
Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile

Elodie Boubilil and Laure Wolmark



Publisher

Centre de recherches et d'études sur les
droits fondamentaux

Electronic version

URL: <http://revdh.revues.org/3502>

DOI: 10.4000/revdh.3502

ISSN: 2264-119X

Electronic reference

Elodie Boubilil and Laure Wolmark, « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile », *La Revue des droits de l'homme* [Online], 13 | 2017, Online since 20 November 2017, connection on 06 December 2017. URL : <http://revdh.revues.org/3502> ; DOI : 10.4000/revdh.3502

This text was automatically generated on 6 December 2017.

Tous droits réservés

Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile

Elodie Boubilil and Laure Wolmark

- 1 La directive 2013/33/UE du 26 juin 2013, établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale, vise à « mettre en place progressivement un espace de liberté, de sécurité et de justice ouvert à ceux qui, poussés par les circonstances, recherchent légitimement une protection dans l'Union ». L'article 22 précise les modalités d'« évaluation des besoins particuliers en matière d'accueil des personnes vulnérables » : « seules les personnes vulnérables conformément à l'article 21 peuvent être considérées comme ayant des besoins particuliers en matière d'accueil et bénéficier en conséquence de l'aide spécifique prévue conformément à la présente directive » – l'article 21 énonçant une liste non-exhaustive de groupes de personnes considérées comme vulnérables. L'identification des besoins spéciaux des personnes dites vulnérables devient donc un enjeu majeur des dispositifs de gestion de la crise européenne de l'asile. Existe-t-il pour autant des critères objectifs de vulnérabilité ? La protection des personnes vulnérables – qu'elle soit juridique ou médico-sociale – ne requiert-elle pas une individualisation de leur accueil ? Les dispositifs de gestion des flux migratoires servent-ils ou desservent-ils la protection réelle des demandeurs d'asile et l'instauration d'un « espace de liberté, de sécurité et de justice » au sein de l'Union Européenne ?
- 2 Cet article s'interroge sur l'utilisation du concept de vulnérabilité dans les dispositifs de gestion de la crise européenne de l'asile et sur les stratégies proposées – notamment l'utilisation de questionnaires – pour détecter la vulnérabilité des personnes. Au croisement des perspectives juridiques, politiques et cliniques, cet article met en lumière les problèmes éthiques et épistémologiques soulevés par l'utilisation de la notion de vulnérabilité. En effet si la protection des personnes en situation de vulnérabilité est légitimement un objectif prioritaire de l'Union Européenne, il n'est pas garanti que les dispositifs envisagés à cette fin bénéficient véritablement à la protection des personnes et à la reconnaissance de ces situations.

- 3 En effet, l'utilisation juridique de la notion de vulnérabilité souffre d'un manque de définition aboutissant à une liste non-exhaustive de catégories de personnes vulnérables dont les besoins restent à l'appréciation des États. Les dispositifs réglementaires de l'Union Européenne et leur transposition en droit français témoignent d'une volonté d'individualiser le traitement des demandeurs d'asile en fonction du degré et du type de vulnérabilité qui les affectent. Mais la hiérarchisation des souffrances induite par les outils mis en place à ces fins – notamment l'utilisation de questionnaires de détection de la vulnérabilité – paraît nuire à la protection réelle et au soin des demandeurs d'asile. En effet, loin de définir une personne, la vulnérabilité renvoie plutôt à une configuration dynamique où les déterminants sociaux, le droit commun du pays d'accueil, et la reconnaissance des demandes de soin s'articulent indissociablement (I).
- 4 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. Le soin des demandeurs d'asile démontre toute la difficulté d'une approche objective de la vulnérabilité psychique, notion qui peine à trouver, dans le champ de la santé mentale une définition clinique satisfaisante. Plus encore, l'utilisation de cette notion au carrefour de l'expertise médico-juridique et du soin engendre pour les personnels aidants et soignants des difficultés, autant dans leur pratique que dans leur relation au corps social dont ils souffrent du manque de reconnaissance (II).
- 5 Ainsi, la notion de vulnérabilité se trouve au cœur d'enjeux éthiques et politiques liés à l'évaluation de la souffrance dans l'instruction des demandes d'asile, à sa prise en compte dans les politiques d'accueil et à sa reconnaissance par les institutions et le corps social. Il paraît donc nécessaire, dans chaque État-Membre, de définir conjointement les politiques d'accueil et les politiques de soin, pour prendre en compte la vulnérabilité des demandeurs d'asile, et bâtir « un espace politique commun pourvoyeur d'identité civique à tous¹ » (III).

I- La notion de vulnérabilité : instrument de gestion ou outil de protection des personnes ?

- 6 La notion de « personnes vulnérables » est utilisée dans la Directive sur l'accueil des demandeurs d'asile (2013/33/UE) : « Les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables », et dans la Directive portant sur les procédures à mettre en place dans les pays membres. Or, ces textes réglementaires ne définissent pas la vulnérabilité en tant que telle. Ils définissent des champs de « protection » et listent, de manière non exhaustive des groupes considérés comme vulnérables. Cet usage de la notion de vulnérabilité renvoie à une tendance généralisée dans les sciences humaines et sociales comme dans les institutions internationales : rarement définie, la vulnérabilité est pourtant le concept de référence de tout discours portant sur le soin, la prise en charge et la participation d'autrui au corps social alors même qu'il subit une situation pouvant le marginaliser². L'article 21 de la Directive sur l'accueil des demandeurs d'asile établit notamment la liste suivante de personnes vulnérables : « les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les

femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines. » Cette liste génère la mise en place de parcours adaptés aux personnes demandant l'asile en France. Des besoins particuliers, garantis par l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration), sont ainsi établis en matière d'accueil : « L'OFII est chargé de procéder à une évaluation de la vulnérabilité de ce dernier afin de déterminer, le cas échéant, ses besoins particuliers en matière d'accueil ». L'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides) établit également des garanties procédurales spéciales : « Pendant toute la durée de la procédure d'examen de la demande, l'OFPRA peut définir les modalités particulières d'examen qu'il estime nécessaires pour l'exercice des droits d'un demandeur en raison de sa situation particulière ou de sa vulnérabilité. » L'article L. 744-6 du CESEDA (Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile) précise les modalités d'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile. En application de l'article R-744-14, elle sera réalisée à l'aide d'un questionnaire dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de l'asile et de la santé³. Le demandeur d'asile peut fournir au médecin de l'OFII des documents à caractère médical, en vue de bénéficier de conditions matérielles d'accueil adaptées. De même, l'OFPRA peut orienter le demandeur d'asile vers un examen médical conformément à l'article L. 723-5 du CESEDA, pour évaluer notamment l'impact de la vulnérabilité psychique de l'individu sur sa capacité à verbaliser ses craintes, son vécu au pays et les motifs de sa demande.

- 7 De telles dispositions réglementaires témoignent d'une prise en compte de la vulnérabilité des personnes qui demandent l'asile en France. Néanmoins, le manque de définition, la non-exhaustivité des groupes concernés, et la variabilité dans l'évaluation clinique des demandeurs pourraient affecter négativement le principe d'égalité de traitements et le respect des règles édictées par les conventions internationales et notamment par la Convention de Genève. De surcroît, la mise en place possible d'un questionnaire de détection de la vulnérabilité pose des questions à la fois éthiques, cliniques, politiques et juridiques. S'agirait-il d'un outil au service de la protection des personnes demandeuses d'asile, afin de garantir leurs besoins spéciaux, ou d'un outil de gestion qui permettrait de pallier la pénurie des places d'hébergement ? En effet, ce procédé pourrait conduire à un risque de rupture d'égalité entre les demandeurs d'asile qui, pour la grande majorité d'entre eux ont subi des violences ayant motivé leur départ. Sur quels critères fonder alors l'attribution du statut de « personnes vulnérables » ? Est-il possible et souhaitable d'intégrer une perspective clinique et médicale (notamment en ce qui concerne la vulnérabilité psychique liée aux psycho-traumatismes) aux critères de détection de la vulnérabilité ? Une telle utilisation juridique de la vulnérabilité ne peut-elle pas conduire à renforcer une médecine dite de contrôle par opposition à une médecine orientée vers le soin et la prévention ?
- 8 La détection de la vulnérabilité psychique des victimes de violence a fait l'objet d'un projet européen intitulé PROTECT (Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture), entre 2010 et 2012 puis PROTECT-ABLE (depuis 2012). Ce projet a pour but de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins dans les pays européens. Reposant sur un questionnaire de dix items, il vise à « aider à la fois les autorités nationales en charge de l'accueil des demandeurs d'asile et celles en charge de la

détermination du statut de réfugié, à identifier les personnes vulnérables ayant subi des expériences traumatiques graves », ou encore à « identifier à un stade précoce de la procédure d'asile les demandeurs d'asile souffrant d'expériences traumatiques liées à des épisodes de torture ou d'autres traitements cruels ou inhumains⁴ ». Destiné à tous les professionnels en contact avec les demandeurs d'asile, et non seulement aux professionnels de santé, le questionnaire devrait permettre d'identifier les demandeurs d'asile potentiellement vulnérables. Il s'agit de détecter une « vulnérabilité individuelle, psychologique, causée par un traumatisme psychologique et comprenant un certain nombre de risques de santé mentale et médicale, ainsi que des troubles fonctionnels ». La méthode présidant à l'établissement du questionnaire se fonde sur la détection des « signes d'effets secondaires en termes de santé mentale, suite à des traumatismes vécus par les demandeurs d'asile, au stade le plus précoce possible de l'arrivée/de l'accueil ».

- 9 Une hiérarchie (risque faible, risque moyen ou risque fort) et une priorisation des demandes peuvent alors être établies en fonction des réponses « OUI » aux 10 questions⁵ posées par l'agent aux frontières ou par le personnel administratif. PROTECT conduit donc à un processus de triage puisque le résultat obtenu conditionne l'orientation prioritaire ou non vers un professionnel de santé. Par ailleurs, les résultats obtenus risquent de favoriser certains demandeurs d'asile en offrant une procédure adaptée aux demandeurs identifiés comme vulnérables.
- 10 La loi n'a pas retenu ce questionnaire comme un instrument permettant d'évaluer la vulnérabilité de personnes souffrant de troubles psychiques et/ou ayant été victimes de torture, bien qu'il ait été élaboré pour aider à la transposition des directives européennes. Les ambiguïtés scientifiques sur lesquelles repose le questionnaire n'y sont pas étrangères. Il est en effet particulièrement difficile, au vu des items choisis, de déterminer ce que le questionnaire évalue réellement, d'une souffrance psychique dont les causes peuvent être multiples ou de l'existence des violences subies par des signes de traumatismes psychiques. Quoiqu'il en soit, le projet PROTECT révèle les limites et les difficultés de la notion de vulnérabilité, particulièrement dans le domaine psychologique.
- 11 D'un point de vue éthique et clinique, une telle démarche s'appuie sur une définition de la vulnérabilité que l'on pourrait qualifier d'essentialiste. 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. De plus, il semble contestable de confier la charge de la détection de symptômes à des officiers de police ou d'administration qui n'ont pas la formation nécessaire et dont la fonction de contrôle affecte, par principe, la capacité de confiance et d'expression des demandeurs d'asile. Comme l'indique Elise Pestre évoquant l'impact des démarches administratives sur la vie psychique des réfugiés et l'instrumentalisation du sujet par la preuve : « Aux difficultés rencontrées pour s'exprimer malgré tout dans une langue autre s'ajoute la nécessité de répondre à l'impératif juridique en jeu : « tout raconter afin de prouver⁶ ». » Face aux personnels administratifs et aux officiers de police, les demandeurs d'asile cherchent à légitimer leur exil et à prouver la véracité de leur histoire et de leur souffrance. Ils doivent, d'une certaine manière, prouver leur vulnérabilité. Or, comme nous allons le voir, la vulnérabilité, d'un point de vue clinique et éthique, n'est pas un « état ». Elle renvoie plutôt à un degré d'exposition à des risques qui dépend autant de l'histoire du

demandeur d'asile que de l'environnement dans lequel il se trouve, en arrivant dans le pays d'accueil, et de la protection dont il est susceptible de bénéficier. Ainsi les politiques de soin des demandeurs d'asile et les politiques d'accueil doivent-elles être pensées ensemble, et répondre à des objectifs éthiques et politiques plutôt qu'économiques. La politique d'accueil doit être définie en amont des considérations relatives à la gestion de la pénurie des places d'hébergement disponibles, et non adaptée en fonction de cette dernière.

- 12 L'instrumentalisation possible du concept de vulnérabilité ne signifie pas qu'il faille l'abandonner totalement. Il conduit en effet à repenser conjointement, mais sans les confondre, les politiques de soin et les politiques d'accueil. En effet, celles-ci semblent être actuellement pensées selon une logique politique binaire qui oppose humanitarisme et légalisme aux dépens de la personne en demande de soin : « On enferme le soin entre l'image des Petits Frères des pauvres et celle d'un *Big Brother*, sans lui laisser la place intermédiaire qui est la sienne (celle de la fraternité ?)⁷ ». La protection des personnes passe *de facto* par une reconnaissance des situations de vulnérabilité, c'est-à-dire de risques auxquels est soumise la personne qui demande l'asile, en fonction de son parcours mais aussi, et principalement, de la précarité sociale, administrative et économique dans laquelle elle se trouve⁸. Elle n'est pas fonction, *de jure*, d'une hiérarchisation des situations de détresse, laquelle serait établie en fonction des taux d'occupation en centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou dans des centres médicaux adaptés. Dès lors, une conception relationnelle de la vulnérabilité qui tient ensemble la situation du demandeur d'asile et les réponses apportées par le pays d'accueil pour y remédier paraît plus adéquate. En effet, comme le rappelle Marie Garrau :
- 13 « La vulnérabilité se fonde sur une relation de dépendance unissant deux ou plusieurs sujets et est susceptible de varier en fonction de leurs capacités d'action respectives et notamment de leur pouvoir d'agir les uns sur les autres. (...) La catégorie de vulnérabilité implique que l'on déplace la focale de la considération de l'individu et de ses capacités individuelles à celle du réseau relationnel dans lequel il s'inscrit et des types de rapports qu'il entretient avec ce qui l'entoure. (...) Elle renvoie autant à ce avec quoi l'individu est en relation qu'aux ressources ou capacités dont il dispose dans une telle configuration »⁹.
- 14 Il semble, dès lors, qu'on ne puisse penser les besoins spéciaux des personnes en situation de vulnérabilité indépendamment de l'environnement et des conditions de travail des personnes et des institutions amenées à les prendre en charge : à savoir le corps social et plus particulièrement les soignants et les aidants. En effet, la réflexion juridique sur le statut des réfugiés et les modalités de leur accueil en France, et plus largement dans l'Union Européenne, requiert une prise en compte de la « configuration » juridique et sociale permettant d'articuler le droit commun national et droit communautaire. Avant de revenir à cette corrélation nécessaire de l'esprit du droit et des configurations sociales et politiques de la vulnérabilité, il importe de revenir sur les problèmes éthiques et juridiques soulevés par l'utilisation clinique du concept de vulnérabilité et à la manière dont les politiques d'accueil et de soin s'en emparent.

II. La clinique de l'asile à l'épreuve des institutions publiques et du corps social

- 15 Pour tenir compte de la vulnérabilité de certains demandeurs d'asile, la loi asile du 25 janvier 2016 (article 23) dresse une liste des catégories de personnes à identifier – dans le cadre de la transposition de la directive dite « accueil » de l'Union européenne du 26 juin 2016. Parmi ces catégories, on compte : « les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines ». Cependant, il n'existe pas d'outil spécifique permettant à l'OFII d'évaluer si un demandeur se présentant relève de ces catégories de personnes *a priori* vulnérables. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'outil PROTECT n'a pas été retenu pour évaluer la vulnérabilité psychique des demandeurs d'asile. De plus, le questionnaire d'évaluation de la vulnérabilité (arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile) ne fait aucune mention des troubles psychiques ou des antécédents de violence. Une case est à cocher si la personne a fait « état spontanément d'un problème de santé » ou s'il y a eu un « dépôt de document à caractère médical effectué par le demandeur sous pli confidentiel ». Dans ce dernier cas, le certificat sera transmis, dans le respect du secret médical et de la confidentialité, au médecin de l'OFII, qui évaluera la nécessité d'adapter l'hébergement du demandeur. C'est ce certificat qui devrait permettre que soit prise en compte la vulnérabilité d'un demandeur souffrant de « troubles mentaux ». Si cette vulnérabilité est liée à des antécédents de violence, on peut imaginer que c'est là aussi un certificat médico-psychologique qui permettra de l'attester, à l'instar des pratiques existantes de certificats pour « violences et tortures » produits pour l'OFPRA et la CNDA.
- 16 Le questionnaire PROTECT, s'il avait été retenu, comme les certificats de « violences et tortures », lorsqu'ils doivent servir à faire reconnaître des besoins spécifiques, s'inscrivent dans l'idée générale, retenue par la loi, d'une vulnérabilité, notamment psychique, des victimes de violence. Que signifie cette vulnérabilité psychique particulière ? Cette notion est-elle assez solide pour fonder des catégories de personnes vulnérables ?
- 17 Il existe en effet une corrélation entre certains événements vécus – particulièrement le fait d'avoir subi ou d'avoir été témoin de violences – et certains troubles psychiques. Cette corrélation est au fondement même de la catégorie nosographique de traumatisme, dans la plupart des orientations théorico-cliniques. Dans la CIM 10 (classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé), on peut lire que :
- 18 « L'état de stress post-traumatique « constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome »¹⁰.

- 19 Dans une toute autre orientation, le vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis, donne pour définition du traumatisme un « évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique »¹¹. Faut-il en déduire que les victimes de violences sont vulnérables à souffrir de troubles psychiques ? Et que signifie alors cette vulnérabilité dans une évaluation individuelle ?
- 20 Les données, recueillies à l'issue des consultations au Comede et qui nourrissent l'observatoire de cette association, confirment cette corrélation. Dans le rapport d'observation concernant l'activité de l'année 2016, on peut lire que « le risque relatif de développer un psychotraumatisme (suivi en psychothérapie) est de 1,5 en cas d'antécédent de violence, de 3 en cas d'antécédent de torture et de 3 en cas d'antécédent de violence liée au genre (p<0,001). Pour les femmes, ces risques sont respectivement de 1,6 – 3,1 – 2,6. Pour les hommes, ils sont de 1,5 – 3 – 4. »¹². Le tableau ci-dessous croise les différents antécédents de violence et le recours à la consultation de médecine ou de psychothérapie au centre de santé du Comede¹³.

Antécédents de violences, de torture et de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle parmi les consultants du Centre de santé 2012-2016

Par groupe vulnérable

| File active | N | atcd Violence | Atcd Torture | atcd V. genre |
|--------------|------|------------------|-----------------|------------------|
| Médecine | 5204 | 62 % | 14 % | 13 % |
| Femmes | 1834 | 60 % | 9 % | 29 % |
| Hommes | 3370 | 64 % | 17 % | 4 % |
| Dem. Asile | 3303 | 79 % | 20 % | 17 % |
| Agés ≥ 60 | 227 | 30 % | 4 % | 2 % |
| Mineurs < 18 | 496 | 17 % | <1 % | 3 % |
| Psychothér. | 686 | 94 % | 42 % | 39 % |
| Femmes | 271 | 95 % | 28 % | 74 % |
| Hommes | 415 | 93 % | 52 % | 16 % |

- 21 Il est nécessaire de souligner en premier lieu que cette corrélation ne peut-être être établie qu'a posteriori et non de manière prédictive. Le fait d'avoir vécu un évènement potentiellement traumatique ne doit pas être compris comme une prédisposition dans une optique clinique – s'intéressant à la singularité, mais comme un facteur de risque dans une approche épidémiologique – travaillant sur des populations, groupes, cohortes. La corrélation statistique ne dit rien de la vulnérabilité individuelle de telle personne aux

troubles psychiques qu'est l'état de stress post-traumatique ou la dépression. La notion de vulnérabilité en psychiatrie si, elle « tend à remplacer les notions de « prédisposition » ou « d'hérédité pathologique » implique plutôt la notion de « risque que de déterminisme étiologique »¹⁴.

- 22 Il n'y a pas de relation de causalité, au sens mécanique du terme, entre un évènement de vie et le fait de souffrir d'un trouble psychique, même traumatique. Chaque sujet réagit à sa manière face à un évènement violent, qu'il est impossible de prévoir. Dans la clinique, c'est toujours dans l'après-coup qu'un sujet établit pour lui-même des liens entre ses symptômes, son mal-être et un évènement de vie. C'est aussi dans cet après-coup qu'il lui sera possible de construire des liens entre les effets psychiques de l'évènement violent et son histoire, c'est-à-dire de développer une compréhension a posteriori de la manière dont cet évènement s'inscrit à la suite d'autres traumatismes, ou révèle par exemple certains aspects de ses relations familiales.
- 23 Il est donc impossible de prédire si tel ou tel sujet développera un trouble psychotraumatique, même si le fait d'avoir vécu des violences constitue un risque statistique. Cependant, un certain nombre de cliniciens¹⁵ s'accordent à souligner l'importance de l'environnement social et familial, du lien à l'autre et de la reconnaissance, dans la survenue, l'aggravation ou l'amélioration de troubles psychotraumatiques.
- 24 Lorsqu'elles sont défaillantes, les conditions d'accueil des demandeurs d'asile ayant vécu des violences peuvent favoriser la décompensation de troubles psychiques. Le rejet de la demande d'asile par l'OFPPA, au prétexte du manque de crédibilité des faits relatés, est, dans l'expérience des cliniciens travaillant auprès de personnes exilées, un facteur de décompensation de syndromes psychotraumatiques et de dépression¹⁶. L'insécurité psychique et physique liée à la précarité de l'hébergement aura des échos particuliers pour des personnes venues trouver en France une sécurité manquante dans leur pays d'origine. Des personnes, souffrant de troubles psychiques, qui ne parviennent pas à se faire soigner parce qu'elles ne parlent pas le français risquent de voir leurs symptômes s'aggraver, faute de soins adaptés. Aussi, la vulnérabilité des victimes de torture ou des personnes souffrant de troubles mentaux apparaît-elle comme indissociable de l'accueil qui leur est réservé en France, c'est-à-dire de leur condition d'exilé dans le pays d'accueil. Celle-ci ne tient pas aux caractéristiques particulières de telle ou telle personne, mais au rapport qu'entretient le corps social constitué (« nous ») face à ceux qui sont définis, en comparaison, comme étrangers (« eux »)¹⁷.
- 25 La vulnérabilité psychique doit se comprendre en terme de risques, et de situation, et non de qualification d'une personne comme vulnérable du fait de facteurs l'y prédisposant. Reste à se demander dans quelle mesure l'utilisation de cette notion dans le champ de l'accueil des demandeurs d'asile est pertinente. La notion de vulnérabilité semble passer d'un champ à un autre telle une « notion éponge »¹⁸. Ses conditions d'application et d'utilisation dans différents champs (humanitaire, médical, philosophique, social, juridique) ne sont pas explicitées, de telle manière que la définition précise de la notion dans chaque champ n'est jamais circonscrite. C'est le cas de la loi asile, en transposition des directives européennes, qui cite des exemples de personnes vulnérables, sans jamais en donner une définition.

III. Politiques d'accueil et accès aux soins : vulnérabilité et droits de l'homme

- 26 Le glissement permanent d'un domaine à un autre, d'une discipline à une autre, ainsi que le succès croissant de la notion de vulnérabilité en fait un « signifiant flottant »¹⁹, qui renvoie à une diversité de signifiés, à la manière du traumatisme²⁰. Ce statut incertain de la notion doit nous rendre particulièrement vigilant quant à son utilisation concrète et effective par des politiques publiques.
- 27 La loi asile modifie et crée de nouvelles pratiques qui lient le soin et la sphère administrativo-juridique autour du pivot de la vulnérabilité. De nombreux points communs lient les enjeux de reconnaissance de la vulnérabilité à ceux de la production de certificats par les médecins à l'appui de la demande d'asile, attestant de syndromes psychotraumatiques compatibles avec les violences que le requérant/patient déclareraient avoir subi : « Pourtant, si la question de la forme commence à se régler, la question du sens reste entière : à quoi sert le certificat ? À quoi bon en faire ? Pour quel bénéfice individuel et pour quel usage politique ? »²¹. Ces questions ne manquent pas de se poser face à l'établissement de la vulnérabilité, provoquant des dilemmes éthiques pour les cliniciens travaillant dans le champ de la clinique de l'exil. Au vu du nombre de demandeurs d'asile ayant été victimes de violences, pour lequel ou laquelle produire un certificat ? Ne pas le faire, n'est-ce pas aller contre l'intérêt du patient ? Le faire, n'est-ce pas produire une inégalité de traitement, et participer à un système de « gestion des flux » plus qu'à l'accueil auquel ont droit tous les demandeurs d'asile ? Comment assumer, pour le même patient, la position de soignant et celle d'expert ?
- 28 La notion de vulnérabilité soulève donc des questions éthiques et politiques liées à l'évaluation de la souffrance dans l'instruction des demandes d'asile, à sa prise en compte dans les politiques d'accueil et à sa reconnaissance par les institutions et le corps social. Reconnaître le demandeur d'asile comme vulnérable revient à acter les violences dont il a été victime et leurs conséquences au moment où il arrive dans le pays d'accueil. Comme l'indique Antoine Garapon, commentant les travaux du philosophe Paul Ricoeur, la catégorie de « victime » « est avant tout politique et sociale car elle est corrélative d'un acte objectivement commis, d'un crime, signe d'un mépris social, d'une blessure autant morale que psychologique, qui ne prend son sens que dans le cadre d'une relation politique »²³. Autrement dit, l'identification des « personnes vulnérables » répond à une demande éthiquement et politiquement légitime de reconnaissance des violences ayant conduit à l'exil.
- 29 Mais, comme nous l'avons vu, l'instrumentalisation possible de ce concept, comme la difficulté clinique et épistémologique de lui donner un contenu clair, justifiant de son utilisation dans un diagnostic, posent des problèmes autant épistémologiques qu'éthiques. Les demandeurs d'asile ne sont-ils pas tous vulnérables au sens où ils portent en tant que tels, des « blessures » morales, psychologiques et physiques qui motivent leur démarche et leur exil ? Ainsi, s'interroger sur la vulnérabilité des demandeurs d'asile et la mise en place de parcours adaptés à la spécificité de leurs besoins aboutit au paradoxe suivant : d'une part la prise en compte de la vulnérabilité atteste un souci éthique de prendre en considération la spécificité de la personne, de son parcours, de sa situation et de son histoire ; d'autre part, le manque de validité d'un tel concept rend caduque par avance son application. En effet, ce « signifiant flottant » génère des difficultés pour les

soignants et aidants chargés potentiellement de « certifier » la vulnérabilité du demandeur d'asile et, par conséquent, d'assumer seuls une décision qui aura un impact autant sur l'avenir du demandeur d'asile que, potentiellement, sur le corps social.

- 30 Une politique de soins centrée sur une politique d'accueil aurait alors pour tâche de se pencher sur les besoins spéciaux des soignants et des aidants afin de soutenir et de reconnaître leurs pratiques. Si la vulnérabilité est bien la résultante d'une configuration relationnelle, alors il est nécessaire d'agir sur tous les déterminants de cette dernière : le demandeur d'asile, le corps social du pays d'accueil et les structures de soin qui le reçoivent. La mise en place de formations à l'intention des soignants et des aidants qui s'occupent des demandeurs d'asile, et notamment de formations concernant le soin et la prise en charge des psycho-traumatismes, le recrutement d'interprètes, ou l'insertion sociale et professionnelle des demandeurs d'asile durant le traitement de leur dossier, sont autant d'instruments qui permettraient d'atténuer le sentiment de vulnérabilité des patients et le sentiment d'impuissance des soignants et des aidants. Aux besoins spéciaux des personnes dites vulnérables répondent donc nécessairement des moyens spéciaux mis en œuvre pour les soignants et les aidants qui en ont la charge et une implication plus large du corps social dans l'accueil et la reconnaissance des demandeurs d'asile.
- 31 Il conviendrait donc de définir les politiques d'accueil parallèlement aux politiques de soin afin de garantir l'intégration des demandeurs d'asile dans le corps social, et de permettre aux soignants de ne pas porter seuls la responsabilité du soin et de ses conséquences administratives, notamment en ce qui concerne les chances d'obtention du statut de réfugié. Comme l'indique Frédéric Worms : « Le rapport entre soin et politique ne sera donc pas un rapport de réduction de l'un des termes à l'autre, mais au contraire un rapport d'orientation, voire très précisément un rapport d'*orientation mutuelle* de l'un par rapport à l'autre²² ». Dès lors et dans le champ qui nous occupe, les politiques de soin et le droit de la santé pourraient intégrer et orienter les politiques d'accueil et prendre en considération les « besoins spéciaux » des exilés, notamment en matière de prévention des risques psychotraumatiques. Cette élaboration conjointe des politiques de soin et des politiques d'accueil n'aurait pas pour finalité le contrôle des populations ou la seule gestion des flux - flux migratoires ou demandes de places en structure hospitalière. Elle permettrait plutôt de ne pas marginaliser le demandeur d'asile en l'enfermant dans une condition de « victime », et de préparer son intégration au corps social, dans l'éventualité d'un aboutissement favorable de ses démarches dans le pays d'accueil²³. Elle permettrait aussi aux soignants et aux aidants de ne pas porter seuls la responsabilité de l'accueil, du soutien et du soin des demandeurs d'asile.
- 32 Une telle approche répond à la conception relationnelle de la vulnérabilité décrite précédemment. Les membres du corps social entretiennent des rapports d'interdépendance qui fondent les principes de justice sociale et d'équité. Le dispositif démocratique structure l'espace politique conformément à un souci partagé du monde commun et à un idéal de justice. Dès lors, les principes qui structurent les politiques de soin du pays d'accueil ne peuvent être mis en suspens dès lors qu'il s'agit de penser les politiques d'accueil des demandeurs d'asile. Exclure les demandeurs d'asile du champ de l'espace commun reviendrait à nier qu'ils sont porteurs de droits garantis par les conventions internationales. Si ces dernières ne sont pas obligatoires, elles incarnent cependant l'obligation éthique que les pays d'accueil potentiels, en tant qu'états démocratiques, ont formulé. En effet, comme l'indique le 1^{er} article de la Convention de Genève : « Le terme de réfugié s'appliquera à toute personne qui (...) craignant avec raison

d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui si, si elle n'a pas de nationalité et se trouve loin du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle (...) ne peut, ou en raison de ladite crainte ne veut y retourner ».

- 33 La crise européenne de l'asile révèle certes l'antinomie possible entre l'obligation morale d'hospitalité soulignée par les textes internationaux (Convention de Genève et Protocole de New York) et l'obligation juridique de chaque État d'établir des normes d'accueil et de soin qui impliqueraient à la fois une prise en compte de la situation des réfugiés et une évaluation des ressources disponibles pour y répondre. Quoiqu'il en soit, il paraît urgent, dans chaque État-Membre, de définir conjointement les politiques d'accueil et les politiques de soin, pour prendre en compte la vulnérabilité de l'ensemble des demandeurs d'asile, les besoins des personnels soignants et aidants, et bâtir « un espace politique commun pourvoyeur d'identité civique à tous²⁴ ». En intégrant la lutte contre l'exclusion et les inégalités sociales de santé aux politiques de soin – au soin du corps social – cette approche permettrait de sortir d'une alternative potentiellement stérile qui oppose une approche caritative et une approche administrative et gestionnaire de la crise européenne de l'asile. Le soin serait ici l'autre nom de la solidarité promise et appelée par la devise républicaine. Ses idéaux ne sont pas adverses aux principes de justice et d'équité mais, tout au contraire, permettent de reconnaître le demandeur d'asile comme un sujet de droit, et de lui redonner par là-même une pleine et entière dignité, quelle que soit son origine, son histoire et la suite de son parcours d'exil.

NOTES

1. Antoine GARAPON, *Le gardien des promesses, Justice et Démocratie*, Editions Odile Jacob, 1996, p. 273.
2. On consultera par exemple le rapport du PNUD intitulé « Reducing Vulnerabilities and Building Resilience ». Dans « Le concept de vulnérabilité », Axelle Brodriez-Dolino retrace l'histoire de la notion de vulnérabilité et son inflation autant dans les sciences humaines et sociales que dans les textes législatifs (<http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>). Pour des ouvrages philosophiques de référence sur cette notion, notamment en relation avec les politiques du *care* voir notamment : R. GOODIN, *Protecting the Vulnerable. A re-analysis of our social responsibilities*, Chicago, University of Chicago Press, 1985 ; et J. BUTLER, *Vie précaire. Les pouvoirs du deuil et de la violence après le 11 septembre 2001*, Editions Amsterdam, tr. J. Rosanvallon & J. Vidal, 2005.
3. « L'appréciation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile est effectuée par les agents de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, en application de l'article L. 744-6, à l'aide d'un questionnaire dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de l'asile et de la santé ».
4. Cf <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-booklet-english.pdf>
5. Les dix questions du questionnaire « Protect » sont les suivantes : Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ? / Faites-vous souvent des cauchemars ? / Avez-vous

régulièrement des maux de tête ? / Avez-vous d'autres douleurs physiques ? / Vous mettez-vous facilement en colère ? / Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ? / Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé / Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne / Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes / Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?

6. Elise PESTRE, *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot, 2010, p. 12.

7. Frédéric WORMS, *Soin et Politique*, Paris, PUF, 2012, p. 9.

8. A titre indicatif, plus de 70 % des demandeurs d'asile consultant au Comede ont subi des antécédents de violences – cf Comede (Comité pour la santé des exilés), rapport d'activité et d'observation 2016, à paraître (www.comede.org).

9. Marie GARRAU, « Comment définir la vulnérabilité ? L'apport de Robert Goodin », in *Raison Publique*, 9 novembre 2013.

10. Classification internationale des maladies (CIM 10), Organisation Mondiale de la Santé, disponible en ligne.

11. Jean LAPLANCHE, Jean-Bertrand PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997, p. 499.

12. Comede (Comité pour la santé des exilés), Rapport d'activité et d'observation 2016.

13. Comede (Comité pour la santé des exilés), Rapport d'activité et d'observation 2016.

14. *Dictionnaire de la psychiatrie*, éditions du Centre International de la langue Française, disponible en ligne.

15. Voir par exemple, Elise PESTRE, *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot, 2010 ou Françoise DAVOINE, et Jean-Max GAUDILLIÈRE, *Histoire et trauma*, Paris, Stock, 2006.

16. Aude NGUYEN, « L'agonie administrative des exilés : une clinique de l'asile », in *L'Autre*, vol 15 (2), 2012.

17. Paul RICOEUR, « La condition d'étranger », in *La pensée Ricoeur*, revue *Esprit*, 2006, pp. 264-275, p. 264.

18. Hélène THOMAS, « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie. », in *Esquisses, recueil Alexandries*, n° 13, 2006, pp. 13-26, disponible en ligne

19. Didier FASSIN, Richard RECHTMAN, *L'empire de Traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007, p. 492

20. Didier FASSIN et Richard RECHTMAN font référence à l'interprétation du mana polynésien par Claude Levi Strauss dans son *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*.

21. Didier FASSIN et Richard RECHTMAN, *op.cit.*, p. 390.

22. Frédéric WORMS, *Soin et Politique*, p. 8.

23. Comme l'écrivait déjà Paul RICOEUR : « Le devoir de porter secours aux étrangers malheureux reste de peu de poids, aussi longtemps que le sens de l'hospitalité universelle et le dévouement à un nouveau « projet de paix perpétuelle » n'auront pas surmonté, jusque dans la compréhension que nous avons de nous-mêmes la satisfaction légitime d'appartenir, à titre de citoyen libre, à « notre » communauté nationale. ». In « La condition d'étranger », in *La pensée Ricoeur*, revue *Esprit*, 2006, p. 275.

24. « L'exclusion lance un défi majeur qui oblige le droit à repenser sa mission. Il ne peut plus se contenter d'une approche formelle qui dressait des barrières autour de chaque individu. Il doit savoir aussi être positif et instituer le monde commun. Le combat contre une exclusion si sévère qui nous divise actuellement ne se fera pas que de manière administrative et caritative mais aussi symbolique. Pour cela, le politique doit se repenser non seulement comme une instance de redistribution des richesses mais aussi comme l'architecture d'un espace politique commun pourvoyeur d'identité civique à tous. Cette réalité inédite oblige le projet politique à renouveler

son projet en s'articulant à la souffrance de l'homme moderne », Antoine GARAPON, *Le gardien des promesses, Justice et Démocratie*, Editions Odile Jacob, 1996, p. 273.

ABSTRACTS

This article examines the use of the concept of vulnerability in the management of the European asylum crisis and the strategies - in particular the use of questionnaires - to detect people's vulnerability. At the crossroads of legal, political and clinical perspectives, this article highlights the ethical and epistemological issues raised by the use of the notion of vulnerability. Indeed, while the protection of vulnerable people is legitimately among the priority objectives of the European Union, there is no guarantee that the proposed measures will truly benefit the protection of individuals and the recognition of such situations.

Cet article s'interroge sur l'utilisation du concept de vulnérabilité dans les dispositifs de gestion de la crise européenne de l'asile et sur les stratégies proposées - notamment l'utilisation de questionnaires - pour détecter la vulnérabilité des personnes. Au croisement des perspectives juridiques, politiques et cliniques, cet article met en lumière les problèmes éthiques et épistémologiques soulevés par l'utilisation de la notion de vulnérabilité. En effet si la protection des personnes en situation de vulnérabilité est légitimement un objectif prioritaire de l'Union Européenne, il n'est pas garanti que les dispositifs envisagés à cette fin bénéficient véritablement à la protection des personnes et à la reconnaissance de ces situations.

INDEX

Mots-clés: Vulnérabilité, accueil, psychotraumatisme, droit d'asile, politique du soin

Keywords: Vulnerability, welcome policy, psychotrauma, asylum rights, care politics

AUTHORS

ELODIE BOUBLIL

Elodie Boubilil (CNRS-ENS, Marie Curie Actions) est docteure en philosophie, chercheuse contractuelle au CNRS et titulaire d'une bourse Marie Sklodowska Curie. Les travaux de recherche qui ont généré ces résultats ont été soutenus financièrement par le programme H2020 dans le cadre de la convention de subvention n° 657712. Toutefois, ils engagent la seule responsabilité de l'auteur

LAURE WOLMARK

Laure Wolmark est psychologue clinicienne et référente en santé mentale au Comede (Comité pour la santé des exilés)