



# P R O T E C T

Processus de reconnaissance et d'orientation  
des victimes de torture dans les pays  
européens afin de faciliter l'accompagnement  
et l'accès aux soins

**ACET**

Bulgarie

**BZFO**

Allemagne

**Cordelia Foundation**

Hongrie

**FTDA**

France

**IRCT**

Danemark

**Parcours d'Exil**

France

**PHAROS**

Pays-Bas

## **Coordination :**

Jérôme Boillat  
Bertrand Chamouton  
(Parcours d'Exil)

## **Auteurs :**

Mimoza Dimitrova  
Kristina Gologanova

### **ACET**

7-9 Zvanika Str.,  
Belite Brezi  
1680 Sofia  
Bulgarie

Boris Friele  
Joachim Rueffer

### **BZFO**

Turmstr. 21,  
10559 Berlin  
Allemagne

Adrienn Kroó  
Káplány Szilvia  
Lilla Hárdi

### **Cordelia Foundation**

Balzac u. 37.  
1136 Budapest  
Hongrie

Radoslaw Ficek  
Véronique Lay  
Melissa Paintoux

### **FTDA**

24, rue Marc Seguin  
75018 Paris  
France

Hélène de Rengervé  
Joost den Otter

### **IRCT**

Borgergade 13  
P.O. Box 9049  
1022 Copenhagen K  
Danemark

Jérôme Boillat  
Pierre Duterte  
Karin Teepe

### **Parcours d'Exil**

12, rue de la Fontaine au Roi  
75011 Paris  
France

Erick Vloeberghs  
Evert Bloemen

### **PHAROS**

Herenstraat 53  
3512 KB Utrecht  
Pays-Bas

Avec la participation de  
Laurence De Bauche  
(Réseau académique Odysseus)



# P R O T E C T

Processus de reconnaissance et d'orientation  
des victimes de torture dans les pays  
européens afin de faciliter l'accompagnement  
et l'accès aux soins

<b>Avant-propos</b>	5
<b>Questionnaire</b>	8
<b>Cadre juridique</b>	13
<i>Évaluation de la législation européenne concernant les demandeurs d'asile et réfugiés dits « vulnérables »</i>	15
La directive sur l'accueil	17
La directive sur la procédure	20
Le règlement Dublin	20
La directive sur la qualification	21
Les propositions d'instruments de la deuxième génération	22
Conclusion	32
<i>Identification des principaux obstacles et enjeux pour la mise en place du questionnaire PROTECT</i>	33
Obstacles juridiques et procéduraux	35
Obstacles liés à la mise en œuvre	36
Obstacles financiers	38
<b>Rationalité scientifique</b>	39
Recommandations de mise en œuvre	42
Les caractéristiques générales de l'outil PROTECT : objectif, impartial et neutre	42
Recherche sur la vulnérabilité et les conséquences psychologiques du traumatisme	43
Évaluation de la santé mentale après un traumatisme	46
Vulnérabilité psychologique évaluée par le questionnaire PROTECT	47
Critères de diagnostic	48
<b>Lignes directrices pour la mise en œuvre du questionnaire PROTECT</b>	50
Le contexte : l'identification précoce du traumatisme	51
Le meilleur moment pour mener à bien le Questionnaire	52
Qui peut mener le questionnaire PROTECT ?	52
Recommandations pratiques pour l'entretien	53
Évaluation de risque « moyen » ou « élevé » :	
quand orienter vers un professionnel de santé ?	54
Évaluation de risque « faible » : les risques	54
<b>Annexe 1 : Références</b>	55
Législation internationale	56
Documentation scientifique	57
<b>Annexe 2 : Frequently Asked Questions (FAQ)</b>	61
Buts	62
Mesures de protection	63
Conditions pour remplir le Questionnaire	64
Les sentiments des demandeurs d'asile	66
Adresser le demandeur d'asile à un professionnel de santé	68
Les sentiments de l'intervieweur	70
Avantages de ce projet	70

The background features a blue gradient that transitions from a lighter shade on the left to a darker shade on the right. A large, semi-transparent circle is centered on the page, containing a ring of twelve five-pointed stars. The stars on the left side of the circle are a bright yellow, while the stars on the right side are a muted, greyish-blue. The text 'Avant-propos' is centered horizontally and partially overlaps the circle.

# Avant-propos

D'après la directive 2003/9/CE du Conseil 27 janvier 2003 relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile, les États membres doivent prendre en compte la situation particulière des personnes vulnérables, parmi lesquels les demandeurs ayant été soumis à la torture, des viols ou d'autres formes sévères de violence psychologique, physique ou sexuelle. Cette disposition ne devrait s'appliquer qu'aux demandeurs d'asile reconnus comme ayant des besoins particuliers, après une évaluation individuelle de leur situation.

Constatant que la plupart des États membres ne remplissent pas ou ne peuvent pas remplir ces obligations, six organisations partenaires d'Allemagne, de Bulgarie, de France, de Hongrie et des Pays-Bas, ainsi qu'une organisation internationale en tant que partenaire associé, ont décidé de développer un processus de reconnaissance et d'orientation précoce des victimes de torture ou de formes sévères de violence psychologique, physique ou sexuelle.

Cette procédure vise à aider à la fois les autorités nationales en charge de l'accueil des demandeurs d'asile et celles en charge de la détermination du statut de réfugié, à identifier les personnes vulnérables ayant subi des expériences traumatiques graves, dans le but de leur fournir :

- Des conditions matérielles d'accueil adaptées,
- Des soins de santé physique et mentale appropriés,
- Un soutien adéquat tout au long de leur demande d'asile.

Il s'agit de la première étape d'identification, devant être confirmée par un professionnel de santé.

Toutes les organisations partenaires qui ont conçu le projet sont ou ont été engagées dans la réhabilitation et le soin de personnes victimes de torture. Le projet a été mené avec l'apport de bénéficiaires directs (réfugiés et/ou victimes de torture, organisations travaillant dans le domaine de l'asile, aux niveaux local, national et européen) et le soutien financier de la Commission européenne.

Un questionnaire d'identification a été élaboré, destiné à être mis en place dans tous les pays européens. Il se fonde sur les dernières connaissances scientifiques et a été développé afin d'être utilisé par des professionnels aussi bien médicaux que non-médicaux, ainsi que par des bénévoles dans le cadre de premières identification et

orientation des personnes à risque. Il identifie particulièrement les signes et symptômes des problèmes de santé mentale les plus fréquents, tels que les troubles de stress post-traumatiques (TSPT) et la dépression, afin d'identifier les demandeurs d'asile vulnérables ayant subi des expériences traumatiques.

Ce questionnaire en dix points a été conçu pour être aussi simple et pratique que possible. Il est complété par des « Frequently Asked Questions » (FAQ). Avec le questionnaire lui-même, cela forme le livret PROTECT, permettant d'aider la personne menant l'entretien. La FAQ contient des informations sur la façon de poser les questions de manière adaptée, clarifie leur sens et donne des indications sur les réactions à avoir en cas de problèmes (de comportement) imprévus.

Le questionnaire est présenté ci-dessous.

Ce rapport final comporte :

- Une évaluation des instruments pertinents du régime d'asile européen commun : directives européennes sur l'accueil, sur la procédure et sur la qualification ainsi que le règlement Dublin (textes en vigueur et propositions de refonte).
- Un résumé des principaux obstacles et enjeux pour la mise en place du questionnaire PROTECT.
- Une présentation détaillée de la logique de l'outil, des bases scientifiques sur lesquelles il repose, de sa valeur et de son impartialité.
- Des lignes directrices pour la mise en place de PROTECT.
- En tant qu'annexes :
  - \* Des références de législation internationale et de documentation scientifique.
  - \* La FAQ incluse dans le livret PROTECT.

Tous les documents sont disponibles dans sept langues européennes (allemand, anglais, bulgare, espagnol, français, hongrois et néerlandais). Le questionnaire est disponible dans plusieurs des principales langues parlées par les demandeurs d'asile en Europe (albanais, arabe, oromo, farsi, russe, serbo-croate, somalien).



# Questionnaire

## Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

---

PROTECT ne peut servir à déterminer le statut juridique de la personne ni ne peut être utilisé pour limiter ses demandes et ses droits au cours des démarches ultérieures.

### *Quel est le but de ce questionnaire ?*

Ce questionnaire PROTECT a été conçu afin de faciliter la procédure d'accueil des demandeurs d'asile conformément aux directives du Conseil de l'Union Européenne<sup>1</sup>.

Le questionnaire facilite l'identification précoce des personnes susceptibles d'avoir subi des expériences traumatiques, telles que les victimes de torture ou de violences psychiques et/ou physiques.

Les demandeurs d'asile ayant subi de tels traumatismes doivent être orientés vers des professionnels de santé dès le début de leur procédure d'asile afin d'éviter la détérioration de leur état de santé et la chronicisation de leurs problèmes médicaux et de permettre l'adaptation de leurs conditions d'accueil et de leur procédure d'asile.

### *Quand utiliser ce questionnaire ?*

Dès l'arrivée dans le pays d'accueil, une protection physique et des premiers soins doivent être fournis. Il est recommandé de ne soumettre ce questionnaire qu'après une période de repos (par exemple de 7 à 10 jours).

Il est préférable de l'appliquer aux demandeurs d'asile, y compris dans des circonstances difficiles, plutôt que de ne pas le faire en attendant des conditions idéales.

Parfois, les problèmes psychologiques causés par des expériences traumatiques se manifestent tardivement. C'est pourquoi il est alors utile de réaliser une évaluation différente, ou de remplir le questionnaire une seconde fois à un moment ultérieur, la notation pouvant parfois changer.

---

1 Notamment l'article 17 et les articles 15 et 20 de la directive du Conseil relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile (2003/9/CE du 27 janvier 2003) et plus particulièrement l'article 12 §3 et l'article 13 §3 alinéa a) de la directive du Conseil relative aux normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres (2005/85/CE du 1er décembre 2005).

## *Comment soumettre ce questionnaire?*

Avant de poser l'ensemble des questions, merci de lire l'introduction qui suit au demandeur d'asile afin de l'informer sur le sens de ce questionnaire et d'instaurer, si possible, un climat de confiance et de sécurité.

Le questionnaire propose une évaluation graduelle (« risque faible », « risque moyen » ou « risque élevé ») des risques consécutifs à une expérience traumatique.

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être donnée au demandeur d'asile afin qu'il puisse la présenter à chaque rendez-vous avec les professionnels de santé, les conseillers juridiques ou les agents de l'administration.

## *Texte à lire avant de poser les questions :*

Chère Madame, cher Monsieur,

L'Union Européenne a adopté des instructions afin de prendre en compte la situation de certains demandeurs d'asile qui auraient des besoins spécifiques.

Ce questionnaire a été créé conjointement par des professionnels de santé et des juristes. Il sera l'occasion de parler de votre santé. Vous pouvez refuser d'y répondre.

Le but de ce questionnaire est de vous aider au mieux en déterminant si vous avez des besoins spécifiques.

En conséquence, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et il est important que vous vous sentiez aussi libre et naturel que possible quand vous répondez.

Merci de répondre par OUI ou NON. Durant le questionnaire, essayez de vous concentrer sur votre expérience de ces dernières semaines.

## Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

Questions		Oui	Non
<i>« souvent » signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance</i>			
1	Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?		
2	Faites-vous souvent des cauchemars ?		
3	Avez-vous régulièrement des maux de tête ?		
4	Avez-vous d'autres douleurs physiques ?		
5	Vous mettez-vous facilement en colère ?		
6	Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?		
7	Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?		
8	Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?		
9	Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?		
10	Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?		
Nombre de réponses répondues par «oui» →			

**Évaluation :**  
Cocher la case correspondante afin d'indiquer le niveau de risque de traumatisme

0-3	4-7	8-10
Risque faible	Risque moyen	Risque élevé

**En cas de risque « moyen » et « élevé », le demandeur d'asile devrait consulter un spécialiste afin de passer des examens médicaux et psychologiques.**

Un risque « faible » n'exclut pas la possibilité que le demandeur d'asile ait subi des expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard. Une autre détection devrait être menée à bien.

**Autres remarques** (*par exemple : la personne pleure, ne montre aucune réaction, donne l'impression d'être absente... / difficultés liées à la compréhension des questions / conditions particulières de l'entretien...*) :

*Ces observations doivent être partagées avec la personne.*

Nom du demandeur d'asile : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

J'accepte qu'une copie de ce questionnaire soit gardée par l'organisation de l'intervieweur et soit utilisée pour un usage statistique (signature)

Organisation (tampon si possible)

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être remise au demandeur d'asile avec la recommandation de le présenter chaque fois qu'il/elle rencontre un professionnel de santé, un conseiller juridique ou un agent de l'administration.



# Cadre juridique

L'outil d'identification PROTECT est un questionnaire court et pragmatique, développé pour l'identification précoce des personnes ayant subi des expériences traumatiques et qui font une demande de protection internationale au sein du système juridique européen.

Le droit de l'Union européenne oblige les États membres à prévoir et appliquer une procédure nationale d'identification des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, dont les victimes de torture. Pourtant, très peu d'États membres ont instauré une telle procédure, en droit et/ou en pratique. L'élaboration de ces quelques procédures d'identification varie selon l'État.

Dès lors, l'introduction de PROTECT dans les systèmes d'asile européens serait novatrice, puisqu'il permet une action proactive. Il constituerait une procédure européenne prenant en compte non seulement les contraintes juridiques, mais également les besoins médicaux et psychologiques, essentiels pour les demandeurs d'asile vulnérables. Ainsi, PROTECT représenterait une première étape qui soutiendrait les États membres dans leur capacité à se conformer à la directive sur l'accueil, la directive sur la procédure et la directive sur la qualification – en ce qu'elle concerne les réfugiés.

Avant d'élaborer PROTECT, plusieurs évaluations ont été effectuées. Tout d'abord, une étude de la législation européenne sur l'asile a été menée, en particulier concernant les dispositions relatives aux personnes « vulnérables » (textes en vigueur et propositions de la Commission européenne dans le cadre du régime d'asile européen commun). De plus, les cadres juridiques et réglementations nationales peuvent faire obstacle ou devenir des enjeux dans la mise en place de la procédure commune et doivent être identifiés.

## 1

# ÉVALUATION DE LA RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE RELATIVE AUX DEMANDEURS D'ASILE ET RÉFUGIÉS « VULNÉRABLES »<sup>1</sup>

1 Dans le cadre restreint de cette étude, la législation européenne relative aux demandeurs d'asile et réfugiés « vulnérables » ne sera pas analysée de manière détaillée et exhaustive. Le but de cette analyse juridique est de faire une présentation générale des principales dispositions consacrées aux demandeurs d'asile et réfugiés « vulnérables », en mettant un accent particulier sur le « groupe cible » du projet PROTECT, soit les personnes ayant subi des expériences traumatiques.

Avec le programme de Stockholm du Conseil européen<sup>1</sup>, la prise en compte des personnes et groupes vulnérables et l'amélioration de leur protection – qu'ils soient des citoyens européens ou des ressortissants de pays tiers – est devenue une politique prioritaire pour l'Union européenne. Les politiques d'immigration et d'asile constituent une part intrinsèque de cette priorité.

En l'état actuel du droit de l'Union européenne dans le domaine de l'asile, la directive sur l'accueil<sup>2</sup> est le seul instrument juridique de première génération portant une attention particulière et substantielle à la situation des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers. En effet, la directive sur la procédure<sup>3</sup> ne prend en compte le sujet de la possible vulnérabilité des demandeurs d'asile que de manière extrêmement marginale, et le règlement Dublin<sup>4</sup> en vigueur n'en fait aucunement mention<sup>5</sup>. La situation des bénéficiaires d'une protection internationale est différente, puisque des dispositions en partie identiques à celles de la directive sur l'accueil en vigueur figurent dans l'actuelle directive sur la qualification<sup>6</sup>.

Les propositions d'instruments de deuxième génération, telles que les propositions de la Commission européenne de directive sur la procédure<sup>7</sup> et de règlement Dublin<sup>8</sup> résolvent ce problème. Dans ces projets, les demandeurs d'asile vulnérables sont désormais tout à fait pris en compte. Parmi d'autres avancées, de nouvelles dispositions spécifiques sont dédiées aux victimes de torture et de la traite des êtres humains et aux demandeurs d'asile ayant des problèmes de santé mentale. Même s'il n'y a aucune certitude quant à l'aboutissement de ces propositions, leur analyse peut fournir des informations pertinentes sur la refonte à venir de ces textes.

- 1 Le programme de Stockholm, « Une Europe ouverte et sûre qui sert et protège les citoyens », Conseil européen, 2010/C 115/01.
- 2 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.
- 3 Directive 2005/85/CE du Conseil du 1er décembre 2005 relative à des normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres.
- 4 Règlement (CE) n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un pays tiers.
- 5 L'article 6, premier alinéa et l'article 15, paragraphe 3 ne mentionnent que l'intérêt des mineurs non accompagnés en vue de déterminer l'État membre responsable pour la détermination du statut.
- 6 Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts.
- 7 Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à des normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait de la protection internationale dans les États membres (Refonte), COM (2009) 554 final et la proposition modifiée de directive du Parlement européen et du Conseil relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait du statut conféré par la protection internationale (Refonte), COM (2011) 319 final.
- 8 Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale présentée dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (Refonte), COM (2008) 820 final.

Les dispositions de la directive sur l'accueil actuellement en vigueur, qui protègent spécifiquement les demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, visent à leur fournir des conditions d'accueil adaptées à leurs besoins. En d'autres termes, les normes minimales définies dans la directive doivent être adaptées en faveur de ces personnes qui sont particulièrement affaiblies ou à risque. Actuellement, ces normes concernent deux domaines des conditions d'accueil : les conditions matérielles d'accueil (soit l'hébergement, la nourriture, l'habillement et une allocation journalière) et les soins de santé.

Ces dispositions spécifiques sont principalement prévues au chapitre IV de la directive (articles 17 à 20), intitulé « Dispositions concernant les personnes ayant des besoins particuliers ». L'article 15, paragraphe 2, est également pertinent en ce qu'il mentionne les soins de santé spécifiques qui doivent être fournis aux demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers.

L'article 17 est d'une importance considérable : il définit les deux principes généraux selon lesquels les États membres doivent d'une part prendre en compte la situation des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, et d'autre part, les identifier :

*"1. Dans la législation nationale transposant les dispositions du chapitre II relatives aux conditions matérielles d'accueil et aux soins de santé, les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que les mineurs, les mineurs non accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés de mineurs et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle.*

*2. Le paragraphe 1 ne s'applique qu'aux personnes dont les besoins particuliers ont été constatés après une évaluation individuelle de leur situation ».*

En 2007, le réseau académique Odysseus a mené une étude sur la transposition de la directive sur l'accueil<sup>1</sup>. Cette recherche révéla que de nombreux États membres n'avaient pas mis en place de procédure pour identifier les demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, en dépit des dispositions de l'article 17 de la directive. Dès lors, ce manquement prive ces personnes des conditions d'accueil particulières dont elles devraient

1 Réseau académique Odysseus, « Study on the conformity checking of the transposition by member States of 10 EC directives in the sector of asylum and immigration », réalisée pour la DG JLS de la Commission européenne, fin 2007.

normalement bénéficiaire et n'apportent pas de réponse à leurs besoins spécifiques.

L'identification des demandeurs d'asile vulnérables est en effet capitale. Dans certaines situations, les signes de vulnérabilité peuvent être plus difficiles à détecter, comme c'est le cas des traumatismes. Cela se vérifie particulièrement face aux signes de traumatismes pris en compte dans le projet PROTECT, tels que ceux liés à des actes de torture, de viol, d'autres formes sévères d'abus physique, psychologique ou sexuel ou tout autre acte cruel ou inhumain. Ces sévices peuvent de pas laisser des traces visibles, mais empêchent bien souvent la victime de parler de son histoire.

L'absence d'une procédure d'identification dans de nombreux États membres est notamment due au fait que l'article 17 de la directive sur l'accueil n'instaure pas une obligation explicite pour les États membres à ce sujet. Cependant, l'on peut considérer cette procédure comme étant logiquement requise par l'article 17, tel que la Commission européenne l'a souligné avec pertinence dans son rapport du 26 novembre 2007<sup>1</sup> : "l'identification des demandeurs d'asile vulnérables *est un élément central sans laquelle les dispositions de la directive visant à fournir un soutien particulier à ces personnes perdraient tout sens* ».

Pour notre part, nous considérons que l'obligation juridique faite aux États membres

de mettre en place une procédure d'identification résulte également de la formulation utilisée dans le second paragraphe de l'article 17 qui impose implicitement de mener à bien une « *évaluation individuelle* » de la situation de chaque demandeur d'asile.

En parallèle à l'article 17, l'article 15 de la directive instaure une obligation pour les États membres de non seulement « *[faire en sorte] que les demandeurs reçoivent les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies* » (paragraphe 1) mais, plus important encore, de « *[fournir] l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers* » (paragraphe 2). Ce second paragraphe introduit une norme générale et plus favorable que celle mise en place dans le premier paragraphe. Cette norme plus favorable ne s'applique qu'aux demandeurs d'asile ayant des besoins particuliers et oblige les États membres à leur fournir « *l'assistance médicale ou autre nécessaire* » sans la restreindre simplement aux « *soins urgents et [au] traitement essentiel des maladies* » (cette dernière norme s'applique à tous les demandeurs d'asile qui ne sont pas identifiées comme des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers).

Concernant les demandeurs d'asile victimes de torture, de viol ou d'autres violences graves, ils doivent être considérés comme vulnérables selon l'article 17. Ainsi, leur situation particulière devrait être prise en compte selon les termes de cette disposition, s'il se trouve qu'ils ont des besoins particuliers. Ils pourraient également bénéficier de l'obligation découlant du paragraphe 2 de l'article 15 d'accéder à

---

1 Rapport de la Commission au Conseil et au Parlement européen sur l'application de la directive 2003/9/CE du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, COM (2007) 745 final, point 3.5.1. Ci-après, le rapport de la Commission sur les conditions d'accueil.

« l'assistance médicale ou autre nécessaire ». De plus, un article spécifique et protecteur (article 20, intitulé « *Victimes de torture et de violence* ») est consacré à ces victimes et oblige les États membres à s'assurer que « *si nécessaire, les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres violences graves, reçoivent le traitement que nécessitent les dommages causés par les actes en question* ». De même, l'article 18, paragraphe 2, relatif aux mineurs victimes de violence prévoit leur accès à des services d'insertion ainsi qu'à des soins de santé mentale adaptés et un soutien juridique qualifié<sup>1</sup>. D'une manière générale, s'il se trouve qu'un mineur a des besoins particuliers, il/elle doit également bénéficier des obligations introduites par l'article 17, puisque les mineurs sont clairement mentionnés parmi les exemples de personnes « vulnérables » listés à l'article 15, paragraphe 2.

Enfin, il convient de souligner que la directive sur l'accueil s'applique normalement à tous les lieux d'hébergement des demandeurs d'asile, qu'il s'agisse de centres fermés ou ouverts. En conséquence, même les demandeurs d'asile en rétention doivent bénéficier des dispositions protectrices susmentionnées de la directive, relatives aux demandeurs d'asile vulnérables<sup>2</sup>.

Bien que dans son rapport sur les conditions d'accueil la Commission européenne affirmait que « *puisque la directive ne permet pas d'exception concernant son applicabilité dans certains lieux d'accueil pour demandeurs d'asile, ses dispositions s'appliquent à tous les lieux, dont les centres de rétention* » (point 3.1), pas moins de dix États membres n'appliquent pas la directive sur l'accueil aux demandeurs d'asile retenus et se situent ainsi en violation de celle-ci.

---

1 L'article 18§2 énonce que « Les États membres font en sorte que les mineurs qui ont été victimes de toute forme d'abus, de négligence, d'exploitation, de torture, de traitements cruels, inhumains et dégradants, ou de conflits armés, aient accès à des services de réadaptation; ils veillent à ce que soient dispensés des soins de santé mentale appropriés et que les victimes aient accès, si besoin est, à un soutien qualifié ». Cette disposition n'est pas modifiée dans les propositions de la Commission de directive sur l'accueil des 3 décembre 2008 et 1er juin 2011.

2 On peut également souligner la recommandation 2006/2 du Conseil de l'Europe sur les règles pénitentiaires européennes adoptée par le Comité des ministres le 11 janvier 2006 lors de la 952e réunion des Délégués des ministres. Les points suivants sont particulièrement pertinents :

40.4 Les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques ou mentales, ainsi que les déficiences dont souffrent éventuellement les détenus.

42.1 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son admission et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire.

61 Les détenus malades nécessitant des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils, lorsque ces soins ne sont pas dispensés en prison.

46.2 Lorsqu'une prison dispose de son propre hôpital, celui-ci doit être doté d'un personnel et d'un équipement en mesure d'assurer les soins et les traitements appropriés aux détenus qui lui sont transférés.

## La directive sur la procédure

1.2

La directive sur la procédure actuellement en vigueur ne mentionne la possible vulnérabilité des demandeurs d'asile que de façon ambiguë et presque secondaire. En effet, l'article 13, paragraphe 3, alinéa a) fait référence à la vulnérabilité du demandeur d'asile comme l'un des éléments devant être pris en compte par la personne menant l'entretien de détermination du statut de réfugié. La disposition énonce que les États membres doivent « *veiller] 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* ». Ainsi, l'autorité de détermination du statut doit désigner, afin de mener cet entretien, des personnes ayant les connaissances spécialisées, la formation et l'expérience requises en matière de vulnérabilité et de besoins particuliers. Cependant, cette obligation est seulement une *obligation de moyen*, comme le souligne la formulation « *pour autant qu'il soit possible de le faire* ». En dehors de celle-ci, la seule autre disposition de la directive évoquant les personnes « vulnérables » est l'article 17, qui précise les garanties accordées aux mineurs non accompagnés.

## Le règlement Dublin

1.3

Le règlement actuellement en vigueur ne contient aucune disposition de principe relative à la protection des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers<sup>1</sup>. Cependant, la proposition de refonte du règlement Dublin de la Commission contraste avec le règlement en vigueur, puisqu'elle inclut de nouvelles dispositions pour protéger les demandeurs d'asile vulnérables soumis à la procédure « Dublin ».

<sup>1</sup> L'article 6, alinéa 1 et l'article 15, paragraphe 3 n'évoquent que l'intérêt des mineurs non accompagnés en vue de déterminer l'État membre responsable de la détermination de leur statut.

L'objet de la directive sur la qualification est d'établir des standards minimum pour la qualification des personnes en tant que réfugiés ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, mais également des niveaux de droits et de bénéfices attachés à la protection accordée.

Le chapitre VII, intitulé « *Contenu de la protection internationale* », de la directive sur la qualification comprend une disposition (article 20, paragraphes 3 et 4) « équivalente » dans son objet à l'article 17 de la directive sur l'accueil. En effet, le but de l'article 20, paragraphes 3 et 4 de la directive sur la qualification est d'obliger les États membres à fournir un traitement particulier aux personnes vulnérables ayant des besoins particuliers, notamment dans le domaine des soins de santé. De fait, les personnes concernées par cette directive sont soit des réfugiés, soit des personnes bénéficiaires de la protection subsidiaire, alors que l'article 17 de la directive sur l'accueil ne s'applique qu'aux demandeurs d'asile.

La formulation de l'article 20, paragraphes 3 et 4 est similaire à celle de l'article 17, paragraphes 1 et 2 de la directive sur l'accueil. En conséquence, le problème procédural apparaît à l'identique : le défaut d'obligation explicite à mettre en

place une procédure d'identification des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers. Cependant, tel que susmentionné dans la partie consacrée à la directive sur l'accueil actuellement en vigueur, de notre point de vue, l'obligation légale des États membres à mettre en place une procédure d'identification résulte de la formulation « *évaluation individuelle de [la] situation* », employée à la fois au second paragraphe de l'article 17 de la directive sur l'accueil et au quatrième paragraphe de l'article 20 de la directive sur la qualification.

De manière analogue à la directive sur l'accueil, le questionnaire PROTECT est un premier outil utile et pragmatique qui soutient les États membres dans leur mise en œuvre des dispositions de l'article 20, paragraphes 3 et 4 de la directive sur la qualification, en ce qu'il contribue à l'identification des personnes ayant subi des expériences traumatiques.

# Les instruments de seconde génération proposés dans le cadre du régime d'asile européen commun

1.5

## Les directives sur l'accueil

### *La proposition de la Commission de directive sur l'accueil du 3 décembre 2008<sup>1</sup>*

Le 3 décembre 2008, la Commission publia une proposition de refonte de la directive sur l'accueil. Sur plusieurs points, cette proposition prend en compte la situation des demandeurs d'asile vulnérables.

Une première modification proposée par la Commission avec l'article 21 (article 17 en vigueur) concerne les « domaines » de la directive, dans lesquels les États membres doivent prendre en compte la situation spécifique des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers. Ces champs ne sont plus seulement restreints aux conditions matérielles d'accueil et aux soins de santé, mais étendus à l'ensemble du contenu de la directive.

D'autre part, le paragraphe 2 du nouvel article 21 énonce clairement et explicitement l'obligation des États membres d'instituer « dans leur législation nationale des procédures

*permettant de vérifier, dès le dépôt d'une demande de protection internationale, si le demandeur a des besoins particuliers, ainsi que d'indiquer la nature de ces besoins* ». De cette façon, la proposition de la Commission résout le problème procédural posé par l'article 17 de la directive sur l'accueil actuellement en vigueur<sup>2</sup>.

Le paragraphe 2 précise également que ces procédures doivent être déclenchées « dès le dépôt d'une demande de protection internationale ». La détermination du moment le plus opportun pour évaluer la situation du demandeur d'asile est un élément clé. Il importe de mener une évaluation individuelle de la situation de chaque demandeur d'asile rapidement après le dépôt de la demande de protection internationale.

2 Si l'article 21 de la proposition de la Commission résout le problème procédural de l'article 17 de l'actuelle directive sur l'accueil – c'est-à-dire l'absence d'une obligation formelle pour les États membres d'établir une procédure d'identification des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, la nouvelle disposition pose un problème conceptuel. Cet enjeu ne sera pas pris en compte dans le cadre du projet PROTECT. Pour plus d'éléments sur ce point, voir notamment : La mise en place d'un système européen d'asile commun - Bilan de l'application des instruments existants et propositions pour le nouveau régime, Étude du Parlement européen, Direction générale des politiques internes, Département politique C : Droits des citoyens et affaires constitutionnelles, Libertés civiles, Justice et Affaires intérieures, EP 425.622, Chapitre 3, section II, sous-section I, point 2. Ci-après : l'Étude EP.425.622.

1 Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres (refonte), COM (2008) 815 final.

Parallèlement, dans certains cas, une seule évaluation peut être insuffisante.

En lien avec le contenu de l'article 21 de la proposition de la Commission, il est donc important de ne pas limiter l'identification à un moment précis. Au contraire, l'identification doit être comprise comme un processus à long terme, mené aussi longtemps que le demandeur est, en tant que tel, autorisé à rester sur le territoire de l'État. Pour cela, l'article 21 devrait stipuler l'obligation, pour les États, de renouveler cette évaluation à des intervalles réguliers, étant donné que l'évaluation initiale (ou les évaluations suivantes) ne permet pas toujours de détecter les signes d'une vulnérabilité existante<sup>1</sup>.

L'article 19, paragraphe 2 (actuel article 15, paragraphe 2 en vigueur) de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008 énonce que :

*« Les États membres fournissent l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers, **y compris, le cas échéant, des soins de santé mentale appropriés, dans les mêmes conditions qu'à leurs propres ressortissants** »<sup>2</sup>.*

1 Le renouvellement de l'évaluation de la situation des demandeurs d'asile n'ayant pas été identifiés comme des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers par l'évaluation initiale (ou les évaluations suivantes) – qui n'est pas prévu par le nouvel article 21 de la proposition de la Commission – ne doit pas être confondu avec le soutien devant être apporté par les États membres aux demandeurs d'asile identifiés comme des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers tout au long de leur procédure, ni avec le suivi adéquat de leur situation, deux obligations instaurées par le nouvel article 21.

2 L'expression en gras dans l'article 19, paragraphe 2 est nouvelle dans la proposition de la Commission, en comparaison avec l'actuel article 15, paragraphe 2 de la directive en vigueur.

La référence aux « **mêmes conditions qu'[aux] ressortissants** » représente une grande avancée en faveur des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers, dont ceux ayant subi des expériences traumatiques.

Sans entrer dans une description détaillée, l'ajout de la proposition « **y compris, le cas échéant, des soins de santé mentale appropriés** » semble hors de propos. Cet ajout peut donner l'impression que les soins de santé mentale ne sont pas couverts par l'actuel article 15, ce qui, à notre sens, n'est pas le cas, même pour les demandeurs d'asile qui ne sont pas identifiés comme des personnes vulnérables. En effet, le premier paragraphe de l'article 15 prévoit « *que les demandeurs reçoivent les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies* », sans restreindre les « *soins urgents* » aux « *soins [médicaux] urgents* » **physiques**, ni le « *traitement essentiel* » au « *traitement essentiel* » **physique**, ni les « *maladies* » aux « *maladies* » physiques. Le second paragraphe de l'article 15 – qui s'applique seulement aux demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers – prévoit « *l'assistance médicale [...] nécessaire* » sans la restreindre à « *l'assistance médicale [...] nécessaire* » **physique** ainsi qu'une « *autre* » assistance médicale qui permet l'inclusion non seulement de l'assistance **médicale physique et mentale**, mais également l'assistance **paramédicale**.

L'article 15 lui-même est intitulé « *Soins de santé* » et non seulement « *Soins de santé physique* » ou « *Soins médicaux de santé* ». Actuellement, certains États membres ne fournissent pas de soins de santé mentale en respect de l'article 15. Cette interprétation

restrictive ne sera plus possible avec la modification proposée par la Commission.

L'article 24 (actuel article 20) de la proposition de la Commission est modifié comme suit :

*"1. Les États membres font en sorte que, si nécessaire, les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres violences graves, reçoivent le traitement que nécessitent les dommages causés par les actes en question et, en particulier, qu'elles aient accès à des services de réadaptation permettant de bénéficier de soins médicaux et psychologiques.*

***2. Le personnel chargé des victimes de torture a eu et continue à recevoir une formation appropriée concernant leurs besoins et est tenu par les règles de confidentialité prévues par la législation nationale pertinente, en ce qui concerne les informations dont il a connaissance du fait de son travail »<sup>1</sup>.***

Les précisions apportées au premier paragraphe et le second paragraphe ainsi ajoutés assurent une protection renforcée aux victimes de torture, de viol et d'autres actes sérieux de violence. L'importance de l'accès à des soins de santé adéquats est clairement soulignée<sup>2</sup>. L'obligation de formation

1 The words in bold in article 24 are new in the Commission proposal compared to the current article 22 of the directive in force and the words crossed out are deleted.

2 La précision ajoutée à l'article 24, paragraphe 1 ne soulève pas de problème similaire à celui posé par l'article 19, paragraphe 2. En effet, l'expression « en particulier » dans l'article 24, paragraphe 1, implique que « l'accès à des services de réadaptation permettant de bénéficier de soins médicaux et psychologiques » est entendu comme un élément du « traitement que nécessitent les dommages causés par les actes en question ».

du personnel est déterminante, étant donné qu'il s'agit d'un élément clé pouvant contribuer à l'identification des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques.

### *La proposition modifiée de la Commission de directive sur l'accueil du 1er juin 2011*

La proposition de la Commission du 3 décembre 2008 a été sévèrement critiquée par le Conseil. En conséquence, la Commissaire Cecilia Malmström, en charge des Affaires intérieures, annonça en novembre 2010 l'intention de la Commission de soumettre au Parlement et au Conseil un nouveau texte de proposition de directive sur l'accueil. Ce document est connu comme la proposition modifiée de la Commission du 1er juin 2011.

Les articles 21 et 22 de la proposition modifiée de la Commission du 1er juin 2011 (articles 17 et 21 de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008) énoncent le principe général de prise en compte de la situation spécifique des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers.

Concernant le problème procédural, le nouvel article 22 est tout à fait similaire à l'article 21, paragraphe 2 de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008. Cependant, dans l'article 22 du nouveau texte, la formulation « *les États membres instaurent des mécanismes permettant de déterminer si le demandeur est une personne vulnérable* » remplace les termes « *les États membres instituent dans leur législation nationale des procédures permettant de vérifier [...] si le demandeur a des besoins particuliers* » utilisés dans l'article 21, paragraphe

2. Concernant cette modification, l'explication détaillée<sup>1</sup> de la proposition modifiée précise qu'« *il est donc plus clair que la détermination des besoins particuliers en matière d'accueil ne passe pas forcément par l'établissement d'une procédure administrative nouvelle/distincte, mais qu'elle peut être intégrée aux modalités nationales existantes [à savoir, des examens médicaux] [...]* ». Certains acteurs du domaine considèrent que cette modification fragilise les droits des demandeurs d'asile, en laissant aux États membres toute discrétion dans l'identification des demandeurs ayant des besoins particuliers, et que la Commission a abandonné de réelles avancées qu'elle avait suggéré dans sa proposition de 2008<sup>2</sup>.

La substitution du mot « procédures » par le mot « mécanismes » pourrait ne pas être si importante. Le terme « mécanismes » paraît à la fois moins formel et plus large. Cependant, il ne dispense pas les États membres de l'obligation d'inclure dans leur législation nationale des « moyens » ou « méthodes » d'identification. En conséquence, les États doivent toujours prendre une décision sur la qualification ou non du demandeur en tant que personne vulnérable ayant des besoins particuliers. De plus, le mot « mécanismes » peut également englober des pratiques déjà existantes dans certains États membres, telles que l'observation des demandeurs d'asile et/ou l'organisation d'activités éducatives, récréatives

ou autres<sup>3</sup>. Par exemple, une législation nationale pourrait prévoir que le personnel en contact avec les demandeurs ait un devoir d'observation et de vigilance envers eux, afin de détecter les personnes vulnérables ayant des besoins particuliers.

En conclusion, au-delà de l'usage du terme « mécanismes » au lieu de du mot « procédures », ce qui importe est le fait que l'État doit effectivement introduire des procédures adéquates dans le cadre législatif national (et également les mettre en œuvre en pratique). Cela permettra à l'État d'atteindre l'objectif assigné par l'article 22, c'est-à-dire l'identification des personnes vulnérables et de leurs besoins particuliers dans le champ de la directive sur l'accueil. Le système judiciaire pourrait éventuellement le contrôler.

Concernant le moment de l'identification des demandeurs vulnérables ayant des besoins particuliers, la proposition modifiée de la Commission de juin 2011 (article 22) substitue l'obligation d'effectuer cette identification « *dans un délai raisonnable à compter du dépôt de la demande de protection Internationale* » à l'obligation de l'effectuer « *dès le dépôt d'une demande de protection internationale* » (article 21, paragraphe 2 de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008). Cette modification est en accord avec notre recommandation de laisser au demandeur d'asile une période de repos (par exemple de 7 à 10 jours) avant de le soumettre au questionnaire PROTECT.

1 Explication détaillée de la proposition modifiée accompagnant le document Proposition modifiée de directive du Parlement européen et du Conseil établissant des normes pour l'accueil des demandeurs d'asile (Refonte), COM (2011) 320 final - ANNEXE, article 22.

2 Communiqué de presse du 1er juin 2011, Hélène Flautre, Europe Écologie/Les Verts, disponible sur <http://europeecologie.eu/Directives-UE-sur-Asile-Paquet>.

3 L'étude menée par le Réseau académique Odysseus pour le Fond européen pour les réfugiés en 2009 mit en lumière comment nombre de ces pratiques pourrait contribuer de manière efficace à l'identification des demandeurs d'asile vulnérables ayant des besoins particuliers.

Le nouvel article 22 énonce également que si les besoins particuliers « *deviennent manifestes à une étape ultérieure de la procédure d'asile* », ils doivent également « *être pris en compte* ». Cette précision additionnelle est pertinente, mais insuffisante au regard de notre recommandation mentionnée au titre 1. 2. 1.

En effet, alors que cette précision oblige les États membres à prendre en compte les besoins particuliers qui apparaissent ultérieurement, elle ne requiert pas de réévaluer la situation du demandeur d'asile à des intervalles réguliers au cas où l'évaluation initiale (ou les évaluations subséquentes) n'a pas révélé de signes de vulnérabilité.

L'article 19, paragraphe 2 (actuel article 15, paragraphe 2 relatif aux soins de santé) de la proposition modifiée de la Commission du 1er juin 2011 est modifié comme suit :

*« 2. Les États membres fournissent l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil, y compris, s'il y a lieu, des soins de santé mentale appropriés »<sup>1</sup>.*

En comparaison avec la proposition de la Commission du 3 décembre 2008, à la fin de la phrase, les mots « **dans les mêmes conditions qu'à leurs propres ressortissants** » ont été supprimés. Cette modification constitue un retour en arrière pour les demandeurs d'asile ayant des besoins particuliers. Concernant l'ajout des mots « **y compris, s'il y a lieu, des soins de santé mentale appropriés** », nos commentaires

sont les mêmes que pour l'article 19, paragraphe 2 de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008.

L'article 25 relatif aux victimes de tortures ou de violences est identique à l'article 24 de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008, à l'exception de l'ajout suivant dans le second paragraphe : « 2. Le personnel chargé des victimes de torture, **de viol et d'autres formes graves de violence** a eu et continue à recevoir une formation appropriée concernant leurs besoins et est tenu par les règles de confidentialité prévues par la législation nationale pertinente, en ce qui concerne les informations dont il a connaissance du fait de son travail ». Cette modification est conforme avec le titre et le premier paragraphe de la disposition, c'est-à-dire que les demandeurs d'asile concernés par cette mesure sont les victimes de torture mais également les victimes de viol et d'autres actes sérieux de violence.

## Les propositions sur la procédure d'asile

---

### *La proposition du 21 octobre 2009 de la Commission sur la procédure d'asile*

La proposition du 21 octobre 2009 de la Commission diffère de la directive sur la procédure d'asile actuellement en vigueur en ce qu'elle contient plusieurs dispositions spécifiquement dédiées aux demandeurs d'asile vulnérables. Ces demandeurs d'asile – définis comme « *demandeurs ayant des besoins*

1 L'expression en gras dans l'article 19, paragraphe 2 est nouvelle dans la proposition de la Commission, en comparaison avec l'actuel article 15, paragraphe 2 de la directive en vigueur.

*particuliers* » dans l'article 2, point d) de la proposition – sont, parmi d'autres, les demandeurs qui, en raison de problèmes de santé mentale ou de conséquences de tortures, de viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, ont besoin de garanties particulières pour pouvoir bénéficier des droits et remplir les obligations prévus par la directive.

En ce sens, le nouvel article 20 de la proposition de la Commission oblige les États membres, par son premier paragraphe, à prendre des mesures appropriées en faveur des « *demandeurs ayant des besoins particuliers* » afin que « *si nécessaire, ils se voient octroyer des reports de délai de manière à pouvoir remettre des éléments de preuve ou prendre toute autre mesure nécessaire dans le cadre de la procédure* ». D'après le troisième paragraphe de ce même article, ces demandeurs ne peuvent être soumis à une procédure accélérée ni voir leur demande jugée manifestement infondée et ainsi rejetée<sup>1</sup>.

La formation des membres du personnel responsable de la détermination du statut de protection est également mentionnée dans la proposition de la Commission, particulièrement en ce qui concerne la prise en compte de la situation des personnes « *vulnérables* ». Tel qu'énoncé dans le nouvel article 4, paragraphe 2, la proposition précise de quelle manière le personnel doit être spécifiquement formé aux sujets suivants : le genre, le traumatisme et l'âge ; l'identification et la documentation des symptômes et des signes de torture. Concernant le

personnel menant des entretiens avec des demandeurs, le nouvel article 17, paragraphe 5 mentionne également cette obligation de formation afin de pouvoir détecter les symptômes de torture.

En ce qui concerne l'article 14 de la proposition (actuel article 13 susmentionné), cette disposition est modifiée comme suit :

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

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

**b) font en sorte, dans la mesure du possible, que l'entretien avec le demandeur soit mené par une personne du même sexe si le demandeur concerné en fait la demande** » ; (la même possibilité est introduite pour l'interprète par le point c) modifié). L'obligation instaurée par le point a) n'est plus seulement une « *obligation de moyen* » puisque la formule « *pour autant qu'il soit possible de le faire* » est supprimée. Les points b) et c) sont nouveaux : ils instaurent une autre « *obligation de moyen* ».

Concernant l'examen médical, il convient de rappeler les points suivants :

1 Article 27, paragraphe 7 de la proposition.

2 En comparaison avec l'article 13 de la directive en vigueur, les expressions en gras sont nouvelles.

1° Une décision<sup>1</sup> de la Cour européenne des droits de l'homme du 9 mars 2010 est à mentionner. L'affaire concernait un demandeur d'asile qui, pendant sa demande d'asile, avait soumis un certificat médical de son médecin généraliste attestant de séquelles de torture. Les autorités responsables de la détermination considérèrent que ce certificat ne pouvait pas être pris en compte, car il n'avait pas été établi par un expert. La Cour jugea qu'il revenait aux autorités responsables de la détermination de vérifier les allégations d'actes de torture et de demander l'avis d'un expert à ce sujet, lorsque ces allégations sont soutenues par un certificat médical.

2° D'après le nouvel article 17 de la proposition de la Commission sur la procédure d'asile, les demandeurs d'asile doivent être autorisés, sur demande, à passer un examen médical afin d'étayer leurs déclarations relatives aux persécutions ou aux atteintes graves qu'ils ont subi dans le passé (paragraphe 1). Cet examen est subordonné au consentement du demandeur d'asile, « *lorsqu'il existe des motifs raisonnables de penser que le demandeur souffre d'un trouble de stress post-traumatique* » (paragraphe 2). Le paragraphe 3 précise que les États membres doivent prendre les dispositions nécessaires afin de « *garantir qu'une expertise médicale impartiale et qualifiée soit remise aux fins de l'examen médical visé au paragraphe 2* ».

Cette disposition est essentielle, même si le second paragraphe laisse une indiscutable marge d'appréciation aux États membres.

## *La proposition modifiée du 1er juin 2011 de la Commission relative à la procédure d'asile*

La proposition du 21 octobre 2009 de la Commission a également été sévèrement critiquée par le Conseil. En conséquence, en novembre 2010 la Commissaire Cecilia Malmström en charge des Affaires intérieures annonça l'intention de la Commission de proposer au Parlement et au Conseil un nouveau texte de propositions relatives à la directive sur la procédure. Ce nouveau document est la proposition modifiée du 1er juin 2011 de la Commission.

Les garanties procédurales particulières offertes aux victimes de torture, de viol et d'autres formes de formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle sont plus ou moins les mêmes dans le nouveau texte du 1er juin 2011<sup>2</sup>. Ces demandeurs ne peuvent être soumis à une procédure accélérée ni à la clause relative aux demandes manifestement infondées<sup>3</sup>. De plus, comme à tout autre « *demandeurs nécessitant des garanties procédurales spéciales* », dont les demandeurs d'asile ayant des maladies mentales ou des troubles post-traumatiques, il doit leur être accordé « *un délai et un soutien suffisants pour présenter les éléments de leur demande de manière aussi complète que possible et sur la base de tous les éléments de preuve disponibles* »<sup>4</sup>.

1 Cour européenne des droits de l'homme, R.C. contre Suède, n°41827/07, jugement du 9 mars 2010.

2 Dans l'article 24, intitulé « Demandeurs nécessitant des garanties procédurales spéciales » et l'article 20 de la première proposition de la Commission.

3 Article 24, paragraphe 2, deuxième alinéa.

4 Article 24, paragraphe 2, premier alinéa.

Une modification très importante de l'article 24 de la proposition modifiée de la Commission est qu'il est explicitement énoncé que « *les États membres veillent à ce que les demandeurs nécessitant des garanties procédurales spéciales soient identifiés en temps utile* »<sup>1</sup>. Afin de satisfaire à cette obligation, les États membres peuvent utiliser le mécanisme prévu à l'article 22 de la proposition modifiée de la Commission de directive sur l'accueil (paragraphe 1, premier point, *in fine*)<sup>2</sup>.

L'article 24, paragraphe 1, second alinéa, institue également que « *s'il apparaît, à un stade ultérieur de la procédure, qu'un demandeur nécessite des garanties procédurales spéciales* », les États membres doivent faire en sorte que cette disposition prévue à l'article 24 s'applique. En effet, alors que cette précision oblige les États membres à prendre en compte les garanties procédurales spéciales qui apparaissent à un stade ultérieur de la procédure, elle ne requiert pas des États membres qu'ils renouvellent l'évaluation de la situation du demandeur d'asile à des intervalles réguliers si l'évaluation initiale (ou les évaluations subséquentes) n'a pas révélé que le demandeur était une personne ayant besoin de garanties procédurales spéciales.

En plus de cette identification « générale » spécifiée à l'article 24, l'article 18 du texte

modifié du 1er juin 2011, relatif aux rapports médicaux, prévoit un examen médical spécifique qui peut être demandé par le demandeur ou qui doit être effectué par l'État membre dans certaines circonstances. D'une manière générale, cette disposition garantit une meilleure protection aux demandeurs que l'article 17 de la proposition de la Commission du 21 octobre 2009 de directive sur la procédure, qui était également dédié aux rapports médicaux :

- Les États membres doivent informer le demandeur de ses droits, d'après l'article 18. Cette procédure n'était pas prévue par le premier texte ;
- L'autorité responsable de la détermination du statut doit s'assurer qu'un examen médical est effectué avec le consentement du demandeur, non seulement « *lorsqu'il existe des motifs raisonnables de penser que le demandeur souffre d'un trouble de stress post-traumatique* » (précédent article 17) mais plus largement lorsque l'autorité « *considère qu'il existe des raisons de croire que le demandeur ne dispose pas de la capacité d'être interrogé et/ou de fournir des déclarations précises et cohérentes, ou que celle-ci est limitée en raison d'un trouble de stress post-traumatique, de persécutions ou d'atteintes graves qu'il a subies dans le passé* ».

Concernant la formation des membres du personnel responsable de la détermination du statut de protection, le contenu de la formation n'est plus explicitement mentionné dans l'article 4 de la proposition modifiée de la Commission, comparé à l'article 4, paragraphe 2 du texte du 21 octobre 2009. Il est désormais fait référence aux activités de formation devant être organisées

1 Article 24, paragraphe 1, premier alinéa.

2 Dans ce cas, les États membres devront précisément faire en sorte que le mécanisme mis en place a deux objectifs différents, un dans le cadre de la directive sur l'accueil et un autre dans le cadre de la directive sur la procédure. Cela signifie que deux appréciations doivent être effectuées séparément – même si elles peuvent être faites au même moment – puisque ni la définition de demandeur « vulnérable », ni les buts de l'identification ne se recoupent dans les deux propositions amendées de la Commission.

par le Bureau européen d'appui en matière d'asile<sup>1</sup>. En ce qui concerne plus spécialement les demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques, l'article 18, paragraphe 5 du texte du 1er juin 2011 contraint les États membres « à ce que les personnes chargées d'interroger les demandeurs en vertu de la [directive sur la procédure] reçoivent une formation en matière de sensibilisation aux symptômes de torture et aux problèmes médicaux qui pourraient défavorablement influencer la capacité du demandeur à être interrogé ». La référence aux « problèmes médicaux qui pourraient défavorablement influencer la capacité du demandeur à être interrogé » est nouvelle, en comparaison avec la première proposition de la Commission.

Enfin, en ce qui concerne *les Conditions auxquelles est soumis l'entretien personnel*, l'article 15, paragraphe 3, points a) à c) de la proposition amendée de la Commission est presque identique à l'article 14, paragraphe 3, points a) à c) de la première proposition de la Commission. La personne conduisant l'entretien personnel doit être compétente pour tenir compte de la situation personnelle ou générale dans laquelle s'inscrit la demande, notamment l'origine culturelle, le genre ou la vulnérabilité mais également l'orientation sexuelle et l'identité de genre (deux nouvelles précisions de l'article 15, paragraphe 3, point a) ).

De plus, concernant la notion de vulnérabilité, il est précisé qu'elle doit être entendue « au sens de l'article 22 » de la directive sur l'accueil. Il apparaît que la disposition

dont il est question dans la proposition de la Commission du 1er juin 2011 de directive sur l'accueil n'est pas l'article 22, en ce qu'il concerne les mécanismes d'identification des personnes vulnérables ayant des besoins particuliers et non le sens de la vulnérabilité, qui est davantage développé dans l'article 21.

Parallèlement, la vulnérabilité peut effectivement être prise en compte à travers l'article 22 – à l'exception des cas d'évidente vulnérabilité au sens de l'article 21, tels que les femmes en état de grossesse avancée.

En conséquence, cette référence a-t-elle pour objectif d'obliger les autorités en charge de la procédure d'asile de prendre en compte les résultats de l'évaluation effectuée d'après l'article 22 ?

Dans tous les cas, plusieurs définitions de la vulnérabilité doivent être considérées dans le cadre de la procédure d'asile : une fermée, précisée à l'article 2, point d) de la proposition modifiée du 1er juin 2011 de la Commission de directive sur la procédure d'asile ; une ouverte, précisée dans l'article 21 de la proposition modifiée du 1er juin 2011 de la Commission de directive sur l'accueil. Cela permettrait d'appliquer différentes dispositions de la directive sur la procédure. Cependant, le but de l'article 15, paragraphe 3, ne diffère pas totalement du but de l'article 24, paragraphe 2. De plus, un tel système remet en question la faisabilité de sa mise en œuvre.

1 Article 4 § 3 de la proposition modifiée de la Commission faisant référence à l'article 6 § 4 (a) à (e) du règlement (UE) n°439/2010 du 19 mai 2010 du Parlement européen et du Conseil portant création d'un Bureau européen d'appui en matière d'asile.

## La proposition de règlement Dublin de la Commission du 3 décembre 2008

---

Tout d'abord, il est important de noter que les nouvelles dispositions spécifiques dans la proposition de règlement Dublin de la Commission du 3 décembre 2008 sont appliquées en parallèle des dispositions protectrices de la proposition de la Commission de directive sur l'accueil, puisque cette directive vise les demandeurs d'asile soumis à une procédure Dublin<sup>1</sup>.

Deuxièmement, d'après le nouvel article 30, paragraphe 3, point d) de la proposition de la Commission du 3 décembre 2008, l'État membre procédant au transfert doit communiquer à l'État membre de destination toute information qu'il « juge indispensable à la protection des droits du demandeur concerné et à la prise en compte de ses besoins particuliers ». D'après le quatrième paragraphe de ce même article, « aux seules fins de l'administration de soins ou de traitements, notamment aux [...] personnes ayant été victimes d'actes de torture, de viol ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, l'État membre procédant au transfert transmet les informations relatives aux besoins particuliers du demandeur à transférer, qui peuvent dans certains cas porter sur son état de santé physique et mentale. L'État membre responsable s'assure de la prise en compte

---

1 Cela découle du memorandum d'explication de la proposition de la Commission de directive sur l'accueil (partie 3.1 consacrée à la portée de la directive), du considérant (8) de cette même proposition et du considérant (9) de la proposition de la Commission de règlement Dublin.

adéquate des besoins particuliers, notamment lorsque des soins médicaux essentiels sont requis ». D'après le paragraphe 5, ces informations doivent seulement être transmises avec le consentement explicite du demandeur. Des obligations spécifiques en termes de confidentialité et de protection des données personnelles (paragraphe 6, 7 et 9), qui concernent les demandeurs d'asile vulnérables, sont également introduites.

Enfin, le premier paragraphe *in fine* du nouvel article 30 énonce que seules les personnes aptes au transfert peuvent être transférées. Cependant, aucune disposition ne spécifie comment ce constat d'incapacité (en raison de problèmes de santé mentale et/ou physique<sup>2</sup>) est établi, ni comment et par qui la décision de ne pas procéder au transfert du demandeur d'asile est prise.

Cette absence de disposition explicite crée une incertitude juridique.

Une fois de plus, le Questionnaire PROTECT sera très utile pour soutenir la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la proposition de règlement Dublin de la Commission.

---

2 En fait, l'article 30 ne définit pas les notions d'« aptitude » et d'« inaptitude » au transfert, mais le cadre général de l'article 30 semble impliquer que cela renvoie à l'état de santé. Il serait pertinent d'ajouter explicitement cette précision au texte.

En conséquence de tous ces développements, il apparaît que d'après le droit de l'Union européenne, les États membres ont déjà l'obligation d'identifier les demandeurs d'asile et réfugiés qui ont subi des expériences traumatiques.

Les États membres doivent fournir à ces personnes des conditions d'accueil adaptées à leurs besoins spécifiques. En particulier, ces individus doivent avoir accès aux soins de santé mentale et physique que requiert leur état.

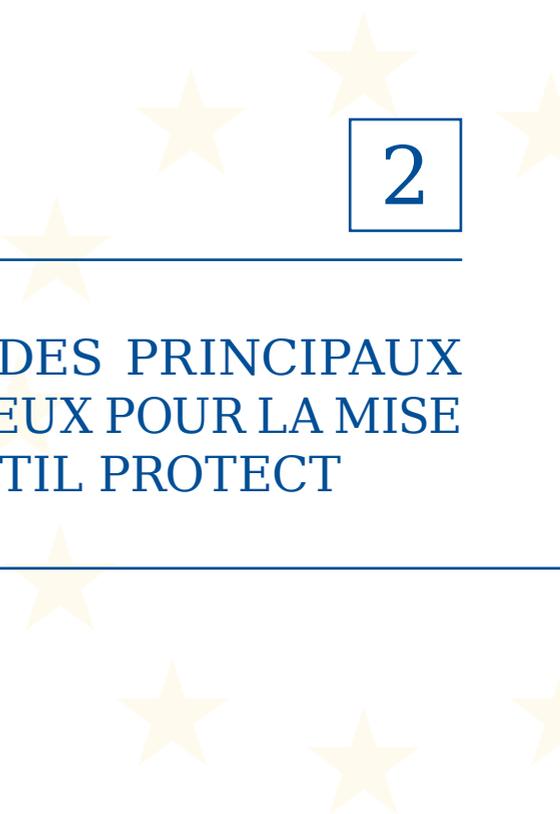
D'autre part, la possible vulnérabilité psychologique d'un demandeur d'asile doit être détectée et prise en compte durant l'entretien personnel que le demandeur devra effectuer dans le cadre de la procédure d'asile.

Les instruments juridiques de deuxième génération proposés par la Commission pour établir le régime d'asile européen commun améliore la sensibilisation à la vulnérabilité des demandeurs d'asile. L'état de santé mentale des demandeurs d'asile est particulièrement pris en compte dans les nouveaux textes.

Ainsi, le Questionnaire PROTECT constitue sans aucun doute un outil très utile pour les États membres et constitue une première étape pragmatique en les aidant à satisfaire aux deux obligations suivantes :

- Les obligations actuelles du droit de l'Union européenne en vigueur ;
- Certaines des nouvelles obligations instaurées par les propositions de la Commission examinées par le Parlement européen et le Conseil dans le cadre de la mise en place d'un régime d'asile européen commun.

La littérature de référence est fournie dans l'annexe 1.

A decorative background of yellow stars of varying sizes, arranged in a pattern that suggests the European Union flag, scattered across the page.

**2**

---

## IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX OBSTACLES ET ENJEUX POUR LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL PROTECT

---

Tel que précédemment présenté, les États membres sont juridiquement contraints de prendre en compte les besoins particuliers des demandeurs d'asile vulnérables. Ceci est particulièrement nécessaire puisque les personnes vulnérables représentent une forte proportion des demandeurs d'asile. Nombre d'entre eux ont vécu des expériences traumatiques importantes (telles qu'être retenu en captivité, être témoin de meurtres, être agressé, violé ou torturé) qui sont associées à un certain nombre de pathologies médicales et de santé mentale. La recherche clinique sur les demandeurs d'asile et réfugiés dans les pays occidentaux a montré une forte prévalence de troubles de stress post-traumatique (TSPT). Les demandeurs d'asile vulnérables ont dix fois plus de risques de développer un TSPT qu'un groupe similaire du pays hôte. Bien que ni les États membres, ni l'Union européenne ne fournissent de statistiques officielles, les TPST pourraient concerner jusqu'à 40% des demandeurs d'asile. En fonction de l'échantillon, de ses origines et de la méthode (questionnaire, entretiens, etc.), les études montrent un taux oscillant entre 20 et 60%.

Cependant, dans la plupart des pays européens, on constate une absence de mise en œuvre des dispositions de la législation européenne. L'un des objectifs du projet PROTECT est de mettre en place un outil d'identification permettant aux États membres de satisfaire à leur obligation légale de fournir un traitement approprié. Afin d'effectivement instaurer un tel outil et une telle procédure, les principaux obstacles et défis posés par les systèmes nationaux d'asile doivent être identifiés.

Chaque État membre dispose de procédures différentes, qui sont toutes basées sur les mêmes textes internationaux, à savoir la Convention de Genève de 1951 et la législation européenne précédemment discutée. L'étude des systèmes nationaux d'asile révèle plusieurs types d'obstacles<sup>1</sup>.

D'un point de vue juridique, les dispositions du droit de l'Union européenne n'ont pas été correctement transposées dans les législations nationales, ou alors leur transposition a fait défaut. Même s'il existe une volonté d'unifier les procédures d'asile des États membres, on observe toujours une importante diversité dans les systèmes juridiques. Les contextes politiques propres à chaque État ont pu avoir une influence sur la volonté des gouvernements nationaux.

Les aspects procéduraux des systèmes d'asile constituent également un défi. Les administrations nationales ont leurs propres pratiques, qui peuvent diverger d'un État à un autre. Par exemple, de nombreux États membres n'ont pas de procédure permettant l'identification. D'autre part, les diverses procédures existantes pour examiner une demande d'asile (telles que la procédure accélérée ou celle menée lorsque le demandeur d'asile est en détention) ne remplissent pas toutes les conditions pour l'identification des personnes vulnérables.

Dans certains pays, les dispositifs d'accueil ne sont accessibles qu'une fois que la demande d'asile a été enregistrée par les autorités. Cela signifie qu'un demandeur d'asile peut effectuer sa demande, mais qu'il ne bénéficiera d'aucun dispositif d'accueil avant que l'enregistrement de celle-ci soit effectif, même s'il n'existe pas de délai établi pour cela. Dans ce cas, le demandeur ne bénéficiera pas de la procédure d'identification mise en place selon l'article 17 de la directive sur l'accueil, et les demandeurs d'asile « vulnérables » ne pourront avoir accès à aucun traitement médical que la législation européenne devrait leur garantir.

Afin de répondre à ces enjeux, il a été décidé de développer un outil et un procédé pouvant être aisément mis en œuvre. Cette procédure constitue une solution raisonnable, en ce qu'elle peut être facilement adaptée aux multiples cadres juridiques et administratifs nationaux et encourager les gouvernements à mettre en place PROTECT avant ou pendant la phase d'entretien de la procédure d'asile.

1 L'expression « systèmes d'asile » recouvre à la fois le système d'accueil des demandeurs d'asile et la procédure d'examen des demandes de protection internationale.

Le facteur temps constitue également un aspect important. Dans certains pays, même si un décret oblige le gouvernement à identifier les situations particulières parmi les demandeurs d'asile, il n'y a pas de limitation de temps à la procédure. Une attente trop longue avant la détection de la vulnérabilité d'un demandeur d'asile peut compromettre sa demande de protection internationale, la vulnérabilité pouvant y faire obstacle. Plus une personne « vulnérable » est détectée tôt, plus elle pourra avoir accès rapidement à un soutien ou à un traitement médical et être orientée vers des procédures et des conditions d'accueil adaptées. Ainsi, plus l'outil PROTECT est instauré à un stade précoce de la procédure, plus le système d'asile dans son ensemble en bénéficie.

Dès lors, la simplicité de l'outil permet son utilisation par du personnel non médical, lors du tout premier contact du demandeur d'asile avec l'autorité ou l'ONG en charge des demandes d'asile. Les agents de l'autorité compétente et/ou les travailleurs sociaux qui mènent la plupart des entretiens peuvent utiliser l'outil et interpréter ses résultats.

L'absence d'une approche européenne spécifique pour évaluer la vulnérabilité et répondre aux besoins particuliers des demandeurs d'asile souffrant de traumatismes peut également représenter un défi supplémentaire. La mise en place de ce standard permet d'éviter les déplacements de demandeurs d'asile, qui doivent être correctement pris en charge.

Considérant le nombre relativement élevé de demandeurs d'asile reçus par certains pays et constatant un certain défaut des conditions matérielles d'accueil adaptées à leurs besoins dans les cas soumis à notre étude, le résultat de la détection de la vulnérabilité à un stade précoce de la procédure pourrait – à tort – être considéré peu à propos, voire inapproprié, par les autorités nationales. Cependant, l'identification des personnes vulnérables reste une obligation étatique et doit d'urgence être mise en place. Ces obstacles peuvent être surmontés, comme le montrent les exemples de la Belgique<sup>1</sup> et des Pays-Bas.

---

1 La Belgique a développé sa propre évaluation de la situation individuelle. Le système d'asile belge requiert qu'une telle évaluation soit menée dans les 30 jours suivant la désignation d'un lieu d'enregistrement de la demande d'asile. Cette procédure d'identification est complètement séparée de la procédure déterminant le statut du demandeur d'asile.

Néanmoins, la mise en place généralisée de l'outil PROTECT obligerait chaque pays à résolument appliquer de nouvelles mesures politiques. Le rôle joué par l'outil, lorsqu'il est employé à un stade précoce de la procédure d'asile, doit être clairement défini dans chaque système national. Chaque État doit adapter les conditions matérielles d'accueil et l'aide médicale octroyée aux demandeurs d'asile vulnérables. Sans ces éléments particuliers, ainsi que d'autres à un niveau plus général, l'implication de l'État à satisfaire les obligations des directives et que PROTECT prend en compte ne peut être mises en œuvre efficacement.

Par ailleurs, des difficultés peuvent émerger de la part des professionnels, tels que les travailleurs sociaux, qui sont responsables de mener à bien l'identification des demandeurs d'asile vulnérables. Ils peuvent manifester une certaine réticence à mettre en œuvre ce test. Pour nombre d'entre eux, cela peut constituer une surcharge de travail et une exposition à des traumatismes qu'ils ne sont pas préparés à gérer. Afin de répondre à ces enjeux et de permettre une mise en place efficiente de l'outil PROTECT, la formation et la supervision du personnel sont indispensables en toutes situations.

Un obstacle supplémentaire est financier. Le récent nombre croissant de nouveaux demandeurs d'asile reçus par certains pays européens représente un enjeu supplémentaire qui peut être considéré, à tort, comme un obstacle à la mise en œuvre de PROTECT. Dans ce contexte, PROTECT peut clairement aider l'État à satisfaire plus facilement aux obligations instaurées par les directives européennes, mais il court également le risque d'une appréciation erronée comme d'une mesure créant des coûts supplémentaires. Bien que le coût actuel de l'identification ne soit pas nécessairement élevé, son application à un grand nombre de demandeurs d'asile peut représenter un coût significatif. Ce serait alors un effet à court terme. À long terme, PROTECT devrait mener à une baisse des coûts globaux. L'identification précoce peut empêcher que des pathologies deviennent chroniques, et la délivrance de traitements à un stade ultérieur coûte plus cher que la prévention. La mise en œuvre a également un impact sur d'autres aspects de la procédure. Si les besoins particuliers des personnes vulnérables ne sont

pas pris en compte, leurs conditions d'accueil peuvent être inappropriées et avoir des effets négatifs sur les demandeurs d'asile, tels qu'une incidence sérieuse sur leur capacité à mener à bien leur demande. Par exemple, ils peuvent avoir des difficultés à raconter un événement avec cohérence ou à supporter des procédures administratives. Ces deux facteurs conduisent à une augmentation du nombre de procédures d'appel. En revanche, le contentieux des conditions matérielles d'accueil pourrait être réduit par une identification adéquate des besoins.

Le cœur de PROTECT est d'identifier ces demandeurs d'asile vulnérables, rapidement et efficacement, par un personnel non-médical, afin de réduire les coûts de la procédure dans son ensemble. Les demandeurs d'asile considérés comme vulnérables peuvent alors être orientés vers un examen médical ou psychologique qui permettra d'évaluer les premiers résultats du test.



# Rationalité scientifique

Comme énoncé précédemment, PROTECT est un questionnaire développé pour identifier à un stade précoce de la procédure d'asile les demandeurs d'asile souffrant d'expériences traumatiques liées à des épisodes de torture ou d'autres traitements cruels ou inhumains. Un certain nombre de lignes directrices existent sur l'identification et l'examen médical des demandeurs d'asile ; mais elles sont toutes destinées aux seuls professionnels de santé, sont plutôt coûteuses et demandent beaucoup de temps<sup>1</sup>. PROTECT a été développé avec l'objectif d'être court, de pouvoir être essentiellement utilisé par des professionnels non-médicaux et d'être mis en œuvre dans des délais limités afin de réagir promptement à la vulnérabilité du demandeur d'asile.

La vulnérabilité est un terme complexe, qui peut être interprété de différentes manières. Dans le cas des demandeurs d'asile, tous les individus peuvent être considérés comme vulnérables, en raison de la migration et de la perte de la famille, des amis, du foyer et des biens. Il s'agit du niveau de vulnérabilité le plus basique (que l'on appellera le niveau 0)<sup>2</sup>. Dans l'ensemble de la population de

demandeurs d'asile, des groupes particuliers se caractérisent par une plus grande vulnérabilité que d'autres, tels que les personnes âgées, les mineurs, les femmes enceintes, les femmes non accompagnées (avec ou sans enfant) et les victimes principales et secondaires de la torture ou des abus sexuels (que l'on appellera le niveau 1)<sup>3</sup>. Dans ces derniers cas, la vulnérabilité peut être détectée simplement en regardant la personne, ou en étudiant des données basiques. Cependant, tous les individus du groupe de niveau 1 ne peuvent être considérés comme étant de vulnérabilité égale. Le niveau suivant est le niveau individuel de vulnérabilité (que l'on appellera le niveau 2).

Le niveau particulier de vulnérabilité individuelle ne peut être établi qu'à travers une évaluation individuelle. L'objectif du projet PROTECT est de créer un outil pratique pour identifier les vulnérabilités de niveau 2, soit la vulnérabilité individuelle, psychologique, causée par un traumatisme psychologique et comprenant un certain nombre de risques de santé mentale et médicale, ainsi que des troubles fonctionnels. PROTECT évalue ainsi le risque d'existence de tels problèmes et de troubles qui en résultent, par exemple concernant la mémoire et

1 Protocole d'Istanbul, 1999 ; Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, 2006 ; Cameron, 2010 ; Peel, Lubell & Beynon, 2005.

2 Aspinall P., Watters C. ; Straimer C., 2010.

3 Fazel M., Wheeler J. ; Danesh J., 2005.

la remémoration<sup>1</sup>. L'évaluation du risque permet de sensibiliser les agents de l'État, les autres professionnels et les bénévoles travaillant auprès de demandeurs d'asile. Il peut susciter ou encourager des actions et réponses médicales précises.

PROTECT comprend un questionnaire court et pragmatique, ainsi qu'un kit visant à faciliter l'utilisation du questionnaire, à aider à l'interprétation des résultats, et à conduire vers de possibles orientations médicales. L'objectif du questionnaire est de détecter les signes d'effets secondaires en termes de santé mentale, suite à des traumatismes vécus par les demandeurs d'asile, au stade le plus précoce possible de l'arrivée/de l'accueil<sup>2</sup>.

PROTECT différencie les demandeurs d'asile potentiellement vulnérables. La mise en place de l'outil constitue donc un support d'importance à l'assistance juridique, sociale et médicale des demandeurs d'asile vulnérables. Les résultats de cette évaluation sommaire peuvent dès lors être utilisés dans plusieurs domaines de la procédure d'asile. Appliqué de manière adéquate, PROTECT permet d'identifier rapidement le groupe non-vulnérable, et indique la nécessité d'une procédure juridique prenant en compte le traumatisme dans le cas des demandeurs d'asile vulnérables. En outre, il pourrait contribuer à réduire le nombre de procédures d'appel ainsi que le risque de rejet et de renvoi de demandeurs d'asile vulnérables qui n'ont

pas pu être identifiés. Enfin, l'orientation vers des spécialistes des personnes vulnérables s'en trouve facilitée pour les services sociaux, médicaux et psychologiques concernés, améliorant ainsi l'organisation de soins de santé et de conditions d'accueil requis pour les demandeurs d'asile à risque.

---

1 Cohen J., 2001

2 Voir à ce sujet : Bloemen, Vloeberghs & Smits, 2006 ; Lustig et al, 2008 ; Herlihy & Turner, 2009.

## Recommandations de mise en œuvre

3.1

Le questionnaire doit être utilisé par des personnes en contact avec les demandeurs d'asile (professionnellement ou sur une base de volontariat) à un stade précoce de l'arrivée (par exemple, des travailleurs sociaux, du personnel médical, des gardes frontières, des agents du système d'asile, des professionnels juridiques, des bénévoles). Le questionnaire n'est pas un outil de diagnostic médical ; il vise plutôt à identifier de manière effective la vulnérabilité psychologique parmi les demandeurs d'asile. De plus, l'utilisation et l'interprétation rapides et faciles de l'outil ont été pensées afin d'être adaptées aux conditions de la procédure d'asile.

## Les caractéristiques générales de PROTECT : objectif, impartial et neutre

3.2

PROTECT est un instrument impartial et neutre. Le principe de l'impartialité signifie éviter les biais, préjugés ou traitements préférentiels injustes d'une personne par rapport à une autre, et produire un résultat basé sur des critères scientifiques et objectifs. La neutralité signifie que cet instrument ne soutient ni ne relève d'un parti pris ou d'une position pouvant porter à controverse.

PROTECT est objectif, en ce qu'il est basé sur des connaissances scientifiques concernant les conséquences psychologiques des traumatismes vécus par les demandeurs d'asile et réfugiés. La santé des demandeurs d'asile est une valeur universelle qui transcende les désaccords politiques ; il s'agit donc d'une valeur devant être prise en compte. Les directives européennes en vigueur sur l'asile et les réfugiés sont très claires sur cette obligation. On mentionnera particulièrement :

- L'article 13, paragraphe 2, l'article 15, l'article 16, paragraphe 4, l'article 17, l'article 18, paragraphe 2 et l'article 20 de la directive sur l'accueil en vigueur.
- L'article 20, paragraphes 3 et 4 et l'article 29 de la directive sur la qualification en vigueur.

D'autre part, tel que souligné précédemment dans le chapitre relatif à l'analyse de la législation européenne, les nouveaux textes proposés par la Commission dans le cadre de la mise en place d'un régime d'asile européen commun (la proposition de directive sur l'accueil, la proposition de directive sur la procédure, la proposition de directive sur la qualification et la proposition de règlement Dublin) constituent un socle plus important pour la prise en compte de l'état de santé mentale et physique des demandeurs d'asile.

# Recherche sur la vulnérabilité et les conséquences psychologiques des traumatismes

## 3.3

Il existe une activité importante de publication de recherches scientifiques classiques et actuelles relatives aux conséquences sur la santé mentale du traumatisme psychologique. Les troubles les plus couramment diagnostiqués suite à des expériences traumatiques<sup>1</sup> sont les troubles de stress post-traumatique (TSPT) et la dépression. Un nombre considérable de victimes de violence et de traumatisme développent des troubles de stress post-traumatique (TSPT) et de la dépression, le plus fréquemment une combinaison des deux. Les symptômes des deux troubles se recoupent en partie. Les critères exacts de diagnostic des deux troubles figurent en annexe.

Ces troubles mentaux se développent progressivement. Leurs manifestations peuvent être aiguës, chroniques ou tardives. Seule une partie des personnes traumatisées atteignent le niveau clinique permettant le diagnostic, de nombreuses victimes manifestant seulement certains de ces symptômes, et encore, de manière passagère. Ces individus résilients sont capables de surmonter leurs difficultés en faisant usage de leur propre force intérieure et de leur capacité à faire face, ainsi qu'en bénéficiant de l'aide de leurs réseaux sociaux pouvant les soutenir (famille, amis). Cependant, un nombre substantiel de victimes de

torture et d'abus développent des TPST, généralement en combinaison avec un trouble dépressif.

Le concept de TPST a été spécialement développé pour décrire l'ensemble de symptômes de santé mentale qui découlent d'une exposition à un stress extrême. Le pré-requis à l'apparition des TPST est que la personne a subi ou a été témoin d'un événement traumatique (par exemple, de la torture, un abus sexuel) et se caractérise par une réaction impliquant une peur intense, de la détresse ou de l'horreur. Les symptômes de TPST recourent trois catégories : réexpérience persistante de l'évènement traumatique, évitement ou émoussement de la réactivité et un état de suractivité<sup>2</sup>.

Le trouble peut se développer chez tout individu, même ceux sans critères de prédisposition, notamment si l'élément de stress est particulièrement extrême<sup>3</sup>. La gravité et la durée du traumatisme, ainsi que la vulnérabilité de l'individu, influencent l'apparition ou non du TPST. L'expérience du traumatisme a un effet cumulatif. La relation dose-réaction<sup>4</sup> renvoie à l'interaction entre l'exposition au traumatisme et les conséquences

1 Basé sur le système de classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), 4e édition - DSM-IV.

2 DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994.

3 American Psychiatric Association, 1994, p.427.

4 Mollica, McInnes, Poole & Svang, 1998.

psychiatriques qui découlent de cette exposition : plus le nombre et/ou l'intensité des traumatismes auxquels un individu est exposé sont élevés, plus les conséquences psychiatriques sont graves. D'autres facteurs de risque ont été rapportés comme pouvant augmenter les chances de développer des TSPT, tels que le genre (plus précisément le genre féminin), un diagnostic psychiatrique de co-morbidité, un précédent traumatisme et un environnement peu propice à la guérison.

Les TPST sont la description de séquelles post-traumatiques la plus fréquemment rapportée, particulièrement en ce qui concerne des atrocités perpétrées par des êtres humains<sup>1</sup>. Au sein des populations de réfugiés, les taux de TPST et de troubles dépressifs varient grandement en fonction de l'échantillon, avec un taux de prévalence allant de 4% à 86% pour les TPST et de 5% à 31% pour la dépression<sup>2</sup>.

Une récente étude de Steel *et al.* (2009) fournit une compilation de la plus grande série d'études épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale des réfugiés et dans le cadre de situations de post-conflit. Un total de 161 articles, rapportant les résultats de 181 études portant sur 81 866 réfugiés et autres personnes affectées par des conflits, provenant de 40 pays, ont été identifiés. Après ajustement des facteurs méthodologiques, la torture apparut comme le plus important des facteurs essentiels associés aux TPST, et l'exposition cumulée à des expériences potentiellement traumatiques

(EPT) était le plus important des facteurs essentiels associés à la dépression. Le taux de prévalence non ajusté et pondéré rapporté parmi toutes ces études était de 30,6% pour les TPST et de 30,8% pour la dépression.

Les TPST ont un effet négatif sur la santé et l'état général sur de nombreux points. La forte prévalence de morbidité psychiatrique et d'incapacités associées au sein de la population réfugiée traumatisée a été rapportée par un certain nombre d'études<sup>3</sup>. La co-morbidité des TPST est large : ce trouble est le plus souvent associé avec un trouble de dépressif sévère, mais on note également un risque accru d'apparition d'états de panique, d'agoraphobie, de trouble obsessionnel-compulsif, de phobie sociale, de phobie spécifique, de troubles somatoformes, et de troubles anxieux induit par une substance parmi les survivants de traumatisme.

Pour diagnostiquer un TPST, la durée des symptômes doit excéder un mois ; si les symptômes ne durent pas au moins un mois, mais sont présents pendant plus de deux jours, un état de stress aigu est diagnostiqué. Si les symptômes persistent pendant trois mois ou plus, le TPST est considéré comme chronique. Si les symptômes du TPST se développent après six mois ou plus après un événement traumatique, alors le trouble est défini comme un TPST à début retardé.

Un trouble de l'adaptation est diagnostiqué quand la réponse à un facteur de stress extrême ne remplit pas les critères du trouble de stress post-traumatique

1 De Jong et al, 2001.

2 Hollifield et al., 2002

3 Mollica et al., 1999

(ou d'un autre trouble mental spécifié), mais que les symptômes prédominants sont une humeur dépressive, de l'anxiété, une perturbation des conduites agressives ou auto-agressives, ou d'autres troubles réactionnels (par exemple, des troubles fonctionnels, une baisse de l'efficacité scolaire ou professionnelle, un repli sur soi).

Des diagnostics alternatifs à la catégorie de TPST ont également été développés pour expliquer la complexité des conséquences post-traumatiques parmi les victimes de masse de violences interpersonnelles, telles que les réfugiés. Les TPST complexes, ou « troubles de stress extrêmes non spécifiés » (DESNOS)<sup>1</sup> ont été introduits par le groupe de travail<sup>2</sup> de la quatrième version du manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-IV PTSD) et a différencié six domaines affectés par les troubles fonctionnels (régulation des affects et des pulsions, attention ou conscience, auto-perception, relations avec les autres, somatisation et systèmes de sens). La notion de deuil culturel est associée à la perte du sens des biens, de la cohésion sociale, du lien avec la terre, des ancêtres, de la culture et des traditions<sup>3</sup>.

Le traumatisme psychologique parmi les réfugiés peut être non seulement causé par les traumatismes vécus dans le pays d'origine, mais être le résultat des expériences dévastatrices subies pendant la fuite. Certains réfugiés ne furent pas torturés dans leur propre pays, mais furent

des situations difficiles et rencontrèrent par la suite des situations abusives et dégradantes.

Enfin, le risque de traumatisme ne disparaît pas avec l'arrivée au pays de destination. Les conditions d'accueil et des aspects de la procédure d'asile peuvent également avoir des effets néfastes sur le bien-être des demandeurs d'asile, tout particulièrement dans le cas des individus qui ont déjà subi des traumatismes psychologiques graves dans leur pays natal ou lors du parcours de migration. Un certain nombre d'études se sont intéressées aux effets psychologiques néfastes de la détention des demandeurs d'asile<sup>4</sup>, et aux risques induits par le défaut de soutien adapté en termes de soins de santé, d'hébergement et de sécurité sociale aux demandeurs d'asile présentant des incapacités médicales ou psychologiques<sup>5</sup>. Parallèlement, d'autres recherches ont démontré les effets bénéfiques du soutien psychosocial et juridique sur le bien-être des demandeurs d'asile<sup>6</sup>.

---

1 Herman, 1992; Roth et al., 1997; van der Kolk, 2001

2 Pelcovitz et al., 1997

3 Eisenbruch, 1992

---

4 Keller et al., 2003; Kirmayer, Rousseau, & Crepeau, 2004; Robjant, Hassan, & Katona, 2009; Hodes, 2010

5 Bollini 1997; Kelley & Stevenson 2006; Roberts 2006; Laban et al. 2007

6 Asgary, Metalios, Smith, & Paccione, 2006; Momartin et al., 2006; Zachary et al., 2011

## Évaluation de la santé mentale post-traumatique

### 3.4

Selon les sections précédentes, l'évaluation des conséquences sur la santé (à la fois psychologique et psychiatrique) d'une traumatisation liée à des violences de masse est d'une importance majeure. Il existe un grand nombre de mesures des TPST, allant d'une auto-évaluation en dix points avec une pondération simple pour chaque élément<sup>1</sup>, à un questionnaire en 17 points prenant en compte chaque symptôme des TPST par une question<sup>2</sup>, à des entretiens structurés<sup>3</sup> qui incluent des questions détaillées sur chaque symptôme et des classements par la personne faisant l'entretien concernant la validité de l'évaluation. En outre, il existe de méthodes d'évaluation globale, qui incluent également d'autres symptômes

que ceux relatifs aux TPST<sup>4</sup>. L'enjeu de la validité et de la fiabilité transculturelle est également pertinent dans l'évaluation des survivants au traumatisme. Le *questionnaire* Harvard<sup>5</sup> sur le traumatisme est un instrument de détection simple et fiable, bien reçu par les patients réfugiés et le personnel biculturel, et permet de mesurer l'impact de la torture, les traumatismes et les symptômes liés au traumatisme associés aux TPST au sein des populations non-occidentales fortement traumatisées. La mesure correcte d'un élément particulier dépend du but de l'évaluation, du groupe cible, du temps disponible et des circonstances de son utilisation.

- 1 Trauma Screening Questionnaire – TSQ, Brewin et al, 2002.
- 2 PTSD Symptom Scaeme – Self Report – PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993.
- 3 Structured Clinical Interviews for Traum and Loss Spectrum – SCI-TALS, Dell’Osso et al, 2008 ; Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS, Blake et al, 1990.

4 The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-I, Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1996.

5 HTQ, Mollica et al, 1992.

## Vulnérabilité psychologique évaluée par PROTECT

3.5

D'une manière générale, le diagnostic des TPST ou d'autres troubles liés à un traumatisme grave est le résultat d'un processus de diagnostic complexe et compliqué, réalisé par un psychologue spécialisé ou un expert médical. PROTECT, pour sa part, permet l'identification des demandeurs d'asile vulnérables souffrant d'expériences traumatiques, en fournissant des informations essentielles sur les signes et symptômes devant être observés et au sujet desquels il convient d'interroger le patient.

Le questionnaire est constitué de dix questions, qui ont été soigneusement développées par une équipe interdisciplinaire d'experts juridiques et médicaux de l'asile et de la réhabilitation des victimes de torture. Seule une réponse dichotomique (oui/non) est possible aux questions. Ces dix points concernent la vulnérabilité psychologique, en reflétant la littérature scientifique sur l'évaluation des séquelles psychologiques post-traumatiques et en ayant été choisis pour prendre en compte les symptômes les plus importants du traumatisme psychologique (TPST, dépression). Le questionnaire traite donc des principales problématiques de santé mentale faisant suite à un traumatisme grave. Ces points prennent en compte les trois catégories de symptômes de TPST (réexpérience persistante de l'événement traumatique, évitement ou émoussement de la réactivité et suractivation du système neurovégétatif), en plus des symptômes de

dépression et de dégradation de la santé physique. Les symptômes pouvant potentiellement être mal interprétés par des non-professionnels de la santé mentale (par exemple des symptômes d'évitement) ont été exclus afin d'éviter toute ambiguïté. La formulation des questions est claire et simple, pour la même raison. De l'espace supplémentaire a été laissé à la fin du questionnaire pour fournir des observations (par exemple : la personne évaluée a une posture tendue et/ou manifeste un malaise physique ; la personne pleure beaucoup ; la personne ne montre aucune émotion...), qui permettent de prendre en considération le comportement non-verbal de la personne. Cet encart d'observations ne doit pas être perçu comme une façon de tester la validité des réponses aux questions relatives aux symptômes ; il sert uniquement à fournir des informations supplémentaires au questionnaire, et aide à l'analyse des résultats. L'interprétation des résultats est simple : aucun élément ne s'annule, chaque réponse positive reçoit un point, les points s'additionnent et un résultat plus élevé reflète un plus grand risque de vulnérabilité (de 0 à 3 : faible ; de 4 à 7 : moyen ; de 8 à 10 : élevé). PROTECT est donc complet, concret, et intégratif, tout en restant bref et pragmatique.

**Les critères de diagnostic des TPST**, énoncés dans le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales), peuvent être résumés ainsi :

### A. L'exposition à un événement traumatique

Ce critère spécifie (a) une perte de l' « intégrité physique », ou l'exposition à un risque de blessure grave ou de mort, pour soi ou pour autrui, et (b) une réaction à cet événement causant une peur intense, de l'horreur ou de la détresse (ou, pour des enfants, la réaction peut entraîner un comportement chaotique ou agité).

### B. La réexpérience persistante de l'évènement

La victime doit présenter un ou plusieurs de ces symptômes : souvenirs répétitifs et envahissants, rêves récurrents et pénibles, impression de revivre le ou les événement(s) traumatique(s), ou intense détresse psychologique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à tout élément objectif ou subjectif rappelant le ou les événement(s) traumatique(s).

### C. Évitement persistant et émoussement de la réactivité générale

Ce critère entraîne un niveau élevé de :

- évitement des stimuli associés au traumatisme, tels que certaines pensées, certains sentiments, ou les conversations à propos du ou des événement(s) ;
- évitement des activités, lieux ou personnes qui pourraient réactiver des souvenirs pénibles ;
- incapacité à se rappeler des aspects importants du traumatisme, ou une réduction nette de l'intérêt concernant des activités de valeur significative ou la participation à celles-ci ;
- restriction des affects (jusqu'à la complète incapacité à ressentir certains sentiments) ;
- sentiment que l'avenir sera, d'une certaine façon, obstrué, que la vie ne pourra plus se dérouler normalement.

### D. Symptômes persistants d'une suractivation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

Il s'agit de troubles des réponses physiologiques, tels que des difficultés d'endormissement, un sommeil interrompu, une irritabilité ou des accès de colère, des difficultés de concentration ou de l'hypervigilance, réactions de sursaut exagérées.

#### E. Présence des symptômes pendant plus d'un mois

Si tous ces critères sont présents, mais que quatre semaines ne se sont pas écoulées depuis que l'évènement a eu lieu, l'individu est diagnostiqué comme étant dans un état de stress aigu (ESA).

#### F. Dysfonctionnement majeur

Les symptômes rapportés entraînent un dysfonctionnement ou une détresse cliniquement significative dans la plupart des domaines de la vie quotidienne, tels que les relations sociales, les activités occupationnelles ou tout autre « domaine de fonctionnement important ».

**Les critères de diagnostic pour le trouble dépressif**, énoncés dans le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales) peuvent être résumés ainsi :

1. Manifestation d'une humeur dépressive, qui envahit tous les aspects de la vie.
2. Incapacité à ressentir du plaisir dans des activités qui étaient auparavant appréciées.
3. Sentiments et pensées inappropriés de dévalorisation ou de culpabilité, d'inutilité, d'impuissance, de désespoir et de haine de soi.
4. Difficultés de concentration et de mémoire.
5. Retrait des situations et activités sociales.
6. Diminution de la libido.
7. Pensées de mort et de suicide.
8. Insomnies (réveils précoces, sans pouvoir se rendormir, mais également difficultés à s'endormir).
9. Diminution de l'appétit, conduisant à une perte de poids.
10. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
11. Multiples symptômes physiques tels que de la fatigue, des maux de tête ou des problèmes digestifs.
12. Dans des cas graves, les personnes dépressives peuvent manifester des symptômes de type psychotiques (illusions, hallucinations).



# Lignes directrices pour la mise en place du questionnaire PROTECT

*Ces lignes directrices sont délivrées pour faciliter la mise en place du questionnaire.  
En raison des conditions propres à chaque État membre, ces lignes directrices peuvent  
ne pas être applicables à tous les cas.*

## **Le contexte : l'identification précoce des traumatismes et de leurs conséquences parmi les groupes vulnérables est une responsabilité étatique**

---

4.1

Tel que mentionné dans la première partie de ce rapport (« Cadre légal »), d'après le droit de l'Union européenne, les États membres ont déjà l'obligation de prendre en compte la situation des demandeurs d'asile et réfugiés vulnérables ayant subi des expériences traumatiques, et en conséquence d'identifier ces personnes.

Les États membres doivent procurer à ces individus des conditions d'accueil répondant à leurs besoins spécifiques. En particulier, ces personnes doivent avoir accès à des soins de santé mentale et physique adaptés à leur état.

De plus, la possible vulnérabilité psychologique d'un demandeur d'asile doit être détectée et prise en compte lors de l'entretien personnel auquel le demandeur est soumis dans le cadre de la procédure d'asile.

Les instruments juridiques de seconde génération proposés par la Commission en vue d'instaurer un régime d'asile européen commun améliorent la prise en considération des demandeurs d'asile vulnérables. L'état de santé mentale des demandeurs d'asile est particulièrement un enjeu dans les nouveaux textes.

La mise en place du questionnaire PROTECT en tant qu'outil d'identification précoce est effectuée dans ce contexte juridique et devrait aider les États membres à satisfaire aux deux obligations suivantes :

- Les actuelles obligations du droit de l'Union européenne en vigueur.
- Les nouvelles obligations instaurées par les propositions de la Commission étudiées par le Parlement européen et le Conseil dans le cadre de la mise en place d'un régime d'asile européen commun.

## Le choix du moment de l'entretien PROTECT

4.2

A l'exception des demandeurs d'asile qui nécessitent une assistance médicale immédiate (les personnes dans un état médical critique ou les femmes en train d'accoucher), tous les demandeurs d'asile devraient bénéficier d'une courte période de repos et de préparation avant le début de la procédure d'asile. Le moment idéal pour l'identification de la vulnérabilité psychologique se situe immédiatement après cette courte période de repos.

Il est préférable de mener l'entretien PROTECT au premier centre d'accueil. En cas d'impossibilité, l'examen peut être effectué au premier centre de détention.

Même si le moment choisi n'est pas optimal (par exemple, si les circonstances ne permettent pas une période de repos), il est toujours préférable de faire passer le questionnaire en dépit des conditions, plutôt que de ne pas l'utiliser du tout.

## Qui peut mener l'entretien PROTECT ?

4.3

- Les travailleurs psycho-sociaux, les infirmières, les médecins généralistes, les conseillers juridiques et les avocats, compte tenu de leur position, peuvent mener l'identification et travailler avec le questionnaire.
- Les bénévoles travaillant auprès de demandeurs d'asile peuvent également utiliser le questionnaire s'ils y sont formés.

Les personnes impliquées dans l'identification précoce doivent rester indépendantes et neutres.

## Recommandations pratiques pour l'entretien

### 4.4

- La participation à des formations est obligatoire avant de travailler avec le questionnaire PROTECT.
- Les entretiens doivent être menés individuellement, avec un maximum de confidentialité, dans un espace sécurisant prévu pour la procédure d'identification.
- Un temps suffisant correspondant aux standards minimaux de l'identification doit être accordé. En général, le temps global requis pour effectuer le questionnaire ne doit pas excéder 15 minutes, bien que cela puisse varier.
- Il est nécessaire de s'assurer que la personne conduisant l'entretien et le demandeur d'asile comprennent la langue choisie (avec ou sans le soutien d'un interprète). Le questionnaire peut être utilisé soit dans le langage du pays d'accueil et/ou dans le langage du demandeur d'asile.
- L'objet du questionnaire doit être expliqué au demandeur d'asile en lisant la courte introduction fournie dans l'outil.
- Si besoin, la personne conduisant l'entretien peut remplir l'encart « observations supplémentaires » : il s'agit d'un espace pour noter des observations factuelles (aucune interprétation ne peut y figurer) sur le comportement du demandeur d'asile qui pourraient être utiles pour le professionnel de santé qui s'occupera ensuite de la personne. Ces observations doivent être communiquées au demandeur d'asile.
- Le formulaire PROTECT donné à la personne conduisant l'entretien est accompagné d'une liste de « Frequently Asked Questions » (FAQ) qui doit être lue et qui pourrait répondre à certaines interrogations pratiques concernant le questionnaire (par exemple, la manière de présenter les questions, le comportement à adopter face à certaines réactions, etc.).
- Il est pertinent d'avoir recours à des méthodes de soutien telles que l'intervision et la supervision afin de superviser la procédure et d'en améliorer la qualité.

## Niveau « moyen » ou « élevé » : quand orienter vers un professionnel de santé ?

4.5

Si le demandeur d'asile atteint un niveau « moyen » ou « élevé » au questionnaire PROTECT, la personne conduisant l'entretien doit l'orienter vers un examen approfondi de santé mentale ou physique (l'orientation n'est pas obligatoire : le demandeur d'asile peut la refuser). Les dispositifs de santé (santé publique, centres spécialisés) doivent être préparés à recevoir des demandeurs d'asile vulnérables identifiés et à fournir une évaluation approfondie ainsi que le traitement nécessaire.

Si une orientation n'est pas possible, un second entretien doit être demandé et le questionnaire peut être utilisé directement par le demandeur d'asile à un stade ultérieur de la procédure dans un but de sensibilisation sur de potentiels problèmes de santé.

Dans les deux cas, la personne conduisant l'entretien devrait également prévenir les

autorités compétentes que la personne a été identifiée comme vulnérable et qu'elle a besoin d'un examen de santé mentale en bonne et due forme (devant faire office de fondement pour accéder à un soutien matériel et à des soins de santé mentale et physique plus approfondis).

Les États membres doivent assumer leurs responsabilités envers les demandeurs d'asile vulnérables en soutenant (matériellement et financièrement) le système d'identification et ses conséquences (soit l'adaptation des conditions d'accueil ou de la procédure de traitement médical). Le système de santé publique, ainsi que des centres spécialisés dans le traumatisme, peuvent y prendre part. Les autorités en charge de l'accueil et de l'immigration peuvent avoir besoin d'expertise sur la prise en charge des demandeurs d'asile vulnérables.

## Niveau « faible » : les risques

4.6

Certains risques doivent être pris en considération concernant le procédé d'identification précoce. Dans certains cas, le traumatisme n'est pas immédiatement identifiable après l'arrivée, en raison de la honte ressentie par le demandeur d'asile et son silence sur les symptômes du traumatisme, tel que le montre la littérature scientifique. Il est important d'être conscient qu'il est possible que des symptômes de problèmes psychologiques relatifs au traumatisme

et à la vulnérabilité apparaissent tardivement.

Si un demandeur d'asile n'est pas identifié comme psychologiquement vulnérable à un stade précoce, il est important que les autorités compétentes en matière d'asile n'utilisent pas cet élément pour saper la crédibilité de son récit. Il est donc important d'informer les autorités sur la manière de mettre en œuvre et d'interpréter cet outil.



**Annexe n°1 :**

**Références**

**bibliographiques**

- Commission Européenne. Étude du réseau académique Odysseus (Octobre 2006). Comparative Overview of the Implementation of the Directive 2003/9 of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers in the EU Member States, Institute for European Studies.
- Commission Européenne (Novembre 2007). Rapport au Conseil et au Parlement européen sur l'application de la directive 2003/9/CE du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, COM (2007) 745 final.
- Conseil Européen pour les Réfugiés et les Exilés (Juillet 2009). Complementary Protection in Europe, Comité consultatif néerlandais sur les migrations (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken).
- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (Septembre 2010). The Asylum Seeker Perspective: Access to Effective Remedies and the Duty to Inform Applicants, Country Factsheets.
- Human Rights Foundation of Turkey (2004). The Istanbul Protocol: Manual for the Effective Investigation and Documentation of Torture, Psychological evidence of Torture.
- Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié du Canada (2006). Directive n°8. Directives sur les procédures concernant les personnes vulnérables qui comparaissent devant la CISR. Canada, IRB-CISR.
- Ngalikpima, Matiada (Janvier 2010). Brochure on National Asylum Procedures, ERF – Transnational Dublin Project.
- Straimer, Clara (Novembre 2010). Vulnerable or invisible? Asylum Seekers with Disabilities in Europe, New Issues in Refugee Research, Research Paper No. 194.
- Wijnkoop, Myrthe & Vloeberghs, Erick (Mars 2010). Traumatized Asylum Seekers: a Vulnerable Group. Asylum seekers with Special Needs in the Asylum Process, Working Paper Ministerial Conference on Asylum (Bruxelles, 13-14 Septembre 2010). UNHCR, Improving Asylum Procedures: Comparative Analysis and Recommendations for Law and Practice, Key Findings and Recommendations.

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.). Washington, DC: APA.
- Aspinall P., Watters C. A review from an equality and human rights perspective. Human Rights.
- Asgary, R. G., Metalios, E. E., Smith, C. L., & Paccione, G. A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and human rights*, 9(2), 164-79. Consulté le 9 novembre 2010, sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265759>.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Bloemen, E., Vloeberghs, E. & Smits, C. (2006). Psychological and psychiatric aspects of recounting traumatic events by asylum seekers. In : Bruin, R., Reneman, M. & Bloemen, E. (eds.). *Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol*. Utrecht/Amsterdam, Pharos.
- Bollini, P. (1997). Asylum seekers in Europe: Entitlements, Health Status, and Human Rights Issues, *European Journal of Health Law*, 4(3): 253-265.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Cameron, H.E. (2010). Refugee Status Determinations and the limits of memory. *International Journal of Refugee Law*, (22), 4, 469-511.
- Cohen, J. (2001). Errors of recall and credibility: can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony? *The Medico-legal journal*, 69 (Pt 1), 25-34. Consulté le 9 décembre 2010, sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388067>.
- De Jong, J., Komproe, T. V. M., Ivan, H., von Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundarem, D. J. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5), 555-562.

- Dell'Osso, L., Shear, M. K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J. D., Frank, E., ... Cassano, G. B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4: 2.
- Eisenbruch, M. (1992). Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 8-10.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. (Avril 2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 365(9467), 1309-1314. Consulté le 19 octobre 2010, sur [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6).
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Herlihy, J. & Turner S. W. (2009). The psychology of seeking protection. *International Journal of Refugee Law*, (21), 2, 171-192.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hodes, M. (2010). The mental health of detained asylum seeking children. *European child & adolescent psychiatry*, 19(7), 621-3. doi: 10.1007/s00787-010-0093-9.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611-621.
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A. et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362(9397), 1721-1723. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14846-5.
- Kelly, N. & Stevenson, J. (2006). *First Do No Harm: Denying Healthcare to People Whose Asylum Claims Have Failed*, Londres, Refugee Council. Consulté le 3 février 2010 sur [http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport\\_juno6.pdf](http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport_juno6.pdf).
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., & Crépeau, F. (2004). Research ethics and the plight of refugees in detention. *Monash bioethics review*, 23(4), 85-92. Consulté le 18 octobre 2010, sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15688516>.

- Kroll, J. (2003). Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. *Journal of the American Medical Association*, 290, 667–670.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H. and Jong, J. T. V. M. (2007). Prevalence and Predictors of Health Service Use Among Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10): 837-844.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Svang, T. (1998). Dose-effect relationship of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482-488.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlic', N, Lavelle, J., Sarajlic', I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282, 433-439.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical journal of Australia*, 185(7), 357-61. Consulté le 2 octobre 2010, sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014402>.
- Peel, M., Lubell, N. & Beynon, J. (2005). *Medical Investigation and Documentation of Torture. A Handbook for Health Professionals*. Colchester, Univ of Essex, Human Rights Centre.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth S., et al. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–16.
- Roberts, K. (2006). Lost in the System? Disabled Refugees and Asylum Seekers in Britain. *Disability and Society*, 15(6): 943-948.
- Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306-12. doi: 10.1192/bjpp.108.053223.

- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D. M., Marnane, C., Bryant, R. A., & Ommeren, M. van. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-49. doi: 10.1001/jama.2009.1132.
- Straimer, C. (2010). Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe. Geneva. Consulté sur <http://www.unhcr.org/4cd9765b9.pdf>.
- Lustig, L.S., Kureshi, S., Delucchi, K. L., Iacopino, V. & Morse, S. (2008). Asylum Grant Rates Following Medical Evaluations of Maltreatment among Political Asylum Applicants in the United States. *Journal Immigrant Minority Health*, 10, 7-15.
- Van der Kolk, B. A. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. In R.Yehuda (Ed.), *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press.
- Zachary, S., Shakeh, M., Derrick, S., Marianio, C., Jorge, A., & Alvin Tay Kuo, W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.007.





# Annexe n°2 : FAQ

(version de septembre 2011)

*Cette FAQ fait partie du « Livret PROTECT » – aux côtés du questionnaire lui-même – remis à la personne conduisant l'entretien. Cette section doit fournir une réponse à un certain nombre des questions qui pourraient être posées à propos de l'utilisation du questionnaire PROTECT. Cette liste sera mise à jour dès lors que de nouveaux commentaires seront apportés.*

### Quels sont les buts du Questionnaire ?

---

- Reportez-vous à la première page du livret :
- Le Questionnaire PROTECT a été développé afin de faciliter la procédure d'accueil des demandeurs d'asile, en conformité avec les directives du Conseil Européen.
- Le Questionnaire facilite la reconnaissance précoce des personnes ayant subi des expériences traumatiques, par exemple les victimes de torture, de violences psychologiques, physiques ou sexuelles.
- Les demandeurs d'asile ayant souffert de telles expériences traumatiques devraient être orientés vers des professionnels de santé à un stade précoce de la procédure d'asile afin d'éviter l'aggravation et/ou la manifestation chronique de problèmes de santé et afin d'adapter les conditions d'accueil et la procédure d'asile à leurs besoins.

### Ce questionnaire a-t-il un but préventif ?

---

Oui, le Questionnaire a pour but d'identifier les souffrances psychologiques, aussi tôt que possible, afin d'éviter le développement de graves troubles psychologiques et problèmes associés.



Quelles précautions doivent être prises pour protéger le demandeur d'asile ?

Une explication approfondie du sens et de l'objet de ce Questionnaire devra être faite au demandeur d'asile, dans la mesure où il peut faire ressurgir des souvenirs potentiellement violents. De ce fait, il est nécessaire pour l'intervieweur :

- D'être prêt à reconnaître la souffrance du demandeur d'asile pour qu'il se sente compris et accepté.
- De ne pas remettre en question la véracité de son vécu.
- De prendre conscience que les victimes de torture peuvent percevoir toute personne détentrice de l'autorité ou pouvant prendre des décisions qui affectent leur vie comme un potentiel bourreau. Il est alors essentiel de toujours laisser le demandeur d'asile décider s'il/elle se souhaite ou non répondre à une question.

Quelles précautions doivent être prises pour protéger l'intervieweur ?

L'intervieweur doit suivre certaines lignes directrices, parmi lesquelles :

- Ne pas chercher à détailler le(s) événement(s) traumatique(s).
- Garder une attitude professionnelle et se limiter uniquement au contenu du questionnaire.
- Ne pas endosser le rôle de thérapeute.

## Conditions pour remplir le questionnaire

6.3

### Qui doit mettre en pratique ce questionnaire ?

Les intervieweurs doivent être indépendants et neutres. Il peut s'agir :

- De travailleurs sociaux, d'infirmières, de médecins généralistes, d'autres professionnels de santé, de conseillers juridiques et d'avocats, considérés comme étant, de par leur position, en mesure d'identifier les victimes de torture et de travailler avec ce Questionnaire.
- De bénévoles intervenants auprès des demandeurs d'asile et ayant suivi une formation.

### Le Questionnaire peut-il établir un diagnostic ?

Non, le Questionnaire peut uniquement établir une présomption du degré de vulnérabilité psychologique (faible, moyenne, forte), qui implique un besoin potentiel de traitement thérapeutique (pour un degré moyen ou fort), ainsi que l'adaptation des conditions d'accueil et de la procédure d'asile à ces besoins spécifiques.

### Le Questionnaire peut-il être utilisé pour évaluer des enfants ?

Non, il ne peut être utilisé qu'avec des adultes (personnes de plus de 18 ans).

### Le Questionnaire existe-t-il en d'autres langues ?

Oui, le Questionnaire est disponible en :

- Anglais
- Français
- Allemand
- Bulgare
- Néerlandais
- Hongrois
- Espagnol
- Albanais
- Arabe
- Oromo (d'Éthiopie)
- Farsi
- Polonais
- Russe
- Serbo-croate
- Somalien
- etc.

Il est alors nécessaire de s'assurer que l'intervieweur et le demandeur d'asile comprennent la langue choisie (avec ou sans l'aide d'un interprète). Le Questionnaire peut être utilisé soit dans la langue du pays d'accueil, soit dans celle du demandeur d'asile.

## Quel est le groupe ciblé par le Questionnaire ?

---

Le Questionnaire doit être effectué avec tous les demandeurs d'asile adultes, à moins que la personne ne présente des signes évidents d'un besoin immédiat d'assistance (psychologique ou physique), par exemple un état de grossesse avancé, un handicap mental, une maladie grave, etc

## Que faire si une personne ne présente aucun symptôme ?

---

Le Questionnaire doit tout de même être mis en œuvre. L'absence de symptômes ne signifie pas que le demandeur d'asile n'a pas subi d'expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard et il/elle pourrait nécessiter une assistance psychologique, médicale et juridique supplémentaire.

Dans certains cas, les symptômes n'apparaissent qu'après un certain temps, par exemple après que la personne s'est remise de son voyage ou des conditions précaires d'accueil.

Compléter le Questionnaire avec chaque demandeur d'asile permet également de collecter des données représentatives.

## Quelles sont les circonstances requises pour mettre en œuvre le Questionnaire ?

---

Le Questionnaire doit être mis en œuvre lors d'un entretien confidentiel entre l'intervieweur et le demandeur d'asile, de préférence dans un cadre privé, avec l'intention de construire une relation positive avec la personne.

## Est-il possible pour un demandeur d'asile de remplir le questionnaire seul ?

---

Non, l'intervieweur doit guider le demandeur d'asile tout au long du Questionnaire, avec ou sans interprète. Le Questionnaire ne doit pas être donné au demandeur d'asile pour une mise en œuvre autonome.

## Est-il approprié pour l'intervieweur de mener un Questionnaire touchant à la vie privée de la personne, la menant potentiellement à revivre des expériences traumatiques et lui imposant d'autres souffrances ?

---

Le Questionnaire a spécialement été développé pour être utilisé par un personnel non médical/psychologue, pour l'identification précoce de demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques. Etant donné que les signes et les symptômes qu'il met à jour sont plutôt intimes et inextricablement liés à un sujet sensible et difficile, afin de respecter la vie privée de la personne, il est nécessaire pour l'intervieweur de se limiter au cadre du Questionnaire et d'éviter de rentrer dans les détails des expériences traumatiques vécues.

## Quel est le sens exact du mot « souvent », utilisé dans la plupart des questions ?

---

Cela signifie que l'évènement se déroule à une fréquence plus importante que ce qui est considéré comme normal par la personne, et qui par conséquent cause une souffrance.

### Quel sera le ressenti du demandeur d'asile par rapport au Questionnaire ?

---

En fonction de leurs expériences passées, de leur pays d'origine et de leur état psychologique actuel, il peut être difficile pour le demandeur d'asile de répondre à certaines questions. Des sentiments de honte, de chagrin et de méfiance peuvent survenir. Dans ce cas, les intervenants non-médicaux ne doivent pas solliciter d'informations supplémentaires, mais plutôt adresser la personne vers le personnel de santé.

Néanmoins, le Questionnaire sensibilise le demandeur d'asile et lui permet de nommer et de quantifier les symptômes qui lui étaient préalablement impossible d'expliquer et de comprendre.

Il peut aider la personne à établir des liens entre différents symptômes, leur origine et leurs conséquences. Il peut également mettre en lumière d'anciennes plaintes ou problèmes ayant déjà été sources de confusion et d'incompréhensions.

De nombreux survivants considèrent difficile de parler de leurs expériences traumatiques. L'intervieweur peut tenter de véhiculer l'idée selon laquelle demander de l'aide peut apaiser les souffrances, et que même s'il n'est pas possible pour la victime de parler à ce moment, il y aura toujours une possibilité de le faire plus tard.

### Suggestions sur la façon de gérer des situations difficiles (par exemple, si le demandeur d'asile devient très agité ou énervé pendant l'entretien)

---

Bien que la prise en charge des crises et de la détresse des personnes ayant subi des traumatismes est généralement la tâche de spécialistes (psychiatre, psychologue, médecins, etc.), dans certains cas il est nécessaire d'agir immédiatement.

La principale règle est de rester calme et de se contrôler, et de ne pas se laisser influencer par les émotions et les comportements de l'autre personne. Cela peut avoir un effet apaisant.

Il est ensuite important de garder une attitude respectueuse et empathique, et de demander à la personne si on peut lui être utile de quelque manière que ce soit (par exemple, lui ramener un verre d'eau, laisser la personne dans la pièce jusqu'à ce qu'il/elle ne se sente plus énervé/e, appeler un membre de la famille, permettre de faire une brève pause, etc.).

Si la situation dépasse vos propres capacités et qualifications, il est nécessaire de faire appel à l'assistance d'un professionnel.

## Quel est l'objet de l'encadré « Observations supplémentaires » ?

---

Dans cet encadré, l'intervieweur peut noter toute remarque pertinente, mais ne devra pas donner une interprétation des résultats. Toute remarque devra être factuelle. Cet encadré sera utile pour tout professionnel de santé qui sera amené à prendre en charge le dossier ultérieurement. Il permettra d'améliorer l'efficacité de la procédure. Ces observations doivent être partagées avec le demandeur d'asile.

Exemples possibles d'observations :

- Le comportement du demandeur d'asile : il/elle pleure beaucoup, ne réagit pas, n'est pas attentif, etc.
- Des problèmes relatifs aux questions : difficultés dans la formulation des questions, confusion, difficulté à comprendre les questions, problèmes de traduction, etc.
- Des circonstances spéciales dans lesquelles le Questionnaire a été utilisé : un usage tardif, un second usage avec la même personne, etc.
- D'autres informations ou réactions qui peuvent être importantes ou pertinentes.

## Adresser le demandeur d'asile à un professionnel de santé

6.5

Que faire si le résultat du Questionnaire PROTECT est positif (moyen ou fort soupçon de souffrance psychologique) ?

Dans ce cas, une orientation du demandeur d'asile vers un professionnel de santé afin de procéder à un examen plus approfondi. Cela permettra de déterminer l'état de santé de la personne et le degré de traumatisme et d'indiquer un traitement. Si l'examen et le traitement ne sont pas dispensés par la même organisation et/ou le même professionnel, suivez la procédure-type du système d'accueil des demandeurs d'asile.

L'examen et les soins thérapeutiques ne peuvent jamais être obligatoires. Ils peuvent uniquement être conseillés et proposés au demandeur d'asile, qui a le droit de décider par lui/elle-même s'il/elle accepte cette consultation. Certains patients font preuve de résilience et/ou utilisent d'autres moyens pour dépasser leurs difficultés (famille, religion, communauté, etc.). Il est nécessaire pour tout professionnel de comprendre les besoins thérapeutiques spécifiques à chaque individu et de suggérer un traitement approprié. Il n'existe pas de solution universelle.

Comment aborder la notion de thérapie avec des personnes étrangères qui n'en sont pas familières et/ou avec des personnes qui ne désirent pas entreprendre un traitement ?

Il est nécessaire de prêter une attention particulière aux formulations utilisées et d'éviter toute insinuation faisant référence à un trouble mental. Pour beaucoup de victimes d'expériences traumatiques, l'idée de « folie » est terrifiante et pourrait entraîner une détresse supplémentaire, une honte et un refus d'implication dans l'identification.

Il peut être utile d'expliquer qu'établir un lien médical entre une expérience traumatique et les signes et symptômes qui en découlent permet au demandeur d'asile de mieux comprendre ses souffrances et l'aide à entrevoir une voie vers la guérison et le rétablissement.

Le patient doit comprendre qu'un traitement est disponible en permanence et qu'il/elle peut décider du moment où ce traitement lui semblera approprié.

## Le demandeur d'asile perçoit-il toujours le traitement thérapeutique comme positif ?

---

Non, dans la mesure où il peut être très douloureux d'évoquer des événements traumatiques. Il peut arriver qu'un demandeur d'asile veuille arrêter le traitement ou le suspendre.

Il est nécessaire de respecter la vie privée et le droit au silence des demandeurs d'asile. Ne paraissez pas trop insistant quant aux actions essentielles que devrait entreprendre la personne. Soyez respectueux du chemin de guérison que la personne a choisie.

## Que doit faire l'intervieweur lorsqu'aucun traitement n'est disponible dans la situation actuelle ?

---

S'il n'existe pas de traitement disponible après l'évaluation par le Questionnaire PROTECT, le demandeur d'asile pourrait légitimement se sentir frustré et trompé, et l'intervieweur pourra également douter de la portée de l'outil. Cependant, la détection est en soi bénéfique. Ces bénéfices doivent être communiqués au demandeur d'asile dans tous les cas.

Avant tout, il est important de rassurer la personne sur le fait que remplir le Questionnaire lui permet de prendre conscience de ses besoins individuels de traitement. Cela doit faciliter l'accès à un traitement ultérieur. Ensuite, des actions peuvent être immédiatement entreprises : les résultats du Questionnaire

doivent être notifiés aux personnes responsables de l'accueil (par exemple, représentant juridique, intervenants sociaux, autorités d'immigration et de détention, personnel médical). Cela pourrait influencer les conditions d'accueil, les soins de santé et la procédure légale.

## Quelles sont les conséquences d'une identification en « faible risque » ?

---

Certains risques doivent être pris en compte dans le cadre de la procédure d'identification précoce. Dans certains cas, le traumatisme peut ne pas être révélé immédiatement après l'arrivée. Honte et volonté de taire certains symptômes de traumatisme sont souvent présents chez les demandeurs d'asile. Il est important d'être conscient de la possibilité de révélation tardive de symptômes de troubles psychologiques liés à des traumatismes et à leur vulnérabilité.

Si un demandeur d'asile n'est pas identifié comme étant psychologiquement vulnérable à ce stade précoce, il est important que les autorités en charge de l'asile ne fassent pas un mauvais usage de ce résultat. Cela pourrait avoir un impact négatif sur la crédibilité du récit du demandeur d'asile. C'est pourquoi il est important d'informer les autorités de la façon dont doit être utilisé cet outil.

Comment l'intervieweur peut-il gérer son sentiment d'impuissance face à la situation du demandeur d'asile (par exemple, si la personne refuse un traitement) ?

Il est toujours difficile d'être témoin d'une souffrance sans être en mesure de la soulager. Cependant, il est important d'être conscient des frontières existantes entre la sphère privée et la sphère professionnelle, et des limites de la capacité à aider de chacun.

Dans les cas de victimes de torture, il est essentiel de leur laisser la liberté de prendre leurs propres décisions afin d'éviter de reproduire toute dynamique victime-bourreau.

L'intervieweur peut-il apaiser des souffrances sans être un thérapeute ?

Oui, avoir une attitude respectueuse, cohérente, sincère et empathique peut être thérapeutique en soi.

## Avantages de ce projet

## 6.7

En quoi les organisations peuvent-elles gagner à utiliser ce Questionnaire ?

Le Questionnaire fournit aux organisations un outil qui identifie la souffrance psychologique et facilite une identification pertinente et sensible des victimes de torture en particulier, même s'il n'existe aucun traitement disponible.

Les principaux bénéfices sont :

- Une meilleure sensibilisation à la souffrance et à la vulnérabilité des demandeurs d'asile.
- Des préconisations pour orienter les personnes vulnérables vers une prise en charge.
- Une sensibilisation quant aux possibilités d'adaptation des conditions d'accueil et des procédures d'asile.



Cette publication a été réalisée avec l'aide de l'Union Européenne. Le contenu de cette publication n'engage que les partenaires du projet PROTECT et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant les opinions de l'Union Européenne.