faut

¹³ Se référer à l'article dans la *Revue des droits de l'homme*, octobre 2016.

peut-être se méfier de ce mot, car sa popularité démontre aussi qu'il s'est peu à peu vidé de son sens, si jamais un sens lui avait été défini à un moment donné.

Etre vulnérable signifie littéralement « qui peut être blessé », ce qui renvoie à l'idée de fêlure interne du sujet, à une blessure, une fragilité. En ce sens, c'est une caractéristique des demandeurs d'asile mais aussi de tout être humain, car la vulnérabilité caractérise la vie. Etant notre rapport à la mortalité, on peut dire que tout être humain est vulnérable.

La vulnérabilité était un concept de la philosophie contemporaine avant le succès de cette notion. Le philosophe Emmanuel Levinas la croisait avec le concept d'altérité, de rapport à l'autre. La vulnérabilité serait ce que révèle le visage de l'autre au moment où il s'expose à moi ; et ce qui m'impose une responsabilité particulière à son égard. Le visage de l'autre me montre son risque d'être blessé donc m'impose de lui porter secours ; une responsabilité juste du fait de la rencontre d'autrui.

La vulnérabilité, selon la philosophe américaine contemporaine Judith Butler¹⁴ qui travaille notamment sur les questions de genre, est liée à la notion des vies précaires. Soit la vulnérabilité d'une vie, sa précarité, est définie par un groupe social, par une société qui décide de l'importance de cette vie, de sa valeur, si on peut en porter le deuil. Si cette vie n'est pas

reconnue comme vulnérable, c'est qu'elle n'a pas trop de valeur pour une société que l'on n'a pas à protéger particulièrement.

La vulnérabilité dans la philosophie, n'a donc jamais été une qualité de la personne, quelque chose qui est à l'intérieur de soi. L'étymologie peut cependant laisser entendre qu'il y a déjà l'autre, puisqu'il s'agit de la possibilité d'être blessé. La vulnérabilité est ainsi toujours dans l'intersubjectivité, dans le social, définie par l'environnement et n'est pas identique aux qualités intrinsèques d'une personne. C'est certainement le plus grand problème de cette notion dans la manière dont elle est utilisée dans champ de la santé mentale.

L'exemple des enfants soldats dans le monde humanitaire, surtout dans les grandes agences comme l'ONU, est un bon exemple de groupe vulnérable, très « en vogue » dans les années 2000 et dont il était très important de s'occuper. Cependant, cela a posé question car l'enfant soldat est certes vulnérable mais aussi auteur de violences. Sont-ils recrutés de force ? Pas toujours, certains sont allés de leur propre fait rejoindre les groupes armés (pour des raisons politiques, financières, économiques, etc.). Ainsi, les définir comme groupe vulnérable en essayant de les réinsérer, de les réhabiliter ne fonctionnait pas car ce sont des personnes avec une autonomie de choix,

¹⁴ Voir notamment : Ce qui fait une vie, essai sur la violence, la guerre et le deuil, éditions Zones, 2010.

ce qui était oublié. Le monde humanitaire devait changer son regard.

Dans les transpositions des directives européennes, comme dans l'action humanitaire, des listes de groupes vulnérables sont réalisées. Un exemple est issu du projet SPHERE¹⁵, un consortium d'ONG et d'agences des Nations-Unies qui produisent un guide pratique sur les interventions d'urgence. Selon le projet SPHERE, les groupes qui courent le plus fréquemment des risques en cas de catastrophes sont les femmes, les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées, les personnes vivant avec des VIH, sida (PVVS). Dans certains contextes, des personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leurs origines ethniques, de leurs affiliations religieuses ou politiques, ou de leur déplacement.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe. Celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte. Nous parlons donc de ciblage des personnes vulnérables dans l'action humanitaire.

Le projet SPHERE consiste à satisfaire les besoins des plus vulnérables tout en apportant une aide de manière efficace,

visant à réduire la dépendance au minimum.

La liste des personnes vulnérables est donc interminable, notamment parce qu'elle dépend des contextes, des situations de catastrophe (une personne âgée ou handicapée, une personne vivant avec le VIH, etc.). Nous pouvons donc souligner que chaque personne n'est pas vulnérable en soi, mais à quelque chose dans un certain contexte.

Comment utilise-t-on la catégorie de la vulnérabilité ?

Nous retrouvons beaucoup d'articles de différentes disciplines évoquant cette notion de vulnérabilité comme une nouvelle catégorie de l'action sociale, politique. Nous pouvons par exemple citer un article de Marc-Henri Souley de l'Université de Fribourg, qui s'intitule *Vulnérabilité comme catégorie de l'action publique*¹⁶. Le questionnement actuel est donc le suivant : pourquoi cette notion est devenue une catégorie utilisée dans des champs d'actions multiples.

Dans plusieurs articles nous pouvons retrouver l'idée que le mot vulnérabilité est une forme de « mana » soit un signifiant flottant investi de pouvoir. Ce terme s'oppose sur un grand nombre de signifiés et au fond, a des « pouvoirs magiques », performatifs. Comme le terme « traumatisme », décrit dans « *L'empire du traumatisme : Enquête sur*

¹⁵ Repéré à : <http://www.sphereproject.org/sphere/fr/a-propos/>

¹⁶ Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-2-page-49.html>

la condition de victime » (2011) de Didier Fassin et Richard Rechtman, c'est un mot agissant, comme un « mana », un signifiant flottant, nous ne savons plus ce que cela signifie mais il sidère la pensée, il faut agir pour que cela ait un effet sur l'autre. C'est l'émanation d'une puissance qui provient toujours de l'extérieur, comme le fait d'être « vulnérable » qui est une assignation venue de l'autre, il n'y a en effet aucun demandeur d'asile qui se définisse ainsi.

Existe-t-il particulièrement une vulnérabilité psychique ? Que signifie être vulnérable psychologiquement ? En quoi être victime de violence, souffrir de troubles psychiques rend vulnérable ?

Le fait de reconnaître une personne comme faisant partie d'un groupe vulnérable a aussi des conséquences, un impact qui se voudrait positif sur ses conditions d'audition à l'OFPRA ; et pas uniquement sur ses conditions d'hébergement. En effet, aujourd'hui une attention plus grande est portée aux personnes dites « vulnérables », avec des entretiens qui peuvent être interrompus, repris ; avec une formation prévue pour les officiers de protection.

Cette question de qualifier, quantifier la vulnérabilité psychique ; de déterminer si une personne l'est réellement est d'une grande complexité. Des tentatives de questionnaires ont été proposées, comme le projet européen « PROTECT » (processus de reconnaissance et d'orientation des

victimes de tortures) entre 2010 et 2012 puis « PROTECT-ABLE » (depuis 2012), dans le cadre de la concertation asile, afin de transposer les directives européennes sur la vulnérabilité psychiques qui ont abouties à la loi qui a vu l'inscription de la vulnérabilité. Dès 2012 on s'est alors demandé comment les transposer au droit français, et nombre d'associations européennes se sont ainsi fédérées pour créer ce questionnaire. Ce projet a pour but de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins dans les pays européens. Reposant sur un questionnaire de dix items, il vise à « aider à la fois les autorités nationales en charge de l'accueil des demandeurs d'asile et celles en charge de la Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile détermination du statut de réfugié, à identifier les personnes vulnérables ayant subi des expériences traumatiques graves ». Autrement dit, il vise à « identifier à un stade précoce de la procédure d'asile les demandeurs d'asile souffrant d'expériences traumatiques liées à des épisodes de torture ou d'autres traitements cruels ou inhumains¹⁷ ».

Ainsi l'objectif était d'identifier les demandeurs d'asile vulnérables sur le plan psychique mais qui ont des vulnérabilités liées à un traumatisme qui est lié à des tortures. Ce questionnaire est destiné à tous, pas seulement les professionnels du soin mais aussi la police de l'air et des frontières, jusqu'aux PADA, aux auditrices de l'OFII, etc. Il se fait passer facilement, il

¹⁷ Repéré à : <http://protect-able.eu/fr/>

suffit de répondre par « oui » ou « non » aux dix questions posées. Plus la personne a de « oui » et plus elle a un risque élevé ; il faut alors d'emblée aménager les conditions hébergements etc.

Le questionnaire PROTECT :

1. Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?
2. Faites-vous souvent des cauchemars ?
3. Avez-vous régulièrement des maux de tête ?
4. Avez-vous d'autres douleurs physiques ?
5. Vous mettez-vous facilement en colère ?
6. Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?
7. Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?
8. Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?
9. Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?
10. Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?

En termes de santé mentale, ce sont des signes d'effets secondaires, c'est-à-dire des signes dont on va déduire qu'ils montrent une certaine vulnérabilité, notamment liée à un traumatisme lié à des violences. PROTECT – qui, après de nombreux débats, n'a pas été retenu par la loi - conduit donc à un processus de triage car les résultats obtenus conditionnent l'orientation prioritaire vers des soins, vers un hébergement mais aussi pour de meilleures conditions d'audition à

l'OFPRA. Ces résultats permettent d'offrir une procédure adaptée à ceux identifiés comme vulnérables.

PROTECT est ainsi un projet intéressant car il montre bien l'embarras lorsqu'on veut quantifier la vulnérabilité psychique, mais ce questionnaire n'est pas alié scientifiquement. En effet, il est impossible en dix items de montrer qu'un demandeur d'asile est vulnérable du fait des événements traumatiques qu'il a vécu. Cette démarche révèle assez bien les limites et les difficultés de la notion de vulnérabilité, particulièrement dans le domaine psychologique. Généralement, d'un point de vue éthique et clinique, la démarche de PROTECT, qui est peut-être à présent la démarche générale de la loi, s'appuie sur une définition de la vulnérabilité, perçue comme un état, une condition d'un patient dont on pourrait évaluer l'intensité. Or, cette approche méconnaît la dimension profondément relationnelle et dynamique de la vulnérabilité, en tant que capacité à être blessé ou affecté par un environnement ou une situation. D'un point de vue clinique, la vulnérabilité est plutôt un degrés d'exposition à des risques, qui dépend autant de l'histoire du demandeur d'asile, que de l'environnement dans lequel il se trouve - en arrivant notamment dans le pays d'accueil -, et de la protection dont il est susceptible de bénéficier.

Selon la procédure, il faut transmettre un certificat médical à l'OFII pour que la vulnérabilité du demandeur d'asile soit reconnue. Deux problèmes se posent alors : le problème des troubles mentaux

et le problème d'une vulnérabilité qui serait liée à des antécédents de violence. Les personnes victimes de tortures, viols etc. doivent être reconnues comme vulnérables. Nous sommes alors très proches des questions autour des certificats pour violence et torture qui étaient produits pour l'OFPRA et la CNDA : pourquoi n'est-ce pas déclaratif ? Pourquoi ne serait-ce pas simplement eux qui se déclarent ? Pourquoi faut-il qu'un médecin l'atteste ? Comment l'atteste-t-on ? Par des cicatrices ? Sachant que certaines tortures et violences sont sans cicatrices et alors c'est le traumatisme qui va en faire preuve.

Mais est-ce juste ? Quelle corrélation exacte existe-t-il entre des événements vécus notamment de violences subies ou dont ils ont été témoins, et certains troubles psychiques ? Cette corrélation existe certainement et est même au fondement de la catégorie du traumatisme. Selon la CIM-10 (classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)), l'état de stress post-traumatique « constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou un événement stressant de courte ou de longue durée, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de stress sur la plupart des individus [...] Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité, par exemple compulsive asthénique ou des antécédents de types névrotiques, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution. Ces

facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome ». Ainsi, une personne qui vit un événement violent est susceptible de déclencher des troubles psychiques, et il y aurait peut-être des facteurs prédisposant mais l'OMS n'explique pas pourquoi, face au même événement, une personne va développer un trouble psychique qu'une autre ne développera pas. Une personne peut en effet avoir été victime de tortures, mêmes très graves, s'en voir bouleversée, mais sans développer de psycho traumatisme, ou alors le développer un mois, un an ou dix ans après.

Actuellement, nous ne sommes pas en mesure de donner une explication à cela, d'en avoir une étiologie claire. Cependant, nous savons qu'il y a un risque statistique, même si cela ne dit rien de la vulnérabilité individuelle de la personne. Les données, recueillies à l'issue des consultations au Comede et qui nourrissent l'observatoire de cette association, confirment cette corrélation. Dans le rapport d'observation concernant l'activité de l'année 2016 (www.comede.org), et selon de nombreuses études, « le risque relatif de développer un psycho-traumatisme est plus important en cas d'antécédents de torture ou de violences liées au genre ». Par exemple, au Comede, le risque d'être suivi en psychothérapie est plus important si la personne a vécu des violences, encore plus si ce sont des tortures et encore plus si ce sont des violences liées au genre (sachant que le Comede a une définition large de cette violence). Il y a bien une corrélation évidente, une différence entre les hommes et les femmes, mais cette

corrélation est rendu possible parce qu'elle est calculée à postériori, et non de manière prédictive ; c'est parce qu'une personne demande des soins ou parce qu'une enquête est mise en place qu'il est possible de voir qu'elle a vécu cet événement et donc qu'elle a développé ce trouble psychique. Cette corrélation statistique n'est pas une prédisposition, elle ne montre pas que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres sur un trouble psychique, même lié à des violences. Elle est importante mais ne dit rien de la vulnérabilité individuelle de telle personne aux troubles psychiques.

La notion de vulnérabilité en psychiatrie est assez difficile, voire assez peu utilisée, mais lorsqu'elle l'est, elle tend à remplacer la notion de « prédisposition » ou « d'hérédité pathologique » ; et va plutôt dans l'idée d'une notion de « risque que de déterminisme étiologique ». Il n'y a ainsi pas de lien mécanique ou automatique entre avoir vécu un événement violent et souffrir d'un trouble psychique. En revanche, un consensus important est observé par un certain nombre de cliniciens, notamment travaillant dans le champ de la clinique de l'exil ou de l'asile. Ils s'accordent à souligner l'importance de l'environnement social et familial, du lien à l'autre, de la reconnaissance, dans la survenue, l'aggravation, ou au contraire l'amélioration des troubles psychos traumatiques. Ainsi, lorsque les conditions d'accueil sont défailtantes, elles peuvent favoriser la décompensation de troubles psychiques. Le rejet de la demande d'asile

par l'OFPRA, au prétexte du manque de crédibilité des faits relatés, est, dans l'expérience des cliniciens travaillant auprès de personnes exilées, un facteur de décompensation de syndromes psychotraumatiques et de dépression car les personnes sont face à un déni de reconnaissance, qui, non seulement les empêchent d'avoir un statut légal, mais remet aussi profondément en cause la dignité de leur parole.

L'insécurité psychique et physique liée à la précarité d'hébergement est elle-même un facteur de vulnérabilité. Pour toute personne, et surtout pour une personne souffrant déjà de trouble psychique, le fait de ne pas avoir d'hébergement est un facteur de risque de décompenser, d'aggraver un trouble psychique. Celles qui ne parlent pas français, par exemple, et qui ont de ce fait des difficultés à trouver des soins, ont aussi plus de risque d'être malade. Ainsi, la vulnérabilité des victimes de tortures et les personnes qui souffrent de troubles mentaux, apparaît comme indissociable de l'accueil qui leur est réservé en France, c'est-à-dire de leur condition d'exilé dans le pays d'accueil. Celle-ci ne tient pas aux caractéristiques particulières de telle ou telle personne, mais au rapport qu'entretient le corps social constitué (« nous ») face à ceux qui sont définis, en comparaison, comme étrangers (« eux »).

Revenons à la question initiale : faut-il faire ces certificats de vulnérabilité ? Ne les appelons pas de « vulnérabilité » car ce ne sont que des certificats médicaux et l'institution elle-même décide de la vulnérabilité de la personne. La notion de

vulnérabilité soulève beaucoup de questions éthiques et politiques liées à l'évaluation de la souffrance dans l'instruction des demandes d'asile, à sa prise en compte dans les politiques d'accueil et sa reconnaissance par les institutions et le corps social français en l'occurrence, mais en fait européen. Reconnaître le demandeur d'asile comme vulnérable revient à acter les violences dont il a été victime et leurs conséquences au moment où il arrive dans le pays d'accueil. En ce sens, il est probablement important de pouvoir reconnaître les personnes comme vulnérables. Comme l'indique le philosophe Antoine Garapon, commentant les travaux de Paul Ricœur, « la catégorie de « victime » est avant tout politique et sociale car elle est corrélative d'un acte objectivement commis, d'un crime, signe d'un mépris social, d'une blessure autant morale que psychologique, qui ne prend son sens que dans le cadre d'une relation politique». Autrement dit, l'identification des « personnes vulnérables » répond à une demande éthiquement et politiquement légitime de reconnaissance des violences ayant conduit à l'exil¹⁸. »

Cependant, l'instrumentalisation possible de ce concept de vulnérabilité, comme la difficulté clinique et épistémologique de lui donner un contenu clair, posent des problèmes importants. Les demandeurs d'asile ne sont-ils pas tous vulnérables au

sens où ils portent en tant que tels, des « blessures » morales, psychologiques et physiques qui motivent leur démarche et leur exil ? « Ainsi, s'interroger sur la vulnérabilité des demandeurs d'asile et la mise en place de parcours adaptés à la spécificité de leurs besoins aboutit au paradoxe suivant : d'une part la prise en considération de la spécificité de la personne, de son parcours, de sa situation et de son histoire ; d'autre part, le manque de validité d'un tel concept rend caduque par avance son application » (Boublil, Wolmark, « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile, revue des droits de l'homme, n°13, 2017). Comment ce concept si flou peut-il être appliqué de manière stable, équitable ? La notion de vulnérabilité semble passer d'un champ théorique à un autre, telle une « notion éponge », de telle manière que la définition précise de cette notion dans chaque champ n'est jamais circonscrite. C'est le cas de la loi asile, en transposition des directives européennes, qui cite des exemples de personnes vulnérables, sans jamais en donner une définition. En effet, ce « signifiant flottant » génère des difficultés conceptuelles pour les soignants chargés potentiellement de « certifier » la vulnérabilité du demandeur d'asile et, par conséquent, génère la difficulté morale d'assumer seuls une décision qui aura un impact sur l'avenir du demandeur d'asile.

¹⁸ Boublil, Wolmark, « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile, revue des droits de l'homme, n°13, 2017.

A cause de ce risque d'instrumentalisation, la vulnérabilité ne doit pas être un outil de gestion des flux, une mesure du risque sans un accueil personnalisé et un accompagnement. Ce doit donc être différent de la démarche de PROTECT, qui consiste essentiellement en un questionnaire sans accompagner la personne. Le fait que la vulnérabilité ne soit pas quantifiable, même de manière subjective comme peut l'être l'échelle de la douleur par exemple, pose problème. Il est très difficile de s'approprier le fait d'être vulnérable : C'est combien être vulnérable ? c'est donc un attribut qu'un individu donne à l'autre, qui n'existe que relativement à une situation, un environnement, des relations.

La loi asile modifie et crée de nouvelles pratiques qui lient le soin et la sphère administrativo-juridique autour du pivot de la vulnérabilité. De nombreux points communs lient les enjeux de reconnaissance de la vulnérabilité à ceux de la production de certificats par les médecins, psychologues, soignants, etc. à l'appui de la demande d'asile, sachant que c'est seulement la création d'un nouveau certificat. On revient aux questions que nous nous posons avec Elodie Boubil au sujet de la mise en place des catégories de demandeur.r.se.s d'asile vulnérables : « 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 la position d'expert pour le patient que l'on soigne ? »¹⁹

En guise de réponse, refuser ce certificat à une personne peut lui être préjudiciable car il lui permet de bénéficier de droits sociaux. Mais il est nécessaire d'être bien clair sur le fait que les médecins ne rédigent pas un certificat de « vulnérabilité », mais un certificat médical qui atteste de ce qu'ils observent lors d'un examen clinique. Parler de « certificat de vulnérabilité » risque de produire encore plus de confusions. En revanche, même si on ne peut le refuser à une personne qui le demande, le fait que des soignants doivent encore et encore attester que la personne est victime de violences ou non, qu'il y ait une expertise, ne semble pas légitime, ni politiquement ni cliniquement; la parole des personnes devrait suffire. Ces certificats de « compatibilité » semblent fonctionner, mais nous sommes encore dans un déni de reconnaissance en mettant en avant une parole d'expert qui tend toujours à se poser sur la parole des personnes ayant vécu ces expériences.

¹⁹ Boubil, Wolmark, *op.cit.*

Détection des vulnérabilités de santé chez les demandeurs d'asile par l'OFII,

Charles Candillier

Charles Candillier, Médecin Coordonnateur de Zone, Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)

Présentation de l'OFII

L'Office national d'immigration (ONI) a été créé par ordonnance le 2 novembre 1945. Depuis sa création, le nom de l'office a été amené à changer de nombreuses fois en tant qu'Office des Migrations Internationales (OMI) en 1988, puis l'Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM) en 2005, et finalement devient l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) en 2009. L'OFII est un établissement public administratif sous tutelle du Ministère de l'intérieur.

Lors de sa création, la mission de l'office était très différente de celle d'aujourd'hui puisqu'au départ elle consistait, entre autre, à attirer des migrants. Aujourd'hui, l'OFII a quatre missions principales qui sont :

- L'accueil et l'intégration du public immigré / titre de séjour et signature d'un contrat d'intégration républicain ;
- L'accueil et l'accompagnement du public demandeur d'asile ;
- L'aide au retour et à la réinsertion : pour les étrangers volontaires ;
- La gestion des procédures de l'immigration régulière à l'étranger. Le regroupement familial.

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).

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.

Jusqu'à l'an dernier, on comptait deux cents mille visites médicales dans toutes les directions territoriales de l'OFII reçues par des personnels de santé. Avec la réforme du droit d'asile de 2015, le public qui bénéficiait des visites médicales a été réduit. Ce qui a permis de libérer du temps médical pour la loi relative aux droits des étrangers en France du 7 mars 2016 afin de travailler sur la procédure malades étrangers.

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 réaliser un avis médical pour les malades étrangers. Avec la réforme, le dossier a été transféré des agences régionales de santé à l'OFII.

Depuis 2011, on observe une forte augmentation des demandeurs d'asile (on ne parle pour autant pas « d'invasion »), et particulièrement depuis deux ou trois ans. Le dispositif d'hébergement doit ainsi s'adapter à cet afflux, alors qu'il manque déjà de moyens.

Même si des places d'hébergement sont encore créées, cette thématique reste un problème majeur. Rappelons que l'accès à l'hébergement est une obligation inscrite dans la loi. Toutefois, la création de nouveaux hébergements reste complexe et très difficile à gérer (conflits d'autorité, peurs de la population, méfiance vis-à-vis de la location, etc.). Pourtant, il est nécessaire de consolider le dispositif d'hébergement qui a comme vocation de perdurer.

La question de la vulnérabilité, quant à elle, se pose quel que soit le niveau de qualité et de quantité d'hébergement.

Données OFPRA 2016

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 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.

Demandeurs d'asile

L'accueil est aujourd'hui un des aspects de la réforme de 2015. Il se fait au guichet unique, les services de la préfecture et l'OFII sont réunis sur un même lieu et sur un même temps (à la préfecture ou dans les directions territoriales de l'OFII en fonction des spécificités locales).

Après être passés devant le personnel de la préfecture, avoir obtenu un récépissé et donc être enregistré dans le logiciel demandeurs d'asile, ils ont un entretien avec les auditeurs (majoritairement des auditrices) de l'OFII. Les conditions de ces entretiens ne sont pas simple car le temps est limité (une trentaine de minutes en moyenne) du fait des flux importants à gérer. La durée est cependant variable. Toutes les situations ne sont pas difficiles mais les informations que les demandeurs d'asile doivent absorber sont assez conséquentes.

Les auditeurs sont chargés de gérer les conditions matérielles d'accueil (CMA), en charge de l'OFII. Cela consiste essentiellement en deux choses : d'une part proposer un hébergement (CADA, HUDA), même si le dispositif est en permanence saturé, les services se mobilisent pour trouver des solutions, notamment pour les familles de demandeurs d'asile avec enfants ; et d'autre part l'Allocation Demandeur d'Asile (ADA).

Un peu plus d'un tiers des demandeurs d'asile ont accès à un hébergement (parc de places en création mais il reste insuffisant).

Au moment de son dépôt de demande d'asile, le demandeur d'asile peut faire valoir des vulnérabilités pour aménager les conditions d'hébergement, en répondant notamment à un questionnaire depuis l'arrêté d'octobre 2015. Si l'auditrice 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. Elle lui remet une enveloppe confidentielle « de vulnérabilité » 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, favorable ou non pour l'inscrire dans la liste afin d'obtenir un hébergement prioritaire du fait de sa vulnérabilité médicale particulière. Quatre niveaux sont établis : 1) pas de priorité ; 2) priorité sans urgence ; 3) priorité avec urgence ; 4) priorité avec urgence absolue).

L'OFII ne réalise pas de consultations médicales, ni des dépistages auprès des demandeurs d'asile.

La loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile

Elle définit une liste de catégories de personnes « vulnérables » : les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes âgées, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les personnes handicapées, les femmes enceintes (car elles nécessitent un médecin de l'OFII pour pouvoir les identifier et les compter comme

prioritaires, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux, 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.

La plupart des demandeurs d'asile sont vulnérables par essence du fait des nombreuses séparations vécues (pays, famille, amis) et de leur parcours d'exil difficile. L'OFII cherche à identifier les plus vulnérables afin de leur permettre d'obtenir plus rapidement un hébergement.

La primo-évaluation réalisée en guichet unique

Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du CESEDA.

Ce questionnaire d'évaluation des besoins spécifiques a pour objectif d'adapter les conditions matérielles d'accueil. Aucune question n'est posée sur les motifs de la demande d'asile car cela relève de l'OFPRA et non de l'OFII. En effet, l'entretien est suffisamment long pour ne pas alourdir inutilement cette première rencontre avec le guichet unique ; si cela se déroule à la préfecture, qui est perçue comme l'autorité décisive, cet entretien est toujours un peu stressant pour le demandeur d'asile.

Cela permet de procéder à l'évaluation des vulnérabilités objectives, soit les grossesses, handicaps visibles et dépendances. Comme dit plus haut, si un

problème médical est évoqué, l'auditeur leur remet l'enveloppe avec certificat médical.

Les auditrices de l'OFII n'ont bien entendu pas accès aux données médicales qui ne concernent que le médecin de l'OFII.

La grille à remplir par les auditrices au guichet unique est remplie en fonction de priorités par rapport aux besoins d'hébergement. L'objectif est de trouver tout d'abord des solutions pour les personnes à la rue : femmes enceintes, familles avec enfants, parents isolés, handicaps sensoriels/moteurs avec nécessité d'un tiers au quotidien (difficulté des CADA de les prendre en charge). Il faut cependant savoir que nombre de demandeurs d'asile ne viennent pas forcément par hasard dans telle ou telle ville : ils ont un réseau, des amis, parfois de la famille etc. ; ils sont donc parfois hébergés, certes de façon précaire. Ils peuvent se retrouver à la rue secondairement si les relations deviennent tendues avec l'hébergeur.

La personne fait-elle état de son problème de santé de manière spontanée? Toute la difficulté de l'entretien avec les auditrices consiste à ne pas poser la question trop directement, pour ne pas générer de demande (« la personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ? »). La qualité de l'échange va dépendre des capacités d'écoute des auditrices, de leur expérience et de leur professionnalisme.

Situations types de vulnérabilités

- Lorsque l'état de santé du demandeur d'asile est

incompatible avec la rue (grossesse, nouveau-nés, maladies, PMR) ;

- Lorsque la localisation du demandeur d'asile, même en CADA, ne permet pas l'accès à des soins spécialisés disponibles, par exemple, seulement en CHU. Il est donc particulièrement nécessaire d'identifier les maladies graves afin de les orienter vers des CADA urbains, proches de l'hôpital.
- Lorsque la densité de soins sur le territoire où réside le demandeur d'asile ne permet pas d'assurer des soins de suite satisfaisants (soins infirmiers lourds, suivi psychiatrique).
- Du fait de l'extension des déserts médicaux, certains CADA signalent eux-mêmes la difficulté de trouver un médecin traitant pour leurs demandeurs d'asile, qui puisse les accueillir pour la visite médicale de quinze jours et les suivre durant leur séjour. (c'est quand même un problème différent que celui de l'étude des vulnérabilités).

Adaptation de l'hébergement à l'état de santé

Il est nécessaire d'adapter l'hébergement lorsque le demandeur d'asile a de graves problèmes de santé, y compris de santé mentale, un traitement en cours dans des services spécialisés, ou un risque de décompensation majeure.

Les cas les plus sérieux sont souvent hospitalisés dès leur arrivée. Cependant, la plupart des cas psychiatriques, ne sont pas hospitalisés ou pour peu de temps.

L'adaptation de l'hébergement se fait aussi pour les personnes présentant des grossesses à risque, des interventions chirurgicales programmées, une prise en charge spécialisée, des situations familiales complexes ou un stade avancé de maladie.

Les personnes ayant un handicap moteur sont orientées vers des structures équipées (ascenseurs, logements avec possibilité chaise roulante, etc.). En ce qui concerne les autres pathologies, il s'agit de s'assurer de la proximité d'un service adapté, du relais médical et de la bonne transmission du dossier.

Il faut savoir que les CADA sont des structures spécialisées dans l'accueil des demandeurs d'asile, mais pas faits pour des malades lourds ou des handicapés. Ce qui peut poser des problèmes d'adaptation de ces structures aux demandeurs d'asiles malades.

Données chiffrées au 28 février 2017 depuis la mise en place de la réforme (octobre 2015)

À cette date, on compte 5 000 dossiers « vulnérabilités », ce qui est très inférieur au nombre de demandeurs d'asile accueillis en France.

Sur un effectif de 4 391 demandeurs d'asile, 26% des avis ont été donnés en Ile-de-France, 20% dans l'Ouest, 15% dans le Sud-Ouest et Sud-Est, 14% dans l'Est, 7% dans le Sud et 2% dans le Nord.

La typologie des avis donnés a été modifiée depuis la mise en place de la réforme. En effet, l'avis du médecin doit être facilement compréhensible et

interprétable pour l'auditrice. Lorsqu'il lui est transmis, elle doit rechercher l'hébergement libre le plus adéquat.

Le niveau 1 concerne ceux qui ne semblent pas relever d'une priorité. On ne prétend pas tout dépister, les informations des médecins des PASS sont parfois incomplètes, c'est normal car ils voient le plus souvent pour la première fois le demandeur d'asile.

Le niveau 2 correspond à la priorité pour un hébergement sans caractère d'urgence. C'est un dossier qui doit être traité dans les quelques semaines ou mois.

Le niveau 3 est lorsque la priorité est haute pour l'hébergement. Ce dossier a un caractère d'urgence (à traiter dans les 15 jours).

Enfin, le niveau 4 concerne une priorité très haute, soit une maladie grave qui nécessite une mise à l'abri en urgence (hébergement proche d'un CHU ou centre de soins) dans les jours qui viennent.

Les avis sont souvent difficiles à suivre par les auditrices car les listes d'attente sont longues et les hébergements insuffisants. Mais cela permet à ceux qui le nécessitent le plus de disposer plus rapidement d'un hébergement.

En ce qui concerne les pays de nationalité les plus représentés, sur un effectif de données renseignées de 4 085 demandeurs d'asile, sont répertoriés : l'Albanie (11%), la Guinée (10%), la République démocratique du Congo (8%), la Russie (6%), le Kosovo, l'Arménie et l'Afghanistan (4%).

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 hépatites (11%) ;
 - Les maladies de l'appareil circulatoire (il y a en effet beaucoup de personnes âgées
- demandeuses d'asile, le plus souvent ce sont leur famille qui les font venir) (9%) ;
- Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (8%) ;
 - Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7%).

QUATRIÈME RENCONTRE : « QUELLE VULNÉRABILITÉ DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ ? »



Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron, le 20 septembre 2017.

Vulnérabilité et privation de liberté des étrangers, Flor Tercero

Flor Tercero, avocate au barreau de Toulouse

Définition légale de la privation de liberté pour motifs migratoires

Les lieux de privation de liberté pour motifs migratoires existants sont les CRA (centre de rétention administrative), LRA (lieu de rétention administrative) et ZAPI (zone d'attente pour personnes en instance).

Selon l'art. L.556-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), la rétention se définit comme une privation de liberté, une mesure qui a pour but de garantir l'exécution d'une décision d'éloignement (OQTF, expulsion, interdiction du territoire, transfert Dublin, remise Schengen) ; seulement si la personne n'a pas de garanties de représentation (domicile fixe, ressources ou prise en charge, documents d'identité) car sinon, c'est l'assignation à résidence.

La rétention des enfants accompagnant leurs parents est appliquée uniquement si

le parent n'a pas respecté l'une des prescriptions d'une précédente mesure d'assignation à résidence ; si, à l'occasion de la mise en œuvre de la mesure d'éloignement, il a pris la fuite ou opposé un refus ; si, en considération de l'intérêt du mineur, le placement en rétention de l'étranger dans les quarante-huit heures précédant le départ programmé préserve l'intéressé et le mineur qui l'accompagne des contraintes liées aux nécessités de transfert.

Dans ces trois cas, la durée du placement en rétention est la plus brève possible, eu égard au temps strictement nécessaire à l'organisation du départ.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale pour l'application du présent article.

Pourtant, pour les adultes, l'article L.554-1 du CESEDA dispose : Un étranger ne peut être placé ou maintenu en rétention

que pour le temps strictement nécessaire à son départ. L'administration doit exercer toute diligence à cet effet.

Il n'y a donc pas de limite légale, ni d'encadrement strict de la privation de liberté des enfants dans les centres de rétention, puisque la durée de leur rétention est soumise aux mêmes conditions que la rétention des adultes. Il n'y a toujours pas, malgré six condamnations prononcées par la CEDH, de recours spécifique au bénéfice de l'enfant pour contester sa privation de liberté par « ricochet » lorsqu'il « accompagne » ses parents au CRA.

Selon l'article L.221-1 du CESEDA, on parle de zone d'attente lorsque l'étranger n'est pas autorisé à pénétrer sur le territoire français.

Le demandeur d'asile à la frontière peut être privé de liberté pendant son transfert Dublin ou la détermination par l'OFPPRA de la recevabilité de sa demande d'asile. L'OFPPRA peut mettre fin au placement en ZAPI si elle détecte une vulnérabilité protégée.

Certains motifs peuvent conduire à la libération d'un demandeur d'asile par l'OFPPRA : « notamment en raison de sa minorité ou du fait qu'il a été victime de torture, de viol ou d'une autre forme grave de violence psychologique, physique ou sexuelle. »

Ces personnes nécessitent des garanties procédurales particulières incompatibles avec le maintien en zone d'attente. Les mineurs non accompagnés demandeurs d'asile en zone d'attente peuvent exceptionnellement être privés de liberté.

La durée maximale de la privation de liberté est de 45 jours au CRA (48h + 28 jours + 15 jours) ; de 20 jours (26 jours si demande d'asile ou recours tardif ou groupe important) au ZAPI (4 jours + 8 jours + 8 jours) ; de 48h avant éloignement ou placement en CRA au LRA.

Nombre de personnes privées de liberté pour motifs migratoires en 2016

En 2016, le nombre de personnes privées de liberté pour motifs migratoires était de 45 937 pour celles enfermées dans des centres ou des locaux de rétention administrative ; de 21571 pour celles placées dans les centres de rétention métropolitains ; 1230 pour celles enfermées dans des LRA et 21847 en CRA et en LRA en outre-mer.

En métropole, on observe une baisse de 13% entre 2015 et 2016, provoqué par l'état d'urgence qui a occasionné des fermetures et limitation des CRA métropolitains, policiers affectés vers d'autres missions, dont le contrôle aux frontières intérieures rétabli en novembre 2015.

Mayotte, comme les zones d'attente, est une zone de non droit par l'absence de présence permanente d'association d'aide aux personnes privées de liberté. A lui seul est compté 43% du total national, dont 4285 mineurs, dans un contexte où les éloignements forcés sont si rapides (17 heures en moyenne) que seule une faible proportion de personnes peut exercer ses droits.

Des mineurs sont rattachés à la mesure d'éloignement d'adultes qui ne sont pas leurs parents, pour les renvoyer aux

Comores, une pratique administrative illégale.

Hors Mayotte, 92,5% des retenus sont des hommes et 7,5% des femmes. Par ailleurs, 4507 enfants ont été placés en rétention, dont 4325 à Mayotte, soit 182 enfants en métropole.

Au ZAPI de Roissy, 90% des étrangers sont placés en zone d'attente. En 2016, environ 7000 personnes dont environ 500 enfants ont donc été placées en ZAPI.

Prise en compte de la vulnérabilité en rétention et zone d'attente

Ces données permettent de questionner la prise en compte de la vulnérabilité en rétention et zone d'attente : Est-ce que la vulnérabilité, actuelle ou potentielle, est envisagée comme élément d'évaluation obligatoire avant la prise de décision sur la rétention ? Peut-elle justifier la libération d'une personne en rétention ? Comment la détecter avant, après l'entrée au CRA et par qui ?

Selon le dictionnaire, est vulnérable celui qui est exposé aux blessures, aux coups, à la douleur physique, à la maladie ; pouvant être attaqué, atteint facilement et très sensible aux attaques morales, aux agressions extérieures. La vulnérabilité est synonyme de fragilité.

ATP Suisse évoque la vulnérabilité en rétention : « Une fois en détention, toute personne devient dépendante des autorités et du personnel et se retrouve donc dans une situation de vulnérabilité, liée au déséquilibre de pouvoir inhérent à la privation de liberté. Si cet état de fait concerne toutes les personnes détenues, la privation de liberté rend certains

groupes et individus plus vulnérables encore, du fait de certaines caractéristiques, de leur statut minoritaire ou du stigma social. »

La directive « accueil » 2013/33 - article 21, a dressé une liste non exhaustive de critères de vulnérabilité :

- Mineurs
- mineurs non accompagnés,
- les handicapés,
- les personnes âgées,
- les femmes enceintes,
- les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs,
- les victimes de la traite des êtres humains,
- les personnes ayant des 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, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine.

En zone d'attente, la vulnérabilité des personnes ci-dessus peut conduire à leur libération lorsqu'elles demandent l'asile. Selon CESEDA, « *notamment en raison de sa minorité ou du fait qu'il a été victime de torture, de viol ou d'une autre forme grave de violence psychologique, physique ou sexuelle.* »

Selon l'arrêt de la Grande Chambre MSS contre Belgique et Grèce n°30696/09 du 21 janvier 2011 de la Cour européenne des droits de l'homme, le fait de se

trouver en situation de demande d'asile est un facteur de vulnérabilité.

En ce qui concerne la rétention, selon la directive « retour » 2008/115 - article 3.9, les « personnes vulnérables » sont les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs et les personnes qui ont été victimes de torture, de viol ou d'une autre forme grave de violence psychologique, physique ou sexuelle. Cette liste est limitative, en sont donc exclus *les victimes de la traite des êtres humains, les personnes ayant des maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux* que la directive « accueil » des demandeurs d'asile protège.

Selon l'article 16, la directive « retour » n'exige qu'une « *attention particulière* ». Seuls les soins médicaux d'urgence et le traitement indispensable à la survie des personnes placées en rétention sont assurés par la directive. Le préambule insiste sur la « proportionnalité » de la mesure de rétention. Si des mesures moins coercitives sont possibles, elles doivent être mises en œuvre (cf. considérants 13 et 16 de la directive).

En rétention administrative, alors qu'on peut retrouver les mêmes cas de vulnérabilité listés dans la directive « accueil », l'autorité administrative est tenue simplement de prendre une décision proportionnée sous le contrôle du juge. Les préfets sont censés ne l'infliger qu'en tout dernier recours, si la personne ne justifie pas de garanties de représentation. Aucune considération

spécifique de la vulnérabilité n'encadre la décision administrative de privation de liberté en droit interne. Aucune transposition de la directive « retour » en droit interne en ce qui concerne la vulnérabilité.

Seule la vulnérabilité des mineurs qui par ricochet se retrouvent privés de liberté avec leurs parents a été inscrite dans le droit interne à l'occasion de la réforme de 2016, mais la vulnérabilité intrinsèque des mineurs n'est pas un motif suffisant pour leur éviter une privation de liberté.

Les mineurs isolés, ne pouvant pas faire l'objet de mesures d'éloignement du territoire français, ne sont pas concernés par la rétention (contrairement à la zone d'attente, qui concerne les personnes qui n'ont pas encore été admises sur le territoire français).

Qui détecte la vulnérabilité ?

En LRA et ZAPI, la vulnérabilité d'une personne ne peut être détectée et évaluée que par des agents de police.

Si un étranger en ZAPI fait une demande d'asile, l'OFPRA est censé mener une instruction en vue de détecter sa vulnérabilité et si elle est avérée, alors la personne pourra sortir de la ZAPI. Mais il n'y a aucune statistique officielle sur ce qui se passe en pratique.

Épisodiquement, l'ANAFE, seule association autorisée à aider les personnes en zone d'attente lorsqu'ils en font la demande, communique sur des situations particulièrement choquantes. Ainsi, l'exemple tragique de cet enfant libérée le 23 mars 2017 en raison de

l'atteinte à sa santé provoquée par 14 jours en zone d'attente à Paris.

En rétention, la vulnérabilité peut conduire à la libération, en particulier les enfants privés de liberté et les étrangers malades.

Pour approfondir sur la notion de vulnérabilité des personnes LGBT et des femmes privées de liberté en général, nous pouvons citer deux rapports rédigés par une Association suisse pour la Prévention de la Torture, APT :

- Symposium 2015 vulnérabilité des personnes LGBT en détention²⁰
- Femmes privées de liberté : inclure la dimension genre dans le monitoring, publié en 2013²¹

Privation de liberté des enfants

Il n'y a pas de jurisprudence de la CEDH sur la privation de liberté des enfants dans la zone d'attente. Pour les enfants en rétention, la France a déjà été condamnée six fois par la CEDH.

Selon la CEDH POPOV du 19 janvier 2012, N° 39472/07 et 39474/07, les enfants requérants étaient accompagnés de leurs parents. Il n'y a donc pas de nature à exempter les autorités de leur obligation de protéger les enfants et d'adopter des mesures adéquates au titre des obligations positives découlant de l'article 3. La situation d'extrême vulnérabilité de l'enfant est déterminante et prédomine

sur la qualité d'étranger en séjour illégal (*Mubilanzila Mayeka et Kaniki Mitunga*, § 55).

Les directives européennes encadrant l'accueil des étrangers considèrent à ce titre que les mineurs, qu'ils soient ou non accompagnés, comptent parmi les populations vulnérables nécessitant l'attention particulière des autorités. En effet, les enfants ont des besoins spécifiques dus notamment à leur âge et leur dépendance mais aussi à leur statut de demandeur d'asile. La Cour note que lors de la rétention en cause, les enfants des requérants étaient âgés de cinq mois et trois ans. Ils furent détenus, avec leurs parents, pendant quinze jours au centre de rétention de Rouen-Oissel.

► Arrêt AM et autres contre France *Requête n°24587/12*, concerne le CRA de Metz, pour deux enfants de deux ans et demi et quatre mois retenus huit jours.

La Cour considère que de telles conditions, bien que nécessairement sources importantes de stress et d'angoisse pour un enfant en bas âge, ne sont pas suffisantes, dans le cas d'un enfermement de brève durée et dans les circonstances de l'espèce, pour atteindre le seuil de gravité requis pour tomber sous le coup de l'article 3. Elle est convaincue, en revanche, qu'au-delà d'une brève période, la répétition et l'accumulation de ces agressions psychiques et

²⁰ Repéré à : http://www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2015-fr.pdf

²¹ Repéré à : http://www.apt.ch/content/files_res/women-in-detention-fr-1.pdf

émotionnelles ont nécessairement des conséquences néfastes sur un enfant en bas âge, dépassant le seuil de gravité précité. Dès lors, l'écoulement du temps revêt à cet égard une importance primordiale au regard de l'application de ce texte.

▶ RK et al contre FRANCE n°68264/14 quinze mois neuf jours

▶ R.M. et al c. FRANCE n° 33201/11 sept mois sept jours

▶ R.C. ET V.C. c. FRANCE n° 76491/14 deux ans dix jours

Affaire A.B. et al c. France, n° 11593/12

Enfant de quatre ans dix-huit jours au centre de Toulouse-Cornebarrieu, vivant en bordure immédiate des pistes de l'aéroport de Toulouse-Blagnac, exposé à des nuisances sonores particulièrement importantes qui ont conduit au classement du terrain en « zone inconstructible ». La Cour observe que les enfants, pour lesquels des périodes de détente en plein air sont nécessaires, sont ainsi particulièrement soumis à ces bruits d'une intensité excessive.

Des contraintes inhérentes à un lieu privatif de liberté, particulièrement lourdes pour un jeune enfant, ainsi que les conditions d'organisation du centre ont nécessairement eu un effet anxiogène sur l'enfant des requérants. En effet, celui-ci, ne pouvant être laissé seul, a dû assister avec ses parents à tous les entretiens que requérait leur situation, ainsi qu'aux différentes audiences judiciaires et administratives. Lors des déplacements, il a été amené à côtoyer des policiers armés

en uniforme. De plus, il a subi en permanence les annonces délivrées par les haut-parleurs du centre. Enfin, il a vécu la souffrance morale et psychique de ses parents dans un lieu d'enfermement ne lui permettant pas de prendre la distance indispensable.

Témoignage de la Cimade : « Le jeune A.B., 4 ans et demi, semblait souffrir de cette situation. Il se plaignait des dents, souffrait de troubles du sommeil et de troubles alimentaires. Sa mère semblait souffrir de dépression et c'est son père qui était le plus présent pour lui. En l'occurrence, pour un enfant il est proprement insupportable de vivre dans un lieu de privation de liberté, avec ses parents en état de stress marqué. »

Pendant la rétention de la famille, un couple accompagné de quatre enfants âgés de 5 ans à 14 mois a été placé au CRA de Cornnebarrieu sur la base d'un arrêté de réadmission Dublin sur la Pologne. Un départ était prévu dès le lendemain. Le père s'est violemment tailladé le bras avec un couteau dans la fourgonnette de police les transportant à l'aéroport, en présence de sa femme et de leurs quatre enfants. La mère et les enfants, en état de choc, ont été ramenés au centre de rétention pendant que le père était conduit en urgence à l'hôpital. Il a subi une intervention chirurgicale de 6 heures, car des tendons et des nerfs étaient sectionnés. Le soir, la mère et les enfants étaient remis en liberté par la préfecture. C'est le seul contact avec des enfants que l'enfant A.B. a eu pendant les 17 jours de rétention qu'il a vécus.

L'impact post-rétention observé par un pédopsychiatre dans le certificat médical rédigé le 4 juin 2012 était : « l'apparition récente de modifications pathologiques sévères du comportement, constituant en la survenue depuis quelques semaines de troubles du sommeil, avec cauchemars subintrants, apparaissant à plusieurs reprises la nuit, suivis de réveils nocturnes répétés épuisant les parents.

Par ailleurs étaient décrites des transformations inhabituelles de la façon d'être avec eux, instabilité motrice, agitation, impossibilité de rester à table, opposition, intolérance à la frustration, crises de colères incoercibles. Les parents rapportent un début récent des modifications du rapport qu'ils entretiennent avec leur fils qui s'oppose donc très fréquemment à eux, les frappe physiquement, tire les cheveux de sa mère. Alors qu'il avait acquis la propreté depuis longtemps, il est redevenu énurétique de jour et de nuit, sans cause organique de cet état.

Arraché à son lieu de vie habituel où il était bien adapté, dans un foyer accueillant des familles et des enfants de son âge, soustrait à son école où il était un enfant motivé et appliqué et en bonne intelligence avec ses pairs enfant manifestement intelligent, comprenant la langue française et les consignes mais mutique, fuyant le regard et la relation, n'acceptant pas le contact physique. Il n'a pas été possible d'obtenir une quelconque coopération de sa part. Je relevais une anxiété de séparation avec opposition de l'enfant à être reçu seul.

L'enfant semble craindre qu'il arrive du mal ou qu'il soit séparé de deux personnes auxquelles il est très attaché, il a des préoccupations de mort. La séparation est difficile la nuit. Il se relève comme pour vérifier la présence des parents et il refuse activement de plus en plus de se rendre dans sa nouvelle école où il a été inscrit depuis son arrivée à xx. Quand il s'y rend, c'est souvent pour y pleurer. Il refuserait de s'alimenter à la cantine.

Au total : Manifestations polymorphes de troubles psychiatriques chez un enfant de 4 ans 9 mois, en lien avec une déstabilisation de la vie familiale, une précarité des lieux de vie, un déracinement et une perte des repères habituels. Agitation psychomotrice, cauchemars, opposition, colères, état anxieux massif, alternant avec un repli plus ou moins mutique pouvant correspondre un état de stress posttraumatique. »

Selon la Cedh Kanagaratnam c. Belgique (n° 15297/09) du 13 décembre 2011 : « en 2008, un psychiatre infanto-juvénile, Dr. J.-Y. Hayez, professeur à l'Université catholique de Louvain, décrivait les impacts désastreux de l'enfermement sur le développement de l'enfant lequel se voit confronté au stress et à la révolte d'adultes désespérés, au manque de territoire personnel de vie et d'intimité, à la difficulté d'assimiler le fait qu'il est « mis en prison, lui et ses parents, sans avoir rien fait de mal », à un sentiment d'infériorité et de désespoir radicaux, au trouble de l'image et de l'estime de soi, au doute sur la valeur des parents et de la famille, à l'appréciation erronée et pessimiste sur ce

qui est permis et défendu et, plus radicalement, sur ce qui est bien et mal, à l'image négative de l'autorité sociale, injuste et dont il faut toujours se méfier et au développement d'un sentiment de haine et de désir de vengeance. »

Selon la Cech Muskhadzhiyeva c. Belgique, n°41442/07 du 19 janvier 2010 : « Médecins sans frontières établit une attestation psychologique symptômes psychiques et psychosomatiques graves stress post-traumatique et présentant un excès d'angoisse très largement supérieure aux enfants de son âge : elle faisait des cauchemars et se réveillait en hurlant, elle criait, pleurait, se cachait sous la table dès qu'elle apercevait un homme en uniforme et se cognait la tête contre les murs. Liana souffrait de sérieuses difficultés respiratoires.

Un rapport d'expertise établi en septembre 1999 par le centre de guidance de l'Université Libre de Bruxelles séquelles graves chez les enfants, nuisait gravement à son développement et pouvait être assimilé à une maltraitance psychologique. Le rapport précisait que le risque était grand d'aller vers un arrêt du développement chez les enfants, parce qu'ils étaient confrontés à un vide de sens tant au niveau des intervenants qu'au niveau des parents, eux-mêmes désespérés et donc incapables de rendre les événements acceptables pour leurs enfants et de diminuer leur anxiété. »

Privation de liberté pour motifs migratoires et santé

Selon un rapport sur la rétention en 2016, alors qu'on leur oppose que la durée

maximale de rétention qui atteint 45 jours en France est l'une des plus courtes d'Europe, nos associations rappellent sans se lasser qu'au-delà de quelques jours, cet enfermement débouche sur un nombre marginal d'éloignements. En revanche, il génère de fait des traumatismes. Sa durée accroît fortement la probabilité que ne soient commis des actes d'automutilation, des tentatives de suicide ou de graves mises en danger de soi, des placements à l'isolement, des prescriptions de calmants ou des transferts en hôpital psychiatrique.

Dans un rapport sur la santé des personnes en rétention 2013, la Cimade fait remarquer que « les personnes représentant la Fédération des UMCRA ont récemment communiqué au ministère de l'intérieur des éléments inquiétants. Selon ces professionnels de santé, le passage d'une durée maximale de rétention de 32 à 45 jours en juin 2011 a entraîné la multiplication des gestes de violence tournés vers soi d'une part et, d'autre part, de la délivrance de médicaments destinés à « calmer » les angoisses. »

Une étude de littérature scientifique de l'Université d'Oxford en matière de santé mentale et de rétention de février 2016, sur l'impact de la privation de liberté sur la santé mentale, démontre que l'effet négatif augmente avec la durée de la rétention.

La dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique sont trois formes de troubles mentaux liés à la rétention. Les causes principales de l'effet négatif sur la santé mentale sont la durée de la rétention, des traumatismes préexistants (torture et

violence sexuelle), des problèmes physiques et mentaux préexistants et des services de santé défaillants dans les centres de rétention. Il existe d'autres facteurs également tels que l'incertitude sur la durée de la rétention, des problèmes de communication dans le centre de rétention et dans les procédures d'asile et de recours contre l'éloignement et le caractère limité des activités en rétention.

Les enfants et les demandeurs d'asile sont particulièrement vulnérables ainsi que ceux qui ont été torturés. Les femmes sont identifiées par ailleurs comme un groupe vulnérable. Ces effets négatifs de la rétention perdurent longtemps après que la personne a été libérée et ont également des impacts sur la santé mentale du personnel dans les centres de rétention.

Selon l'article L.551-2 du CESEDA (alinéa 2), les personnes placées en rétention disposent du droit de pouvoir rencontrer un médecin. Une circulaire interministérielle du 7 décembre 1999 encadre les unités médicales dans les CRA. Lorsque les médecins des CRA estiment que la rétention n'est pas compatible avec l'état de santé d'une personne, ils prennent contact avec l'administration qui décide in fine du maintien ou de la libération de la personne. Ils peuvent également saisir le médecin de l'OFII lorsqu'ils estiment que l'état de santé nécessite des soins qui ne peuvent être délivrés dans le pays d'origine, et ce dans la plus totale opacité pour l'étranger et les professionnels qui l'assistent (les associations dans les CRA ou les avocats).

Le juge des libertés et de la détention, juge judiciaire de la rétention, est en mesure de mettre fin à tout moment à la rétention lorsque les conditions de fait et de droit le justifient. Mais c'est à l'occasion de l'examen des demandes de prolongation de la durée de rétention que les étrangers gravement malades peuvent obtenir le refus de la prolongation et le constat de l'irrégularité de leur placement en rétention.

Ils bénéficient de la protection par le juge administratif contre les mesures d'éloignement en vertu de l'article L.511-4 10° du CESEDA si leur « *état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine.* »

La libération des étrangers gravement malades est seulement possible grâce à la présence dans les CRA des associations qui les assistent et qui sont présentes du lundi au vendredi, et des UMCRA où les médecins sont présents en principe également du lundi au vendredi.

L'atteinte aux personnes vulnérables est encore plus grave dans le vide juridique qu'est la zone d'attente car il n'y a pas de présence permanente de juristes, d'associations d'assistance aux étrangers, contrairement aux centres de rétention. On ignore la situation réelle des zones d'attente. L'ANAFE n'est présente qu'en région parisienne. Des visites sont effectuées de temps en temps dans les zones d'attente en province et les personnes sont censées avoir accès au

numéro de téléphone des associations qui aident les étrangers en rétention.

La privation de liberté comme facteur de vulnérabilité

Les personnes qui subissent une privation de liberté pour motif migratoire en sont profondément affectées. L'impact sur la santé physique et psychique est particulièrement grave pour les enfants, même accompagnés de leurs parents. Des retards de croissance ont été constatés pour des jeunes enfants qui ont été privés de liberté dans des CRA en France.

La décision prise par le pouvoir exécutif (le préfet) de priver de liberté une personne est une décision extraordinaire dans l'ordonnancement juridique traditionnel où seul le pouvoir judiciaire est censé pouvoir porter atteinte à la liberté d'aller et de venir d'une personne. Ce pouvoir extraordinaire a été donné à l'autorité administrative au motif que la lutte contre l'immigration illégale est une priorité pour l'ordre public.

Se pose alors la question de la légitimité de faire de la lutte contre l'immigration illégale, sur le bien-fondé du mal qu'on inflige à ces personnes au nom du peuple

français. Au-delà des discours, des hommes, des femmes, des enfants souffrent sur notre territoire ; les conséquences directes du combat contre l'immigration irrégulière.

Une campagne mondiale contre la détention des enfants a été lancée par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies en 2012 (endchilddetention.org). Elle est relayée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

Le 31 janvier 2017, le Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, Niels Muižnieks, a appelé les Etats du Conseil de l'Europe à mettre un terme à la rétention des étrangers, adultes y compris. La privation de liberté pour motifs migratoires, créatrice de vulnérabilité, doit être interdite.

⇒ http://www.coe.int/en/web/commissioner/blog/-/asset_publisher/xZ32OPEoxOkq/content/high-time-for-states-to-invest-in-alternatives-to-migrant-detention/pop_

Centre de rétention administrative Lyon-Saint Exupéry, Florence Marquois et Emmanuel Perrot

Florence Marquois, médecin, centre de rétention administrative de Lyon-Saint Exupéry

Emmanuel Perrot, médecin, centre de rétention administrative de Lyon-Saint Exupéry

Définition

Selon l'article L.551-1 du CESEDA, les centres de rétention administrative sont définis comme des établissements destinés à héberger les étrangers qui font l'objet d'une mesure d'éloignement ou d'interdiction du territoire français mais ne peuvent quitter immédiatement le territoire.

En 1975, les conditions de maintien des clandestins sont dénoncées (de 1963 à 1975, un hangar situé à Arenc, dans la zone sécurisée du port de Marseille, est utilisé, en dehors de tout cadre juridique, pour l'hébergement d'étrangers en instance d'expulsion et 50 000 vont y transiter). En 1984, apparaissent les premiers CRA à Strasbourg et Le Mesnil-Amelot ; puis à Lyon en 1990, à Marseille en 1991 et à Paris en 1995.

Le placement en rétention s'effectue dans des locaux surveillés qui ne relèvent pas de l'administration pénitentiaire et qui sont sous la responsabilité de la PAF. Le retenu peut être placé en CRA à la demande de la préfecture ou de la PAF, la gendarmerie, la police nationale. La décision de placement est prise par le préfet et la durée maximale de rétention est de 45 jours. Le retenu est vu par un juge de la liberté et de la détention (JLD) à J+2 (placement pour 28 jours) puis à J+30 (placement pour 15 jours). Il dispose de

possibilités de recours sur le placement en rétention et/ou l'éloignement au tribunal administratif (sur la forme et le fond) avec l'aide de Forum Réfugiés et/ou de son avocat.

Le service médical « L'infirmierie »

La circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative décrète que pendant la durée de leur séjour en rétention, les étrangers doivent être soignés gratuitement. À cet effet, les personnels de santé du service public hospitalier doivent disposer des locaux et des moyens matériels nécessaires.

Par ailleurs, les conditions dans lesquelles intervient un établissement hospitalier public sont précisées par une convention passée entre le préfet territorialement compétent et cet établissement hospitalier. Les dépenses engagées par l'hôpital sont prises en charge sous la forme d'une dotation budgétaire spécifique, allouée par la direction de l'immigration au ministère chargé de l'immigration.

Lorsque l'état de santé d'un étranger retenu en CRA requiert une hospitalisation, les frais relatifs à cette hospitalisation sont pris en charge selon les règles de droit commun, soit une prise en charge au titre de l'aide médicale de

l'Etat (AME), soit au titre des soins urgents, si la personne est présente sur le territoire national depuis moins de 3 mois (cf. circulaire ministérielle n°141 du 16 mars 2005).

L'équipe du CRA est détachée du CHLS, constituée de 2,5 ETP infirmières présentent 7/7, d'un médecin présent quatre demi-journées par semaine et une astreinte de 24/24, d'une secrétaire et de la pharmacie MA Corbas.

Elle réalise des entretiens IDE +/- Cs médicale avec les retenus arrivants demandant à voir le service médical, ou signalés par les partenaires ; un suivi médical à la demande avec un accès facile à la porte de l'infirmerie, contact IDE puis +/- cs médicale ; et permet pour les IDE une distribution quotidienne des traitements, soins, prises de sang, entretiens.

Procédure malade étranger

En ce qui concerne la procédure étranger malade, une modification a été réalisée en janvier 2017 nécessitant un avis sur les demandes de titres de séjour pour étrangers malades donné par le médecin de l'OFII qui dépend du ministère de l'intérieur ; et plus par le médecin inspecteur de l'ARS qui dépend du ministère de la santé.

En CRA la procédure est accélérée, avec un avis sur le dossier demandé par le médecin du CRA via le certificat descriptif avec les pièces médicales justificatives. L'avis est rendu par le médecin de zone de l'OFII (et non par un collège de médecins)

et « sans délai » à la préfecture demandeuse de l'éloignement. La demande d'étranger malade n'est pas suspensive d'une procédure d'éloignement, le préfet n'est pas lié par l'avis médical, il peut revenir sur l'avis d'éloignement ou en différer l'exécution ou ne pas suivre l'avis médical.

Vulnérabilités

Il existe plusieurs « formes » de vulnérabilité. Elle peut être contextuelle dans des cas d'enfermement, d'isolement (famille, avocat), de promiscuité, de cohabitation communautaire, de difficulté de communication (langue) ; due à une situation de précarité socio-économique pour un sortant de prison, des jeunes migrants isolés d'Afrique du Nord/Afrique, des personnes âgées, famille ; ou encore liée à une pathologie médicale, psychiatrie, toxicomanie, pathologie somatique (VIH, VHC).

Quelques exemples cliniques : Mr T. , 38 ans, Pérou, transgenre, VIH+, libéré par le JLD devant les éléments médicaux avant la demande d'étranger malade ; Mr K., 39 ans, Arménie, suivi psychiatrique depuis 3 ans, demandeur poursuite suivi devant idées suicidaires alléguées, mais pas d'inquiétude médicale réelle ; Mr L., Maghreb, 10-11 rétentions, tableau psychopathie, toujours libéré après quelques jours par le TA, incapable de faire les papiers mais étranger malade refusé... ; Mr A., Kosovo, hémiplégie, aphasie et épilepsie séquellaire, demande étranger malade en cours.

CINQUIÈME RENCONTRE : « QUELLES VULNÉRABILITÉS CHEZ LES ENFANTS MIGRANTS ? »

Cada CeCler, à Royat, le 18 octobre 2017.

Au CADA de Bussières-et-Pruns les enfants vont bien, Eric Foëx, Fatima Benzli et Aude Baudoin

Eric Foëx, Président, Emmaüs Bussières et Pruns

Fatima Bezli, directrice du Cada Emmaüs Bussières et Pruns

Aude Baudoin, bénévole, psychologue

En guise d'introduction

Nous avons été très surpris d'être conviés à prendre la parole sur le thème de la vulnérabilité des enfants de demandeurs d'asile car à Emmaüs Bussières et Pruns les enfants vont bien.

Bien entendu les migrants font partie des publics fragiles, fragilisés par l'exode et ses causes, quelles qu'elles soient. Bien entendu les enfants sont vulnérables et les enfants de migrants peut-être plus que d'autres, doubles victimes de l'exil et de la fragilité de la situation de leurs parents. Bien sûr il convient d'être tout à fait vigilant à ces vulnérabilités et à leurs conséquences. Mais il ne faut pas oublier que les personnes qui ont décidé un jour de tout quitter pour un avenir meilleur ont fait des choix incroyablement difficiles et ont presque toujours d'immenses ressources personnelles.

Alors, si les enfants vont bien c'est peut-être parce que nous nous appuyons sur un postulat que nous allons essayer de vous faire partager, à savoir qu'il est plus pertinent, plus efficient, de s'appuyer sur les ressources des résidents que de les prendre en charge.

Présentation du CADA

Nous sommes une association qui a comme valeur fondatrice l'accueil inconditionnel, que nous traduisons en « hospitalité ». Il s'agit pour nous de lutter contre toutes formes de pauvretés, de discriminations.

Le CADA de Bussières et Pruns se trouve dans les murs d'un ancien couvent dans un petit village de 300 habitants au cœur de la Limagne, à 40 km au nord de Clermont-Ferrand. Au CADA, nous avons 50 places sur site (petits appartements et studios) et 14 en diffus avec aussi des

espaces collectifs : accueil et permanences, salles de cours, salle de la « demande d'asile », espace petite enfance, locaux du centre de loisirs. Nous nous appuyons aussi sur les réseaux de proximité : écoles et parents d'élèves, soins, clubs sportifs, PMI et services sociaux. L'association propose entre autres aux résidents du CADA : des cours de français et aide aux devoirs, des temps d'animation parents enfants, la mise à disposition de vélos, des actions petite enfance et parentalité.

Le CADA sur ce territoire rural a une place qui n'est jamais gagnée. Il faut donc refaire de la propriété un lieu de vie pour le village. C'est ce que s'efforce de faire l'association sur le territoire, notamment par le développement social local : enfance (centre de loisirs), culture (soirées contes, concerts...), solidarité (épicerie, vestiaire) mais aussi par de la réflexion commune, comme les « journées de Bussières et Pruns ».

Une association, ce n'est pas qu'une organisation avec ses finances et son gouvernement. C'est d'abord et surtout une idée, un projet, un « vivre ensemble ». Nous tentons de faire vivre Emmaüs Bussières et Pruns autour d'utopies, d'ambitions et de règles partagées. Il existe deux utopies d'hospitalité et de solidarité qui se traduisent notamment par l'idée que toute personne reçue au CADA puisse se dire un jour « là j'ai été bien reçue » ; et qu'aucun enfant, aucune famille, aucune personne qui a vécu au CADA ne dorme dehors à sa sortie.

Les résidents

En 2016 nous avons hébergé 102 personnes, avec un turn-over de 30%. Il s'agissait de 21 familles et de 9 hommes seuls. Les familles étaient composées de 43 adultes et 50 enfants dont 14 de 0 à 3 ans. Nous avons eu 17 nationalités, 48% des résidents venaient d'Europe, 34% d'Afrique, 9% du Moyen Orient. Les principales langues parlées étaient le russe, le serbe et l'arabe. 27 dossiers de demande d'asile ont été au bout de la procédure. 10 ont obtenu le statut de réfugié, 7 la protection subsidiaire, soit un taux de protection de 63%. Cela a concerné 52 personnes, dont 32 ont obtenu le droit de rester sur le territoire français.

- La durée moyenne des séjours a été de 315 jours.
- 38 personnes ont quitté le CADA.
- 21 personnes ont été déboutées (4 ont demandé l'aide au retour, 5 ont été pris en charge par l'urgence sociale, 12 ont trouvé d'autres solutions).
- 14 personnes ont obtenu le statut (13 ont un logement autonome, 1 un logement temporaire).

La question de l'insertion des bénéficiaires de la protection internationale

C'est un truisme, mais il est bon de se rappeler d'abord que si les personnes se sont exilées c'est bien sûr pour fuir une situation impossible. Mais c'est aussi, et tout autant, pour se construire une nouvelle vie. Nous pensons donc les

demandeurs d'asile non comme des personnes en difficulté, mais comme des personnes qui ont été confrontées à d'épouvantables difficultés auxquelles elles ont fait face en faisant preuve de ressources incroyables, ce qui bien entendu ne gomme pas les traumatismes.

Nous sommes donc persuadés qu'il ne faut pas assister, ni prendre en charge, ni même souvent accompagner, mais qu'il convient d'outiller, de donner les codes. Nous avons à être en permanence vigilants à ce que les logiques « d'accompagnement social » voire de « compassion » n'enferment pas les personnes, ne construisent pas des dépendances, ne fabriquent pas des assistés. De la même manière, si nous avons un devoir de contribuer au traitement des traumatismes, nous ne pouvons considérer les demandeurs d'asile comme des personnes traumatisées. Bien entendu, il arrive aussi que des réfugiés aient des problèmes socio-éducatifs : mais est-ce en lien avec l'exil et est-ce notre rôle de les prendre en charge ?

S'appuyer sur la dynamique de l'exil est exigeant, cela demande aux professionnels de se départir de postures « classiques » liées à la « relation d'aide », d'inventer de nouveaux savoirs dont l'objet est de donner accès au social (règles, dispositifs, us et coutumes...), de permettre à chacun de construire ses propres liens sociaux. Cela oblige les bénévoles à être extrêmement respectueux des résidents, de bien mesurer ce qui est de l'ordre de l'action bénévole et qui est légitime car elle

outil, et ce qui est de l'ordre de la compassion, de l'intrusion, qui enferme et infantilise. Cela implique que notre organisation se rappelle en permanence que les personnes qu'elle accueille sont aussi habitantes, même temporaires, du territoire et qu'en tant que citoyennes peuvent être contributives à la réussite et au développement de notre « société » y compris en y faisant elles-mêmes du bénévolat, en donnant leur avis, en contribuant aux décisions, etc.

Et les enfants dans cette dynamique ?

À Bussières et Pruns, association et CADA ont en permanence le souci du bien-être des personnes accueillies et nous pensons pouvoir affirmer qu'ici les enfants sont au centre du dispositif. Nous l'avons déjà dit, nombre d'enfants arrivent au CADA en état de grande vulnérabilité, voire avec de vrais traumatismes. Bien sûr, nous sommes conscients que de nombreux facteurs peuvent faire frein à l'épanouissement de l'enfant et/ou aux mécanismes de résilience. Pour autant, les enfants vont bien. Et s'ils vont bien c'est sans doute d'abord parce que nous n'imaginons pas qu'ils puissent aller mal. C'est aussi parce qu'ils sont au centre de l'attention de tous et bénéficient d'un « climat » où nombre d'éléments sont pensés et mis en œuvre.

Nous avons pour habitude de dire que notre centre est « le royaume des enfants ». Il se partage en deux lieux : un espace familial avec les lieux d'habitation, des jeux extérieurs, des tables et chaises, et un espace « parc » plus grand, avec un verger et des jeux pour les plus grands. Les enfants évoluent d'un endroit à l'autre.

Dans le premier espace, nous avons installé des jeux extérieurs (pour les moins de 6 ans), un panier de basket et une cage de football, ainsi qu'un circuit bétonné pour pratiquer les sports de glisse (vélo, roller, trottinette...), rendant ce lieu très agréable et propice aux échanges, au jeu et à l'entraide. Dans la partie parc, l'espace clos et sécurisé d'environ 2 hectares est suffisamment important pour construire des cabanes, des cachettes, derrière ou dans les arbres, pour courir, mais également pour jouer. Une installation de jeux agréés pour les 6-12 ans complète la liste des possibles. À noter que des enfants du voisinage que nous ne connaissons pas viennent parfois jouer au sein de notre CADA, profiter des jeux et de notre installation.

Ce souci du partage est renforcé par le fait que notre CADA se situe en milieu rural. Les familles sont loin de la ville, des services, se sentent parfois isolées, mais sont en revanche plus solidaires. Elles s'entraident, s'occupent de leurs enfants et des autres.

En plus des espaces adaptés précédemment cités, le CADA propose plusieurs activités en direction des enfants, par exemple :

L'accueil de loisirs au cœur même du centre, ouvert à tous les enfants, à un prix modique, mais aussi ouvert aux enfants de l'extérieur. L'espace « petite enfance » avec des ateliers en direction des moins de trois ans et de leurs parents. L'espace dédié et aménagé pour les parents d'enfants de moins de trois ans : lieu protégé de discussion, de partage mais aussi ludique qui peut permettre une

construction et/ou une reconstruction du « pilier famille » affecté par un passé souvent douloureux. Certains parents peuvent également apprendre à se séparer de leurs enfants pour la première fois et ce sans danger.

L'arrivée

L'accueil est pour nous un moment clé pour garantir la confiance sur laquelle va se construire la relation. La préparation du logement est essentielle. Nous l'adaptions le plus possible aux familles en prenant en compte l'âge et donc les futurs besoins de l'enfant.

Un pot d'accueil avec les autres familles en présence de résidents et de leurs enfants est organisé. Une attention particulière est donnée aux enfants dès ce premier accueil qui se matérialise souvent par la mise à disposition, dès les premières heures, d'un vélo, d'un tricycle ou d'une drasienne pour les plus jeunes. En général, les enfants prennent possession des lieux dès les premières heures.

Traumatismes et prise en charge

En 2015/2016 nous avons accueilli 71 enfants, une dizaine ont été suivis au CMP mais seulement trois d'entre eux nous ont réellement inquiétés.

Nous faisons appel au CMP de Beaumont à la demande des familles ou lorsque nous repérons un besoin sérieux de prise en charge. Les suivis sont extrêmement bénéfiques pour les personnes. Les orientations faites par les médecins psychiatres sont essentielles et ont des effets parfois immédiats sur les enfants (intervention puéricultrice, prise en charge thérapeutique, orthophoniste...).

Les prises en charge proposées par le CMP se mettent en place suite à un échange téléphonique assez poussé lors de la prise de rendez-vous. Elles ne sont pas automatiques et doivent être justifiées car le nombre de patients est trop important et les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont longs, allant de un à trois mois.

En plus du suivi CMP nous avons fait appel à une psychologue interculturelle bénévole pour nous aider dans le suivi de trois enfants. Nous l'avons fait intervenir auprès d'eux soit parce que nous ne souhaitons pas attendre le premier rendez-vous avec le CMP, soit parce que, en accord avec ce dernier, nous estimions qu'un travail plus régulier devait être fait avec ces enfants.

Pour les plus jeunes, nous avons établi un lien étroit avec le médecin de Protection Maternelle et Infantile d'Aigueperse. Elle et son équipe ont su répondre aux besoins importants des enfants de demandeurs d'asile et ont su apprécier le travail de notre équipe de salariés. Un référent salarié pour la PMI coordonne les actions et renforce les échanges PMI-équipe, PMI-résidents, veille au respect des rendez-vous, veille à la mise en place des préconisations du médecin.

L'école / le périscolaire

Les enfants migrants, en général, rencontrent des difficultés importantes lorsqu'ils intègrent l'école. Ils sont, en revanche, capables d'apprendre la langue française dans les premiers mois de leur vie en France et ont une plus grande volonté et capacité à s'intégrer.

En ce qui concerne l'école maternelle et primaire à Aigueperse, les enfants sont positionnés dans leur classe d'âge, même s'ils ne parlent pas le français. L'existence de classes à double niveau facilite le passage d'un niveau à l'autre et leur permet d'être scolarisés, rapidement, avec des enfants de leur âge.

L'équipe a remarqué que la majorité des enfants qui passent une année scolaire complète au CADA de Bussières, rattrape dans cette même année le retard accumulé et réussit à poursuivre une scolarité « normale » avec des lacunes plus ou moins importantes mais pas insurmontables.

Même si la réussite des enfants est toute relative et dépend de la classe, de l'âge de l'enfant, de son histoire et de ses capacités, on peut pointer plusieurs facteurs qui nous paraissent jouer positivement pour les enfants des résidents :

- Les équipes qui travaillent dans les écoles d'Aigueperse s'investissent fortement auprès des enfants de résidents. Elles sont en contact régulier avec nos salariés, nous remontent les difficultés, nous questionnent en cas d'incompréhensions et nous alertent si elles ont observé une difficulté. L'obtention d'un demi-poste en soutien linguistique assure la qualité de l'accompagnement des enfants les plus en difficulté.
- Plusieurs bénévoles proposent de l'aide aux devoirs deux fois par semaine ainsi que des séances de

lecture un soir par semaine. Ces séances appréciées et fréquentées assidument par les enfants permettent de rattraper les lacunes mais aussi de prendre confiance en eux. Une collaboration forte existe entre l'équipe salariée, l'école et les bénévoles.

- Le lien fort avec l'association des parents d'élèves est un vrai plus. Les familles (et donc les enfants) participent de plus en plus activement à la mise en place des activités proposées par l'APE (en tant qu'aidants et en tant que bénéficiaires).

Mes parents sont en situation de vulnérabilité... mais sont « solides »

Si « les enfants vont bien » c'est aussi et surtout parce que leurs parents, malgré leur situation de vulnérabilité, assument leurs rôles et fonctions. C'est aussi, peut-être, parce que nous nous refusons de les considérer comme des personnes en difficulté et que nous leur proposons nombre de solutions pour remplir le « temps en trop », pour être socialement utiles, pour garder le respect d'eux-mêmes, leur dignité : emploi pour ceux qui le peuvent, activités bénévoles externes, activités associatives,

contribution à la vie du CADA et de l'association, participation à des solidarités externes...

Enfin les actions parentalité, le nombre important d'ateliers, de fêtes, de moments de partage, les sorties, font que même dans cette situation d'extrême vulnérabilité, on permet aux parents d'assumer leur rôle parental dans leur pays d'accueil en découvrant et acquérant nos codes, us et coutumes en même temps que leurs enfants apprennent ces mêmes codes à l'école, en centre de loisirs.

Toutes ces actions permettent aux enfants de valider leur « solidité », donc de se sentir en sécurité, donc de grandir...

Alors... les enfants vont bien

Cette grande maison est extrêmement paisible. C'est un lieu de paix : aucun acte de délinquance, aucune incivilité, aucun problème de voisinage, aucun rejet de l'autre... Cette grande maison est au contraire pleine de rires d'enfants, de bruits de jeux dans les couloirs, les lieux collectifs et le parc... Et si parfois un carreau ou deux sont cassés – par inadvertance, bien entendu ! – c'est parce que les enfants... s'autorisent à être des enfants !

La vulnérabilité des enfants en pédopsychiatrie, Hélène Ascenci

Hélène Ascenci, pédopsychiatre, CH Clermont-Ferrand

Suite à l'intervention du CADA de Bussières-les-Pruns, il est toujours compliqué de parler d'une structure sans être dans une logique de comparaison avec d'autres structures. Il y a quelque chose de militant, d'associatif très puissant, même au CADA de Bussières-les-Pruns ; et avec une logique d'articulation entre « l'association gestionnaire » et la structure qui est très différente de ce qu'il se passe par ailleurs sur Clermont-Ferrand. Il existe une tradition de liens de qualité entre l'équipe du CADA et l'équipe de la PMI, qui nécessite d'être comprise car elle semble vraiment fondamentale ; de même que la qualité de l'école sur ces thématiques, que l'on essaye de travailler à Clermont-Ferrand avec l'inspection de l'académie.

Sans se situer entre l'optimisme qui dit « tous les enfants vont bien », et une position qui serait beaucoup plus de victimisation des enfants de demandeurs d'asile, nous observons que nombre de ces enfants ne vont pas bien même si ce n'est pas une généralité. Cependant, lorsqu'ils ne vont pas bien, ils ne vont vraiment pas bien et nos dispositifs rendent la tâche beaucoup plus difficile que pour d'autres enfants.

Nous essayons dans ce dispositif, à l'aide d'interprètes et d'une orthophoniste, de traiter ensemble ces thématiques, notamment la question de la langue au niveau du CMPP où l'équipe est très partie prenante pour travailler ces questions-là,

ce qui n'est pas non plus évident au départ.

Sur un plan médical en pédopsychiatrie, il n'y a, à ce jour aucune étude existante qui traite de la santé mentale des enfants de demandeurs d'asile, voire même de la catégorie des enfants de demandeurs d'asile déboutés, qui est la population probablement la plus en souffrance actuellement. Cependant, cela peut être évoqué sur des impressions cliniques, de ce que l'on observe dans notre quotidien ; ainsi qu'à travers d'autres études plus abouties sur des sujets transversaux à la question des demandeurs d'asile. D'une part, sur la question des difficultés et troubles de développement, des souffrances et des vulnérabilités chez les enfants en situation de grande précarité, quelle que soit la raison de la précarité, avec toutes les particularités que cela implique. D'autre part, sur la question des difficultés de la vulnérabilité des enfants de migrants; mais aussi sur la question des enfants de parents porteurs de troubles traumatiques avérés. Enfin, au travers de difficultés plus spécifiques, de la vulnérabilité des enfants demandeurs d'asile ou des enfants de parents dans des parcours de demandes d'asile compliqués.

Il existe une littérature très riche sur la question de la vulnérabilité des « enfants dans l'exil », que ce soit des enfants de migrants ou des enfants migrants. Par exemple, des travaux ont été réalisés par des équipes d'ethnopsychiatres parisiens,

il y a quelques années, sur la « Psychopathologie de l'enfant dans l'exil ». Les écrits de Marie-Rose Moro sont notamment un constat de difficultés mais aussi des pistes de travail portants sur les enfants avec des fragilités psychiques importantes, particulièrement avec l'indicateur de l'école. Elle n'est certes pas le seul élément constitutif de la vie d'une personne mais elle reste une instance centrale. De nombreuses études ont montré l'effet des fragilités psychiques des enfants de migrants sur l'échec dans les apprentissages scolaires même si on ne les réduit pas à cela.

Un certain nombre d'ouvrages portent également sur la question des difficultés psychologiques ou de la vulnérabilité chez les enfants dans des situations de grande précarité mais ils sont écrits avec beaucoup de prudence afin de ne pas associer la « pauvreté » et les risques de santé mentale pour les enfants. Les psychiatres ont appris à faire un usage très prudent de ce type d'association sans nier que des situations chroniques d'insécurité, liées à des situations de vie précaires, ont des effets délétères sur le développement psychique des enfants.

Cette notion de vulnérabilité a été traitée par l'Orspere-Samdarra de façon complexe, notamment chez les adultes du point de vue de la définition clinique et autour de nombreuses réflexions et discussions sur l'usage politique qu'il peut en être fait.

Le sujet est complexe et il semble nécessaire de l'aborder différemment pour les enfants. La question de la vulnérabilité chez l'enfant se définit

complètement différemment puisqu'ils sont dans des processus de développement dynamiques. Tout a un effet sur le développement intellectuel, du langage, psychoaffectif, psychomoteur ; soit tous les grands traits du développement de l'enfant et il y a une influence constante de son environnement, le premier environnement étant les parents ou la famille, sur son état de vulnérabilité.

Le terme de « résilience » englobe à la fois beaucoup et peu de choses. Cependant, nous pouvons évoquer d'autres capacités de construction chez les enfants, comme la créativité ou la résistance.

Ainsi, tout compte dans le développement de l'enfant, et il semblerait, a priori, qu'il soit possible de compter sur la solidité des parents. Celle-ci est parfois très attaquée au niveau de la subjectivité du parent et également sur ce que renvoie socialement ce parent-là. Cela est à prendre en compte lorsque l'on évoque cette vulnérabilité de l'enfant liée à ses conditions sociales et à son environnement.

Dans le cadre de la réalisation d'un ouvrage sur les devenirs de traumatismes d'enfants, nous avons pu repérer précisément et établir une sorte de liste de toutes les situations sociales et institutionnelles actuellement générées en France auxquelles étaient soumis ces enfants. Nos institutions, nos politiques, nos structures, génèrent chez eux des situations que nous dénonçons par ailleurs. Nos traditions et nos pratiques d'accompagnement médico-social de la petite enfance, depuis la création de nos dispositifs il y a une cinquantaine

d'années, nous ont appris à repérer, à dénoncer, à modifier, à proposer des solutions à certaines situations. Pourtant, actuellement, nous générons nous-mêmes ces situations et donc il est évident que nous ne les dénonçons pas. Cela crée un malaise fondamental chez les professionnels de ce secteur, avec lequel nous nous dépatouillons plus ou moins selon les institutions dans lesquelles nous travaillons et les missions qui nous sont confiées.

Dans ces listes de situations, qui ont des effets très forts sur la vie des petits enfants, ressort tout d'abord la question de la qualité de l'hébergement. Souvent, les enfants qui sortent d'ici vont se retrouver dans des situations délicates, au-delà du psychologique un peu subtil, où ils sont amenés à changer de logement une fois par semaine ou une fois par mois ; dans des lieux, dans des hôtels, qui ne sont absolument pas adaptés à la vie de petits enfants (punaises de lits, bruit, insécurité, cohabitation avec des personnes qui peuvent inquiéter fondamentalement des enfants). Si l'on considère que des parents mettent des enfants dans cette situation-là, cela peut provoquer une action des services sociaux ; la même instance génère alors quelque chose que, par ailleurs elle dénonce. Nous, nous sommes au milieu de tout ça et nous y contribuons tous.

Au-delà de la qualité de l'hébergement, il faut aussi évoquer l'instabilité des lieux de scolarisation. Par exemple, une famille qui commence à changer ses enfants d'école est un facteur qui peut alarmer. Par exemple, actuellement à Clermont-

Ferrand, comme dans de nombreuses grandes villes, les parents et les écoles, au niveau desquelles il y a un grand travail à réaliser, mettent un point d'honneur à ce que les enfants ne changent pas d'établissement trop fréquemment même s'ils déménagent très souvent. Or, de ce fait, les parents se retrouvent à prévoir des journées entières pour accompagner leurs enfants à l'école : lorsque le lieu de vie d'une famille est loin du lieu de scolarisation et que cette famille voyage uniquement en transports en commun, l'enfant va passer une heure et demie, matins et soirs, pour aller à l'école, voire plus parce qu'il ne peut pas toujours manger à la cantine, et un des deux parents va ainsi y consacrer tout son temps. De telles situations ne sont pas acceptées actuellement, et observées dans un autre contexte par un travailleur social, elles seraient immédiatement stoppées. Pourtant, beaucoup d'autres situations comme celles-ci sont générées par le système dont nous faisons partie, et parce que nous avons l'habitude depuis cinquante ans de les dénoncer. Il est donc compliqué d'avoir une position professionnelle à ce niveau.

Les enfants donnent toujours l'impression d'être étonnement solides par rapport à ce type de situation. Mais finalement, surtout à partir d'un certain âge, ce qu'un enfant peut ressentir à partir de ce qu'il voit ne lui échappe pas. Il perçoit sa condition sociale vis-à-vis des autres enfants, notamment quand il rentre à l'école primaire. Ce vécu et ce ressenti des enfants de la façon dont on les regarde, même si majoritairement l'accueil est

bienveillant, est quand même une expérience marquante. Il y a aussi le regard porté sur les parents, qui va insister sur le fait que le CADA de Bussières-les-Pruns ne met pas les parents en position d'assistés, ce qui est fondamental. Mais, il y a beaucoup d'autres situations où les enfants grandissent avec l'image d'un parent assisté, qui n'exerce plus une profession, qui n'a plus d'argent, qui dépend des aides sociales. Une situation sociale de grande précarité peut donc avoir des effets marquants sur ces enfants.

Nous sommes de plus en plus contraints, en pédopsychiatrie, de trouver l'efficacité de nos actions, d'évaluer les bonnes pratiques pour l'avenir de la profession. C'est une discipline qui n'échappe pas à ce type de logique médicale et comptable, mais c'est une discipline médicale donc qui doit y répondre. Actuellement, des études en cours observent ce qu'il en est des effets sur le développement psychologique des jeunes enfants et on remarque que ce qui fonctionne sur ces très jeunes enfants, dans des situations sociales de grande précarité, ce sont les interventions précoces de travailleurs sociaux à domicile. Des résultats qui paraissent évidents, mais cela a de vrais effets sur l'avenir psychique des enfants.

La littérature est très riche sur les particularités et les problématiques des enfants dans le cadre de situations précaires importantes et dans les situations d'exil. En effet, il y a d'une part la question de la bi-appartenance entre deux cultures qui intervient entre-autre ; d'autre part, la question de la rupture de

la transmission culturelle pour la mère, notamment autour du maternage ; et enfin toutes les questions autour des effets du traumatisme vécu par l'enfant. Par exemple, certains enfants reçus dans les CADA ont eux-mêmes été objets d'exactions, seuls, rarement ou généralement accompagnés de leurs parents. Environ 20% des sujets adultes ou enfants qui ont été l'objet d'une situation qui peut être considérée comme traumatique ou non, ont développé des troubles de cette nature. Le diagnostic est beaucoup plus difficile chez les enfants que chez les adultes car la clinique est totalement différente. Par ailleurs, tout ce champ de ce que l'on nomme « la transmission du traumatisme mère-bébé » ou « parent-bébé » est aussi objet de beaucoup d'écrits sur le fait que, lorsque l'on grandit avec un ou des parents porteurs de symptômes graves liés au traumatisme, cela a des effets sur une relation mère-enfant ou père-enfant et peut avoir des effets psychiques compliqués chez les enfants.

Ainsi, il existerait quatre bonnes raisons de ne pas aller bien, même si effectivement « tous n'étaient pas morts mais chacun était touché. »

Actuellement, la réalisation d'études quantitatives semble impossible à mettre en place (par exemple, tant de nombre d'enfants de mères déboutées de statut de réfugié politique ont développé 20% de trouble). Cependant, il existe des études qualitatives, comme celle relatée dans un article écrit récemment dans la *Revue L'autre, Clinique, culture et société*, ainsi que l'article de Daniel Delanoë « Naitre

sans papiers, sans voie ni voix » qui évoquent cette situation très particulière des demandeurs d'asile déboutés. Le parti pris de cette équipe est d'étudier de près l'enfant dans une situation de parents demandeurs d'asile déboutés suivis en CMPP et présentant des troubles du langage ou des retards de langage, plus ou moins graves, jusqu'à l'apparition de tableaux de mutisme. L'objectif était d'essayer de comprendre, dans la situation de ces enfants, ce qui apparaissait comme déterminant pour expliquer le développement de ces anomalies du langage qui ont des effets graves notamment sur la question de la scolarité. Ce qui a été repéré chez ces enfants de deux ans et demi à sept ans, pris dans des situations d'exil complexes de demandes d'asile non-abouties, serait que les plus vulnérables, les plus exposés vis-à-vis des difficultés psychiques sont ceux qui sont nés les premiers en exil. Le deuxième point qui apparaît vraiment déterminant dans cette étude, pour cette apparition d'anomalies de développement du langage chez les enfants, est la présence d'histoires traumatiques dans la biographie des parents. Enfin, le silence autour de ces histoires traumatiques ne semble pas être considéré comme un facteur déterminant pour le développement de ces troubles chez ces enfants. Cette étude donne donc des points de repères très précis.

Le postulat de départ est que, pour tous les troubles, il n'y en a peut-être pas de spécifiques mais notons des troubles de langage, mutisme ; un facteur fragilisant et aggravant était le fait que l'histoire soit

complètement tue et avait souvent agit. En effet, nous avons souvent des parents qui vont très mal et qui agissent des choses de leur histoire traumatique, c'est-à-dire des symptômes qui se transmettent en dehors de la narration de leur histoire traumatique, sans que le récit soit fait et sans qu'il y ait de liens avec cette histoire. Il semblerait que ce soit peut-être finalement un facteur protecteur, une hypothèse qui mérite d'être approfondie.

Pour conclure, nous évoquerons notre action au sein du CMPP. Il y a la question de la prévention qui semble fondamentale, comme au CADA de ... où l'on observe un travail de qualité sur le cas de la protection maternelle infantile, d'où l'importance de solliciter les instances déjà existantes. D'autre part, lorsque ces enfants vont mal, ils vont très mal et il est difficile de savoir comment s'y prendre, sûrement parce qu'il y a un vrai obstacle au niveau de la langue, et ce malgré les références et les cadres culturels auxquels nous sommes formés depuis longtemps et grâce auxquels nous arrivons à nous repérer. Ainsi, la possibilité d'avoir, sans explication à donner, la présence d'interprètes dans les consultations comme au CMP de Bron sur l'unité de soins pour jeunes enfants, doit continuer à être défendu car elle est très précieuse. Cet effet de soulagement très rapide, au moment des premières consultations provient de ce que l'on appelle « la consultation thérapeutique » rendue possible lorsqu'elle se fait dans la langue maternelle. Cela est souvent observé pour des mères, en situation commune isolée, sans leurs enfants ; qui n'ont pas eu

l'occasion, ou très peu, de s'exprimer finement et subtilement en profondeur au sujet de leur enfant. Cela peut ainsi faire défaut et alimenter des difficultés majeures.

Ainsi, c'est important de travailler cette question de l'interprétariat pour promouvoir actuellement le finissement de la présence des interprètes dans les consultations en Auvergne. Par le passé, cela fût possible car les CADA avaient une ligne budgétaire à ce sujet-là et la ville de Clermont-Ferrand bénéficiait d'un organisme qui s'appelait le Clisma. Actuellement à Clermont-Ferrand, faire financer la présence d'interprètes est uniquement rendu possible pour des consultations d'enfants ou en CMPP, car nous nous occupons nous-mêmes du budget et avons donc pu ouvrir une ligne budgétaire spécifique à l'interprétariat. Par ailleurs, au CMPP nous associons les interprètes à nos consultations ainsi qu'à nos bilans ; notamment les bilans en orthophonie pour lesquels nous bricolons car rien n'est codifié. Cependant, nous travaillons actuellement avec un hôpital sur un outil d'évaluation langagière pour les enfants allophones, soit sur l'évaluation du langage, psychoaffective et cognitive d'un enfant qui ne parle pas français.

L'autre grand chantier que nous sommes en train d'ouvrir actuellement au CMPP de Clermont-Ferrand s'est formé à partir d'un constat un peu désespérant apparu à la rentrée dernière. En effet, un grand nombre d'enfants avec leurs parents, que l'on appelle « les primo arrivants », demandeurs d'asile ou autre, arrivent

dans nos écoles et apprennent, pour la plupart, le français en six mois, une prouesse cognitive difficile à comprendre. Cependant, des études montrent que cela est ensuite freiné au collège en se normalisant complètement après l'accès à des niveaux supérieurs. Toutefois, lorsque ce phénomène assez incroyable ne se produit pas, apparaît une problématique institutionnelle et ce malgré de la bonne volonté. Les enfants sont en effet très vite réorientés du côté des dispositifs d'éducation spécialisée, il est demandé de remplir au bout d'un an (pour aller vite), un dossier MDPH puis d'orienter les enfants sur des ULYSSE. On remarque un abus de cela du côté de l'Éducation nationale mais dans l'objectif de bien faire car il n'y a pas d'autre solution.

Ainsi, partant de ce constat, nous avons alarmé les personnes de l'éducation nationale, les médecins scolaires, l'inspecteur chargé de l'éducation spécialisée, les psychologues scolaires et les enseignants de FLE ; puis nous avons constitué un petit groupe, qui va démarrer, que nous appelons « un groupe zoom ». Une idée de solution serait l'évaluation transversale, plutôt pluridisciplinaire, en même temps du côté du langage, du social et autre, à un moment et temps donné, pour partir sur des bases solides afin de trouver des solutions pour les difficultés scolaires de ces enfants.

Ce chantier consiste donc à étudier de près, à la loupe, avec leur enseignant de FLE, l'évolution de quinze enfants sur une année, qui viennent d'arriver dans des écoles de Clermont-Ferrand. Nous allons

regarder à quel moment tout cela se met
à bricoler et qu'est-ce qu'il se passe
lorsque cela commence à décoller. Nous

pourrons donc en reparler dans deux ans,
au terme de cette étude.

SIXIÈME RENCONTRE : « QUELLE VULNÉRABILITÉ POUR LES PERSONNES QUI ACCOMPAGNENT LES DEMANDEURS D'ASILE ? »



Salle Mont-Blanc, à Grenoble, le 8 novembre 2017.

Vers une vulnérabilisation des professionnels qui accompagnent les demandeurs d'asile ?, Sophie Devalois

Sophie Devalois, intervenante sociale en CADA

Je suis éducatrice spécialisée et je travaille depuis dix ans dans un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile qui accueille 135 personnes en région lyonnaise. Nous accueillons des personnes isolées et des familles venant d'Albanie, de République Démocratique du Congo, d'Afghanistan, de Russie, du Soudan. Les personnes d'origine albanaise représentaient un peu plus de 50% des personnes accueillies en 2016 et pratiquement 60% en 2017. Les personnes restent en moyenne douze à quinze mois au sein de la structure : soit ils obtiennent une protection et sont accompagnés sur l'hébergement et l'insertion, soit ils sont déboutés de leur demande d'asile et ont un mois pour quitter le CADA même s'ils s'inscrivent dans une autre procédure. La plupart des personnes déboutées se retrouvent,

actuellement et depuis plusieurs années, à la rue.

L'OFII oriente les personnes les plus vulnérables vers les structures d'accueil. Le CADA reçoit des personnes avec des pathologies souvent très lourdes car il se situe à proximité d'un hôpital et dispose d'un ascenseur. Nous sommes confrontés à des personnes qui sont atteintes de maladies graves, de troubles psychiatriques et d'handicaps. De plus, leurs vies sont souvent parsemées de multiples traumatismes.

Le CADA accueille de plus en plus de personnes malades et en grande souffrance, avec de moins en moins de moyens (en terme d'effectifs, de budget, de propositions de sortie « décente »...). La plupart des personnes accueillies

aujourd'hui font une demande de régularisation principalement au titre de la santé. Auparavant ces demandes étaient plus rares. L'accompagnement dans ces démarches ne fait normalement pas partie de nos missions.

L'équipe du CADA est constituée de cinq intervenants sociaux et d'un animateur à mi-temps, une secrétaire à mi-temps et un directeur adjoint. Nous accompagnons les personnes au niveau social dans les domaines de la santé, la scolarité et la parentalité. Pour l'accompagnement juridique, nous ne réalisons plus les recours depuis la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile. Les avocats sont chargés de cette tâche. Nous pouvons apporter des compléments ou alors aider à réaliser le récit OFPRA.

Baisse des effectifs et travail administratif

Avec l'accélération des procédures, les personnes hébergées restent en moyenne un peu plus d'un an (en comparaison, auparavant elles restaient entre trois et cinq ans). Nous n'avons plus à faire les recours, ce qui a permis de justifier une baisse des effectifs. Le travail des équipes du CADA devient plus administratif. Les équipes ont moins de temps à consacrer au collectif et à calmer les tensions inhérentes à la vie en collectivité. Trois postes ont été perdus en trois ans alors que vingt places de plus avaient été rajoutées. Compte-tenu du public accueilli, le CADA devrait être à un ETP pour dix personnes accueillies. Aujourd'hui, il est à un pour vingt.

Lors d'un entretien sur l'évolution du travail, un membre de l'équipe s'est ainsi exprimé : « *Aujourd'hui nous sommes beaucoup dans la production administrative, il n'y a aucun contrôle du fond de notre travail. Il suffit de marquer ce que l'on a fait pour que ce soit considéré comme fait. C'est complètement hallucinant. Nous avons peu de temps à consacrer aux suivis. Nous gérons les problèmes dans l'urgence et nous sommes limités par nos moyens et notre temps de présence ici. Pour l'accompagnement juridique nous n'avons plus le temps de faire du travail de fond. Avant, il y avait pas mal de formation en géopolitique avec une mise à jour de nos connaissances. Cela s'est complètement effondré maintenant. A mon arrivée, il y avait un pôle juridique. Au final, la direction a considéré que ce n'était pas pertinent. Ils avaient peur que les intervenants sociaux se regroupent et mettent en danger leur autorité. Pourtant cela permettait la mutualisation des échanges. Et aujourd'hui, il n'y a plus d'échanges avec les autres collègues. On doit réinventer l'eau chaude à chaque fois chacun de son côté. La hiérarchie est plus soucieuse de la forme que du fond. On fait très peu de vrais accompagnements sociaux. C'est quoi le vrai accompagnement social ? Accompagner dans un projet de vie personnel dans l'attente d'une réponse ou il est difficile de se projeter. Quand ils ont le statut ce n'est plus de notre ressort. Et puis de toute façon, il y a toutes les problématiques de santé. Un système de soin avec des défauts. Une grosse partie de notre travail concerne la santé mentale. Beaucoup de personnes sont au bord du gouffre, du*

suicide on a pu en récupérer quelques-unes. Au quotidien, on est plus sur la gestion d'un foyer médicalisé mais sans les moyens... »

Notre travail aujourd'hui : la gestion des urgences, des conflits et des crises

L'équipe du CADA est de en plus confrontée à des violences et à des hospitalisations en urgence et a de moins en moins de temps pour le travail de fond.

Récemment, l'équipe a dû gérer un conflit important entre deux familles qui commençait à dégénérer violemment avec l'arrivée de trois camionnettes de gendarmes, en même temps que l'hospitalisation d'une des femmes qui décompensait. Un mois après, deux psychologues sont venus nous rencontrer et nous nous sommes aperçus que de fortes émotions étaient encore largement présentes et que l'évènement avait laissé des traces.

Cette situation est particulière et inhabituelle, mais nous avons à gérer des conflits ou des situations d'hospitalisations en urgence régulièrement. L'équipe est par ailleurs moins nombreuse, moins présente sur le collectif, faisant peu de prévention autant sur les problèmes de la vie en collectivité que sur le soin. Plus de familles ont besoin d'être accompagnées ce qui n'est pas sans conséquences. La violence s'accroît depuis quelques mois et devient habituelle (bagarre au couteau avec un résident blessé, des problèmes de violences conjugales, menaces et coups de poing dans le mur à côté d'une collègue, hospitalisations d'urgence en

psychiatrie avec tentative de suicide ou dans d'autres services...).

Le traumatisme vicariant

Les hébergés se confient sur ce qu'ils ont vécu au pays (viols, tortures, emprisonnement...), sur leur souffrances actuelles et leurs inquiétudes concernant leur avenir. Ils expriment parfois ce qu'ils ont vécu au moment de la rédaction du récit OFPRA ou dans les entretiens. Ces moments d'écoute laissent des traces sur les intervenants. Selon le COMEDE, la moitié des demandeurs d'asile ont vécu des violences et un quart d'entre eux des tortures. Le traumatisme psychique est un excès qui déborde les capacités de contenance psychique du sujet, anéantit ses capacités défensives et met en échec le travail de liaison de l'appareil psychique. Il y a un cumul des facteurs de vulnérabilité (incertitude, exclusion, précarité de liens, situations en suspens, isolement...). Lorsque l'on ne peut pas dire les choses, c'est le corps qui va parler.

L'exemple des maux de tête récurrents, dans la situation suivante notamment, permet d'illustrer cela :

« Je reçois le couple A., un jeune couple avec deux enfants nouvellement arrivés sur notre structure. Monsieur parle déjà très bien le français mais sa femme ne parle que l'albanais. Je n'ai pas d'interprète lors de ce premier entretien. Le jour où la famille est arrivée, madame avait un rendez-vous à l'hôpital pour des examens pour ces maux de tête. Les médecins n'ont rien trouvé. Je passe par

monsieur pour en savoir un peu plus. Je lui demande si sa femme dort bien et si elle se nourrit correctement.

Monsieur : oui ça va elle dort mais elle ne mange qu'une fois par jour. Elle ne parle pas. Je ne sais pas ce qu'elle a. Elle ne me parle pas.

Je regarde attentivement Madame. Elle me regarde aussi.

J'explique au couple que bien souvent quand les maux de tête sont récurrents et que l'on ne trouve rien au niveau physiologique c'est que l'on ne va pas bien et qu'il y a forcément quelque chose à en comprendre. Que le fait de ne pas pouvoir parler provoque des maux dans le corps. Je parle de la possibilité de rencontrer un psychologue sur le foyer. Monsieur m'explique que l'hôpital en a déjà proposé un mais que madame a refusé. Monsieur se met à pleurer. Je me tais. Je lui tends la boîte de mouchoirs discrètement. Je ne peux m'empêcher de penser que madame a subi des violences sexuelles et qu'elle ne peut en parler à son mari comme beaucoup de femmes que j'ai rencontré qui ont vécu cette situation. Je propose de revoir madame dans la semaine avec un interprète qu'une collègue a déjà réservé pour une intervention.

Dans la semaine, je reçois donc madame. Je n'ai que 15 minutes pour lui parler du psychologue et de son travail et de dédramatiser le fait de le rencontrer. Finalement je vais rester avec madame et l'interprète 30 minutes car ma collègue l'attend. Je vais tout doucement dans mes explications pour ne pas la brusquer et bien prendre en compte le fait que je ne

connais Mme A. que depuis très peu de temps. Je lui explique également que lors de l'entretien OFPRA, elle va être amenée à expliquer pourquoi elle a fui son pays et qu'un soutien psychologique en amont pourrait l'aider à traverser cette épreuve. À la fin de l'entretien, je lui propose de réfléchir à ce que je viens de lui expliquer et que l'on en reparle très prochainement.

Je retrouve mon collègue qui travaille sur le dossier juridique et qui m'explique que la famille est convoquée dans une semaine à l'OFPRA. Il m'explique que le dossier est vide, qu'ils sont venus pour madame qui ne supportait plus de vivre là-bas pour cause de dépression.

Le jour de la convocation à l'OFPRA, monsieur revient nous voir en fin de journée affolé. Il nous explique que lors de l'entretien sa femme est tombée par terre inanimée. Ils ont appelé les pompiers et elle a été emmenée à l'hôpital. Je propose à monsieur de venir me parler dans mon bureau. Je reparle avec lui de la possibilité de voir le psychologue. Monsieur se met à pleurer. Il me dit que maintenant sa femme est d'accord pour le voir. Il m'explique qu'il ne comprend pas et qu'à chaque fois qu'il lui pose des questions pour comprendre elle ne répond pas. À plusieurs reprises, il a insisté et elle a fait des malaises et s'est évanouit. Je vois sa souffrance et son impuissance. Je lui dis qu'il pourra aussi en parler avec le psychologue.

En réunion d'équipe, nous parlons de cette situation. Nous décidons de proposer à madame de voir avec elle si elle a eu le temps de s'exprimer à l'OFPRA. Si elle veut faire un complément et de lui proposer que

je m'en occupe pour qu'elle se retrouve avec une femme et non mon collègue qui est un homme.

Dans cette situation, je suis très touchée par la détresse de Monsieur A. Je vois que sa femme a certainement vécu des violences difficiles à verbaliser. Je cherche avec mes collègues comment la soutenir sur un plan psychologique et comment l'aider dans sa demande d'asile. »

Cette situation est le reflet d'un paradoxe auquel l'équipe du CADA est régulièrement confrontée : être soutenant dans l'accompagnement et leur demander en même temps de dire ce qu'ils ont vécu pour la demande d'asile. C'est une injonction paradoxale, celle d'amener la personne à se raconter alors que le travail d'élaboration n'est pas encore possible car verbaliser un traumatisme nécessite du temps.

Recueillir la parole des personnes qui ont vécu des violences ne nous laisse pas indifférents et nous atteint. Tout comme les situations de violence dont nous sommes témoins ou celles que nous avons à gérer. Ces personnes ont un vécu de traumatismes répétés (comme celui de l'exil), de deuils multiples, de violences extrêmes et organisées. Le traumatisme crée de l'irritabilité et de la violence (ce que nous pouvons observer avec les violences conjugales par exemple). Tel un effet miroir, cette violence se retrouve parfois dans l'équipe du CADA.

Selon Sandrine Duhoux, dans son article « Le traumatisme vicariant : la souffrance des soignants » (publié le 20 mai 2014, *Psychotrauma, Relation d'aide*) ;

l'écoute n'est jamais sans effets sur l'écouter. « L'accompagnement des victimes de traumas passe essentiellement par l'écoute empathique et la relation d'aide. Or, le discours est le porteur de l'effroi de la mort, de la désintégration de l'identité physique et/ou psychique. Ces récits traumatiques, portés par les détails sensoriels, ont des premières vertus cathartiques pour les patients. Mais ils génèrent peu à peu des changements chez l'accompagnant ; ce qui a menacé leur vie ou leur intégrité physique ou psychique va atteindre insidieusement leurs accompagnateurs médicosociaux, au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel et spirituel. La vision du monde des professionnels travaillant de façon régulière avec des personnes ayant vécu un événement traumatique subit peu à peu des altérations. Usés par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, les professionnels souffrent alors de ce qui est nommé traumatisme vicariant ou d'usure par compassion. [...] Les effets de ce « traumatisme par compassion » peuvent ressembler aux signes d'un syndrome post-traumatique ou d'une dépression. » Ils ont des répercussions dans toutes les sphères de la vie du professionnel [...] Le traumatisme vicariant porte son attention sur les professionnels de l'aide, ceux-là même qui tous les jours, entendent des récits de souffrances de victimes ou de patients, assistent aux effets quotidiens d'une maladie, vivent avec la mort imminente de l'un d'entre eux... et doivent continuer malgré tout à aider et soutenir, avec empathie ».

Des conditions de travail qui se dégradent et l'épuisement professionnel qui survient

Selon un article sur la prévention des risques professionnels des travailleurs sociaux, « les travailleurs sociaux exercent leur métier dans un environnement économique et social évolutif dont les conséquences détériorent leurs conditions de travail, avec des problématiques de plus en plus lourdes, générant des besoins croissants en services sociaux de proximité, à la fois en nombre de cas à traiter, de gravité et de complexité des problèmes rencontrés, et cela sans disposer de plus de ressources requises par cette situation²². »

Les personnes orientées en CADA par l'OFII sont les plus vulnérables : des personnes malades avec des pathologies lourdes et multiples (problèmes de santé type cancers, personnes dialysées, handicapées, troubles psychologiques et psychiatriques,) avec en plus l'isolement et d'autres problèmes comme les violences intrafamiliales ou les addictions. A cela s'ajoute la complexité de la situation administrative et l'attente d'une éventuelle réponse positive à la demande d'asile pour une protection.

Il y a une complexité croissante des dispositifs d'aide et de la demande d'asile. Les démarches pour l'obtention d'un éventuel titre de séjour ne cessent de

changer et sont de plus en plus sélectives. Nous sommes sans cesse confrontés à la complexité de l'administration avec de multiples intervenants (et c'est la même chose dans notre lien avec les hôpitaux, la caisse d'allocation familiale, la CPAM, la MVS, la maison de la Métropole ...). La connaissance des droits sociaux ou des démarches afférant à la demande d'asile sont en perpétuelles changements (modification des dispositifs, des procédures, des seuils et des conditions d'attributions...). Les tâches administratives deviennent de plus en plus lourdes et sont peu valorisantes. Elles consomment du temps au détriment des activités de conseils et d'accompagnement.

Il est par exemple, de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous à la MVS (Maison de la Veille Sociale qui a pour mission de gérer l'ensemble des places d'hébergement d'urgence et d'insertion du département ; ainsi que le 115 dans le Rhône) pour les personnes déboutées du droit d'asile. Les personnes sont triées sur leurs vulnérabilités et il est demandé au CADA de participer à ce tri.

Aujourd'hui la violence physique et verbale des personnes que le CADA accueille vient encore plus fragiliser l'équipe. Sa mission peut être vécue comme un contrôle ou comme une administration qui donne un refus,

²² Repéré à : <http://www.officielprevention.com/formation/fic>

[hesmetier/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssr=206&dossid=361](https://www.hesmetier/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssr=206&dossid=361)

lorsqu'elle est par exemple associée à la préfecture.

Dans « Le rejet des exilés », Jérôme Valluy (p 245) écrit : « tous les travailleurs sociaux en CADA sont confrontés à des problématiques communes liées à la politique de l'asile : elles concernent l'admission en CADA, le conseil juridique aux demandeurs d'asile et les « sorties de CADA ». Ces trois sources de contraintes pèsent sur tous les acteurs de l'accueil professionnalisé des demandeurs d'asile : cadres dirigeants, travailleurs sociaux salariés, stagiaires et bénévoles. Elles les réunissent en un monde commun et les rapprochent des fonctionnaires de l'Etat dont ils intériorisent les manières d'appréhender la demande d'asile et de raisonner à son sujet. Sous le poids de ces contraintes, les travailleurs sociaux tendent à raisonner dans les CADA comme dans les administrations et les tribunaux. »

Le manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail imposent de faire des choix douloureux et de doser les efforts de façon sélective. La souffrance de l'équipe résulte des difficultés à concilier les exigences déontologiques avec la réalité du terrain et des ressources à disposition. Par exemple, l'impression d'être inutile ou de ne plus être à sa place pour les juristes ou pour ceux qui réalisaient les recours.

Ces facteurs se cumulent et entraînent de nombreuses conséquences somatiques et psychologiques. En résulte une fatigue psychologique pouvant aller jusqu'à l'épuisement nerveux, la dépression et le « burn out », avec des arrêts maladies de

plus en plus fréquents et de plus en plus longs, voire jusqu'à l'accident de travail ou la mise en incapacité.

Ce même article sur les risques psychosociaux, évoque également la notion de fatigue psychologique qui « résulte des actes de violence ou d'usure compassionnelle, pouvant parfois aller jusqu'à l'épuisement nerveux et la dépression, est la conséquence de l'excès de tous ces facteurs stressants qui se cumulent à la longue, entraînant de nombreuses conséquences psychologiques et somatiques : pour les travailleurs sociaux, la réalité croissante des atteintes à la santé psychique et de ses effets somatiques par le stress se traduit par des maladies et différents troubles [...] ainsi que par des pathologies post-traumatiques consécutives à l'augmentation des agressions. »

Un exemple criant :

L'accompagnement des personnes déboutées vers la rue

Pour créer une relation de confiance par l'écoute permanente des difficultés, discerner les situations de violences familiales ou conjugales, les problèmes de santé mentale, il est nécessaire que le personnel de CADA s'implique affectivement et émotionnellement sur plusieurs mois dans l'accompagnement au quotidien. Or, les personnes déboutées de leur demande d'asile ont un mois pour quitter le CADA, et ce, qu'elles aient des enfants ou des problèmes de santé, sans protection de la France et sans solution d'hébergement alors que nous avons à faire à un public vulnérable. Cela provoque un sentiment d'échec, de

dévalorisation de soi et de culpabilité, confrontés à l'incapacité d'apporter une aide vraiment satisfaisante, à affronter de façon répétée les mêmes problèmes sans trouver de réponses adaptées à la situation, face à des personnes désespérées ou en colère. Cela devient profondément déstabilisant et le personnel peut se sentir complètement inutile, démotivé et douter de son travail.

Beaucoup de personnes accueillies se retrouvent déboutées de leur demande d'asile, 47% de protections en 2016 sur le foyer et certainement moins en 2017, car les familles albanaises qui sont très nombreuses obtiennent moins de protection. La plupart des personnes déboutées se retrouvent au bout d'un mois à la rue et ont droit à quatre nuits d'hôtel, puis se retrouvent sans hébergement. Lorsque les personnes que nous accompagnons n'obtiennent pas de protection et doivent quitter le CADA sans rien (plus d'allocation, plus de toit...), quel est le sens de notre travail ? De plus, peu de personnes font un retour OFII.

La maladie aide parfois à obtenir des papiers et un hébergement grâce au certificat médical, comme un « laisser-passer ». Avec la raréfaction des places d'hébergement dans le 115, il faut avoir une pathologie très lourde et être dans une « urgence vitale » pour espérer éviter la rue. Les travailleurs sociaux en CADA doivent maintenant faire le tri entre ceux qui ont un « besoin vital » d'hébergement et les autres, évaluer si monsieur A. va par exemple faire un passage à l'acte, faire une tentative de suicide, ou s'il supportera d'aller à la rue sans rien dire.

Lors d'un entretien, une collègue s'est exprimée sur son ressenti par rapport à la question des déboutés, sa manière de se positionner et de vivre cela :

« Bah... comme je te le disais au début de l'entretien, moi il y a dix ans (elle rit) j'appelais le 115, il y avait des places. Donc voilà après, la question des déboutés ne me traumatisait pas... surtout parce que les gens sortaient d'ici et qu'ils n'avaient pas de papiers donc c'était compliqué. Bah... après je savais qu'ils pouvaient rebondir et faire d'autres demandes de régularisation ou des réouvertures. Là aujourd'hui, ils sortent, donc non seulement il y a un gros point d'interrogation sur les possibilités de régularisation, et d'avoir une réponse positive s'il y a une réouverture de leur dossier et en plus il y a la question de l'hébergement qui est... (silence). Qui est vraiment une grosse interrogation. On a plus de solution, les gens ils attendent beaucoup de nous parce qu'on les a quand même suivi pendant un certain nombre d'années et on a toujours essayé de répondre à leur demande et ce jour-là, bah... Quand on doit leur dire que l'on n'a pas de réponse (elle rit) c'est euh ... C'est dur. Des fois, quand on dit à des familles qui viennent d'avoir un bébé qu'ils doivent sortir sans solution, enfin voilà, on est tous humain et on sait la réalité. Et puis bon, c'était un peu compliqué quand le pôle famille nous demandait de remplir en plus les dossiers, le rapport social. Donc ça repose un peu tout sur nos épaules. Donc, on envoie un document, les gens, ils sont en face de nous, ils ne savent pas où ils partent. Et puis finalement, est-ce que l'on

l'a vraiment envoyé pour qu'ils n'aient pas de solution. (Silence) Et puis du coup, en tant qu'IS on se retrouve là avec la famille en face. Et puis, c'est à nous de leur dire qu'il n'y aura pas de solutions à l'extérieur donc on fait un peu le travail d'une autre institution. (Silence)

Tu veux dire que l'on fait le travail du 115, en fait ?

Oui voilà. (Silence)

Nous ça nous met super mal à l'aise. (Silence) Et moi, je suis même étonnée qu'il n'y ait pas plus de personnes qui pètent un boulon, tu vois à la sortie. (Silence)

Tu veux dire...

Les gens ils restent vachement...enfin... résignés, tu vois. (Silence) Il n'y en a pas tant que ça qui s'énervent quand même.

Oui. Et puis voilà la réponse c'est : il y en a tellement d'autres dehors. Mais nous quand on les connaît, comment on peut les mettre dehors, tu vois ? (Silence) On essaye toujours de se protéger, bah oui. Ils ont signé un contrat donc ils savaient très bien quand ils allaient rentrer chez nous qu'ils allaient devoir sortir. Le fait de savoir et le fait de le vivre c'est deux choses complètement différentes car tu as toujours quand même l'espoir que ta demande aboutisse... (Silence). Je trouve que le plus dur aussi, c'est ceux qui ont des enfants, déjà ici avec eux et qui savent aussi qu'ils ont des enfants qu'ils ont aussi laissés au pays... (Silence). Quand ils sortent d'ici c'est un peu la fin de ... savoir vraiment qu'ils ont raté. Ils ont fait tout ce parcours, quitter leur pays, quitter ce qui les a fait fuir pour arriver ici et se retrouver

dans une impasse... (Silence) Et, tout est fait pour qu'ils se sentent mal, tout est fait pour que...ils soient...ils sont mal accueillis, mal hébergés. Comme dit notre chef, c'est leur choix (elle rit)... entre guillemets. Mais s'ils ont fait le choix de rester c'est bien que c'est pire dans leur pays, autrement ils repartiraient une fois qu'ils auraient fait leur procédure. Qui est-ce qui aurait envie d'être dans la rue avec ses gamins ? (Silence)

Vous pouvez faire un retour Ofii (Office Français de l'Intégration et de l'Immigration)... (Rires) »

Conclusion

L'analyse de la pratique permet de penser ce que l'autre produit en nous (doute, fatigue,...), être accompagné avec les collègues. Cette concertation entre professionnels permet de créer une fonction contenant entre eux et d'éviter d'être en fragilité par rapport à une situation et par rapport à la violence institutionnelle. Mais est-ce suffisant ? Lorsque l'équipe professionnelle n'est pas en accord avec ce qu'on lui demande, cela devient compliqué, au risque de créer des conflits. Nous sommes pris dans les injonctions paradoxales. Par exemple celle du temps de la procédure et celle du soin, accompagner puis mettre à la rue ...

L'équipe du CADA dispose d'une dizaine de séances d'analyse de la pratique par an mais ces séances semblent insuffisantes par rapport à ses besoins. L'année dernière, il y a eu une multitude d'arrêts de travail. Cependant, le croisement d'équipe en analyse de la pratique nous a permis de constater que nous n'étions pas

les seuls à souffrir professionnellement et que tous les autres sites étaient touchés par ces arrêts maladie.

Dominique Lhuilier, professeure de psychologie au Conservatoire national des arts et métiers, dans « le travail sur le négatif », parle des dispositifs organisationnels spécialisés dans le traitement du négatif : « Les discours

produits visent à la fois à masquer une réalité qui doit être ignorée et à offrir la référence à un ordre légitimant l'existence et l'efficacité de ces organisations. Un discours arc-bouté sur un projet épuré des scories du négatif. [...] travestissement et déni de la réalité tentent de subvertir le « sale boulot » en œuvres utiles pour le bien commun et celui des usagers de ces organisations. »

(Faire) face à la vulnérabilité... et se solidariser !, Nicolas Chambon

Nicolas Chambon, Sociologue, Responsable de la recherche Orspere-Samdarra, Centre Max Weber

Une procédure précarisante et un contexte vulnérabilisant

Avant toute chose explicitons en quoi le contexte vulnérabilise. Les crises politiques, environnementales, les conflits peuvent être les causes du départ et engendrer la précipitation de la migration, parfois sans projet préétabli. Et les routes migratoires sont aussi devenues de plus en plus dangereuses, voire mortelles²³. Surtout, les soutiens s'alarment de plus en plus de la situation des migrants primo-arrivants, demandeurs d'asile et réfugiés²⁴. La procédure d'asile vulnérabilise, par sa lourdeur mais aussi par les conditions de vie qu'elle engendre, notamment du fait des conditions d'hébergement. L'impossibilité de travailler le temps que dure la procédure, l'importance du taux de refus²⁵, participent de cette précarisation. Un aspect nouveau, selon les opérateurs de l'asile : avoir le statut de réfugié ne signifie pas forcément une sortie de la précarité. En effet, une fois cette procédure terminée, certains ne parlent pas français et se retrouvent pénalisés sur le marché du travail. Effet négatif de l'accélération des procédures à la fin de l'année 2015 pour certains demandeurs d'asile : ils obtiennent leur statut plus vite et n'ont

pas eu le temps d'être accompagnés par les travailleurs sociaux des dispositifs de l'asile. Des jeunes de moins de 25 ans sortent de centre d'hébergement dans des situations très précaires, ne pouvant à cet âge bénéficier du Revenu de Solidarité Active.

Les professionnels, qu'ils soient du champ de l'asile ou de la précarité, sont unanimes sur le constat d'une précarisation des migrants primo-arrivants. La réforme de l'asile a eu des effets pervers, notamment lié à l'attente dans les Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) et aux guichets uniques (GU). 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. À titre d'exemple, les délais de rendez-vous pour les demandeurs d'asile pour se présenter au Guichet Unique de Demande d'Asile (GUDA) ont commencé à croître. Sur le GUDA de Lyon le délai de rendez-vous est de 45 jours à la fin de l'année 2017. Et ce délai peut parfois être précédé d'un délai de rendez-vous en PADA. En l'absence de rendez-vous les requérant n'ont évidemment pas de titre de séjour, un accès différé à l'allocation demandeurs d'asile (ADA), une absence de prise en

²³ Évelyne Ritaine, « Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : damnatio memoriae », *Cultures & Conflits* [En ligne], 99-100 | automne/hiver 2015.

²⁴ Rapport de Médecins du Monde, les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe, 2017.

²⁵ 64% en 2017.

charge des frais de santé, et surtout pas d'hébergement substitutif dans le droit commun saturé....

Après le rendez-vous au 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 isolés en. À la fin septembre 2017, le décompte en région Auvergne-Rhône-Alpes des demandeurs d'asile identifiés prioritaires pour un accès à l'hébergement donnait le chiffre de 8000 personnes dont 5000 pour le GUDA de Lyon. Parmi ceux-ci près de 1500 personnes composent des ménages de 2 à 5 personnes...

Un accompagnement « réduit »

Quand la proposition d'hébergement arrive, l'orientation est soit faite vers un CADA (38 000 places à l'échelle nationale) ou des dispositifs d'hébergement d'urgence (21000 HU, 6000 ATSA, 5300 PRAHDA). Dans ces derniers dispositifs, le taux d'encadrement est moindre. De ce fait il y a moins d'accompagnement social. Conséquence directe : La capacité des équipes pour accompagner est donc diminuée, de même que celle à prendre soin des plus fragilisés.

Au regard de ce contexte, la vulnérabilité de la personne migrante liée à l'expérience qui est à la sienne et aux

conditions de vie auxquelles elle est exposée devient saillante et mobilise de nombreux acteurs. Les professionnels du champ de l'asile sont ainsi en « première ligne de la souffrance des demandeurs d'asile » (Le Goff, 2017 : 8-9). Mais ce sont aussi les dispositifs de « santé mentale » qui vont être sollicités par les migrants et/ou les aidants.

Pour les demandeurs d'asile, qui n'ont donc pas encore le statut de réfugié, les chiffres de prévalence du syndrome de stress post-traumatique varie de 30 à 50% (Hanson, 2012). Aujourd'hui, en France, c'est surtout le rapport du Comede (Comité Médical pour les Exilés) qui fait référence²⁶ pour les professionnels d'un point de vue épidémiologique. Il en ressort que : « parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les psycho-traumatismes représentent près d'un tiers des cas (31% entre 2007 et 2013) ».

Le « sale boulot » : choisir les plus vulnérables, parmi les vulnérables

Pour les intervenants sociaux ou en santé, devoir « choisir » le public à accompagner ou à soigner est une épreuve forcément très difficile... Et cette injonction à devoir avoir le souci des vulnérables l'est d'autant plus, et donne l'impression aux professionnels de faire le « sale boulot »²⁷. Cette difficulté est renforcée par le fait que beaucoup de ces

²⁶ Repéré à : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>

²⁷ La notion de « sale boulot », empruntée à Hugues, est notamment remise au goût du jour par Pascale Molinier, *et al.*, « Introduction au dossier », *Travailler*, 2010/2, n° 24, p. 16-17

Intervenants inscrivent leurs actions dans un cadre, si ce n'est militant, au moins compassionnel avec une certaine sensibilité à la « cause des étrangers ». Mais, soulignons ce paradoxe : la gestion des dispositifs du DNA relève à la fois d'une activité associative, généralement militante, et d'un mandatement, d'un contrôle, voire d'une administration par les services de l'État. Cette ambivalence est difficile à tenir pour les professionnels. Dominique Belkis, Spyros Franguiadakis et Michel Peroni soulignent ainsi que « l'une des caractéristiques les plus prégnantes de ce milieu [l'asile] est la tension qui existe entre professionnalité et militance : un état de trouble, de confusion entre les aspirations militantes qui fondent l'engagement des acteurs associatifs et le statut d'agent de l'État, de prestataire de service de l'association dans son rôle de gestionnaire de CADA ». Ce constat est unanimement partagé par les professionnels de l'asile que j'ai pu rencontrer. En effet, les injonctions sont contradictoires, entre, notamment, un devoir de faire sortir les déboutés au plus vite de la structure d'hébergement et la volonté, par moments, d'assurer la continuité de l'accompagnement.

Détecter les vulnérabilités engage...

On parle de « détecter » les vulnérabilités. Mais est-ce suffisant ? En effet, dire d'une personne qu'elle est vulnérable engage à en prendre soin ; et ce sans forcément présumer une quelconque rémission.

Dans le champ de la santé, la notion de vulnérabilité permet de thématiser une dimension jusqu'alors minorée de la pratique, et qui concerne donc non pas le *cure*, mais le *care*. En opposition à une vision médicale et inégalitaire de l'attention (Gilligan, 2008 : 6) ce concept permet de caractériser différents modes d'interventions auprès de la personne concernée. Pour caractériser et répondre à la souffrance d'autrui, il n'y a pas que le tableau pathologique, la nosographie et son mode d'abstraction du symptôme, mais aussi des singularités avec leurs souffrances situées, qu'il s'agit d'écouter... Cette incise dans notre argumentaire est très importante : la détection d'une vulnérabilité n'a de sens que si derrière elle débouche sur une prise en compte précisément de cette vulnérabilité.

Nos enquêtes²⁸ font état d'une complexité, exprimée de manière récurrente par les personnes concernées, dans la lecture des souffrances du public migrant en situation de précarité. Il est difficile d'apposer un diagnostic médical. Les professionnels sont en difficulté pour comprendre de quoi souffre ce public, les pathologies ne correspondant pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. L'épreuve porte alors sur l'évaluation de la souffrance psychique de ce public. Certains professionnels caractérisent cette souffrance comme étant

²⁸ Nicolas Chambon, *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs*

soutiens. Thèse de doctorat en sociologie, soutenue à Lyon II, le 30 novembre 2017.

psychosociale. Mais qui doit la soigner ? Cette souffrance remettrait en cause la position péremptoire du soignant en rendant, par moment, le clinicien incompetent. Et l'investissement supplémentaire que peut demander le soin des migrants (recours à interprète, incompréhension sur les parcours, irrégularité des rendez-vous...) peut induire la sensation de soigner un public que d'autres ne veulent pas.

Se solidariser ?

Notre position est étayée par les travaux de Jacques Ion, Bertrand Ravon, Pierre Vidal Naquet et Christian Laval autour des épreuves de professionnalités²⁹. Comment les épreuves auxquels nous faisons face peuvent nous permettre de nous solidariser, entre intervenants, mais aussi avec les personnes concernées par « notre » intervention ?

Il apparaît alors important de partager les problèmes auxquels sont confrontés les intervenants de différents horizons professionnels et institutionnels. Cela rejoint en partie le souci porté par Bertrand Ravon de *refaire parler le métier*, et d'étayer le « faire équipe » : « L'équipe est le résultat du travail réflexif qui se trame petit à petit à partir de

controverses, lesquelles obligent à des ajustements et des accordages. L'équipe est en ce sens un collectif rassemblé par des épreuves partageables et non par des appartenances ou des conceptions communes. « Faire équipe », ce n'est pas un idéal, mais une charge commune, celle de s'accorder sur un fonds de désaccords persistants³⁰. »

Ce « faire équipe » est à entendre à une échelle interinstitutionnelle. De ce fait, il ne s'agit pas tant de « faire équipe », que de « faire collectif », voire de « faire communauté ». S'il n'y a pas de communauté ontologique du côté du public migrant, en tant que cette communauté n'existe que par le cadre administrativo-légal qui fait exister comme tels, comme demandeurs d'asile par exemple, ses pseudo-membres, symétriquement du côté des professionnels, il y a un enjeu à penser une communauté de la relation, une communauté de la prise en charge.

Dans cette dynamique, le collectif ainsi créé apparaît alors comme une ressource devant les difficultés à tenir son rôle professionnel³¹. Faire réseau entre deux champs (psychiatrie et travail social), passe à la fois par un travail de distinction

²⁹ Notamment Bertrand Ravon (dir.) (2008), avec Geneviève Decrop, Jacques Ion, Christian Laval et Pierre Vidal-Naquet, « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires ». Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Ministère de la santé et des solidarités –

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

³⁰ Bertrand Ravon, « Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/2, n° 14, p. 97-111.

³¹ Pascale Molinier, « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance », *Temporalités*, n°9, 2009, p. 2-15.

des deux mondes (chacun d'entre eux avec ses possibilités, attributs, contraintes, histoire institutionnelle), et par la mise au travail de ce qui pose problème aux acteurs dans leurs activités pratiques. C'est donc une communauté de la relation qu'il s'agit de faire exister, pour s'attacher à penser la solidarité, non à partir de l'homogénéité (« nous sommes les mêmes »), mais de la différence (constitutive de la relation d'aide). L'enjeu est de sortir d'une solidarisation inclusive à partir d'une figure de la victime, ce qui induit de déplacer la question, de la population, au professionnel, et à la relation.

Devant le constat de l'isolement des professionnels, et de la crise de l'institution comme entité soutenante, il apparaît qu'il y a un enjeu à (re)penser les formes et les contours du collectif. Il importe alors de proposer pour les professionnels des espaces d'échanges et qu'ils puissent partager les problèmes auxquels ils sont confrontés. Dans cette dynamique, les espaces collectifs sont des ressources devant les difficultés à tenir son rôle professionnel, à travailler avec d'autres dispositifs afin de permettre une meilleure prise en charge de ce public.

Au-delà d'une catégorie administrative (le demandeur d'asile, le débouté), il s'agit d'appréhender justement le sujet migrant comme une *personne*, mais aussi comme *sujet* appréhendé différemment par

nombre de professionnels et de dispositifs éclatés. C'est alors une communauté de la relation qu'il s'agit de faire exister, pour s'attacher à penser la solidarité, non à partir de l'homogénéité et du même, mais de la différence (constitutive de la relation d'aide) pas seulement la différence avec l'étranger, mais aussi les différences entre professionnels.

Mettre à l'épreuve comme perspective politique

Dans le champ médico-social, le migrant est la figure de l'individualisme négatif pour reprendre la terminologie de Robert Castel ; un individu par défaut, désaffilié. Il apparaît alors qu'il y a enjeu politique à le réétayer. Pour Jacques Ion, Christian Laval et Bertrand Ravon³², dans le paradigme d'action contemporain du champ médico-social, l'objet des étayages psychologiques est le social, décrit comme faisant défaut. L'intervention psychologique se déploie alors dans une perspective de reconnaissance sociale des personnes en difficulté. Le sujet est pensé à partir de sa charge négative. Il s'agit moins de l'émanciper que de le reconnaître dans sa singularité. L'intention politique advient alors comme une nouvelle manière de penser la solidarité envers les plus démunis, pour autant que ceux-ci, également, doivent avoir les moyens de s'insérer dans une société d'individus. Deviennent politiques

³² Jacques Ion, Christian Laval, Bertrand Ravon, « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres

d'action dans le travail social », dans Jean-Louis Génard et, Fabrizio Cantelli (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, DGLJ, 2007, p. 157-168.

les pratiques d'étayages, y compris psychiques, des personnes.

La segmentation des différents métiers qui accueillent, accompagnent ou soignent le public migrant et la multiplicité des dispositifs entraînent une fragmentation des prises en charge. À travers nos enquêtes et nos activités, nous constatons que les professionnels amenés à prendre en charge ce public souffrent d'isolement, que ce soit au sein des équipes ou bien des institutions. Si dans le travail social, la question de la professionnalité apparaît de plus en plus travaillée, c'est aussi parce que les modèles de sens, qu'ils soient religieux comme a pu le montrer François Dubet à propos de la charité³³ ou politiques, ont perdu de leur efficacité.

Danilo Martucceli explicite fort bien un des enjeux de la considération des vulnérabilités : « c'est [un] mouvement de fond qui, se présentant comme une

radicalisation de l'individualisme, contraint à accorder une place toute nouvelle aux fragilités, humaines et sociales. Un mouvement qui octroie aux histoires personnelles et aux vicissitudes de nos vies un rôle analytique différent. Un mouvement qui, au fond, est indissociable d'une prise en charge croissante, à l'échelle des individus, des singularités en cours. Une dimension qualitative qui est réticente à l'effacement du singulier derrière le collectif et qui demande, au contraire, une autre intelligence de l'articulation entre le singulier et le commun »³⁴. Et si cette considération des vulnérabilités était une des réponses à l'aporie d'un mode de catégorisation administratif alors que la fragilité, liée au vécu dans le pays d'origine et/ou à l'expérience migratoire et/ou à la situation en France, est de moins en moins soluble dans la catégorie même de demandeur d'asile ?

³³ François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

³⁴ Danilo Martucceli, « la vulnérabilité, un nouveau paradigme ? » in Axelle Brodiez-Dolino,

Isabelle von Bueltingsloewen, Benoît Eyraud, Christian Laval et Bertrand Ravon (dir.), *vulnérabilités sanitaires et sociales*, PUR, Rennes, 2014, p. 27-39.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2018). *Actes du séminaire de réflexion « Vulnérabilités et demande d'asile » en Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.*



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 du séminaire de réflexion

Gwen Le Goff, directrice adjointe et responsable du pôle ressources
Vincent Tremblay, sociologue
Natacha Carbonel, Chargée de mission - Assistante de rédaction *Rhizome*
Roman Pétrouchine, pédopsychiatre
Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Relecture des actes

Gwen Le Goff, directrice adjointe et responsable du pôle ressources
Vincent Tremblay, sociologue
Natacha Carbonel, Chargée de mission - Assistante de rédaction *Rhizome*
Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative
Adelaïde Vergnes, stagiaire psychologue

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.