



**UNIVERSITÉ
JEAN MONNET**
SAINT-ÉTIENNE

Mémoire de Stage

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE

Stage effectué du 10 avril
2017 au 12 mai 2017

Tutrice pédagogique : Dominique Belkis

Tutrice de stage : Gwen Le Goff



Centre hospitalier
Le Vinatier



**ORSPERE
SAMDARRA**

Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés

Mathilde BEAU

Master 1 Politiques Sociales et
Développement Territorial

6 juin 2017

REMERCIEMENTS

Je remercie tout simplement l'équipe de l'Orspere-Samdarra pour m'avoir accueillie au sein de la structure, et plus particulièrement Gwen Le Goff, directrice adjointe de l'observatoire pour avoir été disponible lorsque j'en avais besoin durant ce stage.

Table des matières

Table des matières	2
Introduction.....	3
Contexte actuel de la demande d'asile	3
L'Orspere-Samdarra qui se saisit de la question	4
Quel contexte pour ce stage ?.....	6
L'Orspere-Samdarra	6
Les missions du stage	8
La procédure de demande d'asile	9
Des recherches bibliographiques qui interpellent	11
Des conceptions variables de la vulnérabilité	11
Comment prendre en compte de la vulnérabilité dans la réalité ? L'exemple des centres de rétention de liberté	16
Le questionnaire de vulnérabilité et le « certificat de vulnérabilité » : un outil gestionnaire plutôt qu'humanitaire ?	18
Un travail réflexif sur l'organisation des séminaires de réflexion et la journée d'étude	23
Réflexion sur l'élaboration d'une plaquette d'information	23
Un comité technique qui permet de se rattacher à la réalité.....	26
Conclusion	28
Bibliographie.....	30
Annexes	32

Introduction

Contexte actuel de la demande d'asile

Depuis plusieurs années maintenant, l'Europe connaît une crise migratoire. Cette situation a conduit les instances européennes à revoir leur système du régime d'asile, notamment en 2013. Ce sont notamment les médiatisations d'événements dramatiques survenus en mer méditerranée et l'afflux de migrants transitant par les pays des Balkans qui ont enclenché ce processus. Nous pouvons prendre pour exemple l'île de Lampedusa qui a dû faire face à plusieurs reprises à des corps de migrants échoués sur ses plages à la suite du naufrage de leur embarcation. La question a atteint un point si problématique que son inscription dans les médias et la politique était inévitable :

« Cependant, sur l'île de Lampedusa, sont parfois visibles des traces mortuaires : on y affronte les morts en mer, les cadavres retirés aux flots, les objets personnels rejetés sur le rivage, le deuil des survivants, les rituels impossibles. Ce fut le cas, notamment, lors du naufrage du 3 octobre 2013, tout près de la côte de l'île, qui fit 150 disparus, 366 morts retrouvés et 148 survivants. La plupart étaient érythréens, certains étaient somaliens ou soudanais, tous fuyaient la violence politique de leur pays. Un second naufrage a eu lieu le 11, entre Lampedusa et Malte, et a fait sans doute 200 disparus, 34 morts retrouvés et 206 survivants, la plupart syriens¹⁴. Cet événement marque un point de rupture dans la longue liste de naufrages de migrants en Méditerranée. Médiatisé et politisé, il signe l'inscription définitive du thème des naufrages migrants en Méditerranée dans le débat public, même s'il n'entraîne pas, ou peu, de changement de politiques¹ »

Comme les autres pays européens, la France a recueilli de plus en plus de demandes d'asile au cours de ces dernières années. Alors qu'en 2015 leur nombre était de 80 075², l'Office

¹ RITAINE, Évelyne. « Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : *damnatio memoriae* », *Cultures & Conflits*, vol. 99-100, no. 3, 2015, pp. 117-142

² MINISTRE DE L'INTERIEUR, Les demandes d'asile (statistiques), [en ligne] <http://www.immigration.interieur.gouv.fr>, 2016

Français des Réfugiés et Apatride (OFPRA), qui se charge des dossiers des demandes d'asile, en a comptabilisé 85 244 en 2016³.

Parmi toutes les directives qui participent à la transformation des instruments du régime d'asile européen commun (RAEC), l'une d'elle (2013/33/UE) souligne une nouvelle forme de prise en compte dans l'accueil des demandeurs d'asile. Elle se traduit par une considération de la vulnérabilité spéciale des personnes qui demandent une protection à des Etats. La directive pointe en outre l'importance de l'identification des besoins spéciaux des personnes vulnérables pour une aide adaptée.

Le 29 juillet 2015, l'Etat français a ainsi voté une loi sur la réforme du droit d'asile précisant les modalités de prise en compte de la vulnérabilité dans la demande d'asile. Cette loi récente suscite de nombreux questionnements de la part des professionnels, à la fois sur le plan éthique que sur celui des pratiques. Ils ne savent pour la plupart pas comment agir dans le cadre de la loi, particulièrement parce que la notion de la vulnérabilité dans la demande d'asile est très peu définie dans les textes. De plus, l'idée de faire état de vulnérabilités particulières pour des professionnels de la santé peut leur poser un problème d'ordre éthique face à une hiérarchisation des types de vulnérabilités. La loi établit en effet une liste, certes non-exhaustive, des personnes présentant une vulnérabilité particulière, mais qui fait débat sur les dérives éventuelles que cela engendrerait. L'enjeu est alors de clarifier le concept de vulnérabilité et de sa détection pour les professionnels agissant dans le domaine de l'asile.

L'Orspere-Samdarra qui se saisit de la question

C'est dans cette optique de clarification que l'Orspere-Samdarra s'est inscrit lorsque la structure a lancé le projet d'organisation d'un séminaire de réflexion et d'une journée d'étude (ouverts à tous) sous le thème « Vulnérabilités et demande d'asile ». Le sujet de la vulnérabilité était devenu un point récurrent abordé lors des comités techniques que l'observatoire organise régulièrement. Ces comités techniques réunissent différents professionnels de l'accueil et la prise en charge des demandeurs d'asile de la région afin qu'ils puissent échanger sur leurs propres pratiques. Cet espace d'échange permet également aux responsables de l'Orspere-Samdarra de se rapprocher des problématiques de terrain et répondre de manière plus adéquate à la demande des professionnels qui ont recours aux

³ MAURICE, Bénédicte. *Rapport d'activité 2016*, Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2017, pp. 33

multiples prestations proposées. En ce qui concerne la vulnérabilité, le vote de la loi du 29 juillet 2015 a multiplié les questionnements sur l'aspect polysémique du terme lors de ces réunions. Il en ressortait que cette diversité des sens posait (et pose d'ailleurs toujours) des problèmes dans la pratique des professionnels puisqu'aucun cadre d'action n'est déterminé clairement par le terme de vulnérabilité. Il est ainsi apparu important pour l'Orspere-Samdarra de se saisir de la question en organisant des séminaires de réflexion et une journée d'étude sur cette problématique. L'objectif principal est alors de mettre en discussion la question de la vulnérabilité à différents niveaux, allant du point de vue philosophique à celui des professionnels.

En amont de ce travail de discussion, il faudra commencer par expliquer le contexte du stage pour comprendre dans quelles conditions les différentes missions se sont réalisées. Ensuite, un premier aspect de travail sera développé à travers les différentes recherches bibliographiques sur les textes de loi, les textes en lien avec la thématique d'un séminaire ainsi que sur le « certificat de vulnérabilité ». La dernière partie sera consacrée aux réflexions en lien avec les thématiques l'organisation des séminaires de réflexion et de la journée d'étude, notamment avec le projet de création d'une plaquette d'information et d'une réunion avec le comité technique de l'Orspere-Samdarra

Quel contexte pour ce stage ?

L'Orspere-Samdarra

Avant d'aborder dans les détails ce qui a été réalisé pendant ma période de stage, il est nécessaire de présenter ce qu'est précisément la structure dans laquelle je l'ai effectué.

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national qui auparavant était divisé en deux entités. Il y avait d'une part, l'ORSPERE (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion) qui a été créée en 1996 par le psychiatre Jean Furtos et le sociologue Christian Laval. Leur idée était de rassembler leurs deux disciplines en une clinique psychosociale, au cours des différentes recherches-actions et des colloques qui servaient à interroger les conséquences de l'exclusion sur la santé mentale et de la prise en charge de la souffrance.

D'autre part, il y avait le Réseau SAMDARRA (Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes) créée en 2007, qui trouve son origine à la suite d'une recherche-action menée par l'Orspere sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Cette recherche-action avait mis en évidence des problématiques liées aux conditions d'intervention des professionnels accompagnant les demandeurs d'asile. C'est donc pour traiter de ces différentes problématiques que le réseau SAMDARRA a été créé.

Les points d'intérêts de l'ORSEPERE et du réseau SAMDARRA étant devenus de plus en plus proches les deux institutions ont fusionné en 2013. En effet, une majorité des publics ciblés par les deux organismes est migrante. L'objectif est de lancer des dynamiques, de concerner le grand public aux problèmes liés à la précarité, aux vulnérabilités et à la santé mentale. Ces dynamiques lancées pourront permettre de déterminer les contours des interventions de chacun des acteurs impliqués. Si les problèmes sont effectivement bien posés, les acteurs seront plus à même de les résoudre de manière plus adaptée. Pour se faire, une organisation spécifique s'est mise en place dans ce but précis.

L'observatoire est composé d'une équipe pluridisciplinaire dont l'activité est divisée en deux pôles : un pôle recherche et un pôle ressource. Comme le voulaient les fondateurs de l'Orspere-Samdarra, plusieurs disciplines se rencontrent pour constituer cette équipe. Ainsi, le travail de plusieurs membres de l'observatoire qui appartiennent aux champs de la psychologie et de la psychiatrie est associé à celui d'autres membres qui font, eux, partie de

du champ de la sociologie, pour mener à bien les projets que la structure porte. Ces méthodes de travail font de l'Orspere-Samdarra un observatoire qui occupe un statut particulier et ne trouvant aucun équivalent en France⁴.

Pour permettre la collaboration entre les disciplines, quatre laboratoires du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) participent aux projets du pôle recherche. Ce sont le centre Max Weber pour la sociologie, le Groupe Recherche en Psychologie sociale (GRePS), le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC) mais aussi le laboratoire Interactions Corpus Apprentissages Représentations (ICAR) spécialisé dans la linguistique. Les recherches et recherches-actions que l'Orspere-Samdarra mène en partenariat avec ces laboratoires sur les questions de l'habitat et de la santé mentale ; des migrations et de la santé mentale ; des publics vulnérables et des professionnalités ; des participations, du non-recours et des enjeux démocratiques, ouvrent la perspective de renouvellement des savoirs que s'est donné le pôle recherche à travers ces quatre axes thématiques qu'il a établis.

Mais l'action de l'Orspere-Samdarra ne se limite pas à ce type de recherches et un autre volet participe au caractère unique de l'observatoire : le pôle ressource. Ce dernier mets en avant la demande d'information du public (professionnel, bénévole, ou autre) sur les questions traitées par la structure. Pour répondre à cela, elle met en place plusieurs actions destinées à ces publics. Il y a tout d'abord le Diplôme Inter Universitaire « Santé, Société, Migration », mais il y a surtout les journées d'études et les séminaires de réflexion et cliniques qui permettent de traiter des questions problématiques que font apparaître les recherches et le terrain de l'Orspere-Samdarra. Ces rendez-vous sont l'occasion pour les professionnels d'échanger sur leurs pratiques et leurs conceptions de l'intervention et d'éclairer des points ambigus qui leur posent problème dans leur exercice. La diversité des origines professionnelles des participants (qui viennent du monde de la santé, de l'administration, etc.) est par ailleurs un élément important durant les rencontres. La vision pluridisciplinaire est une fois de plus.

Il existe un dernier aspect des pratiques de l'observatoire : la revue Rhizome. Elle s'inscrit dans le pôle ressource et ses discussions pluridisciplinaires. Sa diffusion à grande échelle dès le début des années 2000 a été l'occasion pour l'Orspere-Samdarra d'occuper une place

⁴ Bien que l'observatoire soit rattaché au Pôle Est du centre hospitalier du Vinatier à Bron en tant qu'unité fonctionnelle, il bénéficie de plusieurs crédits spéciaux régionaux et nationaux, en plus de ceux de l'hôpital, tels que l'Agence Régionale de la Santé (ARS), la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et d'autres financeurs selon les différents projets qu'ils peuvent mener.

importante dans son champ d'action, autant auprès des particuliers et professionnels que des institutions publiques.

Les missions du stage

C'est dans le cadre de la préparation des séminaires et de la journée d'étude « Vulnérabilité et demande d'asile » que mon stage s'est déroulé. Mes tâches initiales devaient consister à effectuer des recherches bibliographiques sur les thématiques des vulnérabilités et demande d'asile en lien avec les sujets des différents séminaires de réflexion. Il m'était également demandé de participer aux rencontres avec les partenaires de l'Orspere-Samdarra, de créer une plaquette d'information sur la problématique principale, mais aussi de prendre part à la réflexion sur le programme de la journée d'étude organisée en décembre 2017 et de gérer les inscriptions des personnes aux séminaires.

La demande était donc bien définie au préalable, si bien qu'aucune proposition de ma part n'est venue s'ajouter aux missions. L'une des explications qui pourrait justifier une telle décision vient du fait que le sujet global m'était totalement inconnu. L'intérêt de ce stage pour moi était alors de découvrir un domaine que je ne connaissais pas (celui des demandeurs d'asile) et un domaine professionnel (celui de l'observatoire). Le but de cette expérience devait aussi permettre d'ouvrir une réflexion sur des pistes de mémoire de Master 2 en questionnant les observations relevées durant la période de stage.

L'équipe chargée de s'occuper de l'organisation des séminaires de réflexion et de la journée d'étude est composée de quatre personnes : la directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra, un pédopsychiatre, la chargée de mission et assistante de rédaction de la revue Rhizome et un consultant sociologue. Mais tous avaient d'autres obligations en parallèle, conduisant au fait qu'à mon arrivée j'étais la seule à consacrer entièrement mon temps aux tâches en lien avec le projet. Quelques recherches bibliographiques avaient déjà été entreprises et les dates et lieux des six séminaires de réflexion ainsi que de la journée d'étude ont été définies. De plus, le travail sur les thèmes des six rencontres et les idées sur les personnes à faire intervenir avait commencé. Je suis arrivée par conséquent dans un projet engagé avant que mon stage commence, tout en sachant que j'allais également le quitter en cours d'avancement.

La procédure de demande d'asile

Je devais me saisir rapidement du sujet et plus généralement du contexte de la demande d'asile pour pouvoir remplir mes missions sur un temps court. J'ai donc consacré mes premières recherches bibliographiques sur ce point. Je devais connaître les étapes, les institutions et les acteurs de la procédure de la demande d'asile. Sans cela, la discussion sur la notion de vulnérabilité ne prendrait pas tout son sens⁵.

C'est à travers quatre institutions que le parcours du demandeur d'asile se dessine. Il y a tout d'abord la préfecture qui enregistre l'arrivée de chaque personne. Celle-ci se rend à ce qui s'appelle « le guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile » (GUDA). C'est à ce moment-là que l'enquête sur l'origine du demandeur commence et que le type de procédure dont il va faire l'objet est défini. La prochaine étape institutionnelle est celle de l'OFII. Les agents déterminent les conditions d'accueil pour le demandeur, en prenant en compte différentes variables comme sa situation familiale ou sa santé. La notion de vulnérabilité apparaît pour la première fois pendant cette étape car les agents de l'OFII doivent l'évaluer avec l'aide de critères qui seront définis dans une prochaine partie. L'évaluation doit permettre d'adapter les situations d'accueil des demandeurs en raison de leur vulnérabilité plus ou moins importante. L'OFPRA prend ensuite le relai en examinant les demandes d'asile, leur accordant ou non une suite favorable. Durant cette phase, le parcours et l'histoire du demandeur d'asile sont analysés lors d'un entretien avec lui et détermineront en grande partie la décision finale. Dans les situations où la demande est rejetée, le demandeur a la possibilité de se tourner vers la cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour faire appel de la décision. Si elle donne le même avis que l'OFPRA, le demandeur est expulsé de la France.

Le traitement de la demande d'asile s'accompagne d'un système d'accueil et d'aide aux démarches administratives⁶. Des associations s'occupent principalement de cette prise en charge, avec des financements de l'Etat. Cependant, la capacité de places disponibles dans les multiples structures ne permet pas d'accueillir tout le monde. La conséquence se traduit en une surpopulation des centres d'accueil et à une mise à la rue d'un grand nombre de

⁵ Ce processus de compréhension de la demande d'asile se base principalement sur les éléments indiqués sur une plaquette d'information que l'Orspere-Samdarra possède en plusieurs exemplaires et éditée par le journal « L'âge de faire ». A voir en annexe p. 89

⁶ Il existe plusieurs types de structure d'accueil pour les demandeurs d'asile : les centres d'accueil et d'orientation (CAO), les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (PADA), les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), les hébergements d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA), les accueils temporaires service de l'asile (AT-SA)

demandeurs d'asile. Ils ne peuvent donc pas bénéficier de l'accompagnement administratif assuré par les structures d'accueil et sont ainsi désavantagés. Quelles conséquences ce désavantage peut-il avoir sur la demande d'asile, mais aussi sur le demandeur d'asile lui-même ? Malgré la mise à disposition d'un guide de demandeur d'asile dans plusieurs langues, il est évident que pour ces personnes qui arrivent dans un nouveau pays dont elles ne parlent pour la plupart pas la langue et la culture, il est plus compliqué d'accéder à leurs droits et de mener à bien leur procédure de demande d'asile sans aide. Un nouveau facteur de vulnérabilité se manifeste, cette fois-ci non pas en raison des motivations de départ, de la situation familiale ou encore de la santé du demandeur d'asile, mais directement en lien avec les conditions d'accueil du pays.

Cela pose la question de la manière dont le contexte critique du manque de places dans les structures pour demandeurs d'asile est pris en compte dans le traitement du dossier. Avant tout cela, comment l'évaluation de vulnérabilité, réalisée par l'OFII, est-elle prise en compte dans l'accueil des demandeurs d'asile ? Quel impact cette évaluation a-t-elle réellement sur l'examen du dossier à l'OFPRA ? Comment examiner le plus « équitablement » un dossier que l'on sait mal construit, justement parce que l'accompagnement administratif a été défaillant ? Des défaillances bien souvent mal vécues par les travailleurs sociaux en lien direct avec les demandeurs. La notion de vulnérabilité dans la demande s'applique-t-elle ainsi qu'aux uniques demandeurs ?

Des recherches bibliographiques qui interpellent

Des conceptions variables de la vulnérabilité

Comment le terme de vulnérabilité est-il mobilisé dans le cadre de la loi du 29 juillet 2015 ? Qu'est-ce cela signifie dans un sens plus large ? Par qui la notion de vulnérabilité est-elle utilisée ? Dans quel(s) but(s) ? Telles sont les questions qui se sont posées lorsqu'il a fallu établir un ensemble de références à propos de la définition de la vulnérabilité⁷. Ce qui apparaît comme évident, c'est qu'il y a une diversité de conception de la vulnérabilité.

Tout d'abord, il y a le droit. Il faut noter que c'est dans les années 2000, la vulnérabilité faisait déjà partie des textes européens sur le régime d'asile européen commun (RAEC), comme le rappelle la sociologue Estelle d'Halluin⁸. Dans ce sens, la « situation particulière » et les besoins spécifiques d'accueil pour les personnes « vulnérables » devaient être pris en compte dans la procédure. Cependant, l'auteure indique que le cadre de loi ne précisait pas comment déterminer de type de population et ses besoins.

« Les États membres sont ainsi tenus de prendre en compte la situation particulière des « populations vulnérables » et de leurs « besoins spécifiques » en matière d'accueil, même si ces derniers ne sont pas précisés et que rien ne contraint les États à les identifier »⁹

Il y a bien ici une attention particulière portée sur les populations vulnérables, avec une loi qui reconnaît que leur situation nécessite une prise en charge adaptée en termes d'accueil. Seulement en ne définissant pas ses propriétés, elle reste incomplète, par le manque d'informations concernant les caractéristiques de cette catégorie (les populations vulnérables) et de ses besoins. Néanmoins la prise en compte de la vulnérabilité dans le RAEC permet d'optimiser les droits fondamentaux des demandeurs d'asile.

⁷ Toutes les recherches bibliographiques réalisées sur cette partie de la mission font l'objet de fiches de lecture qui ont été ajoutées au dossier des séminaires de réflexion et de la journée d'étude afin de pouvoir être discutés plus tard

⁸ d'HALLUIN Estelle. « Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile », *Savoir/Agir*, vol. 36, no. 2, 2016, pp. 21-26. Fiche de lecture 5 en annexe, p. 78

⁹ Ibid., p. 21

Mais lorsqu'il y a un litige entre des Etats et des demandeurs ou même entre deux Etats dans une procédure Dublin¹⁰, deux possibilités s'offrent aux plaignants. Soit ils se tournent vers la cour européenne des droits de l'Homme, soit ils ont recouru à la cour de justice de l'Union Européenne. Alors que la première cour mobilise fréquemment la notion de vulnérabilité par la jurisprudence, ce n'est pas le cas pour la seconde, ce que rapporte le doctorant en droit Sylvain Félix dans la revue des droits et des libertés fondamentaux¹¹. La cour européenne des droits de l'Homme tient compte de la vulnérabilité « spéciale » ainsi que de « formes aggravées de vulnérabilité issues de combinaisons de cause de vulnérabilité ». La vulnérabilité constitue donc un motif « d'obligation spéciale de protection à charge des Etats ». C'est suivant cette conception que la cour européenne des droits de l'Homme a condamné la Grèce (attaquée par un demandeur d'asile en procédure Dublin parce qu'elle voulait le renvoyer dans le premier pays par lequel il est passé) en expliquant que tout demandeur d'asile fait partie d'un groupe « particulièrement défavorisé et vulnérable » et fait l'objet d'une vulnérabilité et de besoins spéciaux en raison de son parcours migratoire et des événements traumatiques qu'il a pu vivre. Malgré tout, la cour européenne des droits de l'Homme ne prendrait des décisions favorables aux demandeurs d'asile qu'en cas de vulnérabilité aggravée, ce qui laisse penser à une hiérarchisation des causes de vulnérabilité, qu'elles ne se valent pas toutes. Cela ouvre le débat sur cette manière de considérer la vulnérabilité qui est en réalité à employer au pluriel si l'on suit les précautions prises par la cour européenne des droits de l'Homme. S'il existe plusieurs types de vulnérabilité, cela veut-il dire qu'il faut forcément les échelonner en fonction de leur gravité ? C'est une question qui fait débat dans le cadre de la prise en compte de la vulnérabilité dans la demande d'asile, c'est pourquoi je reviendrai plus bas sur le sujet pour en discuter plus précisément. Pour revenir sur la scène juridique européenne, si le plaignant s'était tourné vers la cour de justice de l'union européenne, la décision finale aurait pu être différente sur le plan de la vulnérabilité car elle n'est pas mobilisée par la cour. Il faut trouver la raison de cette prise de position dans le fait

¹⁰ La procédure Dublin est entamée lorsque le pays hôte découvre que la personne est passée par un autre pays avant d'arriver là-bas. Dans ce cas, l'Etat exerce son droit de renvoyer la personne dans le pays concerné en lui faisant une demande de prise en charge. Le temps du traitement de la demande (le délai de réponse autorisé est de 5 mois), la personne bénéficie des mêmes droits que les demandeurs d'asile. S'il n'y a aucune réponse du pays au terme du délai, cela est considéré comme un accord. Six mois supplémentaires sont accordés au pays hôte pour transférer la personne. Si le transfert ne se fait pas pendant ces six mois, la personne peut alors démarrer une procédure de demande d'asile dans le pays hôte.

¹¹ FELIX Sylvain, « Le transfert des demandeurs d'asile dans l'espace dublin entre présomption de sécurité et présomption de vulnérabilité : regards croisés de la cour européenne des droits de l'homme et de la cour de justice de l'union européenne » [en ligne], Revue des droits et libertés fondamentaux 2015, chronique n°25, 2015 [consulté le 14 avril 2017] Disponible sur : <http://www.revuedlf.com> .Fiche de lecture 6, en annexe p. 81

que la notion est perçue et les procédures qui en suivent sont perçues comme contraires au principe de confiance mutuelle des Etats, et donc du système Dublin. Néanmoins, il existe une exception qui intègre la prise en compte de la vulnérabilité par la cour de justice de l'union européenne lorsque l'affaire concerne les demandeurs d'asiles mineurs isolés non accompagnés (MENA). Cela revient de nouveau à l'idée d'une hiérarchisation et d'une priorisation des vulnérabilités qui suscitent la controverse pour certains.

Comment la France se positionne-t-elle par rapport au droit européen ? Le droit pénal définit la vulnérabilité comme une circonstance aggravante et comme un élément constitutif d'une infraction. Dans les détails, la loi liste six états de faiblesse physiques ou mentaux évalué par degré. De cette manière, l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique et la grossesse constituent une « particulière vulnérabilité » aux yeux de la loi¹². Dans le cadre de la demande d'asile, l'état français avait repris les éléments de la directive européenne dans son projet de loi. Joanna Pétin, chercheuse en droit public, remarquait à l'époque que le projet de loi présentait quelques limites, la première étant l'établissement d'une liste non-exhaustive des personnes vulnérables¹³. Comme dans le droit européen, la France a effectivement fait le choix d'énoncer dans une courte liste les personnes pouvant présenter une ou plusieurs vulnérabilités. Or, même si cette liste n'est pas exhaustive et ouvre la perspective de reconnaître d'autres formes et personnes vulnérables, elle peut conduire à un effet pervers qui, au contraire tendrait vers une stricte mobilisation des catégories explicitement citées dans les textes. Les autres catégories seraient désavantagées à cause du trouble juridique qui apparaît à travers cette liste « non-exhaustive ». En dépit de cela, le projet de loi a été voté le 29 juillet 2015 en conservant cette liste telle qu'elle était définie. Le problème soulevé par Joanna Pétin, rejoint la question de la hiérarchisation des vulnérabilités. Pourquoi citer ces vulnérabilités plutôt que d'autres ? Sont-elles plus importantes que les autres ? Comment ont-elles été choisies ? Pourquoi toute la question de la prise en compte de la vulnérabilité fait débat dans l'espace public ? Pour répondre à cela, il faut revenir à la manière dont la vulnérabilité est conçue dans la société et ses différents domaines.

Il se trouve que le terme de vulnérabilité est utilisé dans beaucoup de domaines sans avoir la même portée et la même signification ce qui interpelle certains scientifiques quant à la

¹² BRODIEZ-DOLINO Axelle, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des idées*, 11 février 2016

¹³ PETIN Joanna, « Droit d'asile : la vulnérabilité des demandeurs et les incohérences du projet de loi Valls-Cazeneuve » [en ligne], Groupement de recherche Droit de l'espace de liberté, sécurité & justice, 28 avril 2015 [consulté le 13 avril 2017] Disponible sur : <http://www.gdr-elsj.eu> En annexe p. 72

manière dont il est mobilisé par les différentes disciplines. L'historienne Axelle Brodiez-Dolino analyse l'utilisation de ce terme dans la société en commençant par son sens littéraire :

« Sorte de « talon d'Achille » plus ou moins généralisé, la vulnérabilité convoque, comme l'a montré Hélène Thomas, deux notions : la fêlure d'une part (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte) et la blessure d'autre part (qui matérialisera l'atteinte) (THOMAS, 2010 : 43). La vulnérabilité désigne ainsi « une potentialité à être blessé » (SOULET, 2005). »¹⁴

La psychologie est le premier champ disciplinaire à se saisir du terme de la vulnérabilité en l'associant à la notion de résilience. Ainsi, si la vulnérabilité renvoie aux idées de fêlure et de blessure, la résilience rappelle la capacité d'un individu à se projeter ou à se construire malgré des événements traumatisants, des blessures. Ce sont plus généralement les sciences humaines et sociales qui s'emparent du concept de vulnérabilité. Le sociologue Robert Castel la considère par exemple comme une « zone intermédiaire » entre l'intégration et la désaffiliation, tandis que dans l'anthropologie conjonctive, la notion est analysée comme une :

« reconnaissance de la troublante possibilité d'être tout à la fois capable et incapable, responsable et irresponsable, autonomes et hétéronomes »¹⁵

Cité par Axelle Brodiez-Dolino, le sociologue Marc-Henry Soulet énonce une définition qui va plus loin. Il explique que la vulnérabilité est à la fois universelle, potentielle, relationnelle contextuelle, individuelle et enfin réversible. Mais elle n'est surtout pas égale à tout le monde, bien qu'elle soit commune à tous.

Comment parler de vulnérabilité et de dépendance en même temps ? Est-ce compatible ? La vulnérabilité que l'on dit réversible s'oppose à des formes de handicap et de vieillesse. Mais certains montrent qu'il faut considérer la dépendance comme une vulnérabilité complexe et que les métiers du champ médico-social doivent en réduire les conséquences. La conception de la vulnérabilité s'adapte ici à la discipline dans laquelle elle est utilisée. Elle n'est pas conçue de la même manière dans d'autres domaines car ceux-ci sont régis par d'autres lois.

¹⁴ Op. cit. 12

¹⁵ Op. cit. 12

C'est le cas par exemple dans l'action auprès des personnes pauvres, en situation précaire. Dans les années 1980, la vulnérabilité est associée à la pauvreté et la précarité qui fragilisent la santé physique et mentale et favorisent la reproduction générationnelle, ce que le mouvement ATD Quart Monde mis en avant dès les années 1960.

De plus en plus, la vulnérabilité a été utilisée dans les disciplines et dans les champs d'action au sein de la société. Les politiques publiques n'y échappent pas et réunissent la prise en compte de la vulnérabilité avec la thématique du *care* qui permet d'avancer vers une certaine autonomie de la personne, tout en sachant quelles sont ses dépendances. De ce fait, leur aspect moins stigmatisant permet de contenter tous ceux qui défendent les politiques plutôt universalisantes mais aussi les partisans des politiques ciblées.

Pourquoi avoir fait un tel retour aussi général sur la question de la vulnérabilité ? Il fallait avant tout prendre connaissance de la manière dont ce concept était défini au sein des différentes tranches la société. Cette démarche a permis d'analyser les enjeux de définition que ce terme implique. Il est évident que définir la vulnérabilité n'est pas simple parce qu'un grand nombre de disciplines y font référence mais dans des objectifs divers et sans recourir aux mêmes bases de définition. L'importance est alors de replacer le terme dans le champ disciplinaire dans lequel il s'inscrit pour qu'il trouve sa juste signification. Mais même en suivant cette ligne, la notion peut rester floue et n'apporter qu'une réponse partielle à la définition. Le domaine juridique en est la preuve. Les lois, européenne et française, formule sa conception de la vulnérabilité soit en énonçant des types de populations susceptibles d'être vulnérables (comme les femmes enceintes par exemple), soit en expliquant qu'elle peut venir de plusieurs états de faiblesse pouvant être considérés comme des circonstances aggravantes ou constitutifs d'une infraction. Elles ne détaillent en rien des critères qui peuvent qualifier une condition particulière comme une vulnérabilité. Ce qu'il faut retenir de cette première phase de recherches bibliographiques, c'est qu'elle met en lumière une utilisation multiple du concept de vulnérabilité, dans des sens variables. Cela en fait un terme polysémique qui peut à la fois tout dire mais en même temps ne rien vouloir dire. Des questions doivent alors se poser sur la prise en compte de la vulnérabilité dans le contexte de la demande d'asile par rapport à ce qui vient d'être développé. Si d'une part, il est apparu qu'au sein de cette notion, plusieurs significations pouvaient y trouver une place, d'autre part cela implique que les actions pour réduire, atténuer, ou même supprimer la situation de vulnérabilité, peuvent être de nature différente. Dans le cadre de la demande d'asile qui réunit le terrain juridique et celui de

l'action sociale, plusieurs points de vue sont amenés à s'opposer. C'est pourquoi les recherches plus précisément en lien avec les thématiques des séminaires de réflexion devaient permettre de clarifier la situation sur la prise en charge de la vulnérabilité dans le processus de la demande d'asile. C'était la deuxième phase de mes recherches bibliographiques.

Comment prendre en compte de la vulnérabilité dans la réalité ? L'exemple des centres de rétention de liberté

Cette deuxième phase s'est effectuée tout au long du stage et n'a pas toujours fait l'objet de fiches de lecture, comme cela a été le cas pour les recherches sur le concept de vulnérabilité. Mais ce qu'il faut retenir des données qui ont été récoltées, c'est qu'il peut exister un décalage entre les instances administratives et les instances médico-sociales sur la prise en compte de la vulnérabilité. C'est notamment ce qu'il se passe dans les centres de rétention administrative par exemple. L'un des séminaires de réflexion a pour thème les lieux de privation de liberté et la vulnérabilité. Le rapport 2015 des centres et locaux de rétention administrative¹⁶ (CRA) montre que la situation des personnes destinées à être enfermées n'est parfois pas examinée avant la décision de leur placement, ou bien qu'elle est rarement prise en compte. Cela veut dire qu'un individu malade et nécessitant un traitement spécifique peut être placé malgré son état vulnérable. Les responsables des unités médicales dans les centres de rétention remarquent également que l'état de santé des personnes enfermées se dégrade durant la période d'éloignement. La dégradation de leur état de santé vient des conditions mêmes d'enfermement car le milieu carcéral, l'idée d'être renvoyé dans son pays ou encore les policiers sont autant de facteurs angoissants et donc préjudiciables pour la santé. Une nouvelle fois, si le médecin de l'unité donne un avis favorable à une libération pour des raisons de santé, il n'est pas assuré que l'administration suive cet avis. Les personnes dont la vulnérabilité a pourtant été reconnue ne sont donc pas pris en charge de manière adaptée comme le prescrit la loi. Il apparaît que, dans ce contexte délicat, les professionnels de la santé qui interviennent dans les centres de privation de liberté sont assez peu entendus par les travailleurs administratifs et pénitentiaires puisque la présence des médecins a été réduite dans certains CRA et que les agents de police contrôlent l'accès des personnes enfermées aux équipes médicales. Dans ces conditions, tenir compte des situations et des personnes

¹⁶ ASSFAM, FORUM REFUGIES-COSY, FRANCE TERRE D'ASILE, LA CIMADE, ORDRE DE MALTE FRANCE, « Des personnes vulnérables enfermées et éloignées », *Rapport 2015 des centres et locaux de rétention administrative*, pp. 18-24, 2016. Fiche de lecture 2 en annexe, p. 69

vulnérables devient complexe parce qu'il faut tout d'abord les identifier. Pour ce qui relève des cas les plus facilement identifiables comme les personnes victimes d'exploitation sexuelle, des associations peuvent intervenir par le biais de personnes formées à ces questions. Les fonctionnaires de police et de gendarmerie doivent aussi être capables de recueillir ce genre de témoignage, avant la décision d'enfermement, dans le cadre de la circulaire du 19 mai 2015 qui les désigne comme seules personnes pouvant identifier ces victimes. De cette identification, le droit à la protection et à un hébergement pourraient être appliqué et cela éviterait une mesure d'éloignement en CRA. Néanmoins, il semblerait que l'information sur ces droits ne soient pas toujours donnée, les fonctionnaires se concentrant sur la situation administrative de la personne. Dans ces circonstances, la vulnérabilité n'occupe pas une place significative alors que la loi l'impose et les conséquences pour les individus à que l'on pourrait identifier comme vulnérables peuvent être lourdes et les conduire jusqu'à l'enfermement. Pourquoi ce qui est constaté dans la réalité par les médecins des centres de rétention n'est pas toujours suivi de décisions adéquates selon leur recommandation ? Comment soigner les individus vulnérables enfermés ?

En 2016, Reem Mansour a apporté son expérience de médecin dans le CRA du Canet à Marseille dans un court article¹⁷. Elle explique comment elle exerce son métier dans ce lieu particulier et comment elle a dû faire face aux incompréhensions de ses confrères des urgences psychiatriques quand elle devait gérer des situations dramatiques de mise en danger des personnes envers elles-mêmes. Les raisons majoritaires de consultation du médecin étaient effectivement pour des souffrances psychiques. La difficulté pour elle était de démêler ces souffrances psychiques des pathologies psychiatriques qui doivent être soignées par des spécialistes. Lorsqu'elle demandait un avis aux urgences psychiatriques, les médecins ne voyaient en ces réactions parfois suicidaires que le résultat de l'enfermement car ils ne connaissaient pas les conditions de rétention. S'ils ne les connaissent pas, il leur manque des données importantes pour comprendre et diagnostiquer les patients. C'est la prise en compte de la vulnérabilité qui en subit les conséquences. Pour résoudre ce problème, R. Mansour et l'équipe soignante du CRA ont proposé une visite de l'établissement aux nouveaux soignants des urgences psychiatriques afin qu'ils comprennent comment les personnes sont détenues. L'initiative a permis une collaboration basée sur l'entraide et l'amélioration de la prise en charge des patients.

¹⁷ MANSOUR Reem, « Soigner en centre de rétention ? », *Pratiques*, n°74, pp. 69-71, 2016

Les recherches sur la vulnérabilité dans les centres de rétention de liberté montrent qu'il y a des carences dans les mesures qui doivent être entreprises pour la réduire. Si l'identification des personnes vulnérables dans les CRA est faite et signalée par le médecin à l'administration en vue d'une remise en liberté, celle-ci n'est pas nécessairement approuvée par les instances. Pour quelles raisons ? Est-ce parce que les personnes extérieures aux CRA ne comprennent pas complètement dans quelles conditions sont enfermés les individus ? Par conséquent leurs décisions manqueraient de pertinence ? Serait-ce un moyen de gérer la question migratoire, ce que les auteurs du rapport 2015 des centres et locaux de rétention le laissent entendre ?

Au cours des recherches bibliographiques et notamment dans les textes de loi en France, un élément a interpellé concernant l'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile et qui, selon certains, rappelle la notion de gestion de la crise migratoire qui vient d'être évoquée. C'est le questionnaire de détection de la vulnérabilité, lequel est lié à un « certificat de vulnérabilité ». L'Orspere-Samdarra consacre un séminaire de réflexion sur le sujet, c'est la raison pour laquelle j'ai entamé des recherches documentaires sur la question.

Le questionnaire de vulnérabilité et le « certificat de vulnérabilité » : un outil gestionnaire plutôt qu'humanitaire ?

Il existe un questionnaire à remplir afin de déterminer la vulnérabilité des personnes entrées dans la procédure et les conditions d'hébergement dont elles pourraient bénéficier par la suite. Ce questionnaire est très discuté et remis en question, en particulier parce que l'on a la possibilité d'y joindre un « certificat de vulnérabilité ». De quoi est composé ce questionnaire ? Par qui est-il rempli ? Dans quelles conditions ? Quel rôle joue le « certificat de vulnérabilité » dans cette étape ? Il a déjà été dit que la loi du 29 juillet 2015 indiquait que la vulnérabilité devait être prise en compte dans la demande d'asile et plus précisément dans les conditions d'accueil et d'hébergement. Mais elle n'énonçait qu'une courte liste non-exhaustive des personnes vulnérables qui pouvaient faire l'objet de ces dispositions spéciales. L'arrêté du 23 octobre 2015¹⁸ détaille la manière dont la vulnérabilité doit être évaluée. L'évaluation se traduit donc par un questionnaire qui est géré par l'OFII. A l'Orspere-

¹⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ET MINISTERE DE L'INTERIEUR, « Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile » [en ligne], Journal officiel, n°0253, 31 octobre 2015 [consulté le 8 février 2017] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> En annexe p. 33

Samdarra, il avait déjà été dit que ce questionnaire était posé par un agent de l'OFII et qu'il ne devait pas poser de questions supplémentaires. Nous avons ainsi rencontré le 3 mai 2017 la directrice adjointe en charge de l'asile des bureaux lyonnais afin de nous renseigner sur leur action concrète de par rapport à ce questionnaire. Elle nous a alors expliqués que le questionnaire était rempli lors du rendez-vous qui suit l'entretien avec la préfecture destiné à qualifier la demande de la personne. Un agent de l'OFII (ou bien une assistance sociale de l'OFII) prend le relai rapidement pour régler la partie administrative et remplir le questionnaire. A Lyon, les entretiens se réalisent en mode guichet, avec une vitre de séparation entre les deux personnes, un plafond insonorisé et un couloir de sécurité pour l'agent. Cela ne risque-t-il pas d'empêcher le demandeur de s'exprimer avec plus d'aisance ? Les réponses aux questionnaires auraient-elles été différentes s'il n'y avait pas cette barrière ? Mais ce dernier est composé de cases à cocher en fonction de critères prédéfinis. Selon la directrice adjointe, il est « centré sur les vulnérabilités visibles » car le but est d'adapter les conditions matérielles de la personne.

Cependant, en regardant de plus près les questions, l'une d'elle se démarque : « *La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ?* ». Plus précisément, c'est le mot « spontanément » qui pose question. Si l'on tient compte de ce que l'Orspere-Samdarra connaissait sur le fait de ne pas devoir poser de questions supplémentaires, cela veut dire que si le demandeur d'asile a des problèmes de santé mais qu'il n'en fait pas mention (pour de multiples raisons : difficulté de compréhension, méfiance envers l'agent, etc.), sa prise en charge ne sera pas adaptée. A ce moment-là, pourquoi l'agent ne peut-il pas poser directement la question, plutôt que d'attendre qu'on lui indique ? Le risque est d'aggraver la vulnérabilité du demandeur. L'agent a toutefois la possibilité de donner au demandeur d'asile un « kit médical »¹⁹ à faire remplir par un médecin qui devra le renvoyer au médecin coordinateur de l'OFII, en vue d'une évaluation. Ce « kit médical », c'est le « certificat médical » dont je fais référence depuis le départ. Bien que peu d'auteurs ont discuté de ce sujet, aucun ne parlait de « kit de vulnérabilité », mais tous de « certificat de vulnérabilité ». D'ailleurs, quand je me suis renseignée avec la directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra pour savoir si la permanence d'accès aux soins de santé psychiatrie du CH Le Vinatier, l'assistante sociale parlait elle aussi de certificat de vulnérabilité. Et lorsque nous avons eu les documents en main, ils se présentaient sous le titre de « Compte-rendu médical du demandeur d'asile », une troisième appellation donc. Qu'est-ce que cela peut signifier ? Pourquoi autant de noms pour un

¹⁹ Voir « Exemple de "certificat de vulnérabilité" », en annexe p. 62

document ? La loi a été votée au milieu de l'année 2015, elle n'est effective que depuis moins de deux ans, et peut expliquer que le vocabulaire ne se soit pas généralisé. Il est aussi possible que les pratiques soient peu connues des professionnels, notamment médicaux, qui n'ont pas de liens importants avec le contexte de la demande d'asile et devant faire face à ce dossier à compléter qu'ils nomment comme ils l'ont entendu. Médecins du monde avait pour sa part envoyé un courrier à l'OFII pour lui notifier une mauvaise utilisation du terme « certificat » pour ce document.

« Nous attirons votre attention sur l'utilisation impropre de la terminologie employée : ce document est en fait un rapport médical et non un certificat médical, puisqu'il contient des données médicales confidentielles qui ne peuvent être transmises qu'à un professionnel de santé en vertu de l'article L.1110-4 du Code de la Santé publique. Cet intitulé devrait donc être modifié afin d'empêcher toute confusion sur le maintien du secret médical auquel toute personne a droit.²⁰ »

Depuis, il y a eu une rectification puisque le document qui est transmis aux médecins porte le terme de « compte-rendu » pour respecter le secret médical. Les recherches bibliographiques sur la question n'avaient pas permis d'aborder dans les détails la manière dont s'inscrivait ce compte-rendu médical dans le processus de la demande d'asile. C'est en allant chercher directement les réponses auprès de l'OFII et des professionnels qui travaillent dans le domaine de la demande d'asile que cette partie a pu être développée et discutée au sein de l'Orspere-Samdarra.

Pour revenir au rôle de ce dossier, ce dernier vise à établir un bilan de l'état de santé du demandeur d'asile afin que le médecin coordinateur de l'OFII examine un ordre de priorité sur ses conditions d'hébergement. Il y a quatre niveaux de priorité : vitale, haute, moyenne, faible. Cependant, cela ne garantit pas l'orientation vers un hébergement adapté, ni même un hébergement tout simplement. Les places dans les établissements pour demandeurs d'asile sont très limitées et de plus en plus de personnes se retrouvent à la rue à cause de cela. La directrice adjointe de l'OFII a expliqué que malgré la priorisation des familles dans ces situations, certaines restent dans la rue. Ce n'était pas le cas il y a quelques années. Avec ces ordres de priorités, ce sont les plus vulnérables qui ont le plus de chances d'être accueillis dans de structures adaptées et bénéficier ainsi des accompagnements administratifs. Les autres

²⁰ Courrier de Médecins du monde destiné à l'OFII. A voir en annexe p. 56

devront faire face à plus de difficultés, soit parce qu'ils ne n'ont pas d'hébergements adaptés, soit parce qu'ils sont dans la rue. Là, la hiérarchisation des publics est évidente, l'OFII les classant des moins vulnérables aux plus vulnérables.

Le but premier de ce type de document, au même titre que le questionnaire de détection des vulnérabilités du demandeur d'asile, est de les prendre en charge de manière adaptée en termes d'hébergement. Mais les conditions générales de l'accueil des personnes engagées dans la procédure qui se dégradent par le manque de place pourraient laisser penser autre chose selon les critiques du questionnaire et du compte-rendu médical. Dans un article qui n'a pas encore été publié mais dont l'Orspere-Samdarra a pu avoir un exemplaire d'une de ses dernières versions, Elodie Boubilil et Laure Wolmark se demandent si ces outils visent réellement à protéger les demandeurs d'asile ou s'ils servent à contrôler l'insuffisance de place dans les différents centres d'hébergement²¹. Elles expliquent que la souffrance psychique n'est pas réellement prise en compte à moins que le demandeur d'asile ait l'initiative de le révéler ou transmette le « certificat médical ». Des questions éthiques, cliniques, politiques ou encore juridiques se posent ainsi sur le questionnaire rempli par les agents de l'OFII.

« D'un point de vue clinique, la prévalence des psycho-traumatismes parmi les demandeurs d'asile est extrêmement importante. Cependant, l'inclusion des « troubles mentaux » et des antécédents de violence parmi les critères définissant une personne comme vulnérable au regard de la loi et conférant potentiellement de droits spéciaux peut conduire, paradoxalement, à une rupture d'égalité dans le traitement des demandes ».²²

Le médecin endosse effectivement le rôle d'expert et de soignant en même temps, et cela vient troubler la relation avec le patient, principalement sur la question éthique de la pratique médicale. C'est la raison pour laquelle l'association Médecins du monde s'est positionnée contre le compte-rendu médical. Considérant que tous les demandeurs d'asile sont tous vulnérables et que l'évaluation de la vulnérabilité n'est pas seulement à la charge des instances médicales, mais doit être complétée par d'autres domaines (sociaux, psychologiques, sanitaires et sociaux) en lien avec la problématique.

²¹ BOUBLIL Elodie, WOLMARK Laure, « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile », 2017. Fiche de lecture 7, en annexe p. 85

²² Ibid.

« Nous estimons qu'une véritable évaluation, prévention et prise en charge des vulnérabilités des personnes demandeuses d'asile ne devrait pas se faire au sein d'une filière spécifique mais dans les dispositifs de droit commun. En effet, les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'ouverture immédiate de leurs droits à une couverture maladie universelle et depuis le 1er janvier 2016 à la protection universelle maladie et ainsi, doivent avoir accès aux soins en médecine de ville. [...] Nous refusons que la « vulnérabilité » ne devienne un critère de tri et de sélection entre les personnes pour l'accès à des conditions matérielles d'accueil insuffisantes, ce que laisse présupposer les termes de la loi et les mesures déjà mises en place. »²³

L'association dénonce, par la même occasion, une loi qui vise avant tout à gérer la crise migratoire qui empêche chaque demandeur d'asile de pouvoir accéder à un hébergement et accroît les inégalités d'accès à une structure d'accueil. Ce n'est donc pas uniquement le volet médical de l'évaluation de la vulnérabilité qui est remis en question, mais l'ensemble de l'approche de sa prise en charge par la loi.

²³ Op.cit. 20

Un travail réflexif sur l'organisation des séminaires de réflexion et la journée d'étude

Réflexion sur l'élaboration d'une plaquette d'information

Les données recueillies pendant les recherches bibliographiques devaient permettre, entre autres, de constituer une base de connaissances pour être capable de s'en servir lors des séminaires de réflexion. Les participants viennent principalement à ce type de rendez-vous pour pouvoir discuter de ce qu'ils voient personnellement en tant que professionnels ou bénévoles, mais également pour trouver des éléments de réponses à des problématiques qui les empêchent d'exercer leur métier convenablement. L'Orspere-Samdarra doit alors apporter des réponses. La première manière est de faire intervenir des professionnels qui connaissent le terrain et qui pourront contribuer à cette démarche. En parallèle, il peut y avoir des documents pour éclairer une situation compliquée à saisir. Pour ce qui est de la vulnérabilité et la demande d'asile, c'est le « certificat de vulnérabilité » qui semble poser le plus problème à certains professionnels, pour la plupart peu sensibilisés au contexte de la procédure. C'est l'une des raisons qui a conduit l'Orspere-Samdarra à me proposer de réfléchir à une plaquette d'information qui leur serait destinée.

Dans un premier temps, il a fallu trier les informations que j'avais accumulées pour les recherches bibliographiques. Entre la complexité du processus de la demande d'asile, la réforme du régime d'asile européen, l'intégration de la vulnérabilité dans la loi française sur le sujet, beaucoup de données se sont superposées. L'enjeu était par conséquent de synthétiser tout cela, tout en restant clair dans les propos, pour un public non aguerri. La question était de savoir si cette plaquette devait juste être informative ou bien proposer une réflexion sur les dérives qui pourraient découler de la mise en place des « certificats de vulnérabilité ».

Je suis partie d'abord de l'idée de proposer quelque chose de seulement informatif car je commençais à y réfléchir assez tôt dans mon stage, donc j'étais encore dans un processus de compréhension et d'appropriation de ce qu'est la demande d'asile. Je ne pouvais pas tenter de mettre en discussion un sujet dont les ressorts m'échappaient par moments. Une première version du projet a été élaborée en suivant l'idée d'information à transmettre sans la

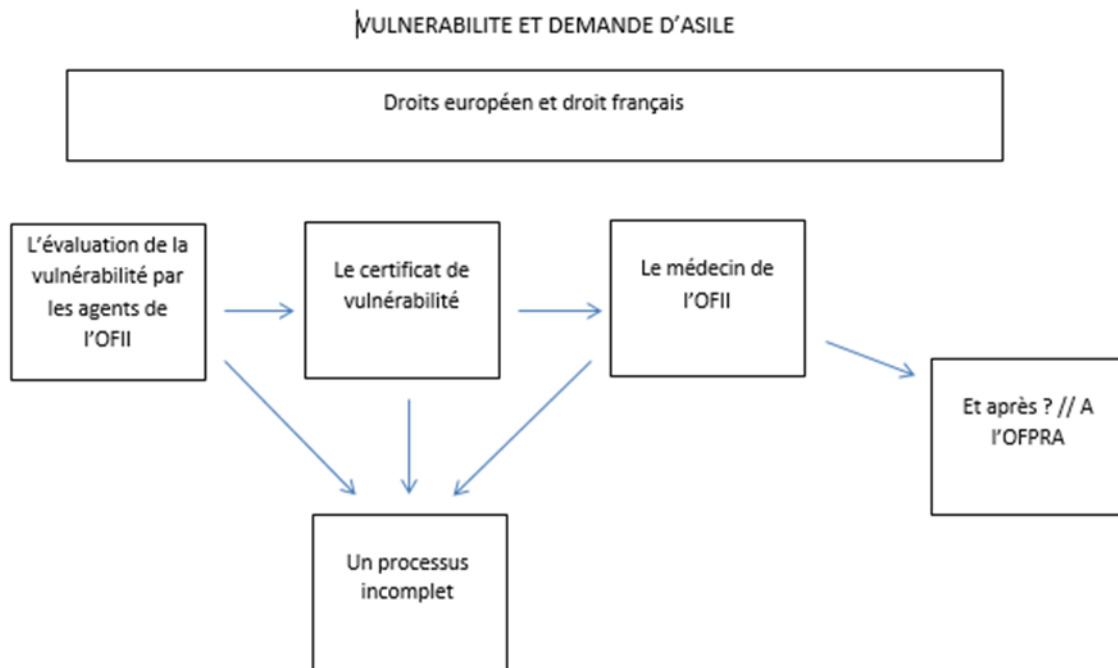
discuter²⁴. Elle consistait en quelques encadrés expliquant le rôle de chaque institution intervenant dans la procédure, et dans quel contexte juridique cela devait s'inscrire. Pour affiner les éléments d'information, de nouvelles recherches ont débuté, en particulier sur les méthodes d'évaluation de la vulnérabilité par les médecins (il n'avait pas encore été découvert l'existence du « compte-rendu médical du demandeur d'asile »). A ce moment-là, les interrogations portaient sur la manière dont un médecin pouvait évaluer les vulnérabilités de leurs patients. L'avocate Aude Rimailho indique comment il est possible de prouver la vulnérabilité des demandeurs d'asile en démontrant qu'ils ont été victimes de tortures ou de mauvais traitements²⁵. Elle fait référence au protocole d'Istanbul qui est conseillé par une directive européenne mais pas imposé. Ce protocole donne des outils pour évaluer à la fois les souffrances psychiques et les souffrances physiques du patient demandeur d'asile en suivant des étapes précises. Il apparaît plus pertinent à mobiliser face aux « certificats de vulnérabilité » car il indique une démarche commune à suivre par tous les médecins alors que la mesure actuelle laisse les médecins choisir leur mode d'évaluation. La critique émise sur cette libre interprétation est celle des abus de délivrances de certificats par des médecins ayant établi une relation de confiance avec leurs patients. Le protocole d'Istanbul serait une réponse aux risques de dérives par rapport aux « certificats de vulnérabilité », sa mention dans la plaquette pouvait ouvrir une piste de réflexion pour les professionnels cherchant à clarifier le volet médical de l'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile. La version de la plaquette se constituait ainsi de deux encadrés sur le contexte juridique européen et français, de deux autres sur les instances intervenants dans la procédure (l'OFII et l'OFPRA) et enfin d'un dernier sur le « certificat de vulnérabilité » et le protocole d'Istanbul. Le contenu était énoncé sous la forme de tirets pour être le plus clair et synthétique, ce qui ne laissait pas de place à un retour réflexif sur ce qui était écrit.

Mais plus tard, alors que les recherches sur le « certificat de vulnérabilité » s'enrichissaient de nouveaux éléments, il a fallu rediscuter de la forme et le fond de la plaquette d'information. Depuis la première version, l'équipe chargée du projet et moi-même avons rencontré la directrice adjointe de la zone lyonnaise de l'OFII. Le terme de « certificat de vulnérabilité » a été changé en « kit de vulnérabilité » et s'inscrivait dans un processus précis au sein de l'office. Il était nécessaire de modifier la plaquette pour qu'elle réponde à ces découvertes. De plus, les questionnements que l'enquête sur ce point précis a soulevés et les échanges entre la

²⁴ A voir en annexe, p. 89

²⁵ RIMAILHO Aude, « Comment prouver les tortures/mauvais traitements dans le cadre de la demande d'asile ? » [en ligne], [consulté le 20 avril 2017] Disponible sur : <http://www.rimailho-avocat.fr/>

directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra et moi, ont conduit à repenser son objectif précis pour les professionnels qui la liront. Il n'était plus possible d'en faire un document uniquement informatif. Il fallait interroger le processus afin que les lecteurs comprennent les enjeux et les limites de la procédure. Le document a dû être repensé dans l'intention de situer l'apparition du « kit de vulnérabilité » et des interrogations qu'il pouvait susciter. Cela m'a amenée à proposer la mise en page suivante²⁶ :



La nouvelle version cherche non seulement à faire passer des informations essentielles à la compréhension du processus de la demande d'asile, mais elle ouvre la réflexion sur des questions qui doivent être discutées parce qu'elles font débat dans le domaine. La plaquette d'information permettrait aux personnes qui ne connaissent pas le milieu, d'intégrer toutes les données dont elles ont besoin pour exercer, mais aussi savoir dans quel contexte elles le feront. Tel est l'objectif de la deuxième et dernière proposition que j'ai soumis à l'Orspere-Samdarra le jour de mon départ de l'observatoire. Je n'ai par conséquent pas eu de retour sur les textes et la forme que j'ai présentés.

²⁶ Il n'y a que les titres des encadrés, le texte est détaillé dans l'annexe dédiée à la réflexion sur la plaquette d'information, p. 89

J'ai en revanche pu participer à d'autres initiatives de travail de l'Orpsere-Samdarra pour l'organisation des séminaires de réflexion et de la journée d'étude.

Un comité technique qui permet de se rattacher à la réalité

Tous les trois mois environ, l'Orpsere-Samdarra organise un comité technique avec des professionnels de l'asile afin de leur exposer leurs pistes de travail sur le sujet et de les confronter à leurs expériences de terrain. Par rappel, c'est à partir de ces réunions que le projet des séminaires de réflexion et de la journée d'étude a débuté. L'une des réunions du comité technique a eu lieu pendant mon stage et ce qu'il s'est raconté pendant cette longue rencontre montre à quel point le sujet de la vulnérabilité est omniprésente.

Lors de l'habituel tour des actualités de chaque professionnel, la question de la situation compliquée des demandeurs d'asile est systématiquement rappelée en ce qui concerne leur manière d'exercer. Les travailleurs sociaux qui ont la charge d'accompagner les demandeurs dans leur procédure doivent en effet endosser d'autres rôles que ceux qui leur sont attribués. Cela est principalement dû aux caractères vulnérables de ces personnes et elles ne peuvent pas faire l'objet d'un suivi social classique par les travailleurs sociaux. Par exemple, un responsable de CADA s'est retrouvé à gérer avec son équipe les obsèques de l'un de ses résidents qui s'est jeté de l'une de leurs fenêtres. Le frère du résident voulait qu'il soit enterré dans la ville où il habitait, mais il était incapable de d'organiser l'enterrement et les papiers parce qu'il ne parlait pas français. L'équipe du CADA lui a alors proposé de se charger de la tâche alors que ce n'est pas son rôle. Autre exemple, celui d'une juriste qui, par le biais de circonstances, a dû prendre en charge la traduction entre une patiente mineure isolée non accompagnée et des médecins gynécologues qui devaient procéder à un examen gynécologique suite au viol dont elle a été victime. C'est une situation qui sort clairement du contexte d'action de cette juriste et qui l'a été encore plus, puisque face à la panique de la jeune fille pendant la réalisation de l'examen, il a fallu qu'elle la maintienne de force pour qu'il puisse s'achever. Les deux exemples montrent que les travailleurs sociaux n'ont pas d'autres choix que de déborder de leurs compétences professionnelles car les demandeurs d'asile en ont besoin et qu'il y a très peu de moyens. Chaque travailleur social doit s'occuper d'un nombre important de personnes, ce qui limite les capacités d'action envers elles. Mais il faut aussi gérer les problèmes des demandeurs, même si cela ne correspond pas à ses attributions. Cela demande une implication entière et du temps supplémentaire au

professionnel et peut être difficile à négocier. Si accompagner au-delà des limites les demandeurs d'asile paraît inévitable, ceux qui en ont la charge ne sont pas formés à écouter leurs souffrances, à soutenir une personne lors d'un rendez-vous médical. Les accompagnateurs se sentent dépassés et impuissants par les situations qui sont impossibles de dissocier de leurs missions initiales. Ils sont fragilisés par le manque de moyens et par le débordement de leurs missions. Le responsable de CADA précédemment cité avait alors demandé comment faire face aux obligations professionnelles tout en prenant en compte la situation particulière du demandeur, car il y a un problème éthique à ne pas le faire. Un autre responsable de CADA lui avait répondu que le seul moyen de protéger ses équipes, c'est de s'en tenir aux missions propres aux travailleurs sociaux. Certains autour de la table avaient tout de suite expliqué qu'il était impossible de faire cela parce que les problématiques sont si imbriquées les unes des autres qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Ces récits permettent de comprendre que la vulnérabilité est finalement déjà prise en compte par les travailleurs sociaux depuis des années et leur accompagnement. La loi a-t-elle alors officialisé/légalisé cette prise en compte ? L'a-t-elle au contraire complexifiée ?

Une autre notion a fait son apparition à la suite de cette discussion : celle de la vulnérabilité des travailleurs (professionnels ou bénévoles). Les demandeurs d'asile ont pour beaucoup vécu des situations extrêmement difficiles et leurs souffrances n'en sont pas moins importantes. Les personnes qui les accompagnent sont amenées à écouter des récits rudes à entendre. S'ils ne sont pas sensibilisés à cela, ils peuvent par la suite eux-mêmes en subir les conséquences. Ils peuvent être à leur tour vulnérables. Comment prendre en considération la souffrance des travailleurs qui sont surmenés par la charge importante de travail mais aussi par la charge émotionnelle à laquelle ils sont confrontés tous les jours ? C'est l'une des thématiques de séminaire de réflexion l'Orspere-Samdarra, ce qui montre bien que la question préoccupe le monde professionnel ainsi que l'observatoire. Le comité technique a été la seule occasion de montrer cet aspect de la vulnérabilité, à travers des données brutes. Le traitement du sujet pendant le séminaire de réflexion sera donc l'occasion d'approfondir les questionnements qu'il produit.

Conclusion

Afin de conclure ce mémoire de recherche, il est intéressant de noter que les recherches qui ont été réalisées tout au long de mon stage ont sans cesse nourri un questionnement qui devenait de plus en plus conséquent au fur et à mesure de leur avancée.

Dans un premier temps, c'est l'inscription de la vulnérabilité dans les lois européenne et française qui a soulevé des interrogations quant à leur conception. Les lois traduisent une vision essentialiste de la vulnérabilité, comme si elle ne se réduisait qu'à un état, ce que Laure Wolmark et Elodie Boubil contestent. Elles expliquent que la notion revêt une « dimension relationnelle et dynamique » de la vulnérabilité :

« La vulnérabilité serait un « état », la condition d'un patient dont on pourrait évaluer l'intensité des symptômes au moyen d'un questionnaire. Or une telle approche méconnaît la dimension profondément relationnelle et dynamique de la vulnérabilité en tant que « capacité à être blessé » (étymologiquement) et affecté par un environnement ou une situation, en fonction des interactions et des modes de fonctionnement qui le structurent. »²⁷

Pour elles également, la loi conduit à opposer deux médecines, l'une axée sur le contrôle, alors que l'autre est du côté des soins et de la prévention. Une médecine qui permettrait de gérer la crise migratoire connue en Europe depuis plusieurs années. Est-ce réellement les intentions de l'Etat ? Etablir des critères de vulnérabilité pour filtrer les demandes d'asile ? Le questionnaire sur l'évaluation de la vulnérabilité est, selon ses détracteurs l'exemple même de l'esprit gestionnaire de cette loi votée le 29 juillet 2015 parce qu'il ne porte d'intérêt que sur des « vulnérabilités visibles », sauf si le demandeur fait état « spontanément » d'autres problèmes de santé. La loi est donc un aspect important dans la thématique de la vulnérabilité et de la demande d'asile et ses incohérences sont pointées du doigt par beaucoup de monde

Mais le « certificat de vulnérabilité » suscite également des débats sur son existence. Il serait un moyen de hiérarchiser encore plus les vulnérabilités et encourageraient ainsi les inégalités. Médecins du monde avait montré son désaccord avec cette mesure médicale en refusant de les remplir. Mais un contact de l'Orspere-Samdarra qui travaille avec l'association avait expliqué à certains membres de l'équipe qu'il en remplissait avec d'autres médecins malgré tout, simplement parce que le patient aurait été défavorisé par cette prise de position. Il est mis en

²⁷ Op. cit. 21

évidence que l'intérêt du patient passe avant celui de l'association. Il y a une opposition entre la théorie et la pratique. C'est un dilemme pour le professionnel.

Ce dernier occupe une place cruciale dans la prise en charge des demandeurs d'asile, parce que c'est lui qui fait face directement aux vulnérabilités des personnes. La précarisation de la demande d'asile en lien avec la saturation du système d'accueil ajoutée aux vulnérabilités des demandeurs d'asile qui sont parfois difficiles à gérer, font des accompagnants des personnes susceptibles de devenir vulnérables eux-mêmes. Le comité technique auquel j'ai assisté traduit le malaise des travailleurs sociaux qui sortent de leurs missions d'origine pour suivre de façon adaptée les demandeurs d'asile.

Bibliographie

ARTICLES :

BOUBLIL Elodie, WOLMARK Laure, « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile », 2017

BRODIEZ-DOLINO Axelle, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des idées*, 11 février 2016

d'HALLUIN Estelle. « Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile », *Savoir/Agir*, vol. 36, no. 2, 2016, pp. 21-26.

MANSOUR Reem, « Soigner en centre de rétention ? », *Pratiques*, n°74, pp. 69-71, 2016

MAURICE, Bénédicte. *Rapport d'activité 2016*, Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2017, pp. 33

RITAINE, Évelyne. « Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : *damnatio memoriae* », *Cultures & Conflits*, vol. 99-100, no. 3, 2015, pp. 117-142

RAPPORT :

ASSFAM, FORUM REFUGIES-COSY, FRANCE TERRE D'ASILE, LA CIMADE, ORDRE DE MALTE FRANCE, « Des personnes vulnérables enfermées et éloignées », *Rapport 2015 des centres et locaux de rétention administrative*, pp. 18-24, 2016

SITOGRAPHIE :

FELIX Sylvain, « Le transfert des demandeurs d'asile dans l'espace dublin entre présomption de sécurité et présomption de vulnérabilité : regards croisés de la cour européenne des droits de l'homme et de la cour de justice de l'union européenne » [en ligne], *Revue des droits et libertés fondamentaux 2015*, chronique n°25, 2015 [consulté le 14 avril 2017] Disponible sur : <http://www.revuedlf.com>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, « Les demandes d'asile (statistiques) », [en ligne], 2016 [consulté le 23 mai 2017] Disponible sur : <http://www.immigration.interieur.gouv.fr>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ET MINISTERE DE L'INTERIEUR, « Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile » [en ligne], *Journal officiel*, n°0253, 31 octobre 2015 [consulté le 8 février 2017] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

PETIN Joanna, « Droit d'asile : la vulnérabilité des demandeurs et les incohérences du projet de loi Valls-Cazeneuve » [en ligne], *Groupement de recherche Droit de l'espace de liberté, sécurité & justice*, 28 avril 2015 [consulté le 13 avril 2017] Disponible sur : <http://www.gdr-elsj.eu>

RIMAILHO Aude, « Comment prouver les tortures/mauvais traitements dans le cadre de la demande d'asile ? » [en ligne], [consulté le 20 avril 2017] Disponible sur : <http://www.rimailho-avocat.fr/>

Annexes

Arrêté du 23 octobre 2015, sur l'évaluation de la vulnérabilité.....	p. 33
Compte-rendu de la rencontre avec Géraldine Semoulin, directrice adjointe en charge de l'asile, à l'OFII.....	p. 39
Compte-rendu de la réunion du comité technique du 4 mai 2017.....	p. 46
Courrier de Médecins du monde destiné à l'OFII.....	p. 56
Courrier de Médecins du monde destiné à leurs patients demandeurs d'asile.....	p. 59
Exemplaire du « certificat de vulnérabilité ».....	p. 62
Fiche de lecture 1 : <i>De la circulaire au guichet. Une enquête sur la fabrique des populations vulnérables par les politiques publiques.....</i>	p. 65
Fiche de lecture 2 : <i>Des personnes vulnérables enfermées et éloignées.....</i>	p. 69
Fiche de lecture 3 : <i>Droit d'asile : la vulnérabilité des demandeurs et les incohérences du projet de loi Valls-Cazeneuve.....</i>	p. 72
Fiche de lecture 4 : <i>Le concept de vulnérabilité.....</i>	p. 75
Fiche de lecture 5 : <i>Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile.....</i>	p. 78
Fiche de lecture 6 : <i>Le transfert des demandeurs d'asile dans l'espace dublin entre présomption de sécurité et présomption de vulnérabilité : regards croisés de la cour européenne des droits de l'homme et de la cour de justice de l'union européenne.....</i>	p. 81
Fiche de lecture 7 : <i>Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile.....</i>	p. 84
Guide d'entretien du rendez-vous à l'OFII, 3 mai 2017.....	p. 87
Plaquette d'information « Le parcours du demandeur d'asile ».....	p. 88
Réflexion sur la création d'une plaquette d'information « Vulnérabilité et demande d'asile.....	p. 89
Réunion du 10 mai 2017 : discussions sur la journée d'étude.....	p. 94

ARRETE DU 23 OCTOBRE 2015, SUR L'EVALUATION DE VULNERABILITE

Le 22 juillet 2016

JORF n°0253 du 31 octobre 2015

Texte n°30

**Arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des
vulnérabilités des demandeurs d'asile prévu à l'article L. 744-6 du code de
l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile**

NOR: INTV1523959A

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/10/23/INTV1523959A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre
de l'intérieur,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment son
article L. 744-6, dans sa rédaction résultant de l'article 23 de la loi n°2015-925 du 29
juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile ;

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment son

article R. 744-14,

Arrêtent :

Article 1

La détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile est effectuée à l'aide du questionnaire d'évaluation annexé au présent arrêté.

Article 2

Les données du questionnaire font l'objet d'un traitement informatique géré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration et sont transmises à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides.

Article 3

Le directeur général de la santé et le directeur général des étrangers en France sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

ANNEXE

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA DÉTECTION DES VULNÉRABILITÉS DES
DEMANDEURS D'ASILE

Les questions qui suivent visent à adapter les conditions d'accueil à la situation du demandeur d'asile et de sa famille.

L'échange ne peut pas porter sur les motifs de la demande d'asile qui relèveront ultérieurement de l'examen par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA).

Les documents à caractère médical communiqués par le demandeur d'asile sont transmis sous pli confidentiel au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration qui appréciera les spécificités de l'hébergement pouvant s'ensuivre.

Le demandeur a été informé des règles de protection du secret médical et de la confidentialité ainsi que de l'usage qui sera fait de ces documents, dans son strict intérêt (évaluation de la prise en charge médicale, adaptation de l'hébergement si nécessaire).

Le demandeur d'asile est informé que ses réponses font l'objet d'un recueil sur support informatique.

I. - BESOINS D'HÉBERGEMENT			
	OUI	NON	Non-réponse
Hébergé par la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1 Stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Précaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergé par tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.2 précaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'urgence. Si oui, indiquer pour quelle durée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. - BESOINS D'ADAPTATION			
	OUI	NON	Non-réponse
Femme enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date prévue du terme :			
Handicap sensoriel			
a.1 Visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.3 Difficultés à verbaliser, mutisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap moteur - Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.2 Chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépôt de documents à caractère médical effectué par le demandeur sous pli confidentiel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cas échéant, l'original des documents a-t-il été restitué au demandeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'accepte que ces informations soient transmises à l'OFPRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fait le 23 octobre 2015.

Le ministre de l'intérieur,

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général des étrangers en France,

P.-A. Molina

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

B. Vallet

COMPTE-RENDU DE LA RENCONTRE AVEC GERALDINE SEMOULIN, DIRECTRICE ADJOINTE EN CHARGE DE L'ASILE, A L'OFII

Le 3 mai 2017

Présentation de l'OFII : missions orientées vers la main d'œuvre étrangère au moment de sa création en 1945. Présence sur tout le territoire français, avec 9 représentations à l'étranger (Maroc, Tunisie, Arménie, Sénégal, Turquie, Mali, Roumanie, Cameroun, ?). Découpage territorial propre à l'OFII. En Rhône-Alpes, il y a 3 directions territoriales. Celle de Lyon s'occupe des demandes venant du Rhône, de l'Ain et de la Loire [***il doit y avoir un 4^{ème} département, mais c'est à vérifier***]. Les effectifs : 945 sur tout le territoire dont 60 pour Lyon + des vacataires, principalement des médecins.

A propos des médecins de l'OFII : ils ont une nouvelle mission qui concerne les étrangers malades. Cela a pour conséquence une baisse de près de 80% des visites réglementaires (qui doivent vérifier si l'état de santé de la personne est compatible avec le fait de vivre en France) qu'ils réalisent pour le compte de l'OFII. Pour palier cela, les visites sont effectuées par les services de santé des universités pour les étudiants, par les visites de la médecine du travail pour les salariés. Pour le cas des personnes présentes sur le territoire depuis plus de 6 mois, l'OFII estime qu'il y a des chances qu'elles aient pu effectuer une visite médicale durant cette période, donc il n'y a pas de visite réglementaire.

Avant la réforme de 2015, l'office déléguait des missions concernant l'asile au PADA. Ce n'est plus le cas et il est de plus chargé de missions supplémentaires. Il y a 4 missions :

1) Les procédures [?]

Avant 2009, les personnes qui recevaient un visa devaient aller à la préfecture pour recevoir un récépissé, retourner à l'OFII pour obtenir un certificat avant de repasser par la préfecture. Maintenant, la préfecture donne un visa long séjour qui fait titre de séjour. Il faut un rendez-vous à l'OFII pour valider son visa en titre de séjour.

Dans ce cadre, pour les regroupements familiaux, le traitement des dossiers se fait sans la présence du public depuis 2010. La procédure se déroule avec l'aide d'enquêteurs logement et des échanges avec le consulat du pays concerné pour vérifier l'état civil.

Depuis 2007, l'OFII est chargé d'accueillir les personnes qui souhaitent s'installer durablement en France (les parents ou le conjoint de français salariés en CDI par exemple). Pour cela, ces personnes doivent signer un contrat avec l'Etat, et qui comprend 3 prestations :

- 1 journée de formation civique sur le fonctionnement de l'Etat français, son histoire, etc.
- 1 journée « vivre et accéder à l'emploi en France » : aide à l'accès aux droits, informations sur la scolarisation des enfants, etc., et aide à la réalisation de CV et lettres de motivation, informations sur le Pôle Emploi, etc.
- Test écrit examiné par une auditrice sociale aidée d'un spécialiste en linguistique. Si la personne n'a pas un niveau suffisant, on lui propose un parcours de formation de 50h, 100h ou bien 200h. Le plus conseillé est celui des 200h, même pour quelqu'un qui a un niveau suffisant pour qu'il puisse consolider sa maîtrise.

→ Ces journées sont organisées par des prestataires extérieurs à l'OFII

2) Le retour

Des changements ont eu lieu en mai 2015 : aide destinée aux personnes en situation irrégulière (présentes depuis plus de 6 mois en France, mais il peut y avoir des dérogations), à celles qui n'ont pas eu de renouvellement, aux étudiants. C'est une aide qui peut concerner la prise en charge du billet d'avion, l'obtention de laissez-passer, la mise en relation avec le pays qui retient le passeport de la personne si c'est le cas. Il y a une aide financière selon la situation de la personne et son pays d'origine.

En 2015, il y a eu une harmonisation des aides financières sur le plan européen, ce qui a conduit à une baisse des montants en France.

25% des personnes qui ont bénéficié de l'aide au retour se sont désistées de la demande d'asile (pour des raisons familiales, personnelles, autres).

L'information sur l'aide au retour est donnée à toutes les étapes de la procédure et un travail d'information s'opère dans les différentes structures.

En 2016, 4000 personnes sont reparties dans leur pays, dont 600 sur la zone dont Lyon s'occupe.

3) L'aide à la réinsertion

Elle ne couvre pas tous les pays (contrairement à la Belgique). Il y a 3 niveaux d'aide :

- Sociale : pour la scolarisation, l'accès aux soins par exemple. L'aide dure 6 mois et elle est déléguée à des opérateurs locaux mais contrôlée par les représentations de l'OFII à l'Etranger.
- Emploi : prise en charge d'une formation et aide à la recherche d'un emploi
- Réinsertion économique : pour les personnes porteuses de projets. Il y a une commission qui décide si l'aide est fournie ou pas. Quand la personne part, l'OFII en France lui donne un document sur les contacts qu'il y a sur place.

A Lyon, sur 179 demandes d'aides à la réinsertion, 33 ont été acceptées. Le maximum d'aide financière : 7000 €.

4) L'asile

→ Mise en place compliquée car il n'y a pas eu de moyens supplémentaires avant 2016. Il y a eu une formation de 2 jours donnée par la centrale de l'OFII de Paris à ses agents + une intervention sur le protocole d'Istanbul. Les agents ont été formés à sur une vulnérabilité objective pour adapter les conditions matérielles du demandeur d'asile.

Le premier accueil est une prestation déléguée aux PADA. En amont, si au GUDA, il n'y a pas de possibilités de logement, c'est le PADA aide la personne à ouvrir ses droits et à bénéficier de différentes aides. A Lyon, c'est Forum Réfugiés qui a 2 cotraitants.

La loi de juillet 2015 norme la procédure. Avant il fallait avoir une domiciliation avant de traiter la demande d'asile. Sauf que les délais d'obtention de logement et de traitement n'étaient pas les mêmes selon les zones du territoire. Maintenant, les délais sont de 3 à 10 jours, ce qui est plus ou moins respecté. A Lyon, ils ont réussi à tenir les délais pendant un moment, mais il y a eu un flux important sur une période, ce qui a rallongé le temps. Ils en sont à 15 jours.

Dans le traitement de la demande d'asile, il y a un premier entretien réalisé par les agents de la préfecture pour qualifier la demande. Quasiment dans la foulée, un second entretien est réalisé pour régler la partie administrative dans un premier temps, et pour évaluer la vulnérabilité dans un deuxième temps.

Les conditions de l'entretien (pour le secteur de Lyon): la réception se fait sur un système de guichet, avec un couloir de sécurité et une vitre entre l'agent et le demandeur. L'espace est restreint et le plafond est insonorisé. Cette configuration est vue comme une forme de protection pour les agents.

Cet entretien de vulnérabilité est « centré sur les vulnérabilités visibles ». Le but de l'entretien est d'adapter les conditions matérielles de la personne. Pendant l'entretien, la personne est informée de l'offre de prise en charge (qui est à signer) qui s'étend sur tout le territoire. Si l'offre est signée, une carte ADA est délivrée et permet d'ouvrir les droits du demandeur dans un délai de 30 à 40 jours (les délais sont plus court pour Dublin).

L'entretien de vulnérabilité consiste en un questionnaire qui est passé avec une auditrice sociale de l'OFII (ce sont soit des assistantes sociales, soit des agents de l'OFII). Il y a la possibilité de donner un kit médical au demandeur (10% des personnes ressortent avec ce kit), qui pourra le faire remplir à un médecin et qu'il faudra renvoyer au médecin coordinateur de l'OFII. Ce dernier émet un avis à partir de 4 niveaux : Priorité vitale, Priorité haute, Priorité moyenne, Priorité faible. Sur la zone de Lyon en 2016, il y a eu 8 personnes faisant l'objet d'une priorité vitale, 94 pour la priorité haute, 112 pour la priorité moyenne et

9 pour la priorité faible. Cet avis conditionne les conditions d'hébergement de la personne (au rez-de-chaussée, près d'un hôpital, etc.). C'est dans le kit médical que peut être en jeu la question de la vulnérabilité psychique, qui n'est pas prise en compte lors de l'entretien.

L'hébergement est accordé pour les personnes à priorité vitale, mais c'est moins sûr pour les autres. Il faut distinguer les personnes qui font l'objet d'une procédure de Dublin et les autres. Les « dublinés » sont hébergés en HUDA et les autres en CADA. Il y a eu une politique d'augmentation des places en CADA et une limitation des places en HUDA, ce qui rend compliqué l'hébergement des personnes vulnérables en procédure de Dublin. A Lyon, ce sont 33% des demandeurs d'asile qui sont dans cette procédure. De plus, la directive accueil de 2013 cible les personnes vulnérables, ce qui encadre fortement la prise en charge. Les délais de prise en charge augmentent. Il est par exemple de 2 mois environ pour les familles avec enfants mineurs, qui font pourtant l'objet d'une priorité de la part des agents.

Il y a des directives régionales et nationales qui permettent aux personnes venant d'autres territoires de France d'être hébergés dans les structures de la zone de Lyon, ce qui limite encore les places pour les demandeurs de la zone. 30% des places sont ainsi réservées au niveau de la nation.

L'orientation des demandeurs vers un hébergement se fait avec l'aide d'un tableau des places libres dans les structures, même celles réservées pour le plan national. Il est mis à jour toutes les semaines.

Complément d'informations avec le rapport d'activité de 2016 de l'OFII :

- Capacité d'accueil des demandeurs d'asile au 31 décembre 2016 (CADA, HUDA, AT-SA) : 54 145 places (p. 38) [43 895 en 2015]
 - Auvergne-Rhône-Alpes : 8 767 → plus grandes capacités d'accueil du territoire
 - Ile-de-France : 6 410 places → 3^{ème} territoire d'accueil en termes de capacités
 - +33% en 2016 en CADA : 37 296 places pour 326 centres // 2015 : 24 418 pour 257 centres
- + 50% d'entrées en 2016 : 26 299 personnes contre 14 958 en 2015.**

De 21% à 28% de demandeurs d'asiles isolés.

+ 69% des admissions nationales, soit 26% des admissions totales.

+ 17% des sorties de CADA

Durée moyenne du séjour : 484 jours en 2016, contre 528 en 2015

- AT-SA : 6 013 places pour 80 centres

De 2 211 admissions en 2015 à 4 775 en 2016

46% des entrants sont des demandeurs isolés

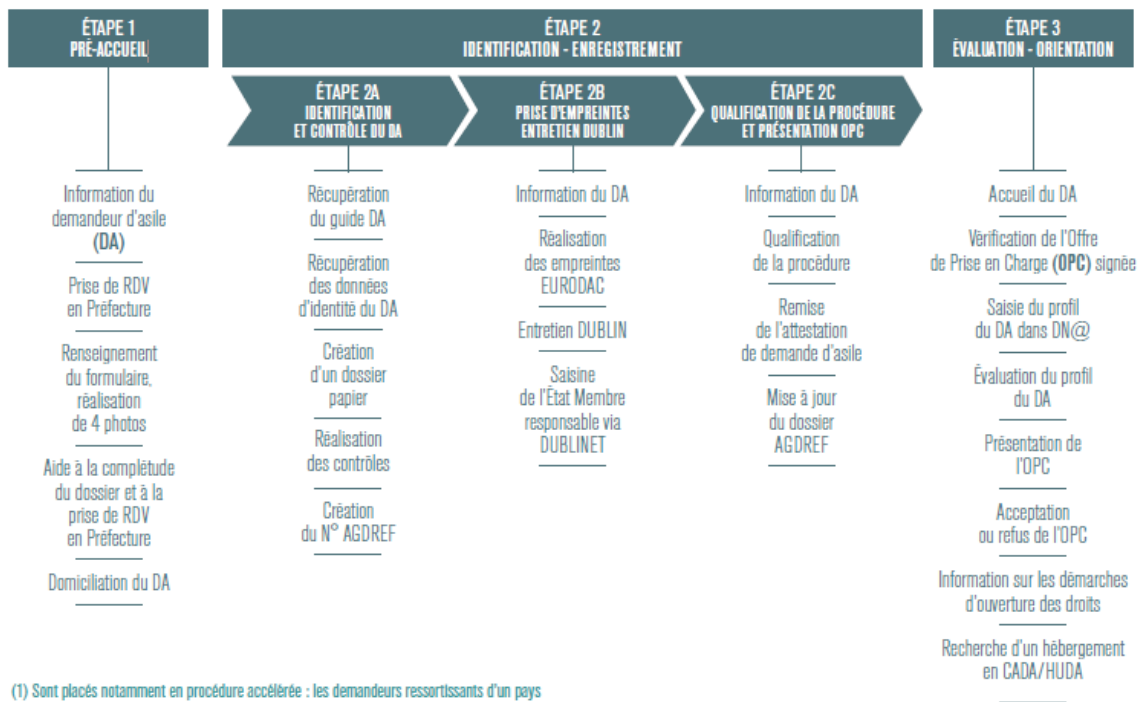
15% de réfugiés et 6% de déboutés au 31 décembre 2016

Les sorties sont passées de 1 694 personnes en 2015 à 2 454 en 2016

- HUDA : 152 centres avec **11 258 personnes en charge au 31 décembre 2016**
10 279 entrées en 2016, pour 9 806 sorties dont 4 040 personnes réorientées vers des CADA

	2015	2016	Évolution
CADA			
Capacité d'accueil au 31-12	28 104	37 296	33%
Entrées totales	17 514	26 299	50%
Dont admissions nationales	3 767	6 351	69%
Dont admissions locales	12 360	18 220	47%
Sorties totales	15 648	18 350	17%
Durée moyenne de séjour global (en jours)	528	484	-8%
Durée de séjour des réfugiés (en jours)	495	469	-5%
Dont après obtention du statut	159	162	2%
Durée de séjour des déboutés (en jours)	573	582	2%
Dont après rejet définitif	123	100	-19%
Places occupées au 31-12	25 565	33 459	31%
Taux d'occupation	91%	90%	
Taux de présence induite des déboutés (a)	7,1%	6%	
Taux de présence induite des réfugiés (b)	2,4%	3%	
AT-SA			
Capacité d'accueil au 31-12	3 545	6 013	70%
Entrées totales	2 211	4 775	116%
Dont admissions nationales	2 106	4 486	113%
Sorties totales	1 694	2 454	45%
Places occupées au 31-12	2 816	5 225	86%
HUDA			
Capacité d'accueil au 31-12	12 246	10 836	-12%
Entrées totales	11 890	10 279	-14%
Sorties totales	9 055	9 806	8%
Dont admissions CADA	3 680	4 040	10%
Places occupées au 31-12	11 299	11 258	0%

- 85 244 demandes d'asile en 2016, dont 77 886 premières demandes (mineurs inclus)
 - Demande « européenne » : - 9%, malgré +112% demandes albanaises
 - Demande « asiatique » : + 8%, avec + 148% demandes afghanes
 - Demande « africaine » : + 5%, avec + 16% demandes soudanaises
 - Demande « américaine » : + 54%, avec + 60% demandes haïtiennes en Guyane
 - Modification des besoins d'hébergement due à : Part des familles qui a diminuée tandis que celle des personnes seules ou isolées augmente + Importance des flux mixtes et secondaires, et multiplication des campements qui mettent sous forte tension les dispositifs d'hébergement d'urgence + Pression du flux d'asile qui conduit à la mise en place dans l'urgence de nouveaux dispositifs d'hébergements au DNA



(1) Sont placés notamment en procédure accélérée : les demandeurs ressortissants d'un pays d'origine sûr, les demandeurs refusant de se conformer à la procédure, et lorsqu'une fraude est avérée ou suspectée.

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU COMITE TECHNIQUE
DU 4 MAI 2017

Comité Technique du Réseau Samdarra

Compte-rendu de la réunion du 4 mai 2017 à l'Orspere-Samdarra (Lyon)

Présents

Nicolas Chambon - Sociologue, Orspere-Samdarra

Yvan Couriol - Entraide Pierre Valdo, Rhône

Elodie Godard - Secours catholique, Rhône

Rémy Kossonogow - Directeur Addcaes, Savoie

Gwen Le Goff – Directrice Adjointe, Orspere Samdarra

François Riette - Cadre de santé, CHS Savoie

Rached Sfar - Adate, Isère

Caroline Guillot – Adate, Isère

Elisabeth Piegay - Coordinatrice ARS des Pass RA

Mathilde Beau – Stagiaire en sociologie, Orspere-Samdarra

Vincent Tremblay – Chargé de mission, Orspere-Samdarra

Absents Excusés

Julia Maury De Feraudy – Psychologue, Orspere-Samdarra

Guillaume Pégon - Carrefour santé mentale précarité, Ain

Halima Zeroug-Vial – Orspere-Samdarra

Calendrier

Prochaine réunion du comité technique le jeudi 13 juillet 2017 de 14 h à 17h **(Adate Grenoble)**

Ordre du jour

- Actualités - Tour de table
- Formation interprétariat
- Point sur les séminaires et journée d'étude « vulnérabilité et demande d'asile »
- Etat d'avancée des films d'animations
- Point sur les suites éventuelles du projet de coordination des psychiatres libéraux

Tour de table des actualités

Actualités en Isère

En Isère, il y a une augmentation très importante et continue du flux d'arrivées de migrants sur le territoire. Le budget alloué à l'hébergement n'augmente pas proportionnellement avec ces arrivées. Alors qu'elle accueillait une grande majorité d'isolés, l'Adate remarque qu'il y a de plus en plus de familles dans les personnes hébergées.

Avec la fin du dispositif hivernal vient la fermeture des places ouvertes pour l'hiver. 538 avaient été ouvertes dans le cadre de ce dispositif dont la plupart ont été fermées mais quelques places ont été prolongées. Aussi, 100 places ont été pérennisées.

Au niveau de l'accueil il y a de gros problèmes de retard au GUDA de Grenoble : délais de 2 mois alors que ces délais devraient être de 3 à 10 jours en temps normal. Certaines associations commencent à se mobiliser afin d'alerter le préfet sur ces délais anormalement long.

Une délégation du ministère va venir de Paris pour auditionner les institutions : OFII, Préfecture, PADA pour comprendre comment se passe la gouvernance de l'asile localement. En termes de gouvernance, les préfets ont beaucoup de pouvoir et sont très libres en ce qui concerne l'asile. Mais le problème ne vient pas forcément de la gouvernance mais surtout des manques de moyens en terme de personnel sur le département.

Au niveau de l'hébergement, des places se libèrent au compte-goutte dans les CADA. Il y a beaucoup de présences indues essentiellement en HUDA : il y a notamment des familles qui ne veulent pas sortir de leur hébergement. Certaines associations militantes accompagnent ces familles en leur conseillant de ne pas sortir et en construisant des dossiers pour les aider (ce qui conduit à des procès, etc.)

Problématique de la prostitution et de la traite humaine en Isère

A propos des problématiques en termes d'accompagnement, les professionnels sont de plus en plus confrontés à la question de la prostitution et de la traite humaine. L'Adate essaye de travailler avec l'Amical du nid et l'APPART pour trouver des solutions. Au niveau de la santé mentale, les filles qui sont victimes de la traite et qui se prostituent sont complètement excédées et dépassées par les événements et elles subissent une pression très importante. Certaines filles reçoivent des hommes dans leur chambre de CADA. Il y a des cas de violences très graves avec des personnes venant chercher les filles en entrant de force dans le CADA. Ces situations sont particulièrement difficiles et problématiques pour les professionnels. En effet, comment garantir le vivre ensemble avec des personnes concernées par la prostitution et d'autres non ? La gestion des CADA est très compliquée dans ces conditions. L'Adate a le sentiment d'être seul vis-à-vis de ces problématiques.

Aussi, les femmes victimes de traite et de prostitution ont beaucoup de mal à formuler leur demande d'asile et la raison de leur migration car leur situation actuelle vient prendre le pas sur leur vécu antérieur.

Vis-à-vis des problématiques de l'ordre de la santé mentale, les professionnels sont démunis et ne savent pas comment faire. En termes de soin psychique, les seuls relais sont les CMP qui relèvent du droit commun. Certains CMP semblent formés et conscients de la situation de la traite des êtres humains, mais d'autres paraissent en difficultés par rapport à ça et découvrent la problématique.

A noter : il existe un référent « traite des êtres humains » à l'OFPPRA.

Actualités en Savoie

A Chambéry, il y a des violences communautaires qui sont nouvelles. Ceci peut sans doute s'expliquer par le fait que les gens sont de plus en plus nombreux dans un espace qui reste toujours de la même taille. Il y a alors une forme de lutte pour l'espace vital qui s'installe.

Il y a eu quelques mouvements de protestation des demandeurs d'asile et associations autour d'eux qui ont produits des effets : préfet qui ferme des places d'hébergement, et les ouvre à nouveau le jour même.

Des migrants de nouvelles nationalités arrivent en Savoie : de Turquie et du Venezuela notamment.

Des structures d'hébergement et professionnels dépassés

D'une manière générale, et sur tous les territoires, les questions de l'hébergement et de l'asile rendent visibles une multitude de problématiques liées à l'accueil des personnes migrantes en France. Dans les CADA il y a aujourd'hui des gens en fin de vie, des personnes handicapées, des personnes malades, des personnes âgées, des personnes dans des situations sanitaires graves, etc.

Ces personnes ne relèvent pas de la compétence des professionnels des CADA. Vis-à-vis de cela il n'y a plus forcément les moyens pour les travailleurs sociaux de s'occuper de tous les aspects problématiques de la vie des migrants. Dans ce contexte, il faut aussi penser à

protéger les équipes de professionnels face à ces accumulations de problématiques qu'ils ne peuvent pas toutes résoudre avec les moyens qui sont les leurs. En effet, il y a aujourd'hui une compilation de difficultés sociales, familiales, de santé qui fait que les intervenants sociaux sont limités dans les réponses qu'ils peuvent apporter.

A propos de l'hébergement

Dans le Rhône, le délai en GUDA est en ce moment de 15 jours ouvrés. Il y a par contre des renvois presque systématiques vers la PADA en ce qui concerne l'hébergement. Il y a donc très peu de possibilité d'hébergement. Ainsi, l'OFII identifie aujourd'hui 6000 personnes en besoin d'hébergement sur la direction territoriale du Rhône dont 1200 sont des familles. Pour rappel : il y a un an il y avait 1300 isolés et aucune famille sans solution d'hébergement.

Aussi les délais dans lesquelles sont trouvés des solutions d'hébergement sont parfois très long. En moyenne 2 mois après le passage au GUDA pour les familles. Seul un tiers des isolés auront un hébergement et dans des délais très long (environ 10-11 mois après passage au GUDA). Pendant ce temps les personnes n'ont aucune solution d'hébergement et se retrouvent pour la majorité à la rue.

En ce qui concerne l'hébergement, certaines places locales ont été réquisitionnées par l'état pour les places d'hébergement nationales (personnes de Paris ou du nord de la France) ce qui explique pour une part la pénurie de places.

Le secours catholique a vu arriver dans leur dispositif SESAME (dispositif réservé à l'hébergement des migrants isolés) de plus en plus de familles en recherche d'hébergement.

En ce qui concerne l'hébergement chez les particuliers qui peut permettre aussi l'apprentissage de la langue française, il s'agit d'une solution possible mais au cas par cas et dans des situations bien particulières. Aussi, il est compliqué de faire porter à un citoyen français la responsabilité d'une telle prise en charge. De plus, les raisons pour lesquelles les gens accueillent des migrants sont parfois douteuses.

Il existe des initiatives collectives dans des communes pour accueillir des familles migrantes. Dans ce cas, l'accueil est facilité par le fait que ces personnes sont collectivement porteuses de l'accueil. Ainsi, cet accueil ne repose pas sur une seule personne ou une seule famille.

Mineurs isolés étrangers

Les mineurs isolés qui ne sont pas pris en charge par la Mission pour l'Évaluation et l'Orientation des Mineurs Isolés Étrangers (MEOMIE) sont également très en difficultés. Sur Lyon, l'Armée du Salut a arrêté ses prises en charge alimentaire le soir faute de financement et il y a donc des jeunes qui n'ont pas de quoi manger. Un accord à été mis en place pour que certains jeunes aillent manger aux restaurants sociaux de temps en temps. Ce sont en majorités des mineurs pour lesquels la majorité est contestée. Ce public est dans une précarité et une vulnérabilité extrême. Sur Lyon, il y aurait environ 700 mineurs isolés dont 350 non pris en charge.

De manière globale, il y a beaucoup plus de mineurs isolés qu'avant. A titre d'exemple, en Isère, en 2010 il a été ouvert un dispositif mineur isolé avec trois places, aujourd'hui il y a 632 places dans ce dispositif sur Grenoble. A Chambéry, il y a un travail de comptage des mineurs isolés à faire.

Les nationalités de la majorité des mineurs isolés sont les suivantes : Nigéria, Guinée, Congo, globalement Afrique subsaharienne, puis de manière beaucoup plus résiduelle des personnes qui viennent d'Algérie, du Maroc de Tunisie et des Balkans. Beaucoup plus de garçons que de filles.

En ce qui concerne l'insertion des personnes protégées

En ce qui concerne les personnes protégées, leur insertion est très compliquée. Il n'existe pas assez de structures qualifiées et trop peu de moyens pour insérer ces personnes convenablement (apprentissage du français notamment). A ce propos, la France n'a pas vraiment de politique d'insertion pour les personnes étrangères amenées à s'installer durablement sur le territoire. L'état missionne des associations ou prestataires pour

comptabiliser les places d'apprentissage du français qui existe sur le territoire mais ne crée pas de places effectives et adaptées.

Formation interprétariat

Un projet a été déposé à nouveau pour les formations interprétariat. Il y aura 4 Sessions de 2 jours chacune dans 4 villes dont une en Auvergne. Pour l'instant :

- 42 inscrits à Clermont-Ferrand
- 60 inscrits à Lyon (complet)
- Beaucoup de monde à Valence également
- Peu d'inscrits à Annecy pour l'instant

Vulnérabilité et demande d'asile

Séminaires

Il y a aura six rencontres dans différentes ville de la région Auvergne-Rhône-Alpes : St-Etienne, Valence, Clermont-Ferrand et trois rencontres à Lyon. Plusieurs thématiques sont prévues telles que :

- Tous précaires, tous vulnérables (31 mai)
- Quelle prise en compte de la vulnérabilité dans la procédure d'asile (14 juin)
- Faut-il faire des certificats de vulnérabilité (12 juillet)

En ce qui concerne la direction territoriale de Lyon en 2016, le MEDZO a renvoyé à l'OFII 223 avis faisant suite aux certificats médicaux parmi lesquels : 8 priorités vitales, 94 priorités hautes, 112 priorités moyennes, 9 priorité faibles.

Les équipes n'ont pas l'information du remplacement du MEDZO et n'envoient donc pas de certificats.

Il y aurait un taux de perte très faible entre les gens qui se voient remettre un certificat de vulnérabilité (kit de vulnérabilité) et les certificats effectivement envoyé au MEDZO. Néanmoins les gens ne comprennent pas forcément ce qu'il faut faire : certains renvoient leur certificat vierge.

MEDZO SUD VULNERABILITE : charles.candillier@ofii.fr

MEDZO MARSEILLE ETRANGERS MALADES : dominique.grassineau@ofii.fr

Dans son évaluation de la vulnérabilité des personnes, l'OFII priorise les familles avec enfants en bas âges et femmes enceintes.

Journée d'étude

Une journée d'étude sur la vulnérabilité dans le cadre de la demande d'asile aura lieu le 6 décembre à l'université Lyon 2 (Grand amphithéâtre).

Il serait intéressant de commencer la journée par une intervention sur la situation de l'asile aujourd'hui et plus particulièrement sur la situation de l'hébergement dans le cadre de la demande d'asile après la réforme. En effet, le dispositif et la réforme tels qu'ils ont été pensés ne sont pas du tout à l'échelle des arrivées et du nombre réelle de demandeurs d'asile. Il faut bien noter l'écart entre le dispositif tel qu'il a été pensé et l'offre concrète de logement. Une parole collective d'un groupe de PADA pourrait tenir ce rôle.

La détection de la vulnérabilité arrive dans les pratiques avec une traduction très restreintes et une forme de gestion de la pénurie en termes d'hébergement. Là où vulnérabilité devrait vouloir dire accompagnement adaptés, on se sert de la vulnérabilité pour avoir accès à de l'hébergement.

Etat d'avancée des films d'animations

Deux films d'animation en cours :

- Procédures administratives (mise à jour)
- Procédure étranger malade

Sur la procédure « étranger malade », le collectif santé du secours catholique voudrait rencontrer quelqu'un de l'OFII pour avoir des informations complémentaires sur la procédure car certains points restent flous.

Point sur les suites éventuelles du projet de coordination des psychiatres libéraux

Une demande a été déposée auprès de l'ARS pour poursuivre le premier volet du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires.

Dans les suites de ce projet il est prévu de :

- Continuer un travail de relance téléphonique auprès des psychiatres libéraux afin de les informer de l'existence du projet et de discuter avec eux de leur éventuelle participation à celui-ci. Seulement 20% des psychiatres ont été effectivement joint au téléphone.
- Mettre en place des temps d'échanges cliniques à destination des psychiatres libéraux et soignants (médecins et psychologues) afin notamment de répondre à l'isolement des médecins qui prennent déjà en charge ce public.
- Un élargissement du projet à l'Auvergne.
- Un élargissement du projet aux lieux de la précarité (CPH, etc.)

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE

- La création de permanence des psychiatres libéraux dans les lieux de soins et/ou d'hébergement du public migrant précaire. Juridiquement, la mise en place de ce genre de permanence ne devrait pas poser de problèmes.

L'enveloppe de l'ARS pour payer des interprètes est renouvelée en 2017. Elle est disponible pour les psychiatres libéraux sur tous les territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes.

COURRIER DE MEDECINS DU MONDE DESTINE A L'OFII

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT 世界の医療団

Allemagne | Argentine | Belgique | Canada | Espagne | Etats Unis | France | Grèce | Japon | Luxembourg | Pays Bas | Portugal | Royaume Uni | Suède | Suisse



A l'attention de la délégation territoriale de l'OFII

Madame, Monsieur,

Nous avons reçu à notre consultation M/Mme _____, en cours de dépôt de demande d'asile et que vous avez rencontré(e) lors de son passage au guichet unique. Cette personne aurait fait état d'un problème de santé justifiant selon vos services d'une demande d'adaptation de ses conditions matérielles d'accueil pour des raisons médicales. Vous demandez à cet effet que Médecins du Monde remplisse un rapport médical portant mention de « *certificat médical confidentiel destiné au médecin coordonnateur de zone de l'OFII* ».

Nous attirons votre attention sur l'utilisation impropre de la terminologie employée : ce document est en fait un *rapport médical* et non un *certificat médical*, puisqu'il contient des données médicales confidentielles qui ne peuvent être transmises qu'à un professionnel de santé en vertu de l'article L.1110-4 du Code de la Santé publique. Cet intitulé devrait donc être modifié afin d'empêcher toute confusion sur le maintien du secret médical auquel toute personne a droit.

Médecins du Monde ne souhaite pas réaliser des rapports médicaux ayant pour vocation de « détecter la vulnérabilité des demandeurs d'asile », ce pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, l'évaluation de la vulnérabilité ne revêt pas qu'une dimension médicale ; elle englobe des dimensions complémentaires, médicales mais aussi sociales et psychologiques, qui relèvent des professionnels sanitaires et sociaux de droit commun. Chez les demandeurs d'asile, la première cause de morbidité est liée aux conséquences physiques et psychiques des violences vécues dans le pays

d'origine ou pendant le trajet migratoire. Nous plaidons pour un dépistage systématique de ces violences et leur impact sur les personnes mais elles restent mal identifiées et peu prises en comptes et les structures spécialisées sont très peu nombreuses et faiblement financées.

Nous estimons qu'une véritable évaluation, prévention et prise en charge des vulnérabilités des personnes demandeuses d'asile ne devrait pas se faire au sein d'une filière spécifique mais dans les dispositifs de droit commun. En effet, les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'ouverture immédiate de leurs droits à une couverture maladie universelle²⁸ et depuis le 1^{er} janvier 2016 à la protection universelle maladie²⁹ et ainsi, doivent avoir accès aux soins en médecine de ville.

Pour Médecins du monde, tous les demandeurs d'asile sont vulnérables et tous devraient se voir proposer un logement ou un hébergement, conformément aux textes³⁰. Comme le rappelle la CNCDH, *« l'ensemble des demandeurs d'asile a le droit de bénéficier des conditions matérielles d'accueil garantissant un niveau de vie digne, ce qui nécessite l'allocation par l'État de moyens en adéquation avec les besoins de l'ensemble des structures chargées d'assurer cet accueil, cet accompagnement et cette prise en charge. »*³¹.

Le logement est un déterminant social de la santé fondamental³² : sans logement ou sans hébergement l'état de santé de toute personne a de fortes probabilités de très vite se dégrader. L'absence de logement ou d'hébergement constitue à la fois une cause et un facteur aggravant des problèmes de santé.

Médecins du Monde, avec d'autres associations, avait alerté tout au long de la concertation sur le projet de loi asile, sur le flou et les risques entourant cette « évaluation de la vulnérabilité » des demandeurs d'asile telle que prévue par la loi. Le Défenseur des droits ainsi que la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) avaient également souligné et alerté sur les insuffisances et les dérives de cette évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile dans le projet de loi.

Nous refusons que la « vulnérabilité » ne devienne un critère de tri et de sélection entre les personnes pour l'accès à des conditions matérielles d'accueil insuffisantes, ce que laisse présupposer

²⁸ R.3801 Code de sécurité sociale et circ. min. du 3 mai 2000

²⁹ Article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 du 21/12/15

³⁰ Article 2 de la Directive 2003/9/CE du 27 janvier 2003 et L.348-1 et s. et R.348-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles.

³¹ CNCDH : *Avis sur le projet de loi relatif à la réforme de l'asile*. 20 novembre 2014, p 28.

³² Comme énoncé par l'Organisation mondiale de la Santé

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE

les termes de la loi et les mesures déjà mises en place.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons remplir le document demandé.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Dr Françoise Sivignon
Présidente



COURRIER DE MEDECINS DU MONDE DESTINE A LEURS PATIENTS DEMANDEURS D'ASILE

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ
ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के
डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO
ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT

Allemagne | Argentine | Belgique | Canada | Espagne | Etats Unis | France | Grèce | Japon | Luxembourg | Pays Bas | Portugal | Royaume Uni |
Suède | Suisse



Madame, Monsieur,

Vous vous êtes présentés à notre consultation, nous demandant de remplir un rapport médical portant mention de « *certificat médical confidentiel destiné au médecin coordonnateur de zone de l'OFII* ».

Nous comprenons que vous êtes en cours de dépôt de demande d'asile et que vous avez rencontré les services de l'OFII lors de votre passage au guichet unique. L'OFII vous a alors orientés vers notre centre de soins.

En vertu de la loi relative à la réforme du droit d'asile³³, l'OFII est chargé de procéder à une évaluation de la vulnérabilité du demandeur afin de déterminer ses besoins particuliers en matière d'accueil³⁴. Un arrêté³⁵ fixe donc, à destination des agents de l'OFII, un questionnaire leur permettant de « détecter des vulnérabilités » chez les demandeurs d'asile. Lorsque le demandeur exprime l'existence d'un problème de santé, il lui est remis un « certificat médical confidentiel » à faire remplir par un médecin et à remettre sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de la zone OFII. Dans ce cadre, il semble que l'OFII vous ait orienté vers notre centre de soins.

Médecins du Monde est une association œuvrant pour l'accès aux soins pour tous. Notre centre peut vous proposer un accompagnement pour l'accès aux soins mais nous ne réalisons pas de rapports

³³ Loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile

³⁴ Article L744-6 du Ceseda, créé par la loi du 29 juillet 2015, art. 23

³⁵ 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

médicaux ayant pour vocation de « détecter la vulnérabilité des demandeurs d'asile », ce pour plusieurs raisons :

Pour Médecins du monde, tous les demandeurs d'asile sont vulnérables et tous devraient se voir proposer un logement ou un hébergement, conformément aux textes³⁶. Comme le rappelle la CNCDH, « *l'ensemble des demandeurs d'asile a le droit de bénéficier des conditions matérielles d'accueil garantissant un niveau de vie digne, ce qui nécessite l'allocation par l'État de moyens en adéquation avec les besoins de l'ensemble des structures chargées d'assurer cet accueil, cet accompagnement et cette prise en charge.* »³⁷.

Le logement est un déterminant social de la santé fondamental³⁸ : sans logement ou sans hébergement l'état de santé de toute personne a de fortes probabilités de très vite se dégrader. L'absence de logement ou d'hébergement constitue à la fois une cause et un facteur aggravant des problèmes de santé.

Nous estimons qu'une véritable évaluation, prévention et prise en charge des vulnérabilités des personnes demandeuses d'asile ne devrait pas se faire au sein d'une filière spécifique mais dans les dispositifs de droit commun. En effet, les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'ouverture immédiate de leurs droits à une couverture maladie universelle³⁹ et depuis le 1^{er} janvier 2016 à la protection universelle maladie⁴⁰ et ainsi, doivent avoir accès aux soins en médecine de ville.

Pour Médecins du Monde, l'évaluation de la vulnérabilité ne revêt pas qu'une dimension médicale ; elle englobe des dimensions complémentaires, médicales mais aussi sociales et psychologiques, qui relèvent des professionnels sanitaires et sociaux de droit commun. Chez les demandeurs d'asile, la première cause de morbidité est liée aux conséquences physiques et psychiques des violences vécues dans le pays d'origine ou pendant le trajet migratoire.

Nous plaçons pour un dépistage systématique de ces violences et leur impact sur les personnes.

Médecins du Monde, avec d'autres associations, avaient alerté tout au long de la concertation sur le projet de loi asile, sur le flou et les risques entourant cette « évaluation de la vulnérabilité » des

³⁶ Article 2 de la Directive 2003/9/CE du 27 janvier 2003 et L.348-1 et s. et R.348-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles.

³⁷ CNCDH : *Avis sur le projet de loi relatif à la réforme de l'asile*. 20 novembre 2014, p 28.

³⁸ Comme énoncé par l'Organisation mondiale de la santé

³⁹ R.3801 Code de sécurité sociale et circ. min. du 3 mai 2000

⁴⁰ Article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 du 21/12/15

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE

demandeurs d'asile telle que prévue par la loi. Le Défenseur des droits ainsi que la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) avaient également souligné et alerté sur les insuffisances et les dérives de cette évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile dans le projet de loi.

Nous refusons que la « vulnérabilité » devienne un critère de tri et de sélection entre les personnes pour l'accès à des conditions matérielles d'accueil insuffisantes, ce que laisse présupposer les termes de la loi et les mesures déjà mises en place.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons remplir le document demandé par l'OFII.

Soyez assurés que nous sommes préoccupés par votre situation et avons fait part de notre position à l'OFII dans un courrier que vous trouverez ci-joint.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Dr Françoise Sivignon
Présidente



EXEMPLAIRE DU « CERTIFICAT DE VULNERABILITE »



DIRECTION TERRITORIALE DE MARSEILLE
MEDECIN COORDONNATEUR ZONE SUD-EST

Cher(e) Confrère,

Vous recevez ce jour un patient qui a fait auprès des services de l'OFII une demande d'adaptation de ses conditions matérielles d'accueil pour des raisons médicales.

Conformément au Décret N°2015-1166 du 21 septembre 2015, cette demande fait l'objet d'un avis émis par un médecin de l'OFII.

Afin de me permettre d'examiner cette demande, je vous saurais gré de bien vouloir m'adresser les informations nécessaires à l'aide du compte-rendu médical ci-joint, accompagnée de toute autre information susceptible de permettre au mieux un aménagement de l'hébergement à l'état de santé de ce patient.

Vous pouvez me contacter ou me répondre :

- Par mail à médecin coordonnateur de zone OFII : medzo.sud-est@ofii.fr
- Par courrier postal avec mention « secret médical » à :

OFII
DIRECTION TERRITORIALE DE MARSEILLE
61, boulevard Rabatau
13295 MARSEILLE Cedex 08

Je vous prie d'agréer, cher(e) Confrère, mes salutations confraternelles.

Médecin coordonnateur de zone

POLE SANTE

MED VILLE / MEDECIN DE ZONE SUD-EST
12.6.3 DA DOCUMENTS GU DE ZONE SUD-EST

1



VOLET MEDICAL DU DEMANDEUR D'ASILE

COMPTE-RENDU MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné au médecin coordonnateur de zone Direction territoriale de MARSEILLE

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)

Adresse : OFII DT DE MARSEILLE - 61, boulevard Rabatau - 13295 MARSEILLE Cedex 08

Réf : Décret N°2015-1166 du 21 septembre 2015 (pris pour l'application de la loi N° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile)

Note importante : ce compte-rendu médical sera remis en main propre et sous pli fermé à la personne ayant fait l'objet de l'examen médical ou à son représentant légal si cette personne est mineure.

Je soussigné, docteur.....,

certifie avoir examiné personnellement la personne suivante :

NOM :	Prénom :	H : <input type="checkbox"/>	F : <input type="checkbox"/>
Date de naissance : / /			

Pour l'instruction de son dossier de demande d'hébergement en centre d'accueil (CADA/HUDA) dépendant du Dispositif National d'Accueil (DNA) à la date du : / / et atteste de l'exactitude des renseignements qui suivent :

MEDECIN AYANT PROCEDE A L'EXAMEN ET SIGNE LE RAPPORT :	
1 – médecin traitant du demandeur: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
2 – médecin spécialiste adressé par son médecin traitant: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3 – autre :	Date / TAMPON
Identification du médecin (date + tampon) :	

Histoire de la maladie :
Diagnostic de la maladie :
Si le diagnostic n'est pas établi à la date de l'examen, quels sont les consultations spécialisées et les examens complémentaires envisagés pour établir le diagnostic :



VOLET MEDICAL DU DEMANDEUR D'ASILE

Traitements médicaux / chirurgicaux / autres :

- traitement actuel :

- traitement envisagé :

- suivi médical et examens médicaux nécessaires :

- Prise en charge spécialisée nécessaire :

- vos commentaires, (autonomie, dépendance, etc...)

PAGE 2/2 COMPTE-RENDU MEDICAL CONFIDENTIEL

POLE SANTE

MED VILLE / MEDECIN DE ZONE SUD-EST
12.6.3 DA DOCUMENTS GU DE ZONE SUD-EST

3

FICHE DE LECTURE 1

De la circulaire au guichet.

Une enquête sur la fabrique des populations vulnérables par les politiques publiques

Gilles Frigoli

- 2 évolutions dans les politiques sociales en France, et dans les domaines qui prennent en charge les situations de vulnérabilité sociale :
 - **Accroissement de l'autonomie des acteurs locaux** dans la mise en œuvre de l'action publique
 - « **Promotion du « cas par cas »** dans la réponse aux situations de vulnérabilités sociales »

- Construction sociale de la vulnérabilité qui relève :
 - De la **construction de problèmes publics** mais qui procède également des modalités par lesquelles des systèmes d'action territoriaux traitent la question de leur coopération interne
 - « **des mécanismes à travers lesquels des usagers et des agents** disposant d'une marge de manoeuvre pour fournir une appréciation de ce que doit être le traitement approprié à leur réserver, « **co-croisent** » la **situation d'interaction qui les réunit.** »

- 3 manières d'analyser la construction des populations vulnérables par les politiques publiques :
 - *L'étude du cadre cognitif et normatif dans lequel s'inscrit la politique publique (au niveau national et supranational) :*
 - 3 dimensions : 1) Idées, les intérêts et institutions 2) Articulation à réaliser entre la dimension matérielle et politique 3) Dimension idéale des politiques publiques → « **Cadres d'analyse qui permettent d'envisager**

l'action publique sous l'angle de la contribution qu'elle apporte à la construction sociale de ses objets. »

- *L'étude des régulations émanant de systèmes d'action territoriaux promouvant le partenariat local :*
- Distinguer : 1) Constat de recompositions en cours des modes d'intervention étatiques 2) Changement de regard sur ces modes, autrement dit l'émergence d'un « local reconsidéré » (Malibeu)
- **Nouveau style d'action publique: territorialisée** → « s'en remettre en partie aux acteurs locaux pour **produire une définition conjointe des problèmes à résoudre** dans un cadre de dispositifs ayant vocation à favoriser la coordination des actions»
- Différentes analyses de **l'articulation de l'organisation des coopérateurs locaux** mais qui convergent vers une même idée : celle « d'une **meilleure prise en compte** de la capacité des acteurs locaux à **se représenter le monde dans lequel ils agissent** et organisent leur coopération, et d'une **intelligibilité plus grande des processus à l'œuvre** dans cette construction intellectuelle collective »
- *L'étude d'échanges au guichet qui réunit les agents institutionnels et les usagers*
- Travaux qui permettent de mettre en évidence **l'importance de la contribution des acteurs de terrains à la construction de l'action publique** → ici : « Mettre au jour la capacité des acteurs, des deux côtés du guichet, à faire des choix circonstanciés et relationnels, sous-tend l'idée que dans certains domaines de l'action publique, **la politique publique continue de se construire lors de la rencontre entre des agents situés institutionnellement et des usagers** » dans un contexte où les agents doivent **catégoriser les usagers en tant que « cibles légitimes » de l'action publique.**

- Existence d'un **nouveau lieu de construction de l'action publique** + poids des choix qui y sont faits → guichet = **dispositif matériel** pour les échanges (comptoir) + **action publique « en train de se faire »** (par l'observation empirique)
- Domaine de l'action publique à travers le guichet qui peut être restreint aux **secteurs institutionnels en charge d'évaluer/juger la situation personnelle des usagers**, et ce quand il n'y a **pas de règles prédéterminées**.

Exemple : « vérification par une institution de l'appartenance de l'utilisateur à la catégorie visée par un programme public ciblé » : évaluation de la recevabilité d'une demande basée sur des principes généraux qu'il faut adapter au cas par cas.

- Les agents institutionnels disposent d'une **marge de manœuvre/fournissent une appréciation** pour un traitement approprié au public en question → marge de manœuvre qui a des **conséquences sur le service rendu**
- Procédure de **demande d'asile** qui fait partie de ces actions publiques qui donnent une **autonomie d'action (relative) aux partenaires locaux** + participation des **acteurs de terrain pour actualiser leurs principes**
 - Production des « récits de vie » qui se fait **en fonction des parcours des individus au sein du système d'accueil local** + Issue des demandeurs d'asile en fonction des **la « dynamique d'une « relation de guichet »** (entre demandeur et agent de l'OFPRA) → les demandeurs **dépendent** des logiques de fonctionnement des systèmes d'actions territoriaux (**enjeux locaux**) + de la **relation de face à face** avec les agents
 - « essayer de trouver une forme d'expression de sa propre détresse **appropriée aux critères de choix** que l'on suppose chez celui qui a le pouvoir de décider. »
 - « La politique de l'asile, la figure du demandeur d'asile, **se construisent donc aussi dans [l]es différentes relations** [avec les bénévoles, les travailleurs

sociaux, etc.] **et [l]es différentes situations** » et dans lesquels les **procédures de catégorisation** prennent place.

FICHE DE LECTURE 2

« Des personnes vulnérables enfermées et éloignées »

Rapport 2015 des centres et locaux de rétention administrative

- Enfermement et éloignement qui priment sur la protection des personnes, même si leur situation montre une incompatibilité avec le placement en rétention
- Responsables des unités médicales en rétention qui constatent une dégradation de l'état de santé des personnes enfermées
- Déficit d'examen individuel des situations ou « absence de prise en compte de ces éléments avant la décision de mise en rétention »
- Diminution du temps de présence de médecins dans certains CRA, accès au service médical filtré par les agents de police,
- Avis favorables des médecins de l'ARS pas toujours suivis par l'administration
➔ met en péril la vie des personnes
- difficultés par rapport à l'effectivité du droit. Les personnes malades peuvent difficilement défendre leurs droits : aucun recours possible pour contester la décision notifiée de poursuivre ou d'arrêter l'éloignement après avis médical.
- Avis médical par le médecin de l'OFII sur « la nécessité de soin et la compatibilité ou non de l'état de santé de la personne avec son éloignement »
➔ lie « volontairement » la prise en charge de la santé des personnes étrangères à leur situation administrative ➔ « forme de gestion de la question migratoire »
- Difficile d'identifier des situations qui sont peu visibles ou exprimées

- Personnes victimes d'exploitation sexuelle qui ont des caractéristiques de vulnérabilité un peu plus facilement identifiables en rétention : intervenants des associations formés et sensibilisés à cette problématique
 - Fonctionnaires de police peu ou mal informés sur la problématique. Focalisation sur la situation administrative
 - Fonctionnaires de police et de gendarmerie censés informer la personne de la possibilité d'une protection et d'un hébergement si elle porte plainte ou témoigne dans une procédure pénale, en garantissant la confidentialité. Mais il y a une peur des représailles qui empêche la plupart des personnes à le faire + l'information n'est que rarement donnée par la police
 - Opacité de la procédure + pratiques locales + locaux de police inadaptés → la liberté de parole n'est pas favorisée
- Caractère anxiogène et carcéral de l'enfermement + risque d'éloignement vers le pays d'origine + présence des policiers qui n'ont pas pu protéger les victimes + crainte de représailles → peu d'incitation à se confier
 - Circulaire du 19 mai 2015 : identification des victimes qui « est de la compétence exclusive des forces de l'ordre qui engagent le processus d'identification »
 - Condition de plaintes difficiles en rétention, du fait de l'hétérogénéité des pratiques
 - « Travail en coordination avec des associations locales d'aide aux victimes de traite ou des dispositifs nationaux de mise à l'abri envisageable ». Mais compliqué car la procédure d'éloignement se déroule dans l'urgence

- Mécanismes de protection qui existent mais peu utilisés par l'administration en mettant en avant le fait que les personnes sont placées en rétention pour être éloignées vers leur pays d'origine
- Associations qui agissent dans l'urgence et jouent un rôle de détection et d'orientation, qui devrait être fait par l'administration → résultats différents selon le degré de confiance entre la personne et l'association
- Vulnérabilité qui peut résulter des situations de violences policières (peu fréquentes)
- Personnes qui dénoncent le manque de considération dont elles font l'objet → amplifie le caractère anxiogène de l'enfermement
- Enfermement des familles : peu rependue dans peu de préfectures. Placement de manière « éclair », en fin de journée → impossibilité de rencontre avec le service médical ou l'association → pas de possibilité de contester la décision. [Loi 7 mars 2016 : légalise le placement des enfants en rétention]
 - Durée de rétention courte des familles, en partie due aux pressions des organismes défendant leurs droits

FICHE DE LECTURE 3

Droit d'asile : la vulnérabilité des demandeurs et les incohérences du projet de loi Valls-Cazeneuve

Joanna Pétin – 2015

- Régime d'Asile Européen Commun : « apporter une réponse spécifique à la prise en charge des demandeurs de protection ayant des besoins particuliers » → notion de vulnérabilité
- Projet de loi qui introduit « une **disposition spécifique** relative à l'évaluation des **besoins particuliers** des demandeurs de protection » ; énumère ceux qui méritent une attention particulière du fait de leur « particulière vulnérabilité »
- Liste non-exhaustive des personnes vulnérables → **effet pervers** possible de ne porter attention qu'aux personnes de la liste, excluant toutes les autres ce qui leur porterait préjudice → **opposition inclusion théorique (volonté européenne) et exclusion dans la pratique**
- **Pas d'ajout** de la France par rapport à la directive européenne dans le projet de loi.
- Examen de la vulnérabilité attribué à l'OFII → tâche supplémentaire, donc prise en charge financière à discuter
- **Mise en doute indépendance des agents de l'OFII**, du fait de sa mise sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur
- L'OFPRA a aussi les capacités de faire cet examen, étant donné de ses connaissances sur les situations de chaque pays et des traumatismes que cela peut entraîner. Mais n'en a pas la charge

- Loi qui prévoit que les agents qui procéderont à l'examen reçoivent une **formation spécifique**, pour permettre l'identification des victimes de torture ou de traite des êtres humains par exemple. Mais **incertitudes sur quels professionnels feront cet examen** (des médecins, travailleurs sociaux, etc ?) → associations qui souhaitent qu'il soit réalisé par le biais **d'un bilan de santé des professionnels de la santé**.
- Bureau européen d'appui en matière d'asile qui a développé **un module « entretien avec des personnes vulnérables »** pour « sensibiliser les agents instructeurs à la vulnérabilité de certains demandeurs de protection ». Formation **donnée aux agents de l'OFPRA**. Le sera-t-elle pour les agents de l'OFII ?
- Entretien personnalisé systématique conduit par l'OFII → **effet doublon** par rapport à l'entretien que réalise déjà l'OFPRA pour l'instruction de la demande → risque de **victimisation secondaire** du demandeur par la double répétition de son histoire + **alourdissement et rallongement de la durée des procédures d'examen**
- Veiller à ce que **tous les demandeurs d'asile puissent bénéficier** de cet examen
- Examen de la vulnérabilité qui « ouvre la voie à **la multiplication des recours** »
- OFII qui doit simplement **transmettre les informations pertinentes** à l'OFPRA, **pas de pouvoir décisionnaire**. De même, l'**OFPRA n'est pas obligé de tenir compte des informations transmises** → pertinence de l'examen réalisé par l'OFII de nouveau mise en cause
- **Nécessaire consentement** du demandeur à la transmission des informations sur sa vulnérabilité particulière → **dérives possibles** car peut jouer en la défaveur du demandeur : expliquer clairement au demandeur les raisons de la

transmission à l'OFPRA pour qu'il comprenne bien les choses et ne pas prendre le risque qu'il ne donne pas son consentement

- Défaillance du projet de loi : **l'OFPRA n'est pas lié par les constatations de l'OFII**. Seul l'OFPRA peut prendre la décision d'adapter la procédure d'examen. → « Il semble en effet plus judicieux d'attribuer **directement la compétence de l'évaluation de la vulnérabilité** des demandeurs de protection à **l'OFPRA au cours d'un entretien préliminaire**. »

FICHE DE LECTURE 4

Le concept de vulnérabilité

Axelle BRODIEZ-DOLINO

- « Est-ce, dès lors, un nouveau terme visant à **penser de nouvelles réalités**, ou simplement **remplacer à d'anciens** – et notamment celui d' « exclusion » – devenus **politiquement usés**, ou **socialement trop connotés** ? »
- « **Potentialité à être blessé** ». Deux notions : - **fêlure** (par où arrivera l'atteinte) – **blessure** (qui matérialisera l'atteinte)
- Associé à la **résilience** en psy: « capacité d'un individu à s'adapter à un environnement changeant, à revenir d'un stress post-traumatique, à surmonter ses blessures. »
- Droit pénal → **circonstance aggravante + élément constitutif d'une infraction**
- ⇒ **6 états de faiblesse physiques ou mentaux** qui doivent atteindre un **certain degré** : l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique et la grossesse => « **particulière vulnérabilité** »
- « « Zapping » terminologique »
- Robert Castel : vulnérabilité comme « zone intermédiaire » **entre intégration et désaffiliation**
- « Anthropologie conjonctive » : « **reconnaissance de la troublante possibilité** d'être *tout à la fois* capable et incapable, responsable et irresponsable, autonomes et hétéronomes »
- Selon Marc-Henry Soulet : **vulnérabilité** universelle, potentielle, relationnelle et contextuelle, individuelle, réversible → **commune mais non égale**

- **Catégorie plus englobante** que les anciennes, utilisées pour « les individus en difficultés »
- Premier public vulnérable : l'enfant car **inachevé**, en devenir → « **protections exogènes** » : **génériques** comme les Droits de l'enfant, et **spécifiques** aux situations particulières comme la maltraitance, la migration => « pour pallier son absence de défenses endogènes »
ET aussi les adolescents : « Françoise Dolto sous l'expression de « homard » en mue, se départant de sa carapace d'enfant pour se forger celle d'adulte (DOLTO, 1989). » → **protection et éducation**
- Cas de pauvreté-précarité : **fragilisation de la santé psychique et mentale**.
Reproduction générationnelle (ATD Quart Monde) → 1980s : vulnérabilité associée à la pauvreté => « **les plus vulnérables** »
- Vulnérabilité et dépendance : association possible ? Vulnérabilité **supposément réversible** en opposition avec certaines situations de handicap ou de la vieillesse. Argument : « l'action médico-sociale consiste précisément à **atténuer les effets des troubles et de la dépendance**. » => « **vulnérabilité complexe** »
- Terme qui se répand avec l'évolution des actions sociales qui se basent de plus en plus sur des politiques « **d'empowerment et d'Etat social actif** » depuis les années 1980. « nous sommes **tous vulnérables**, mais disposant aussi de **ressources mobilisables pour retrouver davantage d'autonomie** »
- En lien avec la thématique du **care** : « invitant à articuler dans l'action sociale **deux injonctions** pour partie **contradictoires** que sont le **souhait d'autonomie** de la personne et les **réalités de ses dépendances** »
- Notion **moins stigmatisante** : peut autant **contenter** ceux qui défendent les **politiques universalisantes** que ceux qui défendent les **politiques ciblées**

- **Développer l'action le plus tôt possible** → politiques sociales de plus en plus axées sur la **prévention et l'égalité des chances**
- « Situation individuelle, [...] elle se trouve dès lors aussi en **adéquation avec les logiques contemporaines** de parcours, de maillage pluridisciplinaire et interinstitutionnel (RAVON et LAVAL, 2014), de lien entre dimensions sanitaire et sociale, entre privé et public ; de « guichet unique », de simplification voire de linéarisation des parcours d'aide (PIVETEAU, 2014). »
- **Agir sur l'environnement** : modifier ses propriétés + le rendre moins « vulnérabilisant »
- **Passage d'une logique réparatrice à une logique préventive** : on ne tente plus seulement de « réintégrer l'individu (exclu) », mais on essaie plutôt d'« atténuer les faiblesses et restaurer l'individu (vulnérable) dans ses capacités »
- **Notion apolitique** qui « masque les rapports de domination verticale et de relégation horizontale dont sont victimes les catégories les plus démunies, à l'heure où les inégalités se creusent et où les discours de stigmatisation, falsifications »
- Terme qui « ne vaut que par **l'analyse que portent** de façon allogène non les « *acteurs de* », mais **les « acteurs sur** ». »
- **C'est la société qui vulnérabilise les individus**

FICHE DE LECTURE 5

Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile

Estelle d'Halluin

- **Place croissante** de la notion dans le droit européen de l'asile
- Inscrite dans « les premiers instruments juridiques fondateurs du régime d'asile européen commun des années 2000 » : prendre en compte la **situation particulière** des « populations vulnérables » et de leurs « besoins spécifiques »
- Logique de de la notion de vulnérabilité qui **distingue, différencie dans le but d'apporter une réponse spécifique adaptée** → « obligation de protection accrue au cours de la procédure d'examen » pour les Etats
- A parti des années 1990, **approche catégorielle** des « populations vulnérables » → **anticiper les soins et singulariser l'accompagnement social**
- Avant que la question de la vulnérabilité soit européenne, la France et l'Etat avait repris en main le dispositif d'accueil national pour une **application « stricte des critères d'ouverture des lits en foyer à des publics « prioritaires » »**
- Avec l'introduction de ce paradigme : **transformations de l'action sociale** contemporaine **vers de la prévention et l'égalité des chances** (A. Brodiez-Dolino, Le concept de vulnérabilité)
- Migrants qui doivent maintenant **attester de leur appartenance aux groupes vulnérables** (ce qui pouvait rester informel avant) → intervention de

nouveaux intermédiaires, comme les professionnels du libéral ou les associations, pour identifier ces groupes

- **Complexification et fragilisation de la reconnaissance** « d'une nécessaire protection » → nouveaux protocoles d'évaluation + augmentation des risques d'exposition à l'arbitraire de tiers
- L'identification d'une population vulnérable participe « indirectement au **processus de hiérarchisation** des demandes et, ainsi, à la **sélection** pour l'obtention d'une protection. »
- **Opposition** entre ceux qui souhaitent que **l'accompagnement pluridisciplinaire** soit accessible par **tous les demandeurs d'asile** et ceux qui **défendent ce type d'identification** des personnes vulnérables pour « **mieux rendre visibles leurs besoins** pour demander plus de moyens »
- Espagne : identification du public vulnérable par « l'observation quotidienne des signes de vulnérabilité par les travailleurs sociaux en foyer ou en organisant des ateliers » // Pays-Bas : examen de santé mentale possible dans les six premiers jours suivant l'arrivée
- **Nouvelles populations** qui apparaissent dans le champ social comme la catégorie de « **psycho-traumatisme** »
- **Approche universaliste** qui « peut laisser échapper le **repérage d'un sujet vulnérable à l'observation de son entourage** (familial, professionnel...), du fait de la **densité et de la complexité des relations sociales** »
- **Approche ciblée** administre à toute une population un **questionnaire standardisé** → « questionne les modes d'administration et d'interprétation des données recueillies. »

- L'Etat qui prête une attention particulière aux besoins spécifiques des populations « vulnérables » dans un **souci d'effectivité du droit**. Mais utilisé également à **des fins de sélection et contrôle** dans un contexte de « sous-dotation des structures d'hébergement, de santé ou de conseil juridique » ?

FICHE DE LECTURE 6

Le transfert des demandeurs d'asile dans l'espace dublin entre présomption de sécurité et présomption de vulnérabilité : regards croisés de la cour européenne des droits de l'homme et de la cour de justice de l'union européenne

Sylvain Félix – 2015

- Certains évoquent une **concurrence** entre l'Union Européenne et le Conseil de l'Europe, qui est dépositaire de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)
- Convention qui fait partie du **droit commun à tous les Etats membres de l'UE** : « les droits garantis par la CEDH appartiennent au droit de l'UE en tant que principes généraux »
- La Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) : présomption (réfragable) : « l'UE offre une protection équivalente des droits fondamentaux de la CEDH »
- Litiges entre la CourEDH et la Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE)
➔ différences de raisonnement
- « La **vulnérabilité supposée** des demandeurs d'asile constitue le **motif** – parfois implicite – de la **règle de droit ou du raisonnement** du juge, qui ne peut pas être renversé. »
- Notion de vulnérabilité **jamais mentionnée dans la CEDH** mais mobilisée fréquemment par la jurisprudence de la **CourEDH**. Tient compte de la **vulnérabilité spéciale** et de « formes aggravées de vulnérabilité issues de combinaisons de cause de vulnérabilité » ➔ vulnérabilité qui constitue un **motif d' « obligation spéciale de protection à charge des Etats »**

- Exemple : demandeur d'asile attaquant la Grèce : la CourEDH estime qu'un demandeur d'asile fait partie d' « un groupe de la population particulièrement défavorisé et vulnérable qui a besoin d'une protection spéciale », au vu de son parcours migratoire et des événements traumatiques qu'il a pu vivre → condamnation de la Grèce
- Notion de vulnérabilité **absente dans les décisions de la CJUE** car il y a une **méfiance** envers cette notion : celle-ci est « porteuse de **défi**ance envers le système Dublin » → sa prise en compte exige des **procédu**res aux Etats que la CJUE estime **contraires au principe de confiance mutuelle**
- **Paradigme de sécurité à la CJUE**, mais elle impose les Etats à protéger les citoyens de l'UE les plus faibles. En ce sens, les **mineurs non-accompagnés** sont considérés par la CJUE comme « **particulièrement vulnérables** », ce qui rend **les Etats** dans lequel ils se trouvent **responsables du traitement de sa demande**. → Notion de vulnérabilité qui est finalement reconnue uniquement dans le cadre des demandeurs d'asile mineurs non accompagnés, en ce qui concerne les transferts de Dublin
- Mais CourEDH qui ne semble reconnaître **que les formes aggravées de vulnérabilité**/extrême vulnérabilité dans les transferts de Dublin. Influence de la CJUE ? → **hiérarchisation des causes de vulnérabilité**
- CJUE et CourEDH : **renoncent à une essentialisation de la vulnérabilité** des demandeurs d'asile comme catégorie → CourEDH qui tient compte de la vulnérabilité pour **déterminer si une violation des droits s'est produite**
- Tensions qui naissent dans « le **potentiel de « mise en danger » réciproque** que représentent – pour la juridiction de Luxembourg – la **confiance mutuelle** d'une part et **l'effectivité de la protection des droits fondamentaux** des demandeurs d'asile d'autre part » + clause de souveraineté du règlement Dublin : **exception à la confiance mutuelle** → rend « improbable un alignement des positions » de la CourEDH et de la CJUE

- « La Cour de Luxembourg contrôle **le respect des droits au sein de l'Union** alors que la Cour de Strasbourg examine le **respect des droits au sein de l'État membre** »
- Présomption de vulnérabilité : importante dans les textes du RAEC car permet **d'optimiser la protection des droits fondamentaux des demandeurs d'asile**

FICHE DE LECTURE 7

Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile »

Elodie Boubilil, Laure Wolmark

- Vulnérabilité = **signifiant flottant**, du fait de son application dans de **multiples champs** : concept référence sans jamais être défini en SHS
- **Enjeux éthiques et politiques liés à l'évaluation de la souffrance**, sa prise en compte dans les politiques d'accueil et sa reconnaissance par les institutions et le corps social
- Directives européennes qui définissent de **champs de la protection** plutôt que celui de la vulnérabilité
- Questionnements éthiques, cliniques, politiques et juridiques autour des questionnaires de vulnérabilité : **est-ce un outil de protection des personnes ou un outil de gestion liée à la pénurie de places d'hébergement ?** Ne mentionnent pas l'existence éventuelle de troubles psychiques ou de violence. Cela doit être fait « **spontanément** » par la personne ou par le biais d'un **certificat médical**
- **Variabilité de l'évaluation clinique** qui peut **affecter négativement** le principe d'égalité des traitements et le respect des règles des conventions internationales.
- Question de l'**intégration de l'aspect clinique et médical aux critères de vulnérabilité** → utilisation juridique qui oppose « médecine de contrôle » et « médecine de soins et de prévention »
- **Vision essentialiste de la vulnérabilité**, elle serait un « état ». Sauf qu'il y a l'idée d'une **dimension relationnelle et dynamique de la vulnérabilité**. Elle

dépend de l'histoire du demandeur et de son environnement. Marie Garrau : **déplacement de focale**, portée sur l'individu et ses capacités, vers un réseau relationnel et des types de rapports que l'individu entretient avec ce qui l'entoure.

- **Politiques de soins et politiques d'accueil qui doivent être pensées ensemble** et répondre à des objectifs éthiques et politiques plutôt qu'économiques : prise en compte des « **besoins spéciaux des exilés** » → renvoie à la **vulnérabilité relationnelle**
- Pas de relation de causalité entre un événement de la vie et le fait de souffrir d'un trouble psychique → **impossible de prédire les troubles psycho traumatiques**. Rappel des cliniciens de **l'importance de l'environnement social et familial dans l'apparition ou non de troubles**.
- Vulnérabilité psychique qui doit se comprendre en terme **de risques** et pas en terme de qualification de la personne comme vulnérable
- Question du **certificat de vulnérabilité** qui interroge son utilisation sur le plan éthique, notamment du point de vue des **inégalités de traitement** (participation à la « gestion des flux ? ») → pour le médecin c'est assumer **le rôle d'expert et de soignant auprès du patient**
- **Reconnaitre la vulnérabilité du demandeur d'asile, c'est reconnaitre les violences dont il a été victime**
- Paradoxe : prise en compte d'une vulnérabilité qui atteste un **souci éthique de considération de la spécificité de la personne**, face à un **manque de validité** (de définitions, de cadres, etc.) qui biaise son application
- Corps médical qui a des difficultés à **assumer seul la décision** qui aura un impact sur l'avenir du demandeur d'asile et potentiellement sur le corps social → **agir sur tous les acteurs du système**

- **Intégrer la lutte contre l'exclusion et les inégalités sociales de santé aux politiques de soins** → sortir d'une alternative qui oppose approche caritative et approche administrative et gestionnaire de la crise européenne de l'asile
- Le demandeur d'asile est un **sujet de droit**, auquel on **redonne sa dignité** quels que soient son origine, son histoire et son parcours d'exil

GUIDE D'ENTRETIEN DU RENDEZ-VOUS A L'OFII, 3 MAI 2017

Guide d'entretien, OFII

(Géraldine SEMOULIN, Directrice Territoriale Adjointe en charge de l'Asile)

Présentation du contexte

Réforme

Est-ce que vous pouvez nous décrire le rôle de l'OFII après la réforme de 2015 ?

Est-ce qu'il y a des différences entre la pratique et le texte de loi de 2015 ?

Est-ce que vous avez connaissance de la manière dont cette détection de la vulnérabilité a été mise en pratique dans d'autres pays européens ?

Pratique au guichet

Comment ça se passe concrètement ?

Qui sont les agents d'accueil de l'OFII ?

Comment on a été formé les agents de l'OFII à la détection de la vulnérabilité ?

Certificat de vulnérabilité

Quel est le rôle des certificats de vulnérabilité ?

Est-ce qu'il y a eu une communication auprès des médecins sur ces certificats ?

Comment l'OFII s'est positionné par rapport aux réactions opposées à la rédaction de ce type de certificats ? (notamment par les associations ou certaines PASS)

Qu'en est-il de la vulnérabilité psychique ?

Quels liens entre certificat de vulnérabilité et accès aux soins ?

REFLEXION SUR LA CREATION D'UNE PLAQUETTE D'INFORMATION « VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE »

DROIT EUROPEEN :

- situation particulière des personnes vulnérables doit être prise en compte
- liste non-exhaustive des personnes vulnérables
- besoins particuliers en matière d'accueil
- soutien adéquat tout au long de la procédure d'asile
- les États doivent examiner si les demandeurs d'asile nécessitent des garanties procédurales spéciales
- personne vulnérable = « demandeur de protection ayant des besoins particuliers » [J. Pétin, Vulnérabilité et droit européen]

DROIT FRANÇAIS:

- évaluation de la vulnérabilité besoins particuliers en matière d'accueil
- liste non exhaustive des personnes vulnérables, avec la mention « en particulier »
- prise en compte de la vulnérabilité des demandeurs durant toute la période d'instruction de leur demande
- évaluation confiées aux agents de l'Office Français de l'immigration et de l'intégration

OFII

- agents ayant reçu une formation spécifique
- demandeur informé de sa possibilité de bénéficier de l'examen de santé gratuit
- évaluation « objective » de la vulnérabilité par le biais d'un questionnaire
- transmet les informations pertinentes à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)

OFRA

- pas d'obligation à tenir compte des constatations de l'OFII, dans sa propre appréciation de la vulnérabilité du demandeur d'asile
- création en 2016 d'un poste de chargée de mission Vulnérabilités auprès de la division des affaires juridiques qui permet d'amplifier les concertations la centralisation des signalements de vulnérabilité entre l'Ofpra et ses interlocuteurs, le suivi de procédures particulières par rapport aux besoins spécifiques

CERTIFICAT MEDICAL DE VULNERABILITE

- document à remplir par les médecins : le « kit vulnérabilité »
- remis sous pli confidentiel au demandeur d'asile qui le transmettra à l'OFII
- document remis essentiellement pour les demandes d'hébergement

Pour aller plus loin :

Protocole d'Istanbul, comportant six étapes :

- 1) un entretien de la victime concernant les actes subis*
- 2) un profil psychosocial de la victime avant et après les actes de torture*
- 3) un profil psychiatrique*
- 4) une évaluation du fonctionnement social*
- 5) des tests psychologiques*
- 6) une évaluation clinique*

Première partie :

Droit européen et droit français :

- Les états doivent prendre en compte la situation particulière des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers en matière d'accueil. Des garanties procédurales spéciales alors assurées par les Etats pour ces personnes. La loi européenne établit également une liste non-exhaustive des personnes vulnérables, ce qui a été repris par la loi française.

Deuxième partie :

L'évaluation de la vulnérabilité

- L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) se charge d'évaluer la vulnérabilité du demandeur d'asile lors d'un entretien réalisé à la suite de son rendez-vous à la préfecture afin de définir des modalités particulières d'accueil dont il pourrait bénéficier. Cette évaluation consiste à remplir un questionnaire permettant de détecter une ou plusieurs vulnérabilités dites « objectives » ou « visibles » (par exemple une femme qui est enceinte ou une personne présentant un handicap). C'est au demandeur de faire état spontanément d'éventuels problèmes de santé qui ne sont pas détectables par l'agent qui réalise l'entretien.

Le certificat de vulnérabilité

- Si le demandeur évoque des problèmes de santé, l'agent de l'OFII lui remet un « kit de vulnérabilité » dans lequel se trouve un courrier de l'office expliquant la démarche du demandeur dans le cadre de sa demande d'asile ainsi qu'un compte-rendu médical qui devra être rempli par un médecin et envoyé au médecin coordinateur de l'OFII.

Le médecin de l'OFII

- Ce dernier donne un avis selon quatre critères de priorité : priorité faible, priorité moyenne, priorité haute et priorité vitale. Le dossier (y compris l'avis du médecin coordinateur de l'OFII) du demandeur d'asile est alors transmis à l'office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) qui traitera de sa demande.

Un processus incomplet

- Le certificat ne permet d'appuyer qu'une prise en charge partielle des demandeurs d'asile. Malgré une réponse en faveur d'un hébergement adapté, le

demandeur n'est pas assuré d'en trouver un, il peut même retourner en PADA (Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile).

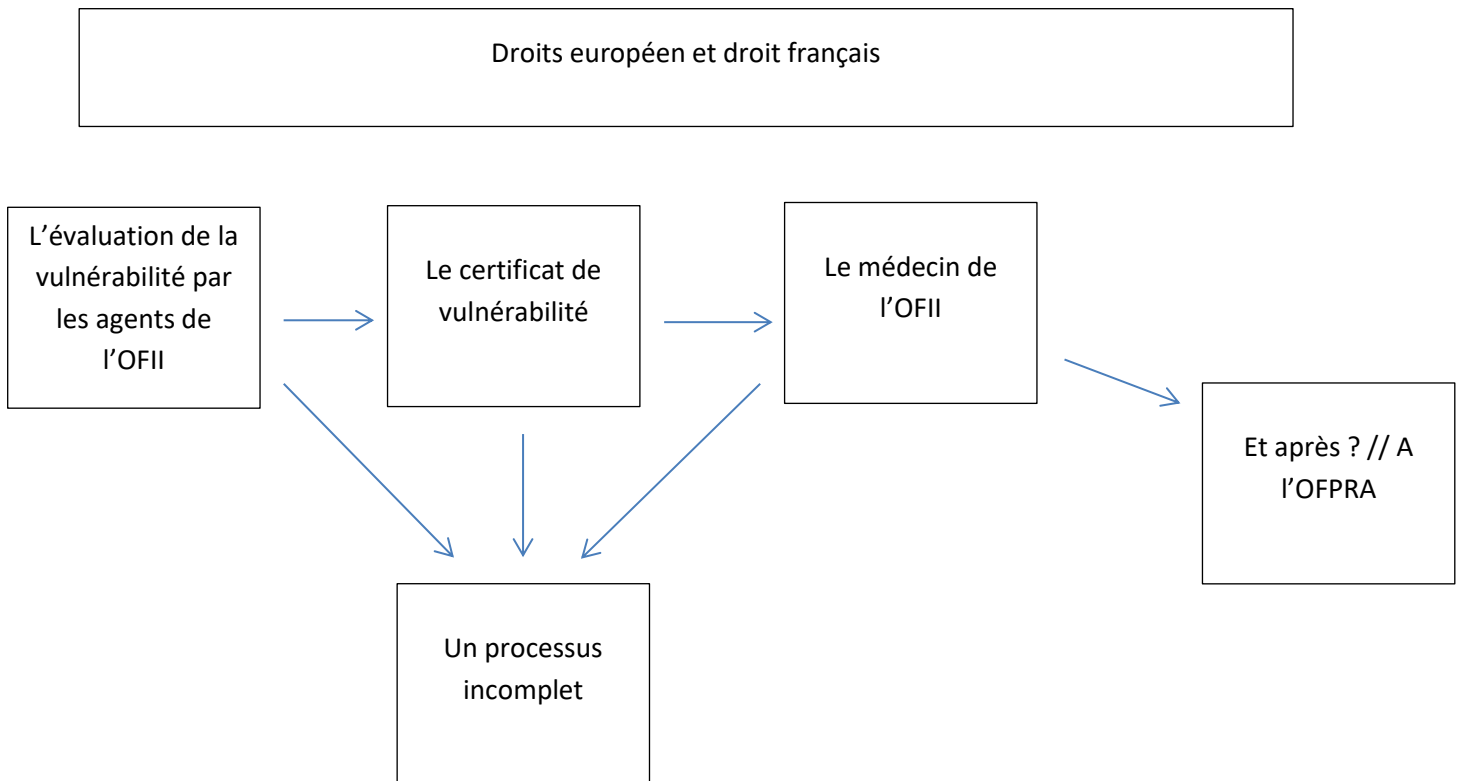
Le certificat peut donc aider résoudre en partie la problématique de l'hébergement mais qu'en est-il de celle de l'accès aux soins ? Et celle de la santé mentale occupant une place pourtant non négligeable dans la question des demandeurs d'asile ?

Et après ? / A l'OFPRA

- L'OFPRA n'est pas tenu de prendre en compte les constatations du médecin coordinateur de l'OFII dans sa propre évaluation de la vulnérabilité du demandeur d'asile. Néanmoins, les conclusions de ce professionnel doivent permettre de garantir un traitement adapté du dossier. [**garanties procédurales à définir...**]. De plus, un poste dédié aux questions des vulnérabilités permet de renforcer de caractère particulier du suivi des procédures particulières.

PROPOSITION DE MISE EN PAGE DE LA PLAQUETTE

VULNERABILITE ET DEMANDE D'ASILE



REUNION DU 10 MAI 2017 : DISCUSSIONS SUR LA JOURNEE D'ETUDE



10^{ème} journée d'étude Samdarra « Vulnérabilités et demande d'asile »

Le 6 décembre 2017 à Lyon (Université Lyon2)

Ouverture :

10 ans de Samdarra
Sylvie Guillaume, députée européenne

Table ronde 1 : genèse et contours de la problématique « vulnérabilités et demande d'asile »

parcours complexes et précarisation de l'accueil : des demandeurs d'asile de plus en plus vulnérables. (chercheur ou professionnel de l'asile) Majorie Terrier-Hublan

Elsa Boubilil, philosophe

Adeline Hazan, Contrôleur général des lieux de privation de liberté : vulnérabilité particulière des personnes étrangères dans les lieux de privation de liberté
à l'état des lieux pro santé
ou pro hébergement (V. Couriol)

Table ronde 2 : genèse et contours de la prise en compte de la vulnérabilité dans la réforme de l'asile de juillet 2015

Joanna Pétin : « la détection de la vulnérabilité, des directives européennes à l'application dans le droit français »

- Thanh Le Luong, Directrice du service santé Ofii « Les détections des vulnérabilités par l'Ofii »
- Coralie Capdebosc, référente vulnérabilités Ofpra « prise en compte des vulnérabilités dans la procédure de demande d'asile ».

Discutants : Lyon 2

Table ronde 3 : de la détection de la vulnérabilité psychique aux soins en santé mentale

L'évaluation de la souffrance des demandeurs d'asile par les travailleurs sociaux : et après ? + la vulnérabilité des professionnels qui travaillent auprès des migrants. Professionnel de l'hébergement, CADA. Sophie Devalois Equipe PASSA sur cas pratique

La question des certificats de vulnérabilité (médecins de Pass, de MDM...): praticien de terrain, confronté à cette question. Emmanuel Venet, médecin psychiatre Pass CHV

Laure Wolmark (Comede) avec E. Boubilil

Conclusion

- > Groupe migrants O-S /
- > Roman Petrouchine et HZV