

IDENTIFIER, ACCUEILLIR ET SOIGNER LES VICTIMES DE TORTURE DANS LA PROCÉDURE D'ASILE EN FRANCE

PARCOURS D'EXIL

- 📍 12, rue de la Fontaine au Roi 75011 Paris
- @ www.parcours-exil.org
- ✉ contact@parcours-exil.org

Créée en 2001 et reconnue d'intérêt général, l'association Parcours d'Exil gère un centre de soins à Paris. Chaque année près de 650 hommes, femmes ou enfants, victimes de torture, de violences d'État ou d'atteintes aux droits de l'Homme reçoivent gratuitement des soins médicaux et psychologiques. Il s'agit d'un des centres de soins spécialisés les plus importants en Europe. Nos patients sont pour la plupart des demandeurs d'asile ou des réfugiés qui n'ont eu d'autre choix que celui de fuir pour sauver leur vie. Nous agissons pour remplir 3 missions :

- + Soigner les personnes victimes d'atteintes aux droits humains et notamment de torture grâce à une équipe pluridisciplinaire de professionnels.
- + Former les professionnels au contact des victimes de torture, notamment les travailleurs sociaux.
- + Informer les professionnels, les institutions et le grand public sur la situation des victimes de torture dans le monde.



FRANCE TERRE D'ASILE

- 📍 24, rue Marc Seguin 75018 Paris
- @ www.france-terre-asile.org
- ✉ directionasile@france-terre-asile.org

France terre d'asile, fondée en décembre 1970, a principalement pour but le maintien et le développement d'une des plus anciennes traditions françaises, celle de l'asile et de garantir en France l'application de toutes les conventions internationales pertinentes. Cet objet se traduit par les missions suivantes :

- + Promouvoir, auprès de l'opinion et des pouvoirs publics, toutes les activités favorables au développement de la tradition d'asile et des migrations de droit.
- + Entreprendre et soutenir toute action en faveur des réfugiés. En particulier, elle participe à l'accueil des demandeurs d'asile et des apatrides sur le territoire français, des réfugiés reconnus, des bénéficiaires de la protection subsidiaire et temporaire et de leurs familles.
- + Favoriser l'intégration des migrants, notamment des personnes régularisées et des bénéficiaires du regroupement familial.
- + Accueillir, accompagner, protéger les mineurs isolés étrangers.
- + Développer et participer à toute action d'information et de formation en France comme à l'étranger en faveur de la protection internationale.
- + Participer à l'accompagnement et à la réinsertion dans le pays d'origine des personnes qui souhaitent y retourner volontairement.

IDENTIFIER,
ACCUEILLIR ET SOIGNER
LES VICTIMES DE TORTURE
**DANS LA PROCÉDURE
D'ASILE EN FRANCE**

**ANALYSE DES DISPOSITIONS
INTRODUITES PAR LA LOI DU 29 JUILLET 2015
ET DE LEUR MISE EN ŒUVRE**

Décembre 2015

SOMMAIRE

I. POURQUOI IDENTIFIER LES DEMANDEURS D'ASILE VULNÉRABLES ?	P.06
II. L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE TORTURE ET L'ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE D'ACCUEIL	P.09
III. L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE TORTURE ET L'ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE PROCÉDURE	P.25
IV. NOS RECOMMANDATIONS	P.41
V. ANNEXE 1	
Les centres de soins spécialisés en France	P.43
VI. ANNEXE 2	
Mécanismes d'identification des victimes de torture et d'évaluation de leurs besoins particuliers	P.44
VII. ANNEXE 3	
Le projet PPVOT	P.48



I. POURQUOI IDENTIFIER LES DEMANDEURS D'ASILE VULNÉRABLES ?

Depuis son introduction dans le premier « paquet asile » adopté par les institutions européennes dans la première moitié des années 2000, la notion de vulnérabilité a soulevé de très nombreuses questions, voire des oppositions tranchées. En effet, certaines critiques ont vu dans la volonté de distinguer des demandeurs d'asile vulnérables parmi les autres la négation du fait que tous les demandeurs d'asile présentent une forme de vulnérabilité et méritent protection. Chercher à identifier certains d'entre eux aboutirait à exclure tous les autres.

D'autres problèmes plus pratiques ont également été mis en avant. Ainsi, il est facile de constater que toutes les vulnérabilités prises en compte dans les textes européens ne sont pas équivalentes et ne peuvent être évaluées de la même manière. Si les vulnérabilités liées à la composition familiale ou à une situation de handicap peuvent être aisément, visuellement constatées, d'autres catégories sont plus difficiles à appréhender, comme celle des mineurs étrangers isolés qui se heurte aux problèmes d'évaluation

de l'âge ou celle des personnes victimes de tortures.

Pourtant, le principe du renforcement et de l'aménagement de l'accompagnement des demandeurs les plus fragiles apporte sans conteste de nombreux bénéfices et répond à une réalité déjà largement prise en compte par les acteurs de l'asile.

La considération des spécificités liées à l'accompagnement des plus vulnérables permet d'apporter des réponses simples à certains besoins. De la même manière qu'il est possible d'aménager l'accueil d'une personne en situation de handicap (par exemple par la présence d'un ascenseur dans le lieu d'hébergement), il est également possible de proposer des solutions concrètes pour les personnes souffrant des séquelles de mauvais traitements. Une personne qui fait état de persécutions liées à son genre peut ainsi, pour des raisons évidentes, légitimement demander à choisir un officier de protection du même sexe pour réaliser son entretien de détermination d'une protection internationale.

La mise en œuvre d'un processus d'identification offre également, lorsqu'elle est réalisée de manière précoce, la possibilité de proposer à ces personnes un meilleur accompagnement médical ou thérapeutique et permet, plus indirectement, d'améliorer la qualité des décisions rendues par les institutions.

“ *L'identification précoce des victimes de torture ou autre évènement traumatique parmi les demandeurs d'asile, et la proposition d'un soutien approprié aux demandeurs leur permettent de présenter leur demande d'asile de la manière la plus complète possible dès l'étape initiale [...]. L'identification précoce permet également aux services de santé d'engager et de fournir sur le long cours un soutien médical, pouvant éviter la chronicisation de symptômes physiques ou mentaux. ”*

International Rehabilitation Council for Torture Victims, *Recognising victims of torture in national asylum procedures*, 2013, p.12-13

Enfin, l'adoption en 2013 du nouveau « paquet asile » a définitivement réglé la question de l'opportunité d'une telle identification en en faisant une règle obligatoire pour tous les États membres de l'Union européenne. Il convient désormais de s'interroger sur la meilleure manière d'organiser ce processus d'évaluation afin qu'il soit efficace et permette d'accompagner au mieux les demandeurs d'asile les plus fragiles. ■



II. L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE TORTURE ET L'ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE D'ACCUEIL

Jusqu'à la réforme du droit d'asile amorcée en 2014 par les pouvoirs publics, le système d'asile français ne prévoyait pas, ou peu, de dispositions spécifiques permettant l'identification et la prise en charge des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence.

Point d'accès pivot à la procédure d'asile, les plateformes de premier accueil comprenaient dans leurs missions, telles que définies par le référentiel de prestations de 2012¹, un rôle d'« *orientation, si nécessaire, vers la médecine d'urgence et/ou les structures de soutien psychologique* ». Cependant, la réalisation de cet objectif supposait une identification préalable des besoins des demandeurs d'asile. Or, la tension importante à laquelle

sont soumis ces dispositifs, ainsi que le manque de moyens humains et financiers, ne permettaient pas aux acteurs de première ligne d'assurer une telle identification de manière systématique. Dès lors, cette disposition ne pouvait être potentiellement applicable qu'aux besoins explicitement exprimés par les demandeurs d'asile.

Similairement, la circulaire du 19 août 2011² confiait aux équipes des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) une mission d'accompagnement social et psychologique, le cas échéant avec l'appui d'intervenants extérieurs. Le personnel des Cada est considéré comme « *le plus à même de détecter l'existence de problèmes de santé chez les résidents* ». Si une visite médicale obligatoire est certes prévue

1 Office français de l'immigration et de l'intégration, *Référentiel des prestations de premier accueil des demandeurs d'asile*, décembre 2011, objectif 9 (b) « Assister le demandeur à obtenir une couverture ou aide médicale ».

2 *Circulaire IOCL1114301C du 19 août 2011 relative aux missions des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) et aux modalités de pilotage du dispositif national d'accueil (Dna)*, point I.3.

dans les huit jours suivants l'entrée en Cada par cette même circulaire, elle n'inclut aucune évaluation psychologique du résident. En outre, compte tenu du nombre insuffisant de places en Cada et des délais d'attente pour y accéder, il est estimé que moins d'un demandeur d'asile sur trois est concerné par cette visite et ce, en moyenne huit mois après le dépôt de la demande d'asile³.

En pratique, l'absence de couverture médicale effective en raison des délais d'ouverture des droits, de rupture de droits ou de l'inéligibilité à la couverture médicale universelle (CMU) des demandeurs d'asile en procédures prioritaire ou Dublin, conjuguée à la saturation des organismes spécialisés de prise en charge, aux refus de soins de certains professionnels de santé ou à l'inexistence de structure de soins dans certains territoires, conduisent à un manque criant de prise en charge des demandeurs d'asile souffrant de trouble de stress post-traumatique.

Il s'agit pourtant d'une obligation en droit de l'Union européenne (1.), partiellement mise en œuvre à travers la réforme du droit d'asile qui introduit un mécanisme d'identification aux fins de mise en œuvre au sein du dispositif national d'accueil (2.).

1. LES OBLIGATIONS ISSUES DU DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE : FOCUS SUR LA DIRECTIVE RÉVISÉE SUR L'ACCUEIL

Dès 2003, la directive sur l'accueil⁴ prévoyait une obligation de prise en compte des « *besoins particuliers* » des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence. Cependant, non assortie d'une obligation d'identification de ces besoins particuliers, ces dispositions restèrent inapplicables dans nombre d'États membres, dont la France. La directive révisée sur l'accueil de 2013⁵, devant être transposée avant juillet 2015, vint renforcer ces dispositions. Réaffirmant que « *l'accueil des personnes ayant des besoins particuliers en matière d'accueil devrait être une préoccupation primordiale pour les autorités nationales* » (considérant 14), elle introduit une obligation d'identification (1.1.) et précise le contenu des adaptations attendues des conditions matérielles d'accueil (1.2.).

4 Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, chapitre IV et article 15.2.

5 Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte).

3 Ofii, *Rapport d'activité - Les missions*, 2014, page 48.

1.1. L'obligation d'identification des victimes de torture et d'évaluation de leurs besoins particuliers en matière d'accueil

Par son article 21, la directive révisée sur l'accueil introduit une obligation, pour les États membres, de « [tenir compte] de la situation particulière des personnes vulnérables », parmi lesquelles « les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle ». Ce concept est précisé par l'article 2 qui, dans son paragraphe k), définit les demandeurs d'asile vulnérables comme « ayant besoin de garanties particulières pour bénéficier des droits et remplir les obligations prévus dans la présente directive ». Si le concept de « personnes vulnérables » peut être critiquable, en ce qu'il n'est pas clairement défini et est assorti d'une liste non exhaustive de « catégories »⁶, cet article ouvre cependant la voie à une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des victimes de torture, notamment l'accès à la réhabilitation.

⁶ Voir notamment Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, *Response to vulnerability in asylum - Project report*, 2013, page 33.

PERSONNES « VULNÉRABLES » EXPLICITEMENT MENTIONNÉES À L'ARTICLE 21 DE LA DIRECTIVE RÉVISÉE SUR L'ACCUEIL

“ Les mineurs, les mineurs non accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes ayant des maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine. ”

Afin d'éviter l'écueil de la directive sur l'accueil de 2003, l'article 22 de la directive révisée introduit une obligation explicite d'identification des besoins particuliers en matière d'accueil des demandeurs d'asile mentionnés à l'article 21. La « nature » de ces besoins doit en outre être précisée, afin d'assurer leur prise en compte effective « pendant toute la durée de la procédure d'asile » ainsi que leur « suivi approprié ». Ces dispositions spécifiques ne sont applicables qu'aux demandeurs d'asile identifiés comme vulnérables ; tout demandeur d'asile considéré « non vulnérable » en est dès lors exclu.

La temporalité de cette identification obligatoire est laissée à l'appréciation des États membres, dans un « *délai raisonnable après la présentation de la demande de protection internationale* » ; les besoins devenant manifestes ultérieurement doivent néanmoins être pris en compte. De même, les modalités de l'identification peuvent être adaptées au contexte national et être insérées dans le schéma préexistant de la demande d'asile. L'article 22 souligne enfin que l'identification de besoins particuliers en matière d'accueil ne constitue pas une évaluation de l'éligibilité à une protection internationale ; une victime de torture peut ainsi être identifiée et prise en charge adéquatement, sans pour autant devoir nécessairement recevoir une protection internationale.

1.2 La prise en compte des besoins particuliers des victimes de torture en matière d'accueil

Le contenu des adaptations des conditions matérielles d'accueil est précisé à travers plusieurs articles. Les demandeurs d'asile vulnérables doivent, d'après l'article 22, recevoir une « *aide spécifique* ». Ainsi, si l'article 17 relatif aux conditions matérielles d'accueil et aux soins de santé imposent aux États membres d'assurer aux demandeurs d'asile « *un niveau de vie adéquat qui garantisse leur subsistance et protège leur santé physique et mentale* », ce niveau de vie doit être « *garanti* » aux demandeurs d'asile vulnérables.

Cette vulnérabilité doit en outre être prise en compte lors de l'attribution d'un lieu d'hébergement, notamment en favorisant le rapprochement des demandeurs d'asile vulnérables avec les membres de leur famille en ayant la responsabilité (d'après l'article 18).

La même élévation du standard applicable est retenue pour les soins médicaux. Ainsi, l'article 19 relatif aux soins de santé prévoit l'obligation, pour les États membres, d'assurer aux demandeurs d'asile les « *soins médicaux nécessaires* », définis comme « *les soins urgents et le traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves* ». Les niveaux d'urgence et de gravité exigés sont réduits en ce qui concerne les demandeurs d'asile identifiés comme « *vulnérables* » : toute « *assistance médicale ou autre nécessaire* » doit leur être fournie. Celle-ci inclut notamment les soins de santé mentale « *appropriés* », permettant une prise en charge pluridisciplinaire des victimes de torture.

Cette obligation est renforcée par l'article 25 traitant spécifiquement des victimes de torture ou de violence. Les États membres doivent permettre leur accès au « *traitement que nécessitent les dommages causés par de tels actes* », incluant notamment les soins médicaux et psychologiques appropriés. Si la portée de cet article est inférieure

aux standards internationaux⁷, elle introduit néanmoins une obligation pour les États membres d'assurer, dès lors qu'une victime de torture est identifiée, une prise en charge tant médicale que psychologique en vue de sa réhabilitation. Cette obligation est renforcée en ce qui concerne les mineurs qui bénéficient explicitement du droit d'accès à des services de réhabilitation (d'après l'article 23.4).

De plus, l'article 25 prévoit une obligation de formation du « *personnel chargé des victimes de torture, de violence d'autres violences graves* » concernant les besoins particuliers de ces demandeurs d'asile ainsi qu'une obligation de confidentialité. Tout personnel intervenant dans l'accueil de ces demandeurs d'asile, qu'il s'agisse de personnel en charge de l'hébergement, de l'accompagnement ou des soins, peut dès lors être soumis à ces obligations.

⁷ Voir notamment l'Observation générale n°3 du Comité des Nations Unies contre la torture du 19 novembre 2012 qui, dans l'interprétation de l'article 14 de la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants, affirme que la réhabilitation doit être « *aussi complète que possible* » et la prise en charge interdisciplinaire, et prévoit également l'accès à des services juridiques, sociaux et de réinsertion. Le Comité précise en outre que ces obligations ne peuvent pas être limitées pour des raisons de ressources des États et que des services spécialisés, « *disponibles, appropriés et facilement accessibles* » doivent être mis à disposition à cet effet.

Enfin, l'article 11 relatif au placement en rétention de personnes vulnérables et de demandeurs ayant des besoins particuliers d'accueil affirme que « *l'état de santé, y compris l'état de santé mentale, des demandeurs placés en rétention qui sont des personnes vulnérables est pour les autorités nationales une préoccupation primordiale* ». Cette « *préoccupation primordiale* » n'est cependant pas assortie d'une obligation de libération des personnes concernées ; seuls un « *suivi régulier* » et un « *soutien adéquat* », notamment en matière médicale, doivent être apportés.

La directive révisée sur l'accueil renforce donc les dispositions déjà en vigueur en introduisant une obligation formelle d'identification des victimes de torture et de prise en compte de leurs besoins particuliers. En outre, ce mécanisme fait l'objet d'une attention particulière de la part de la Commission européenne, l'annexe 1 de la directive mentionnant en premier lieu les différentes étapes de l'identification des demandeurs d'asile ayant des besoins particuliers parmi les renseignements devant être transmis par les États membres afin d'en permettre le contrôle et la surveillance de la part des institutions européennes.

2. LE MÉCANISME D'IDENTIFICATION ET D'ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE D'ACCUEIL INTRODUIT PAR LA RÉFORME DE L'ASILE

Conformément à la directive révisée sur l'accueil, la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile⁸ introduit dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) plusieurs dispositions visant à assurer une identification des victimes de torture (2.1.). Néanmoins, les choix du législateur ne permettent pas une évaluation et une prise en compte adaptée de leurs besoins particuliers (2.2.).

2.1 Structure du mécanisme d'évaluation français

Le nouvel article L.744-6 du Ceseda rend obligatoire l'évaluation de la vulnérabilité de tout demandeur d'asile « afin de déterminer, le cas échéant, ses besoins particuliers en matière d'accueil »⁹. Le législateur a ainsi

⁸ Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile, NOR : INTX1412525L, JORF n°0174 du 30 juillet 2015.

⁹ Le chapitre IV du titre IV du livre VII du Ceseda, soit l'ensemble des modalités relatives aux conditions d'accueil des demandeurs, dont l'évaluation des besoins particuliers en matière d'accueil, n'est pas applicable dans les îles Wallis et Futuna, en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie conformément aux articles L. 762-1-11°, L. 763-1-11° et L.764-1-11° du Ceseda.

choisi de reprendre la formulation de la directive révisée sur l'accueil, sans apporter d'interprétation des concepts clés de « vulnérabilité » et de « besoins particuliers ».

Cette évaluation doit intervenir « à la suite de la présentation d'une demande d'asile », et ce, « dans un délai raisonnable » (actuellement prévue dans les trois jours suivant la première présentation au guichet unique). Ainsi, l'évaluation de la vulnérabilité concerne tout demandeur d'asile, quelle que soit la procédure dans laquelle il sera ultérieurement placé (procédure normale, procédure accélérée, procédure Dublin) et quel que soit le lieu de dépôt de la demande (zone d'attente, guichet unique, centre de rétention administrative). En outre, les besoins particuliers apparaissant ultérieurement à la présentation de la demande d'asile doivent également être pris en compte. Cependant, le résultat de la procédure ne fait pas l'objet d'une décision administrative communiquée au demandeur ; il n'est pas précisé si une nouvelle évaluation doit avoir lieu ni selon quelles modalités il peut être demandé d'y être de nouveau soumis.

La réalisation de cette première évaluation incombe à l'Ofii. L'entretien personnel avec le demandeur d'asile est obligatoire, sans néanmoins que le concours d'un interprète ne soit explicitement prévu ; en son absence, l'évaluation peut se trouver limitée et ainsi manquer de précision.

Les conditions matérielles de cet entretien (notamment la confidentialité envers les membres de la famille et le personnel administratif) ne sont à ce jour pas définies et dépendent des possibilités offertes par le lieu du guichet unique. Une formation spécifique du personnel chargé de l'évaluation est envisagée, conformément à l'article 25 de la directive révisée sur l'accueil.

**PERSONNES
« VULNÉRABLES »
EXPLICITEMENT
MENTIONNÉES
À L'ARTICLE L.744-6
DU CESEDA**

“ L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier 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. ”

Le cadre de l'évaluation est défini par la reprise, en droit français, de la liste non exhaustive de « catégories » de personnes vulnérables définie par l'article 21 de la directive révisée sur l'accueil et inclut donc explicitement les demandeurs d'asile ayant subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle.

L'article R.744-14 du Ceseda¹⁰ vient préciser le mécanisme introduit par le législateur. Il est confié aux agents de l'Ofii le soin de procéder à l'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs à travers un questionnaire, lui-même fixé par arrêté des ministres chargés de l'asile et de la santé¹¹. Si la fixation d'un cadre permet de limiter la marge d'interprétation des agents et de faciliter l'harmonisation des pratiques, le choix d'un tel instrument peut également considérablement limiter la portée de l'évaluation en l'encadrant trop strictement.

[Questionnaire page suivante](#) >>>

¹⁰ Introduit par l'article 20, section 2 du 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 - NOR : INTV1519182D, J.O. du 22 septembre 2015.

¹¹ 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, J.O. du 31 octobre 2015.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE D'ACCUEIL

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 un 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer pour quelle durée :			
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	Non-réponse
Le cas échéant, l'original des documents a-t-il été restitué au demandeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'accepte que ces informations soient transmises à l'OFPRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire n'atteint que partiellement l'objectif fixé par le législateur : l'identification est restreinte aux besoins particuliers en matière d'hébergement et, dans une certaine mesure seulement, aux besoins de prise en charge médicale. Les éléments évalués sont limités à la grossesse, à la maladie grave et au handicap. Plusieurs « catégories » de personnes vulnérables ne sont pas visées, telles que les victimes de torture et les victimes de traite des êtres humains. Les victimes de torture et potentiellement les personnes souffrant de troubles mentaux ne peuvent être identifiées lors de cette évaluation que si elles font spontanément état d'un besoin de prise en charge médicale. Il est regrettable qu'aucune évaluation des besoins de prise en charge psychologique ne soit prévue et que le système d'évaluation cloisonne le physique du psychologique, contrevenant aux standards¹² en la matière qui promeuvent une approche pluridisciplinaire.

¹² Voir notamment Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, *Protocole d'Istanbul : manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitement cruels, inhumains ou dégradants*, Série sur la formation professionnelle n°8, rév.1, New York et Genève, 2005.

L'exclusion des manifestations de ces troubles constitue un choix politique, motivé par la volonté des pouvoirs publics de distinguer les vulnérabilités dites « objectives » (en l'occurrence la grossesse, le handicap et la maladie grave) des vulnérabilités dites « subjectives » en ce qu'elles *peuvent* être liées aux motivations à l'exil du demandeur d'asile (actes de torture, viols et autres formes graves de violence ; mais également soumission à un réseau de traite)¹³. Cette distinction peut pourtant se révéler inadéquate : ainsi, un acte de violence subie peut être une agression sans lien avec un motif de demande d'asile ; un symptôme de trouble de stress post-traumatique peut être immédiatement « objectivable », si l'on s'intéresse aux symptômes observables, comme une insomnie chronique, et non au récit traumatique. La constatation d'un tel élément de vulnérabilité par l'Ofii ne conduit pas nécessairement à en interpréter les causes, processus effectivement du ressort de l'Office de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). À cet effet, le législateur a choisi de souligner

¹³ Voir notamment Ofpra, *Guide des procédures*, 2015, page 23.

que la détection d'un tel besoin particulier par l'Ofii ne préjuge pas davantage du bien-fondé de la demande d'asile (conformément à l'article 21 de la directive révisée sur l'accueil). Cette distinction est d'ailleurs rappelée en introduction du questionnaire d'évaluation de la vulnérabilité.

L'évaluation des besoins de prise en charge médicale est également strictement encadrée. Tant l'article R.744-14 du Ceseda que l'arrêté du 23 octobre 2015 précisent que le demandeur peut présenter des « documents à caractère médical » relatifs à l'évaluation de ses besoins particuliers en matière d'accueil. Ces derniers ne peuvent cependant pas faire l'objet d'un examen immédiat par l'agent au guichet mais sont ultérieurement transmis à un médecin de l'Ofii. Celui-ci émet un avis sur les adaptations des conditions d'hébergement et la prise en charge médicale requise. Aucun examen du demandeur d'asile par le médecin de l'Ofii n'est envisagé, ni aucune coopération avec des réseaux de santé ne relevant pas de l'Ofii qui pourraient réaliser les examens médicaux appropriés. Par conséquent, l'évaluation médicale « en deuxième ligne » en est minimisée.

En outre, cette disposition suppose que le demandeur d'asile soit informé en amont de la possibilité de présenter de tels documents, sans qu'il ne lui soit laissé l'opportunité de justifier de leur absence ou d'accé-

der immédiatement à des examens médicaux afin d'en produire. En effet, s'il est prévu que l'agent de l'Ofii informe le demandeur d'asile « de sa possibilité de bénéficier de l'examen de santé gratuit prévu à l'article L.321-3 du code de la sécurité sociale », la réalisation ultérieure d'un tel examen ne conduit pas à une nouvelle procédure d'identification. Enfin, l'avis du médecin de l'Ofii n'est pas en soi contraignant quant à l'adaptation subséquente des conditions matérielles d'accueil. Il intervient de plus tardivement, puisque l'orientation dans le schéma directif d'hébergement est censée être possible dès l'évaluation des besoins en la matière, et peut intervenir avant que le médecin de l'Ofii n'ait rendu son avis.

La procédure retenue se révèle donc incomplète pour l'évaluation des besoins particuliers des victimes de torture, viol et autres formes graves de violence. Les conséquences sont dommageables pour les demandeurs concernés, alors que ces vulnérabilités sont précisément les plus difficiles à détecter. L'amélioration du système actuel d'évaluation supposerait l'intervention précoce de professionnels de santé dûment formés afin de répondre aux standards internationaux. A cette fin, la formation en la matière devrait être développée et rendue accessible. En outre, l'évaluation du psycho-traumatisme suppose l'instauration d'une relation de confiance entre le demandeur d'asile et le thérapeute.

La certification médicale relative à l'évaluation de la vulnérabilité des victimes de torture ne devrait donc pas être restreinte à des professionnels de santé habilités mais doit

pouvoir être accessible à tous les soignants (psychologues, médecins de ville par exemple), parfois mieux à même de détecter les symptômes des victimes de torture.

Dans les lieux de privation de liberté, la même difficulté est reproduite. Les articles R.213-3 (en ce qui concerne la zone d'attente) et R.556-12 (en ce qui concerne les centres ou locaux de rétention)¹⁴ prévoient que « toute personne intervenant [en zone d'attente/en rétention] peut signaler [au responsable de la zone/au chef de centre] ou à son représentant la situation de vulnérabilité d'un demandeur d'asile qu'elle aurait constatée, ou dont le demandeur d'asile aurait fait état ». Ainsi, l'identification n'est pas systématique. Elle repose sur les personnes intervenant en zone d'attente ou en rétention, qu'il s'agisse de représentants associatifs, d'un conseil juridique ou d'un membre du corps médical ou des forces de l'ordre. Ce mécanisme reste limité en raison de son caractère non obligatoire, de la proactivité qu'il suppose de la part des intervenants en zone d'attente ou rétention ou encore de la difficulté pour les demandeurs d'asile de divulguer dans ce contexte les violences qu'ils ont pu subir. Une telle identification suppose en outre une formation spécifique des intervenants afin qu'ils soient à même de pouvoir procéder à cette évaluation ; cette fonction pourrait, afin d'être encadrée, figurer parmi les missions du personnel médical ou des intervenants associatifs et être financée de manière appropriée.

Une note ministérielle à destination des services de la police aux frontières, non publiée mais diffusée avant la parution du décret, confirme la portée limitée de ce mécanisme : il y est précisé que « en pratique, toutes les vulnérabilités ne sauraient être détectées et prises en compte en rétention et en zone d'attente par les agents de la DCPAF ». La note renvoie aux « vulnérabilités objectives », excluant explicitement les victimes de torture. Ces vulnérabilités « subjectives » doivent alors être « prises en compte par l'Ofpra ».

14 Modifiés par le 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 - NOR : INTV1519182D, J.O. du 22 septembre 2015.

2.2 L'évaluation et la prise en compte des besoins particuliers au sein du dispositif national d'accueil

Compte tenu du caractère partiel de l'identification des victimes de torture, viol et autres formes de violences graves par le guichet unique, cette responsabilité repose également en partie sur les structures du dispositif national d'accueil, qu'il s'agisse des plateformes de premier accueil ou des Cada. Cependant, tant l'encadrement de cette mission que les moyens qui y sont attachés ne sont clairement définis.

Si l'objectif annoncé de la réforme de l'asile est d'assurer l'hébergement de tous les demandeurs, et en dépit des efforts importants réalisés par les pouvoirs publics à cet égard depuis 2012, en l'état du parc existant nombre de potentielles victimes de torture n'y auront toujours pas accès. À ce titre, les dispositifs de premier accueil resteront, tout au long de leur procédure, les seuls services pouvant assurer leur éventuelle identification ainsi qu'une évaluation de leurs besoins. Ainsi, ces dispositifs doivent, d'après la mission B5 du cahier des clauses techniques particulières¹⁵ du marché public auxquels ils sont soumis à partir du 1^{er} janvier 2016, informer l'Ofpra « des vulnérabilités du demandeur

d'asile qui pourraient nécessiter une adaptation de la procédure devant l'Ofpra » et ce, « avec l'accord du demandeur d'asile et en respectant le mode opératoire arrêté par l'Ofpra ».

Il s'agit bien d'assurer une évaluation des besoins particuliers des demandeurs d'asile et, notamment, des victimes de torture, viol et autres formes graves de violences.

Pourtant, le rôle des dispositifs de premier accueil en matière d'évaluation de la vulnérabilité n'est explicité par aucun texte législatif ou réglementaire. À ce titre, aucun moyen additionnel ne leur est octroyé afin d'atteindre cet objectif. En pratique, ces dispositifs déjà sous-dotés ne pourront pas nécessairement allouer des ressources financières, humaines et matérielles afin de procéder à une évaluation appropriée. Le recours à des professionnels de santé extérieurs aux dispositifs, tel que mentionné précédemment¹⁶, n'est pas d'ailleurs suffisant pour répondre à l'objectif d'identification systématique. D'autre part, l'évaluation éventuelle est limitée aux besoins en matière de procédure ; elle n'inclut pas les besoins en matière d'accueil et aucune transmission de ces informations des plateformes à l'Ofii n'est spécifiquement prévue.

Parmi les lieux d'hébergement vers lesquels les demandeurs d'asile peuvent être orientés par le guichet unique, seuls les centres d'accueil

15 Ofii, *Marché n°15 25001 - Prestations de premier accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile - Cahier des clauses techniques particulières*, 29 août 2015.

16 Voir *infra*, page 10.

pour demandeurs d'asile sont dotés d'une mission d'évaluation des besoins particuliers et d'orientation vers une prise en charge appropriée à travers le point III-2.2. du cahier des charges¹⁷. Il est précisé que « *l'équipe du Cada pourra également procéder à une évaluation de la vulnérabilité des personnes hébergées dans le centre et en informer l'Ofii qui prend en compte les besoins particuliers de l'intéressé* ». Cette mission n'est ni obligatoire, ni systématique ; le contenu et les modalités de l'évaluation ne sont pas précisés. En ce sens, il est probable que cet article ne renvoie qu'à une évaluation des mêmes besoins particuliers évalués par le guichet unique, tels qu'une grossesse intervenant lors de la prise en charge en Cada ou une dégradation de l'état de santé physique, conformément à l'article L.744-6 du Ceseda qui prévoit que « *ces besoins particuliers sont également pris en compte s'ils deviennent manifestes à une étape ultérieure de la procédure d'asile* ». Cependant, aucune formation des personnels intervenant auprès des victimes de torture n'est prévue, contrairement aux obligations européennes¹⁸. Or, en l'absence de renforcement des capacités d'identification des personnels, l'évaluation de l'état de santé mentale des demandeurs d'asile ne pourra être conduite de

manière appropriée. En outre, si la visite médicale obligatoire est maintenue pour les demandeurs d'asile, aucune évolution de son contenu ou de ses modalités n'est mentionnée. Il n'est pas prévu qu'elle inclut désormais une évaluation des besoins en matière psychologique.

Le cahier des charges renforce la mission déjà existante des Cada d'assurer une orientation vers la prise en charge psychologique dès lors que les besoins deviennent manifestes : « *une attention particulière doit être apportée au soutien psychologique. En effet, le passé traumatique de certains demandeurs d'asile et les incertitudes qui entourent la demande de la reconnaissance de la qualité de réfugié peuvent être à l'origine de souffrances qui doivent être prises en compte* ». Si la reconnaissance de l'existence de besoins en matière psychologique doit être soulignée, les modalités de réponse à cette souffrance ne sont pas renforcées. En effet, il revient aux Cada d'assurer « *une mise en relation avec les services de soin et de prise en charge des traumatismes psychiques disponibles sur le territoire d'implantation du Cada* » et ce, « *autant que possible* ». La prise en charge psychologique des demandeurs d'asile reste donc limitée par les possibilités locales existantes. Or, comme mentionné précédemment et démontré par une diversité de

17 Introduit par l'Arrêté du 29 octobre 2015 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, NOR: INTV1525114A, J.O. du 3 novembre 2015.

18 Voir *infra*, page 13.

publications¹⁹, l'offre de soins et leur accès sont insuffisants pour répondre à la demande. Les services de prise en charge psychologique devraient à cet effet être développés sur les territoires où ils sont inexistant, renforcés lorsqu'ils existent notamment par l'accès à des formations appropriées sur la réhabilitation des victimes de torture et soutenus afin d'assurer une collaboration appropriée avec les Cada.

En tout état de cause, tant l'évaluation par le personnel des Cada que la visite médicale sont également tardives, compte tenu des délais d'accès en Cada ; elles ne peuvent de plus à elles seules convenir à l'obligation d'évaluation des besoins psychologiques puisqu'une minorité des demandeurs d'asile est effectivement prise en charge dans ce type de structures.

Enfin, une fois les besoins particuliers en matière d'accueil évalués, peu de dispositions développent l'adaptation subséquente des conditions matérielles d'accueil. L'article L.744-6 du Ceseda prévoit ainsi que « dans la mise en œuvre des droits

des demandeurs d'asile et pendant toute la période d'instruction de leur demande, il est tenu compte de la situation spécifique des personnes vulnérables ». Cette « prise en compte » repose tout d'abord sur l'Ofii dans la mise en œuvre des orientations vers un hébergement. La localisation de ces derniers doit permettre un accès effectif à une prise en charge psychologique appropriée. Lorsqu'un tel besoin est identifié par un Cada, les transferts vers d'autres lieux d'hébergement doivent pouvoir être rapidement assurés. À l'inverse, lorsqu'une orientation intervient alors que la réhabilitation a déjà été engagée, la non-interruption des soins, supposant parfois le maintien du demandeur d'asile à proximité des services le recevant, doit être une priorité. Le refus d'une telle orientation ne doit dès lors pas être assimilé à un refus de prise en charge au sein du dispositif national d'accueil, et les conditions matérielles d'accueil ne doivent pas être retirées. L'application effective de l'article L.744-8-3° du Ceseda qui prévoit la prise en compte de la vulnérabilité du demandeur d'asile dans ce cas de figure est essentielle. Ces dispositions pourraient cependant être davantage développées, en incluant par exemple l'hébergement dans une chambre individuelle pour les personnes souffrant de symptômes de paranoïa. De plus, l'adaptation des conditions matérielles d'accueil ne doit pas

¹⁹ Voir *infra*, page 10 et notamment Centre Primo Lévi, *Soigner les victimes de torture exilées en France - Livre blanc*, 2012 et Réseau Samdarra, *État des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, 2012.

être limitée à l'hébergement ; il convient de prendre en compte plus largement les besoins des victimes de torture en matière médicale, sociale et juridique.

Dans les lieux de privation de liberté, en cas de signalement, « le [responsable de la zone/ chef de centre] ou son représentant détermine, le cas échéant, les modalités particulières de maintien [en zone d'attente/ en rétention] tenant compte de la situation de vulnérabilité du demandeur »²⁰. Ainsi, l'identification de la vulnérabilité du demandeur ne conduit pas à sa libération ; tout au plus, les modalités d'accueil peuvent être adaptées, dans la mesure du possible compte tenu de la situation d'enfermement. Cependant, la note ministérielle précise qu'en cas de libération en raison de la vulnérabilité du demandeur, une liaison doit être effectuée auprès du guichet unique compétent afin que cet élément soit d'ores et déjà pris en compte.

formes de violences graves en matière d'accueil. Le dispositif national d'accueil doit être renforcé par des moyens additionnels, permettant l'embauche de personnel, leur accès à la formation ou encore l'adaptation des locaux afin d'assurer la confidentialité et la sécurisation de l'évaluation. Enfin, un développement de la politique nationale en matière de prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile doit être engagé, afin de permettre au dispositif national d'accueil de remplir les missions qui lui sont attribuées. ■

Le rôle des différents acteurs doit être précisé à travers un cadre juridique clair, permettant l'instauration d'une procédure formelle d'identification des besoins des victimes de torture, viol et autres

20 Articles R.213-3. et R.556-12 du Ceseda.



III. L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE TORTURE ET L'ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE PROCÉDURE

En matière de procédure, la réforme de l'asile constitue un tournant pour l'Ofpra. En effet, aucune disposition légale ne réglementait spécifiquement l'évaluation et la prise en compte des besoins particuliers des victimes de torture par l'Office. Nombre d'adaptations étant cependant mises en place, au cas par cas, selon des modalités internes. Dès l'adoption du « paquet asile » au niveau européen en 2013, plusieurs mesures furent mises en place par l'Ofpra afin d'anticiper la future mise en œuvre de ces obligations en droit français.

Des groupes de travail internes caractérisés par des référents thématiques furent instaurés concernant les mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, les femmes victimes de violence et les victimes de torture. Rassemblant des personnels des divisions d'instruction, d'appui et de protection, ces groupes de travail visent à :

participer à la sensibilisation et la formation des agents de l'Office sur ces thématiques ; soutenir le processus de décision relatif aux demandes d'asile des personnes vulnérables, par un appui ponctuel et par l'élaboration d'une doctrine ; assurer une veille documentaire et jurisprudentielle ainsi que la liaison avec les partenaires pertinents²¹. Des visites d'étude furent ainsi organisées auprès d'autres autorités de détermination d'une protection internationale de l'Union européenne (notamment auprès du Service d'Immigration et de Naturalisation - *Immigratie en Naturalisatiedienst* - aux Pays-Bas, concernant la certification médicale et auprès du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en Belgique, concernant la présence des professionnels de santé mentale lors des entretiens).

²¹ Ofpra, *op.cit.*, page 24.

La formation des officiers de protection relative à l'entretien avec les victimes de torture fut également renforcée, à travers la dispense de modules institutionnels (tels que « Entretien avec les personnes vulnérables » du Bureau européen d'appui à l'asile) et associatifs (tels que « Accueil des récits de souffrance » par Forum réfugiés-Cosi et « Protect » par Parcours d'exil et France terre d'asile).

Plusieurs de ces mesures permettaient d'ores et déjà à l'Office de se conformer à certaines des obligations issues du droit de l'Union européenne (1), jusqu'à ce que leur transposition en droit français vienne introduire un cadre légal relatif à l'identification et à la prise en compte des victimes de torture (2).

1. LES OBLIGATIONS ISSUES DU DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE : FOCUS SUR LA DIRECTIVE RÉVISÉE SUR LES PROCÉDURES

Contrairement à la directive sur l'accueil de 2003 qui instaurait une ébauche des concepts clés d'identification et de prise en compte des besoins particuliers des victimes de torture, la directive sur les procédures²² de 2005 ne contenait

que des dispositions minimales. Ainsi, seul l'article 13 relatif aux conditions auxquelles est soumis l'entretien personnel mentionnait le cas particulier des personnes vulnérables. À cet effet, il prévoyait que « *les États membres prennent les mesures appropriées pour faire en sorte que l'entretien personnel soit mené dans des conditions qui permettent au demandeur d'exposer l'ensemble des motifs de sa demande* ». L'article précisait en outre que « *les États membres veillent à ce que la personne chargée de mener l'entretien soit suffisamment compétente pour tenir compte de la situation personnelle ou générale dans laquelle s'inscrit la demande, notamment l'origine culturelle ou la vulnérabilité du demandeur, pour autant qu'il soit possible de le faire* ». Aucune obligation d'identification préalable de cette vulnérabilité n'était prévue, tandis que les adaptations éventuelles des conditions d'entretien restaient limitées par les possibilités dont disposaient les autorités de détermination d'une protection internationale. Cet article posait néanmoins le contour du concept de vulnérabilité : il s'agissait en effet d'instaurer des mesures spécifiques afin de s'assurer que chaque demandeur soit effectivement en mesure d'être soumis, de manière optimale, à l'entretien de demande d'asile.

²² Directive 2005/85/CE du Conseil du 1^{er} décembre 2005 relative à des normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres.

Ce système fut largement développé par la directive révisée sur les procédures²³, devant également être transposée avant juillet 2015, en introduisant une obligation additionnelle d'identification (1.1.), en définissant des garanties procédurales spéciales pour les demandeurs d'asile vulnérables (1.2.) et en précisant le cadre de la certification médicale (1.3.).

1.1. L'obligation d'identification des demandeurs d'asile nécessitant des garanties procédurales spéciales

En matière de procédures, l'article 24 de la directive révisée oblige les États membres à évaluer les besoins particuliers de certains demandeurs d'asile. Le concept retenu est cette fois-ci celui de « *demandeurs nécessitant des garanties procédurales spéciales* », sans qu'il ne soit fait référence à la vulnérabilité. La liste de « catégories » mentionnées par la directive révisée sur l'accueil n'est incluse que dans le considérant 29 et n'est, dès lors, pas juridiquement contraignante. Si le champ d'application de ces dispositions en est élargi, leur bénéfice par des victimes de torture, de viol ou d'autres formes graves de violences est moins explicite. L'objectif visé par cette évaluation est clairement énoncé : les demandeurs d'asile

doivent pouvoir, grâce à ces garanties procédurales spéciales, « *bénéficier des droits et se conformer aux obligations prévus par la présente directive* ». Reprenant la formulation non juridiquement contraignante du considérant 14 de la directive révisée sur l'accueil, cette mention vient concrétiser le concept de personnes vulnérables et renforce ainsi ses possibilités d'application.

Cette évaluation doit être tenue « *dans un délai raisonnable après la présentation d'une demande de protection internationale* », sans définition du caractère raisonnable de ce délai. Le considérant 29 précise seulement que cette évaluation devrait être effectuée « *avant qu'une décision ne soit prise en première instance* ». Elle doit être menée quel que soit le type de procédure ou le lieu de dépôt de la demande d'asile, sans exception notamment des procédures à la frontière ou en rétention.

De plus, l'article 24 de la directive prévoit que cette évaluation puisse être « *intégrée aux procédures nationales existantes et/ou à l'évaluation visée à l'article 22 de la directive [révisée sur l'accueil]* ». Ainsi, les États membres ne sont pas dans l'obligation d'instaurer nécessairement deux procédures distinctes d'évaluation. Cette précision permet néanmoins, si cette option est retenue, d'assurer une évaluation, en matière de procédure,

²³ Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte).

des besoins particuliers des victimes de torture au même moment que lors de l'évaluation de leurs besoins particuliers en matière d'accueil, selon le même standard. Une telle jonction est appropriée dans le cas des victimes de torture, puisque les procédures d'identification et de certification médicale à cette fin peuvent être sources de stress et d'anxiété additionnels.

Enfin, l'apparition tardive de besoins de garanties procédurales, qui n'auraient pas été identifiés lors la procédure d'évaluation initiale, ne doit pas faire obstacle à leur prise en compte lorsqu'ils deviennent manifestes. Cette disposition est essentielle concernant les victimes de torture, dont le trouble de stress post-traumatique peut être « à effet retardé » et se déclencher à distance de l'exposition à l'évènement traumatique, parfois bien après l'arrivée dans le pays d'accueil. Cependant, l'apparition tardive de tels besoins ne conduit pas à recommencer la procédure de demande d'asile.

1.2. La prise en compte des besoins particuliers des victimes de torture en matière de procédure

Contrairement aux adaptations en matière d'accueil, les garanties procédurales spéciales sont davantage explicitées. Les demandeurs d'asile vulnérables doivent recevoir un « soutien adéquat », et ce, « *tout au long de la procédure d'asile* ».

Ce « soutien » est précisé dans le considérant 14 de la directive révisée : il s'agit « *notamment [de] disposer de temps suffisant, afin de créer les conditions requises pour qu'ils aient effectivement accès aux procédures et pour qu'ils puissent présenter les éléments nécessaires pour étayer leur demande de protection internationale* ». Cette précision, bien que non juridiquement contraignante, est primordiale concernant les victimes de torture. Ces dernières, compte tenu des symptômes du trouble de stress post-traumatique dont elles peuvent être affectées (tels que l'évitement et la reviviscence), peuvent justement connaître des difficultés à présenter ces éléments en l'absence de prise en charge appropriée.

La directive révisée sur les procédures prévoit une exemption des personnes vulnérables des procédures accélérées et à la frontière si elles ne peuvent recevoir, dans ce cadre, les garanties procédurales dont elles ont besoin. La réduction des délais procéduraux, la limitation des soutiens juridiques et sociaux, l'enfermement ainsi que le stress inhérent à ces types de procédure sont autant d'obstacles à la présentation des éléments nécessaires à la demande d'asile des victimes de torture. Il convient de souligner que l'article 24 mentionne explicitement les victimes de torture parmi les demandeurs d'asile pouvant bénéficier d'une telle exemption, renforçant la garantie d'application.

Plusieurs adaptations des conditions d'entretien personnel de détermination d'une protection internationale sont également précisées. L'article 14 prévoit l'exemption d'entretien de demande d'asile lorsque « *le demandeur n'est pas en état ou en mesure d'être interrogé en raison de circonstances durables indépendantes de sa volonté* ». Si cette disposition vise davantage des personnes souffrant de maladies ou troubles mentaux graves, elle peut également être applicable à des victimes de torture dont les actes subis auraient de telles conséquences. L'absence d'entretien ne doit pas avoir une influence défavorable sur la prise de décision relative à sa demande de protection. En outre, la non-présentation du demandeur d'asile à son entretien peut ne pas conduire à un rejet automatique de la demande, si ce dernier « *avait de bonnes raisons de ne pas se présenter* », ce qui peut également inclure une hospitalisation requise par la réhabilitation.

Les conditions matérielles de l'entretien sont précisées par des dispositions de portée générale qui peuvent être plus particulièrement applicables aux victimes de torture. L'article 15 prévoit la garantie de la confidentialité de l'entretien, tout en permettant la présence d'une tierce personne, qu'elle soit membre de la famille ou non. Cette disposition permet aux victimes de torture d'être assistées lors du récit des violences subies et autres actes

traumatiques, par un proche ou un personnel des services d'accueil ou de réhabilitation. En outre, des « *mesures appropriées* » doivent être prises par les États membres afin que l'entretien « *soit mené dans des conditions qui permettent au demandeur d'exposer l'ensemble des motifs de sa demande* », ce que les dispositions relatives aux garanties procédurales spéciales visent précisément à assurer. Ces mesures incluent notamment l'interdiction de faire mener les entretiens de détermination d'une protection internationale par des officiers de protection portant un « *uniforme militaire* » ou un « *uniforme des services répressifs* », interdiction évidente d'autant plus indispensable en ce qui concerne les personnes victimes de torture, de viol ou d'autres formes graves de violences dont les auteurs de ces actes pouvaient eux-mêmes porter ce type d'attribut.

De plus, tout demandeur d'asile dispose de la possibilité de requérir un officier de protection et/ou un interprète de même sexe, pour autant que cette nécessité découle de la difficulté à exposer les éléments de la demande d'asile à un interlocuteur de sexe différent. Si cette disposition vise particulièrement les victimes de violences de genre, il est regrettable que le choix soit limité à des interlocuteurs *du même sexe* et non à *l'autre sexe*, selon la préférence de la victime. En pratique, la portée de cet article

peut être limitée, en ce que les autorités de détermination d'une protection internationale peuvent ne pas accéder à ces demandes si elles ne disposent pas des ressources humaines nécessaires à cet effet.

Enfin, les officiers de protection doivent avoir reçu une formation appropriée, similairement aux personnels en charge des victimes de torture en matière d'accueil. D'après l'article 15, cette formation doit permettre de prendre en compte *« la situation personnelle et générale dans laquelle s'inscrit la demande, notamment l'origine culturelle, le genre ou l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la vulnérabilité du demandeur »*. Sans définition juridiquement contraignante de la vulnérabilité dans la directive révisée sur les procédures, les États membres peuvent se baser sur les éléments mentionnés dans le considérant 29 pour déterminer un contenu de ces formations conforme à l'objectif visé par cette disposition.

En cas d'augmentation importante et simultanée du nombre de demandes d'asile, les États membres ont la possibilité de faire mener les entretiens de demande d'asile par des personnels ne relevant pas de l'autorité habituellement en charge de la détermination d'une protection internationale. L'article 14 rend cependant obligatoire, dans un tel cas, la formation préalable de ces officiers temporaires de protection, mentionnant explicitement les

« questions liées au traitement des demandes d'asile des mineurs et des personnes vulnérables ayant des besoins spécifiques », « l'utilisation de rapports d'expertise médicale et juridique dans le cadre des procédures d'asile » et les *« problèmes qui pourraient nuire à la capacité des demandeurs de participer à un entretien, par exemple des éléments selon lesquels le demandeur peut avoir été soumis à la torture dans le passé »*²⁴. En ce sens, l'obligation de formation des officiers temporaires de protection est plus précise que l'obligation générale des officiers permanents.

1.3. La certification médicale

Contrairement à la directive de 2005, la directive révisée sur les procédures de 2013 introduit par son article 18 la possibilité pour l'autorité de détermination d'une protection internationale de soumettre le demandeur d'asile à un examen médical, à charge de l'État. Cet examen porte sur *« des signes de persécutions ou d'atteintes graves qu'il aurait subies dans le passé »* et

²⁴ Par un renvoi à l'article 6, paragraphe 4, points a) à e) du Règlement (UE) n°439/2010 du Parlement européen et du Conseil du 19 mai 2010 portant création d'un Bureau européen d'appui en matière d'asile. A noter que le point f), portant spécifiquement sur les victimes de torture, est exclu du champ du paragraphe 1 de l'article 14 de la directive révisée sur les procédures en ce qu'il ne concerne que les conditions d'accueil.

ne peut être mené que « *sous réserve du consentement du demandeur* », qui peut également être autorisé à prendre ses propres dispositions pour la réalisation de cet examen. Cependant, le professionnel de la santé en charge de la certification doit être « *qualifié* » et peut être désigné par l'État. Le paragraphe 2 de l'article 18 prévoit en outre la soumission de rapports médico-légaux à l'initiative du demandeur mais, dans cette hypothèse, à ses propres frais.

Dans le cas des victimes de torture, la certification médicale constitue un élément clé de la procédure de demande d'une protection internationale et leur encadrement en droit est nécessaire ; les rapports médico-légaux constatant les actes de violences ou autres mauvais traitements peuvent être employés afin d'informer les procédures d'identification des besoins particuliers, tant en matière d'accueil que de procédure. Ils permettent en effet d'évaluer la cohérence entre les constatations médicales et les allégations de violences du demandeur ; d'améliorer la qualité de la procédure en instaurant un cadre conforme aux standards internationaux en la matière ; de réduire le nombre de procédures d'appel en raison d'une insuffisance des preuves apportées dans la demande d'asile²⁵. À cet effet, le considérant 31 de la

directive révisée sur les procédures prévoit que la certification médicale relative aux allégations de torture puisse « *notamment se fonder sur le Manuel pour enquêter et documenter efficacement la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants (Protocole d'Istanbul)* ». Ce cadre, pourtant essentiel, n'est cependant pas repris dans les dispositions juridiquement contraignantes.

Bien que l'article 18 pose les bases d'une reconnaissance des rapports médico-légaux dans les procédures de demande d'asile, plusieurs difficultés liées à la complexité de leur utilisation sont laissées à l'appréciation des États membres. Si le refus de se soumettre à cet examen « *n'empêche pas l'autorité responsable de la détermination de prendre une décision sur la demande de protection internationale* », la crédibilité du demandeur d'asile en sera néanmoins probablement affectée. Une telle obligation peut pourtant constituer, pour une victime de torture, un nouvel acte traumatisant. La confiance du demandeur d'asile envers un professionnel de santé peut également être altérée en raison de sa désignation par les pouvoirs publics. En outre, l'article 18 ne mentionne pas d'obligation, pour les agents de l'autorité de détermination d'une protection internationale, d'être suffisamment formés à l'interprétation des rapports médico-légaux afin que leur évaluation dans le cadre de la procédure de décision soit appropriée.

25 Voir notamment International Rehabilitation Council for Torture Victims, *Recognising victims of torture in national asylum procedures*, 2013, page 13.

Enfin, l'article 14 prévoit également l'intervention d'un professionnel de santé afin de documenter l'incapacité d'un demandeur d'asile à prendre part à son entretien personnel de détermination d'une protection internationale. L'incapacité doit découler de « *circonstances durables indépendantes de sa volonté* ». La « *consultation* », qui n'inclut pas nécessairement un examen du demandeur, vise exclusivement à confirmer que cette incapacité est permanente.

2. LE MÉCANISME D'IDENTIFICATION DES BESOINS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE PROCÉDURE INTRODUIT PAR LA RÉFORME DE L'ASILE

Si la loi du 29 juillet 2015 introduit plusieurs éléments d'évaluation des besoins particuliers en matière de procédure, celle-ci ne prend pas la forme d'une procédure formelle (2.1.). Les adaptations visant à prendre en compte les besoins particuliers des demandeurs d'asile vulnérables pourraient en outre être davantage développées (2.2.).

2.1. Une absence de procédure formelle

Le nouvel article L.723-3 du Ceseda offre à l'Ofpra la possibilité de « *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* » et ce « *pendant toute la durée de la procédure d'examen de la demande* ». La définition de ces modalités particulières d'examen suppose l'évaluation préalable de besoins particuliers auxquels elles répondent. Or, l'évaluation des besoins particuliers en matière de procédure se caractérise par l'absence de procédure formelle. Pour y procéder, l'Ofpra peut se baser sur une diversité de sources d'information.

Tout d'abord, l'article L.744-6 du Ceseda prévoit que l'évaluation²⁶ de la vulnérabilité du demandeur effectuée par l'Ofii au guichet unique soit transmise à l'Office « *après accord du demandeur d'asile* ». Tel que mentionné précédemment, cette procédure est conçue afin d'évaluer les besoins particuliers en matière d'accueil, et non en matière de procédure. Comme le souligne l'Ofpra²⁷,

²⁶ Cette disposition n'est pas applicable dans les îles Wallis et Futuna, en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie conformément aux articles L.762-1-3°, L.763-1-3° et L.764-1-3° du Ceseda.

²⁷ Ofpra, *op.cit.*, page 23.

la vulnérabilité ainsi détectée ne porte que sur l'état de grossesse, le handicap, les troubles du langage et le besoin de soins médicaux pouvant entraîner des absences régulières. En conséquence, l'Office peut ainsi être en mesure d'adapter certaines conditions matérielles d'entretien (comme l'accessibilité du lieu). Cependant, les besoins spécifiques des victimes de torture en matière de procédure ne peuvent donc *a priori* pas être soulevés dès ce stade. Le besoin de soins médicaux, s'il peut être un indicateur de violences subies, n'est pas spécifique. En outre, la loi ne précise pas la teneur de l'information transmise de l'Ofii à l'Ofpra, ni si les éléments médicaux soumis par le demandeur et l'avis du médecin de l'Ofii sont également communiqués.

Par ailleurs, l'Ofpra reste compétent pour effectuer sa propre évaluation de la vulnérabilité, axée cette fois sur les besoins particuliers en matière de procédure. L'article L.723-3 du Ceseda prévoit comme seconde source d'information, exclusive à l'Ofpra, les « *éléments de vulnérabilité dont il peut seul avoir connaissance au vu de la demande ou des déclarations de l'intéressé* ». Ces éléments sont tout d'abord ceux mentionnés dans le récit de vie du demandeur lors du dépôt de sa demande d'asile auprès de l'Ofpra. La solidité de cette évaluation repose sur la possibilité, pour le demandeur d'asile, de

présenter l'ensemble des éléments relatifs à ses persécutions passées lors du dépôt de sa demande. Or, les conditions réelles de soumission des demandes peuvent y faire obstacle : en pratique, peu de demandeurs d'asile bénéficient des conditions optimales pour élaborer, en français, de manière complète et dans la forme attendue par l'administration, le récit de l'ensemble de leurs craintes dans le délai maximal de 21 jours après le retrait de leur formulaire de demande (15 jours pour les procédures accélérées). Les conditions de vie précaires, la sur-sollicitation des dispositifs de premier accueil, la méconnaissance des procédures, le stress et la désorientation conséquents du parcours migratoire et de l'insécurité de leur situation en France, l'influence des passeurs, sont autant de facteurs, parmi d'autres, concourant à cette difficulté.

La présentation par le demandeur d'éléments étayés relatifs à ses craintes de persécutions suppose généralement une stabilisation de sa situation administrative et sociale ainsi qu'un soutien juridique adéquat. Ces éléments ne sont souvent transmis que sous la forme de compléments à la demande, parfois seulement à l'arrivée du demandeur en Cada ou autre lieu d'hébergement assurant un tel accompagnement. L'accélération des délais de procédure, plus rapide que celle de l'entrée dans ce type de dispositifs, peut cependant

constituer un obstacle supplémentaire à la soumission d'éléments suffisamment documentés.

BONNE PRATIQUE – PAYS-BAS : L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU DEMANDEUR D'ASILE AVANT L'ENTRETIEN PERSONNEL

Aux Pays-Bas, avant chaque entretien, tout demandeur d'asile doit passer un examen médical réalisé par une agence indépendante, Medifirst. L'évaluation ne vise pas à détecter la vulnérabilité au sens de l'article 21 de la directive révisée sur l'accueil ; elle porte tant sur la santé physique que mentale et est basée sur les caractéristiques individuelles du demandeur. Des observations (rapports médicaux, correspondance juridique par exemple) peuvent être fournies en amont pour appréciation par Medifirst. L'agence détermine ensuite les garanties procédurales spéciales devant être accordées au demandeur dans le cadre de son entretien personnel.

Dans le cas des victimes de torture, deux phénomènes spécifiques viennent s'ajouter. D'une part, les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique en raison des violences subies sont plus susceptibles de ne pas vouloir ou ne pas pouvoir révéler, à l'Ofpra ou à leur conseil juridique, les actes de

violence dont elles ont fait l'objet. La culpabilité, la honte, les troubles de mémoire, l'évitement de tout rappel de l'évènement traumatique constituent autant d'obstacles à la divulgation de leurs persécutions. D'autre part, en cas d'identification des besoins de la victime, les conséquences de sa prise en charge médico-psychologique, si tant est qu'elle puisse effectivement accéder à un dispositif de réhabilitation, ne commenceront vraisemblablement à être effectifs que dans la durée. Le temps du soin peut alors être incompatible avec le temps administratif.

La procédure, non-transparente, ne permet ni au demandeur ni à son conseil juridique de s'assurer que l'Ofpra a effectivement évalué de manière complète les besoins particuliers du demandeur. En outre, ce mécanisme peut se révéler discriminant en ce que les demandeurs d'asile bénéficiant d'un accompagnement ont plus de chances de voir leurs besoins particuliers correctement évalués par l'Ofpra. Il introduit de plus une confusion entre l'évaluation des besoins particuliers et l'examen au fond de la demande, puisque les mêmes éléments servent de fondement à ces deux décisions distinctes et ce, à travers la même procédure de transmission des informations. Enfin, à aucun moment, le mécanisme d'évaluation ne prévoit explicitement l'intervention d'un professionnel de santé. La capacité de l'Office

à recevoir et évaluer les éléments médicaux potentiellement transmis par l'Ofii ou par les structures du dispositif national d'accueil doit être interrogée, notamment concernant la confidentialité, en l'absence de médecin au sein de l'Office.

Dans les lieux de privation de liberté, les informations relatives à la vulnérabilité issues du signalement prévu aux articles R.213-3 (en zone d'attente) et R.556-12 (en centre de rétention) du Ceseda sont « *communiquées oralement ou par écrit, après accord du demandeur d'asile, à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides* ». L'absence de transmission écrite systématique est problématique ; en effet, elle ne permet pas un suivi approprié de la bonne transmission des informations et de leur bonne évaluation.

En tout état de cause, et compte tenu des délais fixés par la loi pour l'examen des demandes d'asile par l'Office, ce mécanisme risque de ne pas permettre une évaluation précoce systématique des besoins en matière de procédure. La détection de besoins particuliers lors ou après l'entretien personnel, en contradiction avec les objectifs mêmes de cette évaluation, peut alors conduire à des reports ou des appels qui pourraient pourtant être évités. Autre conséquence dommageable de cette identification

des « vulnérabilités subjectives » seulement par l'Office, si ce dernier détecte des besoins d'adaptation en matière d'accueil, ces informations peuvent être communiquées à l'Ofii mais à la condition d'être « *sans lien avec le fond de la demande* »²⁸, renforçant la difficulté d'identification et de prise en charge globale des victimes de torture. À ce titre, il est souhaitable que l'évaluation des besoins en matière de procédure soit formalisée et distinguée de l'examen au fond, afin de pouvoir être communiquée au demandeur et de pouvoir faire l'objet d'un recours séparé.

2.2. Une diversité d'adaptations de la procédure

Afin de répondre à la mission fixée par l'article L.723-3 du Ceseda, plusieurs modalités d'adaptation de la procédure d'asile à la disposition de l'Ofpra sont encadrées en droit sans être exhaustives, permettant à l'Office de proposer des garanties additionnelles au cas par cas. Ces modalités ont pour objectif de permettre « *l'exercice des droits [du] demandeur* ».

L'Office peut tout d'abord, conformément à la directive révisée sur les procédures, « *statuer par priorité* » sur les demandes des personnes vulnérables, que cette vulnérabilité ait été identifiée en relation avec les modalités d'accueil ou les modalités d'examen de la demande

²⁸ Ofpra, *op.cit.*, page 24.

de protection internationale. La demande n'a pas nécessairement à paraître manifestement fondée. Cette disposition peut permettre à un demandeur d'asile d'accéder plus rapidement aux droits attachés au bénéfice de la protection internationale. Elle peut se révéler pertinente pour plusieurs profils de demandeurs d'asile nécessitant une prise en charge spécifique, comme les victimes de torture dont l'insécurité issue de la procédure de demande d'asile peut contribuer à gravement et rapidement détériorer leur état de santé physique et mentale.

Toujours en conformité avec la directive révisée sur les procédures, l'Office peut requalifier une demande d'asile de la procédure accélérée à la procédure normale. Ce changement doit être motivé par le besoin de garanties procédurales qui ne peuvent être fournies en procédure accélérée. Dans la formulation de la disposition, le législateur a choisi de mentionner le cas spécifique des personnes ayant subi des violences graves, renforçant le cadre d'application pour ces demandeurs d'asile. Cette possibilité peut se révéler essentielle pour les victimes de torture qui, comme mentionné précédemment, nécessitent prioritairement un temps de prise en charge médico-psychologique non compatible avec les délais imposés en procédure accélérée. Cette requalification peut intervenir avant

ou après l'entretien²⁹. Afin d'assurer une application adéquate et cohérente de cette disposition, des lignes directrices internes doivent harmoniser les décisions de requalification selon les garanties procédurales demandées.

De plus, comme prévu par la directive révisée sur les procédures, un demandeur d'asile dans l'incapacité durable de se présenter à son entretien personnel peut s'en voir exempter. L'Office peut transmettre au demandeur (ou, plus vraisemblablement, à son conseil juridique ou, à défaut, à ses proches s'il en a), un questionnaire écrit « *afin de recueillir les éléments complémentaires utiles pour une instruction sur dossier* »³⁰.

Disposition particulièrement appropriée pour les victimes de violence, la loi du 29 juillet 2015 prévoit par l'article L.723-6 du Ceseda la possibilité pour le demandeur qui en exprime le besoin de choisir le sexe de son interlocuteur, qu'il s'agisse de l'officier de protection ou de l'interprète. Cette requête doit cependant être « *manifestement fondée par la difficulté pour le demandeur d'exposer l'ensemble des motifs de sa demande d'asile, notamment ceux liés à des violences à caractère sexuel* », fondement évalué par l'Office. La demande du sexe de l'interlocuteur s'effectuant lors du

29 Ofpra, *op.cit.*, page 25.

30 *Ibid.*

dépôt de la demande d'asile, il est dommageable que l'Ofpra effectue une évaluation additionnelle de la pertinence de cette demande, pour les raisons évoquées précédemment quant à la complétude des récits de vie en matière de violences subies au moment de leur dépôt. En pratique, l'application de cette disposition reste dépendante des possibilités dont dispose l'Office, particulièrement en ce qui concerne les interprètes compte tenu de leur nombre restreint pour certaines langues rares.

La dernière garantie procédurale majeure introduite par la loi du 29 juillet 2015 est la possibilité pour le demandeur d'asile d'être accompagné par un tiers lors de son entretien personnel. D'après l'article L.723-6 du Ceseda, ce dernier peut être « *soit d'un avocat, soit d'un représentant d'une association de défense des droits de l'homme, d'une association de défense des droits des étrangers ou des demandeurs d'asile, d'une association de défense des droits des femmes ou des enfants ou d'une association de lutte contre les persécutions fondées sur le sexe ou l'orientation sexuelle* ». Il ne peut cependant pas intervenir lors de l'entretien, sinon à son issue et ce, afin de « *formuler des observations* ».

La présence d'un tiers peut être sécurisant ou constituer un soutien adéquat pour une victime de torture afin de l'aider à verbaliser les

persécutions subies. Cependant, la restriction des catégories de personnes pouvant être habilitées a conduit l'Ofpra à permettre, dans le cas spécifique des demandeurs d'asile vulnérables, la présence d'un psychologue, psychiatre ou psychologue comme « *garantie procédurale supplémentaire* »³¹. L'objectif poursuivi est d'assurer la sécurisation des demandeurs d'asile en situation de « *grande vulnérabilité* » et l'évitement de « *troubles du comportement « susceptibles » de perturber le bon déroulement de l'entretien* ». Le professionnel de santé peut également s'entretenir avec l'officier de protection avant et non seulement après l'entretien, et indiquer tout élément pertinent relatif au « *parcours et [à] l'état de santé* » du demandeur.

Si cette procédure ne repose pas sur un cadre légal fixé par la loi du 29 juillet 2015, elle constitue une adaptation particulièrement pertinente pour les victimes de torture. Il conviendrait cependant que ce tiers, compte tenu de son rôle, puisse dans une certaine mesure intervenir auprès du demandeur d'asile lors de l'entretien. Des modalités de vérification de ses qualifications (par exemple, un enregistrement auprès des autorités sanitaires) devront en outre renforcer la procédure d'autorisation, afin que les garanties instaurées pour l'habilitation du tiers (indépendance, notamment) soient assurées.

31 *Ibid.*

Plusieurs autres adaptations additionnelles non fixées par la loi devraient pouvoir être retenues par l'Office lors de l'examen des demandes d'asile des victimes de torture. Il s'agit tout d'abord de prendre en compte la difficulté du demandeur à exprimer les persécutions subies lors d'un entretien personnel trop précoce, avant ou au début des soins médico-psychologique. À cet effet, l'Ofpra doit pouvoir reporter la date prévue initialement pour l'entretien ou reporter la prise de décision sur la demande dans l'attente d'éléments complémentaires³². Les conditions de l'entretien doivent également pouvoir être systématiquement adaptées, quel que soit le résultat de l'évaluation préalable des besoins particuliers du demandeur, par des pauses, une durée adéquate d'entretien, une attitude bienveillante et un cadre sécurisant, un questionnement approprié qui ne soit pas traumatisant et permette effectivement au demandeur d'exprimer les violences subies. Le rôle des groupes de travail internes et référents thématiques dans le soutien aux officiers de protection confrontés à des besoins

d'adaptation ainsi que dans l'harmonisation des pratiques, particulièrement d'une division d'instruction à l'autre, est à cet effet primordial.

En outre, sans que cette obligation ne soit formellement encadrée juridiquement comme pour les agents de l'Ofii, les officiers de protection doivent bénéficier de formations relatives à la « prise en compte de la vulnérabilité des demandeurs d'asile »³³. En pratique, les officiers de protection reçoivent d'ores et déjà une formation obligatoire spécifique à l'entretien avec les victimes de torture et peuvent développer leurs compétences par des formations complémentaires³⁴. Il serait approprié que l'Office tienne aussi compte des besoins particuliers identifiés pour affecter un agent instructeur plus expérimenté à certains dossiers pouvant se révéler particulièrement complexes lors de l'entretien en raison des violences subies par le demandeur. Compte tenu de leur rôle prépondérant lors des entretiens, les interprètes devraient également être *a minima* sensibilisés à la situation des victimes de violence, sinon formés à l'entretien avec ces personnes. À défaut, les bénéfices de la formation des officiers de protection peuvent être limités.

32 En pratique, le Guide des procédures de l'Ofpra (*ibid*) mentionne effectivement la prise en compte de la vulnérabilité du demandeur dans la fixation de la date de l'entretien (page 15), « dans toute la mesure du possible » ainsi que la possibilité d'allonger l'instruction « lorsque l'expression de la demande de protection le nécessite, éventuellement en cohérence avec le travail d'accompagnement associatif, social ou socio-médical du demandeur » (page 25).

33 L'article L.721-4 du Ceseda prévoit que les informations relatives à ces actions de formation soient présentées dans le rapport d'activité de l'Office.

34 Ofpra, *op.cit.*, page 25.

Concernant les lieux de privation de liberté, tant les procédures à la frontière qu'en rétention doivent désormais prendre en compte la vulnérabilité du demandeur. L'Ofpra est tenu à cette obligation lors de l'examen de la recevabilité ou du caractère non manifestement infondé de la demande d'asile déposée en zone d'attente³⁵ et lors de l'examen au fond de la demande déposée en rétention³⁶. L'Office peut demander à ce qu'il soit immédiatement mis fin à la privation de liberté selon deux motifs distincts : en cas de nécessité de garanties procédurales ne pouvant être satisfaites dans le cadre de la zone d'attente, le cas des victimes de violence étant explicitement mentionné³⁷ ; en cas d'impossibilité d'examiner la demande dans les délais impartis en rétention. Cette possibilité est primordiale en ce qui concerne les victimes de torture, dont les difficultés en matière de verbalisation des persécutions subies peuvent être exacerbées dans un contexte d'enfermement et dans la crainte d'un renvoi vers le pays d'origine où les violences ont eu lieu.

Cependant, le délai très court dont dispose l'Office pour se prononcer (deux jours ouvrés en zone d'attente, 96 heures en rétention) ne laisse que peu de marge de manœuvre à l'agent instructeur pour également évaluer et tenir compte des besoins particuliers du demandeur. L'intérêt de ces dispositions est en outre relatif, puisque nombre des demandeurs d'asile identifiés comme ayant des besoins particuliers en matière de procédure présenteront vraisemblablement en parallèle des éléments permettant leur libération par le juge sur des motifs déjà prévus (par exemple, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme) et ce, en-dehors du cadre de la demande d'asile.

2.3. La certification médicale

La loi du 29 juillet 2015 transpose également les dispositions européennes en matière de certification médicale. Ainsi, l'article L.723-5 du Ceseda prévoit que « *l'office peut demander à la personne sollicitant*

l'asile de se soumettre à un examen médical ». Cette disposition est nouvelle ; elle encadre une pratique de l'Office qui consistait déjà à demander à des demandeurs d'asile ou personnes protégées de se soumettre à un examen médical, principalement dans le cas de

35 Article L.213-8 du Ceseda.

36 Article L.556-1 du Ceseda.

37 Article L.221-1 du Ceseda.

jeunes filles ou femmes menacées d'excision³⁸. Le champ d'application de cette disposition n'est cependant pas limité. La seule autre situation explicitement mentionnée par l'Ofpra est, en amont de l'entretien personnel, la possibilité de demander à la personne de se soumettre à un examen médical portant sur sa capacité à verbaliser ses craintes³⁹. Aucune mention explicite n'est faite de l'éventualité de demander à une victime de torture de recourir à un examen médical portant sur les signes des violences subies⁴⁰. Si « *le fait que la personne refuse de se soumettre à cet examen médical ne fait pas obstacle à ce que l'office statue sur sa demande* », la crédibilité du demandeur peut cependant être entachée. En pratique, le certificat médical devra être fourni dans un délai de deux mois, réduit à un mois dans les cas de protection contre l'excision⁴¹. Sans présentation de ce certificat, l'Office pourra prendre une décision sur la demande.

Les modalités d'établissement des certificats médicaux doivent être fixées par arrêté conjoint des ministres en charge de l'asile et de la santé. À ce jour, les standards en la matière, tels que le Protocole d'Istanbul, ne sont pas évoqués

comme cadre de référence à cet effet. Cependant, l'importance des certificats médicaux, qui doivent être « *pris en compte par l'office parallèlement aux autres éléments de la demande* », est reconnue en droit. Cet arrêté doit également fixer les « *catégories de médecins qui peuvent pratiquer l'examen médical* ». Cette habilitation pourrait être plus large que celle précédemment envisagée lors de l'examen du projet de loi, qui prévoyait la mise en place d'une liste nominative de médecins, sur le modèle des habilitations auprès des Agences régionales de santé pour l'examen des demandes de titres de séjour pour raisons médicales. L'arrêté devrait permettre le choix, par le demandeur d'asile, du professionnel de santé afin d'assurer sa sécurisation et de mettre à profit la relation de confiance potentiellement déjà établie avec un soignant. Les centres de soins spécialisés doivent également pouvoir être habilités à cet effet. Enfin, cet arrêté devra préciser le coût de cet examen et les modalités de prise en charge financière, afin d'éviter que celui-ci ne soit supporté par le demandeur d'asile, en conformité avec les obligations du droit de l'Union européenne. ■

38 Désormais codifié à l'article L.752-3 du Ceseda, introduit par la loi du 29 juillet 2015.

39 Ofpra, *op.cit.*, page 21.

40 L'examen prévu à l'article L.752-3 visant à confirmer l'absence de mutilation sexuelle.

41 *Ibid.*

IV. NOS RECOMMANDATIONS

ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS

- 1 La vulnérabilité résultant d'actes de torture, de viol ou d'autres formes graves de violence doit être évaluée le plus tôt possible lors de la procédure de demande d'asile.
- 2 Une procédure formelle d'évaluation des besoins particuliers en matière de procédure doit être instaurée.
- 3 Les agents chargés de l'évaluation des besoins particuliers doivent avoir reçu une formation spécifique relative à la prise en charge des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence.
- 4 L'évaluation de la vulnérabilité résultant d'actes de torture, de viols ou d'autres formes graves de violence doit être menée conjointement avec des professionnels de santé.
- 5 À cette fin, la formation des professionnels de santé relative au psychotraumatisme doit être développée afin que l'évaluation de la vulnérabilité réponde aux standards internationaux.

- 6 Le rôle des plateformes de premier accueil et des centres d'accueil pour demandeurs d'asile dans l'évaluation des besoins particuliers des personnes vulnérables doit être clarifié et encadré par des textes réglementaires et assortis des moyens nécessaires.
- 7 Dans les lieux de privation de liberté (zone d'attente, centre de rétention), une procédure formelle d'évaluation doit être instaurée. Les personnels concernés doivent avoir reçu une formation spécifique à cette fin.

ADAPTATION DES CONDITIONS MATÉRIELLES D'ACCUEIL

- 8 Dès lors que des besoins particuliers résultant d'actes de torture, de viols ou d'autres formes graves de violence physique, psychique ou sexuelle ont été évalués, la prise en charge du demandeur d'asile doit être pluridisciplinaire.

▶▶

9 La localisation des lieux d'hébergement des demandeurs d'asile victimes de torture, viol ou autres formes graves de violence doit permettre l'accès à des soins de santé physique et mentale adaptés.

10 Les réseaux de prise en charge des victimes de torture, viols ou autres formes graves de violence doivent être développés et disposer de moyens appropriés.

ADAPTATION DE LA PROCÉDURE DE DEMANDE D'ASILE

11 Un protocole répondant aux standards internationaux en la matière doit être instaurée à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides afin d'assurer la certification médicale. Ce protocole doit permettre la délivrance d'attestations par des psychologues conjointement aux certificats de médecins habilités.

12 Les officiers de protection doivent avoir reçu une formation spécifique à l'entretien avec les personnes victimes de torture, viols ou autres formes graves de violence afin d'assurer une procédure harmonisée et de qualité.

13 Les interprètes et tiers intervenant lors des entretiens de détermination d'une protection internationale doivent être sensibilisés, sinon formés, à la prise en compte des besoins particuliers des demandeurs d'asile victimes de torture, de viols ou d'autres formes graves de violence.

14 L'accélération des délais procéduraux ne doit pas se faire au détriment des soins psychologiques et de la préparation à l'entretien de détermination d'une protection internationale.

15 Les dispositions relatives à l'évaluation et à la prise en compte des besoins particuliers en matière de procédure des demandeurs d'asile victimes de torture, viols ou autres formes graves de violence doivent également s'appliquer en appel. ■

V. ANNEXE 1 - LES CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS EN FRANCE

Centre Française Minkowska

- 📍 12, rue Jacquemont - 75017 Paris
- ☎️ 01 53 06 84 84
- 🌐 www.minkowska.com
- ✉️ communication@minkowska.com

Centre Primo Levi - Vivre après la torture

- 📍 107, avenue Parmentier - 75011 Paris
- ☎️ 01 43 14 88 50
- 🌐 www.primolevi.org
- ✉️ primolevi@primolevi.org

Comede (Comité pour la santé des exilés)

- 📍 Hôpital de Bicêtre - 78, rue du Général Leclerc BP 31 - 94272 Le Kremlin-Bicêtre cedex
- ☎️ 01 45 21 39 32
- 🌐 www.comede.org
- ✉️ contact@comede.org

Parcours d'exil - Accompagnement thérapeutique des victimes de torture

- 📍 12, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris
- ☎️ 01 45 33 31 74
- 🌐 www.parcours-exil.org
- ✉️ contact@parcours-exil.org

Association Mana Bordeaux - Clinique transculturelle Mana

- 📍 86, cours d'Albret - 33000 Bordeaux
- ☎️ 05 56 79 57 14
- 🌐 www.cliniquetransculturelle-mana.org
- ✉️ claire.mestre@chu-bordeaux.fr

Parole sans frontière - Psychanalyse et exil

- 📍 2, rue Brûlée - 67000 Strasbourg
- ☎️ 03 88 14 03 43
- 🌐 www.parole-sans-frontiere.org
- ✉️ parole-sans-frontiere@orange.fr

Centre de santé Essor (Forum réfugiés-Cosi)

- 📍 Esplanade de la Peralière, 158 ter, rue du 4 Août 1789 - 69100 Villeurbanne
- ☎️ 04 78 03 07 59
- 🌐 www.forumrefugies.org/missions/missions-aupres-des-demandeurs-d-asile/centre-de-sante
- ✉️ centredesante@forumrefugies.org

Osiris - Association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique

- 📍 10, boulevard Cassini - 13004 Marseille
- ☎️ 04 91 91 89 73
- 🌐 www.centreosiris.org
- ✉️ centre.osiris@free.fr

VI. ANNEXE 2 – MÉCANISMES D'IDENTIFICATION DES VULNÉRABILITÉS ET D'ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS

PRISE EN COMPTE EN MATIÈRE D'ACCUEIL	MODALITÉS DE TRANSMISSION	IDENTIFICATION DES DEMANDEURS D'ASILE VULNÉRABLES ET ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS
DÉPÔT DE LA DEMANDE D'ASILE		
<p>Qui ? Responsable de la zone d'attente.</p> <p>Quand ? Délai non précisé.</p> <p>Quoi ? Adaptation des conditions de maintien en zone d'attente - pas de libération.</p>	<p>Comment ? Signalement au responsable de la zone d'attente.</p>	<p>Qui ? Tout intervenant en zone d'attente.</p> <p>Quand ? À tout moment.</p> <p>Comment ? Modalités non précisées.</p> <p>RÉFÉRENCE : art. R.213-3 du Ceseda</p> <hr/> <p>Qui ? Demandeur d'asile.</p> <p>Quand ? Lors du dépôt de la demande d'asile.</p> <p>Comment ? Contenu de la demande d'asile.</p>
DÉPÔT DE LA DEMANDE D'ASILE EN ZONE D'ATTENTE		
<p>Qui ? Agents de l'Ofii</p> <p>Quand ? Dès réception de l'évaluation</p> <p>Quoi ? Prise en compte éventuelle dans la localisation et le type de l'hébergement.</p>	<p>Comment ? Transmission du questionnaire et du rapport du médecin de l'Ofii.</p>	<p>Qui ? Agents de l'Ofii.</p> <p>Quand ? Lors d'un entretien individuel dans un délai de la demande d'asile.</p> <p>Comment ? Recours à un questionnaire normé fixé de l'asile et de la santé.</p> <p>RÉFÉRENCE : art. L.744-6 et R.744-14 du Ceseda, art. R.744-15 du Ceseda</p> <p>En cas de présentation d'éléments médicaux</p> <p>Qui ? Médecin de l'Ofii.</p> <p>Quand ? Pas de délai fixé.</p> <p>Comment ? Étude des éléments médicaux sans examen complémentaire.</p> <p>RÉFÉRENCE : art. R.744-14 du Ceseda et arrêté du 20/03/2014</p>
<p>Pas d'adaptation.</p>	<p>Pas de transmission.</p>	<p>Qui ? Demandeur d'asile.</p> <p>Quand ? Lors du dépôt de la demande d'asile.</p> <p>Comment ? Contenu de la demande d'asile.</p>
<p>Qui ? Agents de l'Ofii.</p> <p>Quand ? Tout au long de la procédure.</p> <p>Quoi ? Prise en compte éventuelle dans la localisation et le type de l'hébergement.</p>	<p>Comment ? Pas de transmission formelle prévue par la loi - En pratique, transmission selon des modalités non définies.</p>	<p>En cas de non-orientation vers un lieu d'hébergement</p> <p>Qui ? Agents des dispositifs de premier accueil.</p> <p>Quand ? Pas de délai fixé.</p> <p>Comment ? Pas de modalités particulières prévues dans le contenu de la demande d'asile, des demandes de l'Ofii ou des demandes individuelles des agents.</p> <p>RÉFÉRENCE : marché relatif aux prestations de premier accueil</p>

VICTIMES DE TORTURE ET MIGRANTS

VULNÉRABLES MIGRANTS	MODALITÉS DE TRANSMISSION	PRISE EN COMPTE EN MATIÈRE DE PROCÉDURE
D'ASILE A LA FRONTIÈRE		
	<p>Comment ? Transmission par le responsable de la zone d'attente, par écrit ou oral.</p>	<p>Qui ? Agent instructeur de l'Ofpra. Quand ? Lors de l'examen préliminaire de la demande. Quoi ? Prise en compte dans l'examen de la recevabilité. Prise en compte dans l'examen du caractère non manifestement infondé de la demande. Demande éventuelle de libération de zone d'attente.</p>
	<p>Comment ? Transmission de la demande d'asile, éventuellement assortie d'un certificat médical.</p>	<p>RÉFÉRENCE : art. L.213-8 du Ceseda</p>
D'ASILE AU GUICHET UNIQUE		
<p>est raisonnable après la présentation par arrêté des ministres en charge arrêté du 23 octobre 2015 (note de bas de page n°11)</p> <p>examen du demandeur prévu par la loi. 23 octobre 2015 (note de bas de page n°11)</p>	<p>Comment ? Transmission du questionnaire et du rapport du médecin de l'Ofii.</p>	<p>Qui ? Agent instructeur de l'Ofpra. Quand ? Lors de l'examen de la demande (avant, pendant ou après l'entretien). Quoi ? Octroi de garanties procédurales spéciales (décision rendue par priorité, requalification de la procédure accélérée à la procédure normale, exemption d'entretien, choix du sexe de l'interlocuteur, présence d'un tiers à l'entretien).</p> <p>RÉFÉRENCE : art. L.723-3 et L.723-6 du Ceseda</p>
	<p>Comment ? Transmission de la demande d'asile, éventuellement assortie d'un certificat médical.</p>	
<p>ent</p> <p>par la loi - En pratique, évaluation en fonction du à part du demandeur d'asile, des observations accueil et d'accompagnement (note de bas de page n°15)</p>	<p>Comment ? Transmission des éléments selon une procédure arrêtée par l'Ofpra.</p>	

Suite « **Dépôt de la demande d'asile au guichet unique** » page suivante >>>

PRISE EN COMPTE EN MATIÈRE D'ACCUEIL	MODALITÉS DE TRANSMISSION	IDENTIFICATION DES DEMANDEURS D'ASILE VU ET ÉVALUATION DE LEURS BESOINS PARTICULIERS
DÉPÔT DE LA DEMANDE D'ASILE		
<p>Qui ? Agents de l'Ofii.</p> <p>Quand ? Tout au long de la procédure.</p> <p>Quoi ? Prise en compte éventuelle dans la localisation et le type de l'hébergement.</p>	<p>Comment ? Transmission des éléments selon une procédure arrêtée par l'Ofii.</p>	<p>En cas d'orientation vers un centre d'accueil pour demandeur d'asile :</p> <p>Qui ? Agents des centres d'accueil pour demandeur d'asile.</p> <p>Quand ? Pas de délai fixé - Tout au long de la procédure.</p> <p>Comment ? Pas de modalités particulières prévues par la loi.</p> <p>RÉFÉRENCE : art. L.744-6 du Ceseda et arrêté du 29/01/2014.</p>
	<p>Comment ? Pas de transmission formelle prévue par la loi - En pratique, transmission selon des modalités non définies.</p>	<p>En cas d'orientation vers un autre lieu d'hébergement :</p> <p>Qui ? Quand ? Comment ? Pas d'identification prévue par la loi - En pratique, évaluation des besoins d'hébergement en fonction du contenu de la demande du demandeur d'asile, des observations individuelles et des observations de terrain.</p>
DÉPÔT DE LA DEMANDE D'ASILE		
<p>Qui ? Chef du centre.</p> <p>Quand ? Délai non précisé.</p> <p>Quoi ? Adaptation des conditions de maintien en centre de rétention - pas de libération.</p>	<p>Comment ? Signalement au chef de centre.</p>	<p>Qui ? Tout intervenant en centre de rétention.</p> <p>Quand ? À tout moment.</p> <p>Comment ? Modalités non précisées.</p> <p>RÉFÉRENCE : art. R.556-12 du Ceseda</p>
<p>Pas d'adaptation.</p>	<p>Pas de transmission.</p>	<p>Qui ? Demandeur d'asile.</p> <p>Quand ? Lors du dépôt de la demande d'asile.</p> <p>Comment ? Contenu de la demande d'asile.</p>

VULNÉRABLES ERS	MODALITÉS DE TRANSMISSION	PRISE EN COMPTE EN MATIÈRE DE PROCÉDURE
LE AU GUICHET UNIQUE (suite)		
<p>demandeurs d'asile eurs d'asile. édure. par la loi - En pratique, contenu de la demande observations individuelles des agents. octobre 2015 (note de bas de page n°17)</p>	<p>Comment ? Transmission des éléments selon une procédure arrêtée par l'Ofpra.</p>	<p>Qui ? Agent instructeur de l'Ofpra. Quand ? Lors de l'examen de la demande (avant, pendant ou après l'entretien). Quoi ? Octroi de garanties procédurales spéciales (décision rendue par priorité, requalification de la procédure accélérée à la procédure normale, exemption d'entretien, choix du sexe de l'interlocuteur, présence d'un tiers à l'entretien). RÉFÉRENCE : art. L.723-3 et L.723-6 du Ceseda</p>
<p>ent (HUDA, AT-SA) évaluation par les agents des lieux ande d'asile, des demandes de la part du des agents.</p>	<p>Comment ? Pas de transmission formelle prévue par la loi - En pratique, transmission selon des modalités non définies.</p>	<p>RÉFÉRENCE : art. L.723-3 et L.723-6 du Ceseda</p>
LE EN CENTRE DE RÉTENTION		
	<p>Comment ? Transmission par le chef de centre, par écrit ou oral.</p>	<p>Qui ? Agent instructeur de l'Ofpra. Quand ? Lors de l'examen de la demande. Quoi ? Demande éventuelle de libération du centre de rétention. RÉFÉRENCE : art. L.556-1 et L.723-3 du Ceseda</p>
	<p>Comment ? Transmission de la demande d'asile, éventuellement assortie d'un certificat médical.</p>	<p>RÉFÉRENCE : art. L.556-1 et L.723-3 du Ceseda</p>

VII. ANNEXE 3 – LE PROJET PPVOT

Le projet « Identifier, accueillir et soigner les victimes de torture dans la procédure d’asile en France » a été mené de mi-2014 à fin 2015 par Parcours d’exil et France terre d’asile grâce au financement de la *DG HOME/Projet pilote pour les victimes de torture 2014*. L’Office français de l’immigration et de l’intégration (Ofii), particulièrement la Direction de l’asile et le Pôle Santé de la Direction générale, et l’Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), particulièrement le groupe de travail thématique interne « victimes de torture », participèrent aux activités du projet en tant que partenaires associés. Le projet visait à rassembler les différents acteurs associatifs et institutionnels afin d’accompagner la mise en place d’un système d’identification des besoins particuliers des demandeurs d’asile vulnérables, dans le but d’adapter leurs conditions d’accueil et de procédure. Le projet comportait trois actions principales : la co-construction d’un système de référence d’identification des victimes de psycho-traumatisme ; le renforcement des capacités d’évaluation précoce ; le renforcement des capacités de soins.

ACTION 1 – CO-CONSTRUCTION D’UN SYSTÈME DE RÉFÉRENCE D’IDENTIFICATION DES VICTIMES DE PSYCHOTRAUMATISME

À partir de juin 2014, un groupe de travail interinstitutionnel entre les partenaires du projet s’est régulièrement réuni autour de deux objectifs. D’une part, le groupe visait à mieux appréhender les problématiques communes liées à l’identification et à la prise en charge, lors de leur demande d’asile, des victimes de torture. D’autre part, ces rencontres permettaient de rechercher ensemble des solutions appropriées. La diversité des profils des participants (intervenant dans les domaines de l’accueil, de la procédure, de l’assistance juridique et sociale ainsi que des soins) a permis, au sein d’un lieu d’échange unique et rapproché, d’assurer la transversalité des réflexions et la mise en commun des expertises. Au cours de ces dix-huit mois, une dizaine de rencontres a permis de mener ces travaux, au rythme de l’examen au Parlement de la loi sur la réforme du droit d’asile,

promulguée le 29 juillet 2015. Cette collaboration renforcée entre les administrations de l'asile et la société civile se poursuivra au-delà de la durée du projet afin d'accompagner la mise en œuvre de la nouvelle législation.

Au-delà de la coopération et de la sensibilisation mutuelle aux enjeux de chaque acteur, ce groupe de travail a aussi permis la mise en place d'un projet pilote de pré-identification, d'orientation et de signalement de demandeurs d'asile souffrant potentiellement de trouble de stress post-traumatique lié à des actes de torture ou d'autres formes de violence physique, psychique ou sexuelle grave. Ce projet pilote poursuivait deux objectifs. D'une part, le premier volet visait à évaluer la méthodologie de repérage du processus PROTECT⁴². D'autre part, le second volet consistait à mettre au point une procédure de repérage, de référencement et de signalement des demandeurs d'asile souffrant

potentiellement de trouble de stress post-traumatique auprès des autorités compétentes (centre de soins, Ofii, Ofpra) et ce, à des fins de prise en charge thérapeutique, d'adaptation des conditions matérielles d'accueil et d'adaptation de la procédure en première instance. Tant des plateformes de premier accueil que des centres d'accueil pour demandeurs d'asile prirent part à cette initiative qui se poursuivra dans le courant de l'année 2016.

ACTION 2 – RENFORCEMENT DES CAPACITÉS D'ÉVALUATION PRÉCOCE

En parallèle, le projet a permis de renforcer les capacités des acteurs de première ligne à identifier précocement des signaux d'alerte relatifs aux manifestations du trouble de stress post-traumatique chez les demandeurs d'asile. Parcours d'exil et France terre d'asile élaborèrent un module de formation de deux jours, dispensé par une équipe pluridisciplinaire (psychologue et juristes), la première journée étant consacrée à la symptomatologie du psychotraumatisme et la seconde journée au cadre juridique relatif à l'identification et à l'exercice d'outils pratiques (tels que le questionnaire PROTECT).

Quatorze formations ont ainsi été délivrées au cours du projet, auprès de plus de 220 stagiaires principalement à Paris, Calais, Marseille et Lyon,

42 Le « Processus de reconnaissance et d'orientation pour le traitement et le soin dans les États européens » a été élaboré lors de deux projets transnationaux ayant reçu le soutien du Fonds européen pour les réfugiés. Il vise à permettre aux professionnels de l'asile de pré-identifier les demandeurs d'asile à risque de souffrir de trouble de stress post-traumatique afin d'assurer leur orientation précoce vers une prise en charge adaptée. Le questionnaire et le rapport final du projet sont disponibles sur : www.protect-able.eu

principales agglomérations d'accueil de demandeurs d'asile primo-arrivants. Ces sessions ont permis de former des participants de multiples horizons, parmi lesquels des travailleurs sociaux, des juristes, des cadres médico-sociaux, des psychologues, des infirmiers, des agents de l'administration et des bénévoles. Ce sont plus de quarante organismes de premier accueil, d'accompagnement et d'hébergement qui ont pu bénéficier de ces compétences, au sein d'opérateurs nationaux (France terre

d'asile, Coallia, Forum réfugiés-Cosi, Adoma...), d'organisations médicales (Médecins du monde, équipe mobile psychiatrie précarité...), d'associations locales (Groupe accueil solidarité, le Bus des femmes, La vie active, ARCA...) ou d'administrations (Ofii, Conseils généraux, Aide sociale à l'enfance).

L'évaluation des sessions de formation a mis en lumière l'acquisition chez les participants des compétences suivantes : amélioration des

TABLEAU 1 – ORIGINE DES PARTICIPANTS AUX FORMATIONS

Structures d'origine	Nombre
Association spécialisée asile (France terre d'asile, Forum réfugiés-Cosi, Groupe accueil solidarité, Asylos, ARCA, Terres d'errance, La Cimade)	77
Autre opérateur national (Coallia, Adoma, Secours catholique, Croix-Rouge, Emmaüs, Ligue des droits de l'homme)	76
Association non spécialisée asile (Hospitalité pour les femmes, Association pour la solidarité active, La vie active, Habitat Pluriel, AFEJI, Mahra-Letoit, Escale Saint-Charles, ADRIM, Le GRAAL, La Caravelle, Accueil fraternel roubaisien, Solidarité Jean Merlin, Solidarité Saint-Bernard, La Relève, Centre d'action sociale protestant, Bus des femmes, Action des chrétiens contre la torture France)	38
Association médicale (Médecins du monde, Parcours d'exil, Equipe mobile psychiatrie précarité Calais, Centre Minkowska)	15
Administration (Ofii, Aide sociale à l'enfance, Conseil général)	14

TABLEAU 2 – PROFIL DES PARTICIPANTS AUX FORMATIONS

Profil des participants	Nombre
Intervenants sociaux (premier accueil, dispositifs d'urgence)	68
Intervenants sociaux (Cada)	61
Cadres médico-sociaux (associations)	19
Chargés d'appui opérationnel et assimilés	17
Psychologues	17
Infirmiers et autres professionnels de santé	14
Intervenants sociaux (dispositifs pour mineurs isolés étrangers)	7
Agents administratifs	6
Intervenants sociaux (dispositifs intégration)	6
Cadres administratifs	5

pratiques professionnelles ; évolution de la posture ; consolidation de la connaissance relative au psychotraumatisme ; renforcement de la capacité d'identification des symptômes ; adaptation de l'accompagnement ; augmentation de l'orientation vers une prise en charge spécialisée ; protection contre le traumatisme vicariant.

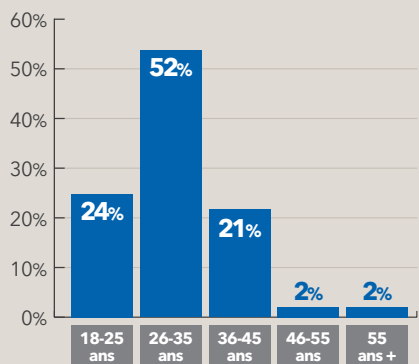
ACTION 3 – RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SOINS

Enfin, à travers le projet, la capacité de soins du centre Parcours d'exil fut augmentée. En effet, la sensibilisation sur la nécessité de l'identification et le développement des méthodes d'identification des acteurs de l'asile rendit nécessaire de pouvoir répondre aux besoins

d'orientation et de prise en charge des personnes identifiées domiciliées en Île-de-France.

Un médecin et un psychologue furent spécifiquement recrutés à cet effet. Ces ressources nouvelles furent dédiées aux patients identifiés dans le cadre du projet et permirent la création d'une file spécifique de patients reçus dans un délai de trois semaines, contre 31,5 semaines habituellement. Au total, ce sont 491 consultations de médecine générale et 269 entretiens avec des psychologues qui furent délivrés auprès de 122 demandeurs d'asile, dont 42% de femmes. L'âge moyen des patients s'élevait à 32,5 ans.

RÉPARTITION DES PATIENTS PAR ÂGE

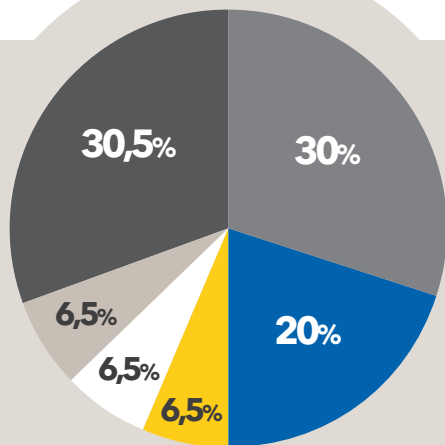


Les patients étaient originaires de 25 pays différents, principalement d'Afrique subsaharienne.

Le nombre de rendez-vous non honorés (367) fut cependant élevé, bien que caractéristique de ce public compte tenu de l'instabilité de sa situation sociale et administrative.

Les effets de l'identification précoce sur la prise en charge furent immédiats. Nombre de ces patients purent être pris en charge depuis les plateformes de premier accueil, rapidement après leur arrivée en France. La réadaptation de ces patients démarra ainsi plus précocement au cours de leur procédure d'asile, plus fréquemment au stade de la première instance, améliorant non seulement leur état de santé général mais facilitant l'examen de demandes de protection internationale suffisamment étayées et permettant des adaptations rapides et appropriées des conditions matérielles d'accueil et de la procédure. ■

RÉPARTITION DES PATIENTS PAR PAYS D'ORIGINE



- Guinée Conakry
- République démocratique du Congo
- Afghanistan
- Côte d'Ivoire
- Kenya
- Autres

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de l'Office français de protection des réfugiés ou apatrides ou de la Commission européenne.

////////////////////////////////////

Parcours d'exil et France terre d'asile remercient particulièrement : Pascal Brice, Sophie Pegliasco, Pascal Baudouin, Jean-Michel Salgon, Ghislain de Kergorlay, Dominique Baillet, Raymond Barbero Díez (Ofpra); Yannick Imbert, Dr Thanh Le Luong, Elisabeth Sanguinetti, Grégory Pescheux (Ofii); les établissements ayant participé au projet pilote (Plateforme France terre d'asile de Créteil; Plateforme Coallia de Seine-St-Denis; Cada France terre d'asile de Châtillon et Asnières; Cada Centre d'action sociale protestant de Paris; Cada Coallia de Livry-Gargan, Cada Adoma Sud-Essonne); Margot Le Morvan.

Auteur : Melissa Alice Paintoux

Contributeurs : Jérôme Boillat, Dr Pierre Duterte, Radoslaw J. Ficek, Cécile Nicolas

Illustrations : Pascale Maupou Boutry

Maquette : Julien Riou

Impression : Imprimerie Centrale de Béthune



Projet soutenu
par la DG HOME/Projet pilote
pour les victimes de torture