

Programme 4èmes ASSISES NATIONALES des UNITES MEDICALES des CENTRES de RETENTION ADMINISTRATIVE

Vendredi 27 et samedi 28 NOVEMBRE 2009

Lieu du congrès : Forum de la Faculté de Médecine 4, rue Kirschleger 67000 Strasbourg

PROGRAMME

Vendredi 27 novembre :

8h30 – 9h Accueil des participants

9h – 9h30 Allocutions de bienvenue :

Mr Roland RIES, maire de Strasbourg, (ou son représentant),

Dr Anne Sophie KORGANOW, médecin responsable du Centre de Réention Administrative (CRA) de Geispolsheim,

Présentation de l'Association Action Sida Ville (ASV), coorganisatrice des 4èmes Assises,

Présentation du programme des Assises : **Dr Patrick SPIESS**

COMMUNICATIONS DES ASSOCIATIONS

9h30 **Mme Caroline LARPIN**, coordinatrice adjointe du service de rétention de la CIMADE « Actualité des CRA vue par la CIMADE »

10h **Mme Marie Henocq**, Espace Santé-Droit, partenariat CIMADE- Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) : « Le rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE) : enseignements et conséquences.»

10h30 **Dr Arnaud VEÏSSE**, directeur du COMEDE: « Les médecins face à la protection des étrangers malades.»

11h Pause

11h 15 **Dr Murielle RONDEAU-LUTZ**, praticien hospitalier, CHU de Strasbourg, membre de Migration Santé Alsace (MSA): « Finalement, à quoi ça sert un interprète professionnel ?»

11h 45 **Dr Patrick OHAYON**, Président de la Fédération des Unités Médicales des CRA (FUMCRA) : «Assemblée Générale. Etat des lieux et plan de route de la FUMCRA »

Repas pris sur place vers 12h15

COMMUNICATIONS DES UNITES MEDICALES DES CRA

14h **Dr André-Jean REMY**, CRA, Perpignan : « Conduite à tenir face à la grippe porcine : la pandémie dans les CRA »

14h30 **Dr Patrick OHAYON**, CRA, Nice : « Confidentialité, secret médical et certificats médicaux : dans les CRA comme en ville ?»

15h **Dr Philippe DOMBRET**, CRA, Toulouse : « Gestion du refus de soins dans les CRA »

15h30 **Dr Alexandra HERBAY**, CRA, Strasbourg: « La consultation psychiatrique au CRA »

16h Pause

POLITIQUES DE MIGRATION EN EUROPE: DEMAIN, UNE PENSEE UNIQUE?

16h 30 **Pr Danielle LOCHAK**, Faculté de Droit, Université Paris-X : «La politique de maîtrise des flux migratoires en France et en Europe: quelles conséquences sur les droits des migrants ?"»

17h15 Fin

20h 30 Repas gastronomique au restaurant « la Maison des Tanneurs » à Strasbourg

Samedi 28 novembre

9h – 9h30 Accueil

COMMUNICATION DES UNITES MEDICALES DES CRA

9h30 **Mme Dominique BORDES**, cadre de Santé, **Mmes Martine DUPUIS-PAIRAULT et Brigitte MARIN**, infirmières au CRA de Vincennes : « Le travail de nuit des infirmières dans un CRA »

COMMUNICATION DU MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE

10h **Dr Sylvie GOSSEL**, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP). « Le suivi du Médecin Inspecteur de Santé Publique »

10h30 Pause

COMMUNICATION SUR LA PSYCHIATRIE DE L'EXIL

11h **Dr Bertrand PIRET**, psychiatre-psychanalyste, président de l'association Parole sans Frontière: " Reconnaître le traumatisme psychique pour un meilleur accompagnement"

COMMUNICATION DU CONTRÔLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE

11h 30 **Mr Jean Marie DELARUE**, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté : « Rôle du Contrôleur Général et coopération interactive avec les Unités Médicales des CRA. »

INTERVENTIONS CONCLUSIVES

12h 15 **Dr Patrick OHAYON, Dr Patrick SPIESS** : Conclusions, perspectives, passage de relais.

12h30 **Fin des Assises**

COMPTE-RENDU 4 EMES ASSISES NATIONALES DES UNITES MEDICALES DES CENTRES DE RETENTION ADMINISTRATIVE

Introduction

Les 27 et 28 novembre 2009 se sont tenues les 4èmes ASSISES NATIONALES des UNITES MEDICALES des CENTRES DE RETENTION ADMINISTRATIVE au Forum de la Faculté de Médecine à Strasbourg.

Ces Assises ont eu pour objet les échanges et le débat sur les pratiques des équipes médicales des Centres.

Elles font suite aux Assises de Perpignan (Dr Rémy, 2004), Nice (Dr Ohayon 2005) et Marseille (Dr Galinier 2008).

Elles rencontrent un réel succès compte tenu des besoins d'information et de confrontation des pratiques qu'éprouvent les équipes médicales, isolées et souvent désarmées face à la complexité de leur tâche. Elles ont pour but l'amélioration de la prise en charge des personnes retenues, dans les domaines du soin, de la défense des droits de séjour, des conditions de rétention et du respect de leur dignité.

L'échange sur les pratiques n'est pas le seul objet de cette rencontre nationale. Les aspects théoriques (éthiques, juridiques et sociologiques) y ont une part essentielle. C'est pourquoi étaient invitées des personnalités de référence (Mr Jean Marie Delarue, Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés, Mme Danielle Lochak, professeur de Droit à l'Université Paris-Nanterre,) à participer à la rencontre de Strasbourg ainsi que les associations investies dans la prise en charge des migrants : la CIMADE (Mme Caroline LARPIN), le COMEDE (Dr Arnaud Veisse, directeur), Migration Santé Alsace (Dr Murielle Rondeau-Lutz).

Allocution de bienvenue

Le Dr Patrick SPIESS et l'adjointe au maire Mme Marie Dominique DREYSSE souhaitent la bienvenue aux participants. Strasbourg représente un espoir particulier d'asile et d'accueil. Ville frontière, européenne (Conseil de l'Europe, Parlement Européen) Strasbourg est un symbole d'espoir, de paix et de réconciliation entre les peuples.

Mais cet espoir bute sur les lois actuelles sur l'immigration. En effet, la ville est soumise au droit local ce qui l'oblige à assumer les soins. Que faire alors de ce droit local ? Beaucoup de personnes (collectivités, structures d'accueil...) sont concernées par les étrangers en situation irrégulière.

Le Dr Anne Sophie KORGANOW, praticien hospitalier responsable du Centre de Rétention Administrative (CRA) de Geispolsheim présente le Centre avec ses 3 vacations médicales/semaine, 4 infirmières et un cadre à temps partiel. Le CRA de Geispolsheim a une capacité d'hébergement de 34 places pour une durée moyenne de séjour de 13,4 jours. 768 personnes sont passées dans ce CRA en 2008. 44 procédures maladies ont été établies et 11 de ces étrangers signalés malades ont été expulsés.

Avant 2002, la durée de séjour était limitée à 12 jours au maximum contre 32 jours actuellement.

Présentation d'Action Sida Ville (ASV)

ASV est une association de professionnels de santé locaux impliqués depuis 15 ans dans le domaine des infections par le VIH, des hépatites, des toxicomanies et autres addictions.

Action Sida Ville est composée de professionnels de santé formés (médecins, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux ...) qui travaillent en partenariat avec des associations locales œuvrant dans les mêmes domaines d'activité ainsi qu'avec des structures hospitalières spécifiques.

ASV a ainsi souhaité apporté son expérience et sa disponibilité pour ces Assises.

Intervention de Mme Caroline LARPIN, coordinatrice adjointe du service de rétention de la CIMADE

« *Actualité des CRA vue par la CIMADE* »

Le premier débat a porté sur les échanges des associations dans les centres de rétention. L'objectif de l'équipe est de veiller aux droits des migrants et au respect du secret médical. La CIMADE est un lieu d'écoute et de parole et permet certains soins « oubliés ». Elle a pour but de manifester une solidarité active avec ceux qui souffrent et assure leur défense, quelle que soient leur nationalité, leur origine, ou leur position politique ou religieuse. Les équipiers de la CIMADE visitent les étrangers retenus, leur fournissent les informations juridiques et l'assistance sociale indispensables tout en assurant les liens entre ces étrangers et l'extérieur du centre, surtout avec les familles. Elle formule si besoin des propositions tendant à l'amélioration des conditions de rétention.

Mais depuis 2003 on observe l'instauration de quotas d'expulsion qui entraîne en pratique le durcissement des conditions d'application des droits des étrangers. La réalité est plus sordide que ce que nous dit le Ministère de l'Immigration (arrestation devant les écoles, encouragement et répression, arrestations de femmes enceintes, d'enfants et de nourrissons, dérives...). La tension est vive dans les centres de rétention (violences, stress, promiscuité entre bien portants et malades, automutilation, tentatives de suicides, grèves de la faim, consommation de médicaments psychotropes en hausse...). Or rien ne semble faire prendre conscience aux pouvoirs publics que la machine à expulser « déconne ». On dénonce aussi le caractère anxiogène de l'allongement de la durée de rétention ainsi que l'absence d'informations qui ne font que renforcer le stress des retenus. L'accès aux soins diffère d'un centre à l'autre. Il est rendu difficile quand il y a plus de 100 personnes dans un centre. Il y a le problème de la langue, le secret médical qui n'est pas toujours respecté ainsi que le problème de la procédure à suivre (pas respecté ou pas connue) ; les personnes libérées ne reçoivent pas copies des documents pour régulariser leur situation administrative.

Les problèmes persistent et se creusent de plus en plus. Les plus fragiles psychologiquement sont ballottés de l'hôpital psychiatrique en centre de rétention. Les tensions s'accroissent. Il faudrait une nécessaire communication entre les services médicaux, administratifs et la CIMADE.

Enfin, cette dernière dénonce la caractérisation et la déshumanisation des centres de rétention, où les situations individuelles passent à l'arrière plan. Le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale » relève de l'appréciation individuelle de chaque médecin. Le risque d'exclusion des soins

nécessaires en cas de retour au pays d'origine doit également être évalué individuellement, et pose 2 questions: le traitement est-il disponible dans le pays d'origine ? La personne pourrait-elle effectivement y accéder ? En effet, l'étranger malade pour lequel l'absence de traitement présente un risque « d'une exceptionnelle gravité » et dont la prise en charge dans son pays d'origine est impossible doit être protégé contre une mesure d'éloignement, grâce à l'intervention du médecin de l'UMCRA (Unité Médicale du Centre de Rétention Administrative) et du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) du département où se trouve le centre de rétention.

Intervention de Mme Marie HENOCQ, Espace Santé Droit, partenariat CIMADE - Comité Médical pour les Exilés (COMEDE)

« Le rapport de l'ODSE : enseignements et conséquences »

Dans le même registre Marie Henocq souligne l'imperfection de la procédure malade/pas malade, peut voyager/ne peut pas voyager, si traitement/pas de traitement dans son pays. Le secret médical n'est pas toujours respecté. Certains formulaires n'existent qu'en français. La loi dit pourtant que si le retenu est gravement malade et qu'il ne peut pas effectivement être soigné dans son pays, on ne peut l'éloigner afin qu'il puisse bénéficier de ces soins sur le territoire français. L'ODSE exige donc le strict respect du droit au séjour pour raisons médicales et demande l'abandon des quotas d'expulsions incompatibles avec un examen individuel des situations et le respect des droits des personnes.

On remarque une articulation entre le rôle du médecin du centre de rétention et celui du MISP.

Le médecin du centre de rétention établit un rapport médical (plus éventuellement la possibilité ou non de le traiter dans son pays d'origine) au MISP de la DDASS qui le signale à la préfecture. Souvent l'état de santé du retenu n'est pas même compatible avec la seule rétention.

Le MISP est obligé de répondre aux questions sur le traitement, sa durée et sa possibilité de réalisation dans son pays d'origine. Son avis est ensuite transmis au préfet du département. Mais est-il transmis à la bonne préfecture du département où est situé le centre de rétention ? Ou est-ce le département où il y a eu l'infraction ? Et comment le préfet s'occupe-t-il de la procédure d'éloignement ?

D'autre part, avec les « fiches photos » on observe une tentative de violation du secret médical. Le retenu ne peut pas avoir son rapport médical, il ne lui est pas transmis.

Il serait temps d'harmoniser les discussions autour des centres de rétention car les procédures sont différentes à chaque fois.

Intervention du Dr Arnaud VEÏSSE, directeur du COMEDE

« Les médecins face à la protection des étrangers malades »

Le Comité Médical pour les Exilés ou COMEDE, partenaire de la CIMADE, n'intervient pas dans les centres de rétention mais travaille en réseau avec certains acteurs de ces derniers et répond depuis près de 30 ans aux difficultés des

exilés arrivant en France et exclus des soins. Il a vu en consultation 18 996 patients entre 2002 et 2008 dont 1/3 serait suivi pour affection grave et/ou chronique, dont 81% diagnostiquées en France (hépatites, VIH, cancer...). A cela s'ajoute des facteurs de vulnérabilité (traumatisme de l'exil, persécutions, exclusion liée à la précarité administrative, difficultés de communication).

Le COMEDE remarque également trois principaux groupes pathologiques : les psycho traumatismes, les maladies infectieuses (VHB, VHC, VIH, tuberculose) ainsi que les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires/hypertension artérielle, diabète, asthme).

Les repères juridiques et déontologiques intègrent le cadre législatif (loi Debré 1997 et loi Chevènement 1998), le rapport médical destiné au MIS (recommandations déontologiques en faveur de la continuité des soins), l'évaluation des risques (nécessitant une impartialité dans l'expertise technique), ainsi que l'interprétation des risques (neutralité illusoire pour une question d'éthique).

Pourtant aucuns textes ne parlent de certificats médicaux mais de rapports médicaux en faveur des soins ! Quel est donc le risque de ne pas être soigné dans son pays d'origine ?

En ce qui concerne le risque d'exceptionnelle gravité, le COMEDE nous fait remarquer qu'il y a un risque significatif de mortalité prématuré et/ou de handicap grave, justifiant la poursuite de la prise en charge médicale requise. Pour le VIH par exemple, il n'y a pas de limitation temporelle, pour l'hépatite B chronique pas de certitude évolutive. Enfin il y a un différentiel de prise en charge thérapeutique pour le diabète ou l'hypertension.

Au sujet du risque d'exclusion des soins au pays « sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier du traitement approprié », on constate une corrélation entre le « traitement approprié » et la prise en charge médicale effective, une accessibilité aux soins et la non disponibilité aux soins, mais aussi un impact des recommandations restrictives officielles.

Le dispositif concernant l'évolution générale du droit au séjour reste inchangé (loi Debré et Chevènement). L'application est de plus en plus restrictive (accès à la procédure, pressions sur les MIS, violation du secret médical, expulsions contre avis médicaux). De plus on note une réelle opacité des consignes et des statistiques (données ministérielles non publiées depuis 2002).

On remarque une chute globale des taux d'accord concernant la 1^{ère} demande de titre de séjour et la demande de renouvellement de ce dernier, ainsi qu'une chute du recours contentieux auprès du tribunal depuis 2004. Mais aussi des discriminations spatiales et nationales dans l'accès au droit.

Ainsi les taux d'accord suivent les mouvements politiques et médiatiques. Une demande plus forte entraîne des taux d'accord plus bas. Dans les départements à plus forte présence étrangère on constate des refus de plus en plus fréquents ainsi que chez les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest et du Nord. De façon générale on remarque un transfert de l'administration vers les juridictions.

Le COMEDE se voit donc chaque jour obligé de s'opposer à la requête des migrants alors que la déontologie médicale exige d'y accéder. Cette inflation de la demande inquiète les médecins de l'association car elle met en danger la marche même de la structure de soins.

Intervention du Dr Murielle RONDEAU-LUTZ, praticien hospitalier, CHU de Strasbourg, membre de Migration Santé Alsace (MSA)

« *Finally, à quoi ça sert un interprète professionnel ?* »

Quels sont les obstacles institutionnels et provenant des soignants à l'utilisation d'un interprète professionnel médico-social ?

A l'occasion de ces 4èmes assises des Unités Médicales en Centre de Rétention Administrative (UMCRA), Patrick Speiss m'a demandé de vous parler de l'interprétariat en UMCRA. C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup et j'ai l'avantage d'avoir trois « casquettes » pour le faire : celle de présidente de l'association Migrations Santé Alsace, celle de praticien hospitalier et enfin celle d'ancien médecin de l'UMCRA de Geispolsheim où j'ai exercé il y a quelques années. Ces trois expériences me donnent la possibilité de parler de ces différents points de vue.

Dans ce propos, je prendrai l'exemple des interprètes de Migrations Santé Alsace, mais pour que les choses soient claires d'emblée, je tiens à préciser que Migrations Santé Alsace n'a pas de visées hégémoniques et que je cherche à promouvoir, l'accès aux droits à la santé des patients, via un interprétariat professionnel de qualité, quel que soit sa « provenance ».

L'étude réalisée par Patrick Ohayon et Céline Leccia il y a deux ans montrait que l'utilisation d'interprètes professionnels n'est pas encore une pratique généralisée dans les unités de soins des centres de rétention administrative. Pour mieux en comprendre les raisons, je voudrais me plonger avec vous dans l'analyse des obstacles à l'utilisation de tels interprètes.

Pour commencer, quelles sont donc les éventualités lorsque l'on doit soigner un patient d'une autre langue ?

- Première éventualité : il n'y a pas d'interprète. Imaginez vous au Cambodge par exemple, avec un problème de santé. Certains d'entre vous savent peut être déjà ce que c'est que d'être malade, d'avoir peur de souffrir ou de mourir, mais vous n'avez probablement pas encore fait l'expérience d'avoir en face de vous un médecin qui ne comprend pas ce que vous dites, et qui vous dit des choses que vous ne comprenez pas : a-t-il compris ce que vous avez, votre problème de santé (grave ou non), ou votre détresse, ce traitement est-il adapté, dangereux, a-t-il des effets secondaires, le médecin sait-il que vous avez une allergie grave à la pénicilline? Il est clair que cette façon d'exercer est très dangereuse (dans cette situation fictive) pour vous, au Cambodge et le sera pour vos patients non francophones lorsque vous êtes en situation de les soigner.
- Autre éventualité : vous consultez avec l'aide d'une personne bilingue de l'entourage familial ou amical du patient. On les appelle des « interprètes de proximité » mais je préférerais les appeler des « intermédiaires ». Ce sont des personnes dont vous ne connaissez pas la compétence linguistique et ni les relations qu'elles ont avec le patient. Cela est pire que tout car, comme des

études l'ont montré, cela ne change pas grand-chose par rapport à l'absence d'interprète : il y aura très souvent des erreurs grossières de diagnostic, comme uriner pour avoir de la diarrhée, être fou pour être épileptique, par méconnaissance des termes français médicaux ou rapportés au corps, à la maladie, les questions seront mal traduites dans 16 à 82 % des cas (d'où des réponses inadaptées). De plus, le patient ne pourra pas tout dire devant cette personne intermédiaire et il y a un risque d'auto-censure. Il y aura en conséquence des erreurs de prescription par le médecin ou des erreurs d'utilisation d'un traitement par le patient. Le plus trompeur, c'est que souvent le médecin a l'impression d'une consultation qui s'est bien déroulée, l'intermédiaire n'ayant pas intérêt à ce que le patient ou le médecin s'aperçoive de ses limites. En centre de rétention, l'utilisation d'un compatriote est encore plus risquée car entreront en jeu le lien entre les deux retenus, un éventuel rapport de forces entre celui qui sait un peu parler français et l'autre... etc.

- Troisième éventualité : l'interprète est une personne bilingue membre du personnel détachée et non formée pour servir d'interprète. Dans l'article de Glenn Flores, on découvre que les écueils sont les mêmes qu'avec un intermédiaire. De plus la question peut se poser de savoir à qui incombera la responsabilité de ce qui a été mal traduit : le soignant ? La personne bilingue ?

- Dernière possibilité : vous travaillez avec un interprète professionnel formé (sur place ou par téléphone) : je parlerai avant tout des interprètes de Migrations Santé Alsace, que je connais bien, à travers mon argumentaire pour utiliser un interprète professionnel, et d'où je partirai de nos freins à utiliser un interprète

Les obstacles à l'utilisation d'interprètes professionnels sont institutionnels avant tout.

Pour commencer, rien n'est prévu officiellement, semble-t-il, dans les budgets des UMCRA, pour assurer l'interprétariat, alors que vous avez, bien sûr, à faire face en majorité à des personnes non francophones.

Ce n'est pas surprenant, car à ce jour, et à de très rares exceptions près, il n'y a pas non plus de ligne budgétaire prévue pour l'interprétariat dans les hôpitaux, alors que les hôpitaux prennent en charge de nombreux migrants, ont des permanences d'accès aux soins de santé et ceci alors que le bénéfice de l'utilisation d'un interprète est net, ne serait-ce qu'en terme de durée de séjour.

Plus encore, la fonction d'interprète médico-social n'existe pas encore dans les institutions de la santé en France, alors que des interprètes sont déjà employés, ne serait-ce que pour les sourds dans les unités dédiées.

En conséquence, la formation d'interprète médico-social n'est pas encore définie et les solutions trouvées par les hôpitaux et les soignants pour résoudre les problèmes linguistiques sont très hétéroclites, y compris en terme de qualité.

Mais les soignants ne s'ont pas nombreux à s'approprier l'usage d'un interprète professionnel.

Pour essayer de comprendre pourquoi, je vais me baser sur mon expérience propre.

Tout d'abord, quand on n'a jamais consulté avec un interprète professionnel, on n'a souvent pas conscience de ce qu'il peut apporter. C'est un peu comme un enfant malvoyant qui chausserait des lunettes pour la première fois ... tout devient

plus simple, plus net et on ne peut plus s'en passer... le premier frein est donc l'**ignorance** de ce qu'apporte un interprète professionnel, l'ignorance parfois même que cela existe, et l'idée qu'il n'y a pas de meilleure solution que l'« intermédiaire », tout en ayant vaguement l'impression que ce n'est pas parfait (c'est souvent le secret médical qui nous titille en premier, nous les soignants, dans ces situations). Je parle en toute connaissance de cause, ayant vécu cette étape.

Deuxième frein : **la méfiance**... « Traduttore, traditore », traduire, c'est trahir, disent les italiens. Lorsqu'une situation est complexe, et cela arrive parfois dans les centres de rétention, il est bien difficile de faire confiance à celui qui sera le messenger de nos paroles, surtout si il est compatriote du patient. Tout est perfectible, bien sûr, mais l'interprète de Migrations Santé Alsace, lui, bénéficie de groupes d'analyse de pratiques, de formations, qui lui permettent de se positionner de façon neutre, dans les situations les plus difficiles.

C'est un frein qui est donc vite oublié avec la pratique. Si nous craignons parfois l'immixtion dans la relation soignant-soigné d'un interprète professionnel, que penser d'une relation soignant soigné sans parole, parce qu'il n'y a pas d'interprète...

Troisième frein : le doute sur la **qualité de la traduction** : vous avez confiance dans l'interprète, mais vous pouvez avoir des doutes sur l'exactitude de sa traduction. .. C'est un écueil que vous pouvez provoquer vous-même : en parlant pendant 5 minutes avant de passer la main à l'interprète, en utilisant des mots techniques qu'un français « moyen » ne comprend pas non plus et que l'interprète n'a pas à expliquer de lui-même au patient. Finalement, ce n'est pas l'interprète professionnel qui traduit mal, c'est nous-mêmes qui prenons conscience que ce que nous disons n'est pas forcément très clair.

Pour vous assurer de la compréhension d'une chose importante, vous pouvez demander au patient (via l'interprète) de reformuler ce que vous venez de dire (évités les questions fermées du type « avez-vous compris ? »). Pour le reste, l'interprète professionnel de Migrations Santé Alsace est évalué en langue, à un niveau d'étude minimal exigé par le profil de poste, bénéficie d'un tutorat au début de son emploi et de temps d'analyses de pratique.

Quatrième frein : **les contraintes du dispositif**... il faut l'organiser, téléphoner, tenir compte de la disponibilité de l'interprète. Il est sûr que la programmation peut prendre un peu de temps, et que dans le contexte de l'urgence elle pose problème, mais en dehors de cela, cette démarche permettra de mieux échanger avec le patient et, en terme d'énergie économisée, sera vite rentabilisée.

Cinquième frein, la nécessité d'un **investissement** : pour bien bénéficier d'un dispositif innovant, il faut l'investir : un interprète, c'est presque comme un défibrillateur ... à la dernière minute, c'est un peu tard pour savoir comment s'en servir (quoique les défibrillateurs aient, ces derniers temps, gagné en simplicité d'utilisation). Il faut avoir quelques éléments pour une collaboration efficace sinon, cela risque de mal se passer et on en gardera un sentiment négatif.

Les freins suivants sont ceux qui vont nous faire un peu "mal" : le confort de la vie sans interprète.

Cela permet de **s'éviter des émotions difficiles** : Il est clair que les migrants ont parfois, voire souvent dans les Centres de Rétention Administrative, des histoires terribles à nous raconter. Il est humain de souhaiter préserver son équilibre en évitant d'avoir à affronter des récits aussi lourds et difficiles et, sans langue commune, il est possible de vivre dans des univers parallèles. En dehors de l'absence d'une langue commune, lorsqu'on choisit d'écouter le patient avec un « intermédiaire », compatriote, compagnon de chambre en rétention, il faut savoir que celui-ci peut être pris lui-même dans son transfert au soignant, et souvent souhaiter lui faire plaisir, cherchant à lui éviter des détails qu'il peut juger inutiles (parfois c'est tout à fait l'inverse qui se produit et l' « intermédiaire » veut prouver sa bonne volonté au patient, plaidant plus que traduisant et en rajoutant) L'autre attitude à laquelle il faut renoncer, avec un interprète professionnel, c'est le **paternalisme** : quand le patient ne comprenait rien, c'était tellement bien de décider à sa place, même si - plein de doutes envers la prescription, le diagnostic - ce dernier ne suit pas le traitement.

Si l'on veut résumer ce que fait l'interprète, dans ce point sensible pour nous, on peut dire, comme Jean Dagon (médecin fondateur de la 1ère unité de soins dédiée aux sourds en France), **qu'il rétablit un rapport de forces : les deux interlocuteurs sont à un pied d'égalité** -linguistique- dans les échanges : c'est du respect de l'autre, c'est lui permettre d'être, au moins là, acteur de ce qui lui arrive, et cela permettrait peut-être, par cette attention témoignée, de faire baisser le niveau d'agressivité.

On pourrait encore citer d'autres sentiments que peut provoquer la présence de l'interprète : par exemple, la jalousie - effectivement, l'interprète est le seul à entendre les 2 langues, mais il ne peut pas diagnostiquer, soigner, rassurer, guérir... Autre vilain défaut : notre coquetterie : comment l'interprète (tout comme le patient) me juge-t-il, moi, en tant que médecin, en tant qu'infirmière, en tant qu'homme ? Si je ne me trouve pas parfait (ce qui arrive parfois) je vais m'auto-censurer et me sentir bridé par sa présence ...Cette coquetterie a déjà probablement été mise à l'épreuve du regard des autres (collègues, patients, collaborateurs, famille de patients) dans notre parcours de soignants. Si elle craint encore le regard de l'interprète, je n'y vois pas d'autre solution qu'une analyse

Donc en résumé, l'interprétariat médico-social professionnel a surtout beaucoup de défauts :

- **Quand on commence à s'en servir, on ne peut plus s'en passer...**
- **On apprend des choses sur soi, sur sa façon de soigner**
- **Il nous oblige parfois à affronter de dures réalités**
- **Il remet le patient à égalité linguistique**
- **Il ne cherche pas à nous faire plaisir, mais à interpréter du mieux possible**
- **Mais surtout :**
 - * **Il nous aide à réduire notre risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques**
 - * **Il nous permet d'instaurer une vraie relation soignant-patient**

Murielle Rondeau-Lutz
Présidente de Migrations Santé Alsace

Crée en 1975, Migrations Santé Alsace (MSA) a pour objet de promouvoir l'accès et l'exercice des interprètes pour les migrants. Partout, les problèmes posés par l'accueil et les soins aux exilés sont les mêmes : Accès aux soins, soutien médico-psychosocial, soutien juridique, certification médicale. En cas de difficulté de communication, le recours à un interprète professionnel est d'autant plus nécessaire que la situation est précaire. Or la précarité sociale qui affecte les exilés résulte le plus souvent de celle de leur statut administratif, conséquence directe de l'exclusion légale des étrangers.

Pour les migrants non francophones et récemment arrivés en France, les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge. Les difficultés provisoires du nouvel arrivant à s'exprimer dans la langue nationale renforcent la perte de l'identité et de l'estime de soi, au moment même où le besoin de relation et de reconnaissance est le plus fort.

Des accompagnateurs divers font donc office d'interprètes plus ou moins fiables, selon leur propre maîtrise de la langue. Et là, le secret médical est souvent rompu, les traductions sont approximatives voire fausses, il y a des malentendus et des omissions...

La présence d'un interprète professionnel est donc toujours préférable car elle permet aux patients de se soigner dans de bonnes conditions. La qualité des soins est meilleure, le consentement éclairé est possible et les malentendus sont réduits. Les interprètes de Migrations Santé Alsace travaillent dans un cadre déontologique. Ce cadre permet de répondre, dans le respect et le droit, aux demandes d'interventions auprès des personnes fragilisées, en détresse à cause d'une situation sociale, économique ou culturelle difficile. Les interprètes doivent respecter le secret professionnel, rester neutre dans toutes les situations et traduire fidèlement tout les propos échangés. Ils doivent de même se montrer disponible à tout entendre et établir immédiatement une relation de confiance et de respect avec le patient.

Il existe des problématiques auxquelles sont confrontés les interprètes (exclusions, incompréhensions, maladies ou accidents, méfiances ou dérives, doutes sur la qualité de la traduction ...). Celles-ci sont variées et délicates.

Même si l'interprétariat est totalement gratuit pour l'utilisateur (des financements publics ou privés assument le coût des interventions), on note beaucoup d'obstacles institutionnels pour l'assurer car il n'y a pas de ligne budgétaire prévue dans les UMCRA (Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative), ni dans les hôpitaux.

De plus il n'existe pas de service public d'interprétariat en France et le recours à l'interprétariat professionnel reste dans la pratique limité aux structures qui en ont intégré les bénéfices.

Intervention du Dr André-Jean REMY, CRA de Perpignan

a. « Conduite à tenir face à la grippe porcine : la pandémie dans les CRA »

Le virus H1N1 frappe partout, y compris dans les centres de rétention administrative où sont enfermés les étrangers qui n'ont pas le droit de séjourner sur le territoire français.

En avril 2009 a débuté l'épidémie de grippe A. Le 1^{er} cas en France est apparu en mai 2009. Durant l'été qui suit l'ensemble des professionnels de santé se mobilisent pour le rappel des mesures barrières.

Ici vous trouverez le fichier PowerPoint avec les procédures adoptées, les difficultés rencontrées et leurs résolutions.

→ [insérer le fichier PowerPoint](#)

b. « Dépistage du VIH par Quick Test dans une UM-CRA : résultats préliminaires »

La population des personnes retenues est souvent jeune, masculine et avec des comportements à risque d'infection à VIH. Or le dépistage sérologique classique avec une obtention des résultats en 3 à 5 jours, n'est pas adapté à leur courte durée de séjour.

→ [insérer le fichier PowerPoint](#)

Intervention du Dr Patrick OHAYON, CRA de Nice

« Confidentialité, secret médical et certificats médicaux : dans les CRA comme en ville ? »

Le secret médical demeure une ardente obligation. Les médecins doivent être soucieux du respect de la déontologie médicale. Ils peuvent révéler les adaptations rendues nécessaires par la santé d'un retenu dans la vie quotidienne, mais en aucun cas révéler sa santé. La présence dans un même lieu de la police (ou de la gendarmerie), d'associations, de soignants et d'intervenants divers peut entraîner des difficultés quand au respect du secret. Il faut donc en être conscient et rester très vigilant.

→ [insérer le fichier PowerPoint](#)

Intervention du Dr Philippe DOMBRET, CRA de Toulouse

« Gestion du refus de soins dans les CRA »

Un individu malade a toujours le droit de refuser un soin, quelles que soient ses raisons pour le faire. Personne ne peut l'obliger à se soigner s'il ne le désire pas. C'est une liberté individuelle, essentielle, pas toujours facile à comprendre pour la famille, l'entourage ou pour l'équipe médicale.

Mais ce refus pourrait avoir des conséquences et sur l'individu et sur l'entourage.

Il faut donc l'amener à accepter les soins, tenter de le convaincre en instaurant une relation de confiance, en s'efforçant de le rassurer et de l'encourager, mais aussi de s'interroger sur les raisons profondes de ce refus sans le remettre en cause. Aussi le médecin doit tout mettre en œuvre pour persuader le retenu de se

soigner. Il doit être persuasif pour gagner l'accord du retenu pour la réalisation des soins.

Il convient de respecter la volonté du patient tout en l'informant de sa situation et des conséquences du refus de soins (avec un interprète si possible).

Est-ce que le retenu malade a bien compris l'enjeu du traitement ? S'il refuse un traitement dans une situation grave, se rend-il compte que son pronostic vital est en jeu ?

De plus, bien souvent il y a la barrière linguistique, le niveau socio-éducatif, des convictions et des comportements différents (religion, sexualité, rapport soignants/soignés), l'angoisse (peur du résultat, phobie de la douleur) mais parfois aussi une sidération mentale, un désespoir profond liés à sa situation.

* Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés (sauf urgence ou impossibilité). Il doit également rechercher le consentement de la famille pour le patient mineur ou sous tutelle. Seule l'urgence caractérisée, ou l'impossibilité de contacter quiconque, justifie l'intervention en l'absence de tout consentement.

* Lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté et qu'il refuse un soin, on envisage deux hypothèses :

- La première ne pose pas de problème : c'est celle du patient qui refuse un traitement dans une situation où il existe pour le médecin une alternative thérapeutique. Le médecin peut donc malgré tout exercer son art tout en respectant la volonté du patient.

- La deuxième hypothèse est plus complexe et donne lieu à débat. Il s'agit de celle du patient qui refuse un traitement ou un acte alors que cette décision met sa vie en danger et qu'il n'existe pour le médecin aucune autre alternative thérapeutique. Il est donc dans ce cas face à un choix difficile : respecter la volonté du patient tout en sachant que cela aura peut-être une conséquence fatale pour celui-ci ; ou bien aller à l'encontre de la volonté du patient en pratiquant l'acte refusé mais dans l'objectif unique de lui sauver la vie.

Le danger immédiat pour la vie de la personne peut conduire le médecin à passer outre au refus exprimé. Il existe ici un conflit d'intérêts : la liberté individuelle du patient s'oppose à l'obligation pour le médecin de tout mettre en œuvre en cas de péril. L'urgence permet donc de passer outre à l'absence de consentement du patient mais sous condition de respect d'une triple condition :

- Il ne doit exister aucune autre alternative thérapeutique
- la vie de l'intéressé doit être en jeu
- les actes accomplis doivent être indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état.

Aussi, il n'existe aucune solution universelle mais que du cas par cas mettant en jeu deux individus avec leurs valeurs, leurs éducations et leurs sentiments.

Intervention du Dr Alexandra HERBAY, CRA de Strasbourg
« La consultation psychiatrique au CRA »

Le médecin psychiatre en CRA n'est pas neutre mais il n'est pas un militant non plus. Il se trouve dans une dimension complexe avec un rôle d'expertise, d'espace, d'écoute et de parole.

→ [manque le texte](#)

Intervention du Professeur Danielle LOCHAK, Faculté de Droit, Université Paris-X

« La politique de maîtrise des flux migratoires en France et en Europe : quelles conséquences sur les droits des migrants ? »

La continuité d'une politique répressive en France

L'accent mis depuis plus de trente ans sur la « maîtrise des flux migratoires » et la volonté de prévenir et de réprimer l'immigration irrégulière ont conduit à accroître les prérogatives de l'administration et les moyens de surveillance et de contrôle de la police au détriment des droits fondamentaux des migrants.

Un bilan rétrospectif fait apparaître que, contrairement à ce qui avait été annoncé en 1974, ce n'est pas seulement l'immigration de main-d'œuvre qui a été touchée par la politique dite de « maîtrise des flux migratoires », mais aussi les demandeurs d'asile, les étudiants, les membres de famille, les touristes, les conjoints de Français. Quand on regarde les chiffres, quand on observe l'évolution des textes et des pratiques qui ont resserré les conditions du regroupement familial, freiné la délivrance des visas, rendu plus difficile pour les étudiants le renouvellement de leur carte de séjour, placé mille obstacles sur la route des demandeurs d'asile, on est bien obligé d'admettre que l'objectif était bien de stopper ou de limiter au maximum tous les flux d'immigration, asile inclus. Quant aux acquis de la loi de 1984 qui conférait un droit au séjour stable et quasi-inconditionnel à tous ceux qui avaient des attaches en France, ils ont été progressivement grignotés par les réformes ultérieures.

Parallèlement, on a assisté à la mise en place d'un réseau de surveillance de plus en plus dense, en même temps que les sanctions s'aggravaient : démultiplication des contrôles à l'entrée du territoire, opérés à la fois par les consulats et par la police des frontières, mais aussi par l'ensemble des autorités des États parties à la convention de Schengen ; généralisation des contrôles d'identité destinés à repérer les clandestins ; multiplication des visites domiciliaires et des enquêtes de police pour débusquer les membres de famille présents illégalement en France ; modification des règles du code civil pour contrer les mariages blancs ou, désormais, les « paternités de complaisance » ; perfectionnement des instruments de fichage ; aggravation constante des peines encourues pour séjour irrégulier ; multiplication des lieux d'enfermement des étrangers et allongement de la durée de cet enfermement ; renforcement des pouvoirs de l'administration en général et de la police en particulier au détriment de celui des juges, etc.

On a vu aussi s'installer l'encouragement à la délation : les chefs d'établissements, les travailleurs sociaux, les employés des ANPE subissent des pressions de plus en

plus fortes de leur hiérarchie, allant jusqu'à des menaces de sanctions, pour dénoncer les situations d'irrégularité dont ils ont connaissance. Parallèlement, sur la base d'une interprétation de plus en plus large du délit d'aide au séjour irrégulier, les poursuites se multiplient contre les citoyens qui, ne se résignant pas au sort réservé à leurs élèves, leurs amis ou leurs voisins, les hébergent et les soutiennent financièrement et matériellement. D'autres, qui refusent d'assister en silence à la violence des expulsions, sont inculpés et parfois condamnés pour « entrave à la circulation des aéronefs » ou « rébellion ».

La « communautarisation » de la politique d'immigration et d'asile : mécanismes, expressions et conséquences.

Un des objectifs fondamentaux de l'Union européenne - rappelé encore par le traité de Lisbonne signé en 2007 - est d'offrir aux citoyens un espace de liberté, de sécurité et de justice sans frontières intérieures. Il est bien dit aux *citoyens* - d'autant que cet espace qui n'a pas de frontières intérieures a des frontières externes encore mieux gardées (logique de Schengen). Parmi les onze éléments constitutifs de cet « ELSJ » figure l'item : « libre circulation des personnes, asile et immigration ». Qui lui-même se subdivise en un certain nombre d'objectifs : la liberté de circulation des citoyens en est un, mais tous les autres sont des mesures dirigées contre les migrants, considérés implicitement ou explicitement comme la source de risques auxquels il faut parer : SIS, franchissement des frontières extérieures, visas, asile, immigration et droits des ressortissants des États tiers, relations avec les États tiers.

Avec Amsterdam, les politiques relatives à l'asile, à l'immigration et les autres politiques liées à la libre circulation des personnes - désignées comme les affaires « JAI », pour justice et affaires intérieures - ont été extraites du troisième pilier et intégrées au pilier communautaire. Au sommet de Tampere, en octobre 1999, les chefs d'État et de gouvernement se sont déclarés déterminés à exploiter pleinement les possibilités offertes par le traité d'Amsterdam » en élaborant des politiques communes dans les domaines de l'immigration et de l'asile. La politique d'asile et d'immigration commune a été divisée en quatre volets : un régime d'asile européen commun, une politique de gestion des flux migratoires, un traitement équitable pour les ressortissants de pays tiers (libre circulation et « intégration ») et un partenariat avec les pays d'origine. Il a été affirmé :

- que la possibilité de jouir de la liberté de circuler librement dans toute l'Union ne devait pas être une prérogative des seuls citoyens communautaires ;
- que l'Union se voulait « ouverte et sûre, pleinement attachée au respect des obligations de la convention de Genève sur les réfugiés et capable de répondre aux besoins humanitaires sur la base de la solidarité » ;
- qu'il fallait promouvoir « l'intégration dans nos sociétés des ressortissants des pays tiers qui résident légalement dans l'Union ».

Un tournant s'est opéré au sommet de Séville, en juin 2002, au cours duquel il a été décidé d'accorder « une priorité absolue » aux mesures contenues dans le Plan global de lutte contre l'immigration clandestine adopté un peu plus tôt et de donner aux questions de migration une « place privilégiée » dans le calendrier des travaux. C'est dans ce contexte, nourri de l'obsession sécuritaire qui s'est imposée après le 11 septembre 2001 au nom de la lutte contre le terrorisme, que se sont poursuivis les travaux de rapprochement des politiques d'immigration et d'asile. Parallèlement à ce processus normatif, une série de mesures ont été décidées ou

prises en place dans les domaines du contrôle des flux migratoires et de l'éloignement des étrangers illégaux.

Compte tenu de la réticence des États membres à abandonner leurs prérogatives dans le domaine de l'immigration, la plupart des directives adoptées sont rarement contraignantes. Ce qui veut dire que les pays dont la législation est plus restrictive peuvent en général la conserver, et dans ce cas la directive éventuellement « libérale » ne sert à rien pour améliorer le sort des étrangers. Inversement, si elle n'empêche pas en principe les États de maintenir des dispositions plus avantageuses, elle encourage dans les faits à une harmonisation par le bas.

Cette politique conduit à la multiplication des dispositions répressives qui restreignent inéluctablement l'exercice de droits fondamentaux : liberté de circulation, liberté individuelle, droit de vivre en famille, droit d'asile, droit aux soins, droit de ne pas être soumis à des traitements inhumains et dégradants, droit à la vie...

I. L'immigration légale : la situation des étrangers installés sur le territoire de l'Union

A. L'égalité refusée

L'entrée en vigueur du Traité de Maastricht, en institutionnalisant la citoyenneté de l'Union, n'a fait qu'accentuer le contraste entre la situation des bénéficiaires de la libre circulation et celle de ses exclus. Exclus de la libre circulation, exclus du libre établissement, exclus de l'égalité de traitement, les ressortissants des pays tiers se sont trouvés exclus désormais aussi de la participation politique.

Au sommet de Tampere avait néanmoins été proclamée la volonté de promouvoir « l'intégration dans nos sociétés des ressortissants des pays tiers qui résident légalement dans l'Union ». Mais au bout de dix ans, on ne compte que quatre directives visant - au moins en théorie - à favoriser l'intégration. Les deux premières ont une portée marginale : elles concernent les chercheurs et les déplacements à fins d'études ou de volontariat. La troisième concerne *le statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée*. La dernière traite du *regroupement familial*. Les droits qu'elles confèrent sont de plus très limités.

- S'agissant des résidents de longue durée, une très ancienne revendication visait à ce qu'ils puissent eux aussi bénéficier de la liberté de circulation et d'établissement dans l'ensemble de l'Union et de l'accès libre au marché de l'emploi de tous les États membres, au même titre que les citoyens de l'Union. La directive finalement adoptée le 25 novembre 2003 reste très en deçà : d'abord parce que, pour pouvoir prétendre à ce statut, il faut remplir beaucoup de conditions - conditions de ressources, notamment, et aussi d'intégration... -, ensuite parce que l'accès au marché du travail dans un autre État que celui où l'on réside reste subordonné à une autorisation donnée en fonction de la situation de l'emploi, comme pour n'importe quel étranger qui arrive pour la première fois. Il n'est donc absolument plus question d'égalité de traitement : la préférence communautaire l'emporte.

- Quant à la directive sur le regroupement familial du 22 septembre 2003, il a fallu trois années de négociation pour finalement obtenir l'accord des États sur des standards minimaux - auxquels ils ont de surcroît la possibilité de déroger.

B. La précarisation des résidents étrangers sous couvert d'intégration

La législation française

Les deux lois Sarkozy du 26 novembre 2003 et du 24 juillet 2006 continuent le grignotage progressif des acquis de la loi de 1984 sur la carte de résident, en privant de nouvelles catégories d'étrangers d'un accès de plein droit à un titre de longue durée : membres de famille, parents d'enfants français, conjoints de Français, étrangers résidant régulièrement en France depuis plus de dix ans. Mais surtout, elles prennent prétexte de la nécessaire intégration des étrangers pour justifier leur maintien dans une situation précaire aussi longtemps qu'ils n'ont pas donné des gages d'intégration : l'étranger doit prouver qu'il est intégré pour obtenir une carte de résident et il est maintenu dans une situation précaire aussi longtemps qu'il n'a pas donné des gages d'intégration. La loi Hortefeux du 20 novembre 2007 poursuit dans le même sens en imposant aux candidats au regroupement familial et aux conjoints de Français de se soumettre, dans leur pays de résidence, à l'évaluation de leur « degré de connaissances de la langue et des valeurs de la République ».

Les textes communautaires

Le rôle que l'on fait jouer à l'intégration dans les textes communautaires est lui aussi très ambivalent. L'intégration est présentée comme un objectif à atteindre dans l'intérêt des migrants. Mais c'est aussi et surtout une obligation imposée aux migrants eux-mêmes, qui conditionne selon les cas l'accès au territoire, l'obtention d'un droit au séjour, ou l'accès au séjour durable. Ainsi, la directive sur le statut des résidents de longue durée exige qu'ils remplissent des conditions d'intégration soit pour accéder au statut de résident dans le pays où ils sont établis, soit pour obtenir le droit au séjour dans un autre État membre.

Dans la directive relative au regroupement familial l'intégration sert d'alibi pour restreindre de plusieurs façons le droit au regroupement familial : possibilité, si l'enfant a plus de douze ans et arrive indépendamment du reste de sa famille, d'« examiner s'il satisfait à un critère d'intégration prévu par sa législation existante ». Toujours « afin d'assurer une meilleure intégration » les États membres peuvent demander que le regroupant et son conjoint aient atteint un âge minimal. Enfin, les États membres « peuvent exiger des ressortissants de pays tiers qu'ils se conforment aux mesures d'intégration, dans le respect du droit national ».

Et l'évolution risque de ne pas s'arrêter là. Le Pacte européen sur l'immigration et l'asile adopté à l'initiative de la France lors du Conseil européen d'octobre 2008 invite en effet les États à « mieux réguler l'immigration familiale » et à prendre en considération « les capacités d'intégration des familles appréciées au regard de leurs conditions de ressources et de logement dans le pays de destination ainsi que, par exemple, de leur connaissance de la langue de ce pays ». Les États membres sont également invités à mettre en place des politiques d'intégration reposant sur « l'équilibre des droits des migrants et de leurs devoirs (respect des lois du pays d'accueil) » et à prendre des mesures mettant « l'accent sur le respect des identités des États membres et de l'Union européenne ainsi que de leurs valeurs fondamentales telles que les droits de l'homme, la liberté d'opinion, la démocratie, la tolérance, l'égalité entre les hommes et les femmes et l'obligation de scolariser les enfants ».

La conception de l'intégration des immigrants a donc considérablement évolué en quelques années. Elle était conçue initialement comme une obligation pesant sur les États, dont la réalisation pouvait être favorisée par un statut juridique stable. Dans un second temps le droit de séjour permanent a été présenté comme la récompense d'une intégration réussie. On est en train de passer à une troisième phase, dans laquelle le défaut d'intégration est un motif valable pour refuser ou retirer le droit au séjour.

C. Les demandeurs d'asile, de moins en moins protégés

La profusion des textes communautaires traduit l'extrême préoccupation des États membres dans ce domaine. Mais derrière la réaffirmation des grands principes et de la fidélité à la Convention de Genève, l'ambition est bel et bien de limiter la reconnaissance du statut à ceux qui, malgré tous les obstacles (voir plus loin), ont réussi à parvenir jusqu'au territoire de l'Union. A travers une série de règlements et directives régissant l'accueil des demandeurs, les procédures qui leur sont applicables ou encore la détermination du pays qui sera chargé de mettre en œuvre ces procédures, le dispositif commun d'asile semble orienté vers un objectif de dissuasion plus que de protection.

Ainsi, la directive du 29 avril 2004, concernant les normes minimales relatives aux conditions à remplir pour pouvoir prétendre au statut de réfugié, comprend deux dispositions sont particulièrement néfastes pour le droit d'asile :

- d'une part, la vérification d'une possibilité d'asile interne : c'est-à-dire qu'avant d'accorder protection à une personne, les États membres devront s'assurer que le demandeur d'asile ne pouvait pas trouver protection à l'intérieur même de son pays d'origine ou de résidence habituelle.
- d'autre part la recherche d'une éventuelle possibilité pour le requérant de demander protection à tout autre acteur que son État, à savoir un parti ou une organisation qui contrôlerait une partie substantielle de son territoire.

La directive de du 1^{er} décembre 2005 sur la procédure d'octroi et de retrait du statut a pour but d'accélérer les procédures : limitation des recours, procédures d'urgence pour les demandes irrecevables, considérées comme dilatoires ou manifestement infondées, ou encore procédure particulière à la frontière comportant un filtrage opéré par le biais de l'examen du caractère manifestement infondé d'une demande d'asile.

La systématisation de notions comme celles de « pays de premier asile », de « pays tiers sûr », de « pays d'origine sûr » traduisent l'idée que la provenance des demandeurs d'asile peut constituer en elle-même un motif d'irrecevabilité de leur requête, soit parce qu'ils sont originaires d'un pays « où il n'existe généralement pas de risque de persécution », soit parce que, en fuyant leur pays d'origine, ils ont transité, avant d'arriver dans le pays où ils déposent leur demande d'asile, par un pays où ils auraient pu trouver refuge.

À ceci s'ajoute l'interprétation restrictive de la définition du réfugié, accompagnée d'exigences de preuve de plus en plus sévères. D'où la chute considérable du taux de reconnaissance de la qualité de réfugié : il était en France, dans les années soixante-dix, autour de 90 % ; il tourne désormais autour de 15 %, avec des différences considérables d'une nationalité à l'autre.

Enfin, les conventions de Schengen et Dublin ont mis en place un système, à peine assoupli par le règlement dit « Dublin II », qui interdit au demandeur d'asile de déposer deux demandes successives dans deux États membres et de choisir l'État

membre où il souhaite faire examiner sa demande, le règlement Dublin II se bornant à introduire quelques assouplissements en matière de réunification des familles. Et le fichier Eurodac, créé par le règlement du 11 décembre 2000 en vue d'une application efficace de la convention de Dublin, permet de stocker et de comparer les empreintes dactyloscopiques non seulement des demandeurs d'asile, mais de tout étranger appréhendé à l'occasion du franchissement d'une frontière extérieure ou en situation de séjour irrégulier dans l'un des États membres.

Un autre volet de la stratégie de contournement de la Convention de Genève réside dans la multiplication des sous-statuts qui permettent de bénéficier d'une assistance humanitaire ou d'un droit au séjour précaire, mais pas d'accéder au statut prévu par la Convention de Genève. On pense d'abord aux réfugiés qui peuplent les camps d'Afrique ou d'Asie, placés sous la protection du HCR et maintenus à bonne distance de l'Europe, sans aucune perspective d'être un jour reconnus comme réfugiés. Mais sur le territoire des États européens également on a vu se créer des statuts particuliers à référence humanitaire (en dernier lieu, la protection subsidiaire prévue par la directive de 2004) qui ont pour effet, sinon pour but de ne pas accorder le statut de réfugié à des personnes dont on sait pourtant qu'elles ne peuvent pas retourner dans leur pays.

D. Le sort des bénéficiaires de la politique d'immigration choisie **Une ouverture contrôlée des frontières aux migrants utiles**

Sur la base de rapports d'experts de plus en plus nombreux tirant la sonnette d'alarme sur la situation démographique et économique de l'Europe qui rendrait inévitable le recours à l'immigration économique, la Commission européenne a préconisé dès 2000 de rouvrir l'immigration de travail, laquelle contribuerait à la croissance, à l'équilibre des systèmes de protection sociale et finalement à la prospérité de l'Europe. Au sommet de La Haye de novembre 2004, la Commission a été invitée à présenter un programme d'action relatif à l'immigration légale. Parmi les cinq propositions prévues dans le cadre de ce programme, seule a été jusqu'à présent adoptée - c'est significatif - la directive du 25 mai 2009 établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié, avec pour objectif avoué d'« améliorer la capacité de l'Union européenne à attirer les travailleurs hautement qualifiés des pays tiers ».

En phase avec la politique annoncée au niveau communautaire, la politique inaugurée par Sarkozy, ministre de l'intérieur, à partir de 2003 se fonde sur le postulat d'une reprise de l'immigration de travail, classée du côté de l'« immigration choisie » - celle qui répond aux besoins de l'économie française - par opposition à l'« immigration subie » qui désigne l'immigration de famille et les demandeurs d'asile.

Si l'on peut douter que le dispositif mis en place pour promouvoir une « immigration choisie » parvienne à atteindre son objectif, il a en revanche toutes les chances de renforcer la précarisation des salariés étrangers, même s'ils font partie de cette immigration « choisie ». Pour eux, en effet, le droit au séjour sera conditionné par l'autorisation de travail. Et celle-ci, délivrée sur la base de l'exercice d'un emploi ou en vue de l'occupation d'un emploi, sera limitée dans le temps, assujettie au maintien du lien de subordination avec l'employeur, son renouvellement n'étant jamais de droit.

La reprise de l'immigration de main-d'œuvre n'est donc pas nécessairement - ni même probablement - annonciatrice d'un progrès pour les migrants : d'une part, parce que les frontières vont s'entrouvrir pour les travailleurs qu'on aura triés mais resteront fermées pour l'écrasante majorité des migrants ; d'autre part parce que si on fait venir les travailleurs immigrés dont on a besoin, on les renverra quand on n'en aura plus besoin, conformément à la vision utilitariste qui continue à prévaloir : l'immigration choisie est en réalité une « immigration jetable ».

Au niveau communautaire, on relève l'insistance mise sur la nécessité de promouvoir la migration circulaire : celle-ci permettrait à la fois aux États membres de satisfaire leurs besoins de main-d'œuvre et aux pays d'origine de bénéficier de transferts de compétence sans s'exposer à la fuite des cerveaux. En pratique, elle institutionnalise la précarité puisqu'elle implique la délivrance exclusive de titres de séjour de courte durée : elle répond surtout à la préoccupation des États membres qui veulent éviter que cette immigration de travail ne se transforme en immigration durable, comme ce fut le cas après la guerre et à nouveau après l'arrêt de l'immigration en 1974.

II. Les étrangers en situation irrégulière

A. La dénéiation des droits. L'exemple du droit à la santé

La sécurité sociale, les prestations familiales, le droit au logement, le RMI et bien d'autres prestations encore sont refusées aux sans papiers. Si, à l'origine, pour avoir droit à la sécurité sociale, il suffisait d'avoir sa résidence en France, depuis 1993 un étranger ne peut plus être affilié à la sécurité sociale ni prétendre au versement des différentes prestations (maladie, maternité, invalidité, vieillesse...), que ce soit en qualité d'assuré social ou d'ayant droit, s'il n'est pas titulaire d'un titre de séjour.

La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) a amplifié le problème au lieu de le résoudre puisque la CMU a été réservée aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, laissant donc hors de son champ les sans papiers (ou les titulaires d'autorisations de séjour précaires) - et cette fois, eux seuls. Pour ne pas priver de toute couverture les étrangers en situation de séjour irrégulier ou précaire, la loi a laissé subsister l'aide médicale, prise désormais en charge par l'État - d'où son nom d'« aide médicale État » ou AME -, qui couvre les étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité de séjour et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Ce dispositif, au départ assez ouvert, a provoqué par la suite, dans un contexte de crispation sur les chiffres et de lutte contre l'immigration irrégulière, une réaction de la classe politique. Des réformes successives sont venues restreindre l'accès à l'AME au point de remettre en cause pour beaucoup d'étrangers la possibilité effective d'accéder aux soins. Jusqu'en 2003, il suffisait, pour avoir droit à l'AME, de résider en France, sans condition de durée de séjour, ce qui excluait seulement les personnes de passage en France. Désormais, le demandeur doit justifier de trois mois de présence sur le territoire français. Par ailleurs, lorsque le demandeur n'était pas en mesure de produire des justificatifs, une simple attestation sur l'honneur suffisait. Il doit à présent prouver à l'aide de justificatifs qu'il réside en France depuis plus de trois mois et que ses ressources sont inférieures au plafond.

Même dans le cas où ils remplissent les conditions pour obtenir l'AME, les étrangers en situation irrégulière peuvent être dissuadés de faire les démarches nécessaires

par crainte que leur situation ne soit dévoilée et d'être reconduits à la frontière. Crainte qui n'est pas entièrement fantasmagorique lorsqu'on se rappelle les pressions dont sont l'objet les travailleurs sociaux, allant jusqu'à des menaces de sanctions, pour dénoncer les situations d'irrégularité dont ils ont connaissance.

B. Des régularisations au compte-gouttes

Dans le Pacte européen pour l'immigration et l'asile, il est dit que « le Conseil européen convient [...] de se limiter à des régularisations au cas par cas et non générales, dans le cadre des législations nationales, pour des motifs humanitaires ou économiques ».

Étrangers malades

Dans un contexte de stigmatisation de l'immigration subie - et quoi de plus « subi » que des malades qui pèsent sur les dépenses de santé? -, le message désormais clairement adressé aux préfetures est qu'il y a trop de cartes délivrées sur le fondement de la maladie. On constate, de fait, une très nette diminution du nombre de titres de séjour délivrés ou renouvelés et une augmentation corrélative du nombre d'expulsions de malades vers des pays où ils ne seront pas soignés.

Victimes de la traite

Les personnes qui acceptent de coopérer avec la justice en déposant plainte ou en témoignant dans une procédure pénale contre les auteurs d'actes de proxénétisme ou de traite des êtres humains dont elles ont été victimes peuvent se voir délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale ». Cette disposition résulte de la transposition des dispositions de la directive du 29 avril 2004 relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers victimes de la traite des êtres humains. Mais la délivrance est laissée à l'appréciation du préfet et dans la pratique le système fonctionne très mal.

Régularisation à titre humanitaire

Dans la législation française, les mécanismes de régularisation de plein droit ont été supprimés pour les étrangers qui justifiaient de dix ans de séjour habituel en France. En contrepartie, la loi du 24 juillet 2006 a introduit dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile une procédure nouvelle de régularisation au cas par cas. Dans ce cadre, une carte de séjour peut être délivrée à l'étranger « dont l'admission au séjour répond à des considérations humanitaires ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir ».

Régularisation sur le fondement de l'occupation d'un emploi

Cette possibilité de régularisation est résiduelle et soumise au pouvoir discrétionnaire du préfet. La loi Hortefeux de 2007 a certes prévu qu'un étranger déjà présent en France pouvait solliciter son « admission exceptionnelle au séjour » - autrement dit sa régularisation - et la délivrance d'une carte « salarié » s'il présente une promesse d'embauche correspondant à l'un des métiers et l'une des zones géographiques fixées au niveau national. Mais cette liste ne comporte que trente métiers, essentiellement des métiers qualifiés ou très qualifiés correspondant à des spécialités souvent pointues, dans des secteurs comme le

commerce, l'électricité et électronique, l'informatique, le bâtiment et les travaux publics.

C. La traque policière et la répression

La police s'est vue doter de pouvoirs de contrôle, d'instruments de surveillance, de moyens de contrainte toujours plus étendus : contrôles d'identité, fichage, multiplication des fichiers intégrant un nombre croissant de données, y compris biométriques, avec possibilité d'interconnexion et extension des destinataires des informations collectées, usage de la force.

La politique du chiffre inaugurée à partir de 2002 justifie désormais rafles, arrestations à domicile, convocations piège, enfermement des enfants...

À côté des contrôles effectués par la police existent d'autres contrôles, plus insidieux. Les maires avant de célébrer un mariage, les agents chargés des inscriptions scolaires n'hésitent pas à contrôler, en toute illégalité, les titres de séjour des futurs conjoints ou des parents. Les chefs d'établissements, les travailleurs sociaux, les employés des ANPE subissent des pressions de plus en plus fortes de leur hiérarchie, allant jusqu'à des menaces de sanctions, pour dénoncer les situations d'irrégularité dont ils ont connaissance.

Par ailleurs, sur la base d'une interprétation large du délit d'aide au séjour irrégulier, des poursuites sont engagées contre les citoyens qui les hébergent ou les soutiennent financièrement et matériellement. D'autres, qui refusent d'assister en silence à la violence des expulsions, sont inculpés et parfois condamnés pour « entrave à la circulation des aéronefs » ou « rébellion ».

D. Renvoi forcé, enfermement, accords de réadmission

Les « vols conjoints », vols à risque

La France en 2002 et l'Italie en 2004 ont fait des propositions pour la mise en place de « vols communs », autrement dit de charters européens, débouchant sur la décision du 29 avril 2004 « relative à l'organisation de vols communs pour l'éloignement, à partir du territoire de deux États membres ou plus, de ressortissants de pays tiers faisant l'objet de mesures d'éloignement sur le territoire de deux États membres ou plus ». Avant même la décision de 2004, plusieurs vols charters associant au moins deux États membres avaient été organisés. Les charters permettent en effet de réaliser des économies non négligeables par rapport aux renvois effectués sur les lignes régulières. Cependant, ils induisent des risques pour les personnes concernées. Car pour remplir un avion il faut en avoir les passagers à disposition, donc de les maintenir sous contrôle le temps de l'organisation matérielle du départ, d'autre part d'avoir pu en rassembler un nombre suffisant, ce qui constitue une incitation à effectuer des arrestations dans des quartiers fréquentés par certaines communautés, avec les risques de bavures qu'elles comportent. Les risques que fait courir l'organisation par un seul pays de « vols groupés » ne peuvent qu'être amplifiés en cas de charters « communautaires », c'est-à-dire d'avions affrétés conjointement par plusieurs pays de l'Union. A l'automne 2008, la Cour européenne des droits de l'homme a sommé la France de surseoir au renvoi par charter d'immigrés afghans vers leur pays, faute de garanties quant à leur sort une fois rentrés. Ceci n'a pas empêché de réitérer l'expérience en octobre 2009 après la destruction des jungles du Calais.

Dans les conclusions du Conseil européen des 29 et 30 octobre 2009 est prévu le « renforcement des capacités opérationnelles de l'agence Frontex » et l'examen de la possibilité d'affréter régulièrement des vols de retour communs financés par elle.

La directive retour

La directive du 16 décembre 2008 oblige les États membres à prendre une décision de retour à l'encontre des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier sur leur territoire. Une décision de retour peut être associée d'une interdiction d'entrée dont la durée ne peut pas dépasser cinq ans... à moins que le ressortissant d'un pays tiers constitue une menace à la sécurité publique ou nationale. Les États membres peuvent placer en rétention le ressortissant d'un pays tiers pendant la procédure de retour. Théoriquement limitée à six mois, la rétention peut être prolongée dans certains cas de douze mois supplémentaires.

Privation de liberté et mauvais traitements

L'enfermement, l'éloignement forcé, la vulnérabilité engendrée par la clandestinité constituent le terreau sur lequel prospèrent les traitements inhumains et dégradants. Les mauvais traitements émanant des autorités chargées du maintien de l'ordre, bien que rarement poursuivis et plus rarement encore réprimés, sont pourtant attestés par de nombreux rapports émanant aussi bien d'ONG que d'organismes officiels.

Ainsi, le Comité européen pour la prévention de la torture, habilité à visiter l'ensemble des lieux où sont retenues des personnes privées de liberté, dénonce régulièrement les traitements auxquels sont soumis les migrants privés de liberté ainsi que les moyens de contrainte utilisés lors de l'éloignement d'étrangers retenus : coups, ligotage, bâillonnement, administration de calmants contre la volonté de la personne concernée

Les accords de réadmission

Les accords de réadmission avec les pays tiers sont l'une des pièces maîtresses de la politique d'éloignement. Ils visent à garantir que les étrangers expulsés seront admis sur le territoire du pays où ils sont renvoyés. Lorsqu'il s'agit de ressortissants du pays de renvoi, l'objet de l'accord de réadmission est de faciliter la détermination de la nationalité des personnes renvoyées, qui sont souvent dépourvues de documents. Lorsque les étrangers n'ont pas la nationalité du pays de renvoi mais ont simplement transité par ce pays, l'accord de réadmission crée à l'égard de celui-ci l'obligation de l'accueillir sur son sol. Les accords de réadmission s'inscrivent dans le cadre de l'externalisation des politiques migratoires européennes. Le transfert de responsabilité qu'ils opèrent vers les États tiers s'avère lourd de conséquences pour les migrants qui ne bénéficient que rarement, dans le pays de renvoi, de la protection à laquelle ils ont droit, notamment lorsqu'ils sont demandeurs d'asile.

III. Le maintien à distance des migrants et des demandeurs d'asile

Les mesures destinées à maintenir à distance les étrangers visent sans distinction tous les migrants, y compris s'ils fuient leur pays pour trouver refuge ailleurs. C'est donc non seulement la liberté de circulation qui est en jeu mais aussi le droit d'asile. En empêchant les migrants d'utiliser les modes de déplacement normaux -

notamment par la politique des visas et les sanctions visant les transporteurs - on les livre de surcroît aux passeurs et aux trafiquants, on les oblige à utiliser des voies de contournement dangereuses et aux conséquences parfois mortelles. En les renvoyant vers des pays de transit peu soucieux du respect des droits de l'homme et du droit d'asile on leur fait courir le risque de traitements inhumains et celui d'être renvoyés vers le pays qu'ils fuyaient ou de croupir dans des camps pendant de longs mois ou de longues années.

A. Les dispositifs destinés à empêcher l'accès au territoire de l'Union européenne

La systématisation de l'exigence de visa d'entrée sur le territoire des États membres s'est accompagnée de l'établissement d'une liste commune des pays soumis à visa, d'un modèle type de visa (dit « visa uniforme » ou « visa Schengen ») et d'instructions consulaires communes désormais remplacées par un code communautaire des visas (règlement du 13 juillet 2009). Le système d'information sur les visas (VIS), créé par le règlement du 9 juillet 2008, permettra l'échange de données entre les États membres sur les visas de court séjour en vue notamment de prévenir les demandes multiples de visas, de faciliter les contrôles aux frontières extérieures et l'application de Dublin II.

La politique des visas, qui ne cible pas de façon spécifique les demandeurs d'asile, a néanmoins des conséquences plus graves pour eux, qui ne peuvent se procurer passeport et visa, et sont obligés, pour fuir, de recourir aux passeurs et aux faussaires, à des tarifs toujours plus élevés et avec des risques toujours plus grands. On peut également évoquer les visas de transit aéroportuaire auquel sont soumis les ressortissants de certains pays tiers (Afghanistan, Bangladesh, Éthiopie, Érythrée, Ghana, Irak, Iran, Nigéria, Pakistan, Somalie, Sri Lanka, République démocratique du Congo...). Ceci revient à bloquer le départ de migrants susceptibles de demander l'asile lors d'un transit.

Une autre entrave à l'accès au territoire européen réside dans les sanctions contre les transporteurs qui acheminent vers un État de l'Union européenne des étrangers non munis des documents exigés. La mesure est particulièrement néfaste pour les demandeurs d'asile : théoriquement, l'obligation de visa ne les concerne pas ; mais en pratique, comme on ne les laisse pas monter dans un avion si leurs papiers ne sont pas en règle, l'obligation de visa se répercute aussi - et même prioritairement - sur eux.

La « gestion intégrée des frontières extérieures » suppose aussi des mesures de coopération opérationnelle. La mise en place d'un réseau d'« officiers de liaison immigration » sur la base du règlement du 19 février 2004 vise à exporter les techniques et les compétences en matière de surveillance et d'identification pour protéger les frontières de l'Union dès les pays de départ ou de transit.

Créée par le règlement du 26 octobre 2004, l'Agence européenne pour la gestion des frontières extérieures (Frontex) est chargée de coordonner la coopération opérationnelle en matière de surveillance des frontières. Ses attributions couvrent la formation des garde-frontières, l'envoi d'équipes d'agents provenant d'États membres réputés plus expérimentés pour renforcer les effectifs d'un pays, l'appui aux opérations conjointes d'expulsion de migrants en situation irrégulière, enfin et surtout la coordination d'opérations de surveillance aux frontières extérieures de l'Union en des points jugés particulièrement « à risque » en termes migratoires.

En cas d'affluence de migrants jugée forte ou démesurée, Frontex peut, sur la base du règlement du 11 juillet 2007, mobiliser des « Rapid Border Intervention Team » (RABIT) : il s'agit de fournir une assistance technique et opérationnelle renforcée pour une période limitée sous la forme d'équipes d'intervention rapide aux frontières comprenant des gardes-frontières d'autres États membres, qui interviennent à la demande d'un État membre confronté à des situations urgentes et exceptionnelles résultant d'un afflux massif d'immigrants clandestins.

B. L'externalisation

Objectifs et instruments

La politique de gestion des frontières externes débouche sur l'externalisation de la politique d'asile et d'immigration, qui inclut la délocalisation des contrôles le plus en amont possible des frontières de l'Union, d'une part, la sous-traitance des tâches de surveillance, de gestion des flux migratoires et d'accueil des demandeurs d'asile aux pays de départ ou aux pays de transit, de l'autre. Le but est d'empêcher à tout prix les migrants, qu'ils soient ou non demandeurs d'asile, d'accéder aux frontières de l'Europe, parce que, une fois présents, il devient plus difficile de les refouler.

Parmi les méthodes utilisées, on a déjà mentionné les sanctions contre les transporteurs, à qui il incombe de vérifier que les voyageurs qu'ils embarquent sont munis de leur passeport et de leur visa. Les accords de réadmission sont aussi une modalité de l'externalisation, car les États tiers qui se sont engagés à réadmettre leurs ressortissants ou ceux d'autres États ayant transité par leur territoire sont incités à mieux contrôler le passage de leurs frontières et à faire la police de l'immigration pour le compte de l'Union.

Dans le domaine de l'asile, l'« externalisation » au sens strict inclut d'une part la délocalisation géographique des procédures d'examen des demandes d'asile à l'extérieur des frontières de l'Union Européenne, d'autre part la délocalisation, là encore hors d'Europe, de la protection des réfugiés. L'externalisation est présentée comme bénéfique pour les personnes qui ont besoin de protection a motif qu'elle leur ouvrirait une voie d'accès légal et sécurisé depuis leurs pays d'origine vers leurs pays d'accueil et leur éviterait de risquer leur vie dans des traversées clandestines. En pratique, il s'agit encore d'une façon de contourner la Convention de Genève et de faire retomber le « fardeau » de l'asile sur les pays tiers.

La Commission a proposé de mettre en places des programmes de réinstallation visant « un nombre limité de réfugiés modulable en fonction de la capacité des États membres à accueillir les demandeurs d'asile. La sélection des candidats se ferait sur entretiens dans la région d'origine. Dans la mesure où la réinstallation s'articule avec des programmes de protection des réfugiés dans les régions d'origine, on voit se dessiner clairement l'objectif visé : ne laisser accéder en Europe qu'un quota limité de réfugiés soigneusement triés, la grande masse des réfugiés demeurant dans leur région d'origine, accueillis dans des pays tiers dont on aura « renforcé les capacités de protection » grâce aux programmes de protection régionaux.

La violation des droits fondamentaux à la liberté, à la dignité, à la vie

La violation des droits fondamentaux des migrants a été relevée dans de nombreux rapports officiels émanant d'instances de contrôle internationales ou d'ONG qui

attestent que l'enfermement des étrangers et l'éloignement forcé entraînent différentes de multiples violations des droits fondamentaux et d'atteintes à la dignité humaine. Ces atteintes sont favorisées par l'absence fréquente de cadre juridique, l'absence de contrôle démocratique, l'absence de recours

Mais il y a aussi une autre forme d'enfermement, en dehors des grilles et des barbelés : l'enfermement de ceux qui errent sans fin parce qu'ils sont bloqués dans les zones frontières, comme dans une nasse : le Calais, Patras (entre la Grèce et l'Italie), Oujda (entre le Maroc et l'Algérie), certaines zones du Sahara...

Enfin il y a les morts. Entre 1988 et 2008, 14.860 immigrants seraient morts aux frontières de l'Europe, selon la revue de presse de *Fortress Europe*¹ : disparus en mer, noyés, asphyxiés en voyageant cachés dans des camions, abandonnés en plein désert, victimes de mauvais traitements ou tombés sous le feu de la police des frontières...

Fin de la première journée, rendez-vous est pris le soir même au restaurant « la Maison des Tanneurs », table gastronomique réputée de Strasbourg.

Samedi matin, acte deux de la conférence :

Intervention du Dr Patrick OHAYON, Président de la Fédération des Unités Médicales des CRA (FUMCRA)

« Assemblée Générale. Etat des lieux et plan de route de la FUMCRA »

→ [insérer le fichier PowerPoint](#)

Intervention de Mme Dominique BORDES, cadre de Santé et de Mmes Martine DUPUIS-PAIRAULT et Brigitte MARIN, infirmières au CRA de Vincennes

« Le travail de nuit des infirmières dans un CRA »

Il y a 2 sites à Vincennes avec une capacité maximum de 120 places chacun en 2008. Les infirmières qui y travaillent sont issues du secteur psychiatrique car c'est tout d'abord un travail d'écoute. Elles travaillent de 20h à 6h du matin avec un temps de transmission de 15 minutes avec leur collègue de jour.

L'accès à l'infirmerie est libre, sous la surveillance d'un policier dans le couloir. Les créneaux horaires pour la distribution de médicaments se font en 3 prises et cette prise se fait devant l'infirmière pour éviter que les retenus ne les stockent (sauf pour l'hypnotique qui est remis au détenu).

L'essentiel des arrivants se fait en fin d'après-midi et chaque arrivant à un entretien d'accueil à partir d'un questionnaire pour l'informer sur les possibilités de prise en charge médicale et l'accès libre à l'infirmerie à sa demande. Cela leur permet d'avoir une écoute attentive, un soutien psychologique et la qualité de ce premier contact conditionne la suite des passages à l'infirmerie.

Cependant elles interviennent aussi dans le centre en situation d'urgence (pendaison, ingestion de corps étrangers ou médicamenteuse, malaise, automutilation). Dans ce contexte d'urgence les infirmières tentent d'abord de ramener le retenu à l'infirmerie avec l'aide des policiers pour intervenir dans un climat plus serein et ainsi éviter tout risque d'émeute.

Ces passages à l'acte font souvent suite à l'affichage, le soir, des horaires de vols pour le lendemain. En effet, les retenus vont tout faire pour rester au centre de rétention et ils sont souvent angoissés et stressés.

Le soir, tous les retenus sont revenus dans le centre et il n'y a plus de représentants des différentes associations. L'infirmerie apparaît alors comme le seul lieu d'écoute restant.

Les infirmières ont constaté 3 moments spécifiques : le soir de l'arrivée au centre, le retour du 1^{er} passage au juge délégué ainsi qu'au retour du 2^{ème} passage 15 jours après, mais aussi vers la fin de la rétention (32 jours).

Hormis le temps consacré à l'explication et la compliance au traitement, l'infirmière de nuit prépare les commandes (médicaments, matériels), les traitements ainsi que la liste de la consultation médicale du lendemain. Tout se passe en enchaînement, il n'y a pas de temps mort.

Les infirmières du CRA de Vincennes souhaitent mettre en place une consultation de soins dentaires pour pallier à l'urgence.

Intervention du Dr Sylvie GOSSEL, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP)
« *Le suivi du médecin Inspecteur de Santé Publique* »

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) aspire à des soins de qualité mais aussi à la sécurité des intervenants. Cela nécessite exigence et confidentialité.

Le CRA de Geispolsheim rénové en 2003 a été agrandi les années suivantes pour atteindre 36 places fin 2005. Cette même année les travaux ont permis l'amélioration des conditions d'hébergement (donc l'hygiène) et la mise à disposition de l'équivalent d'un poste et demi d'infirmière en augmente la sécurité. En terme chiffré ce CRA assure désormais 3 vacations médicales hebdomadaires, ceci pour 36 places avec possibilité d'accueillir des familles. Ce dispositif de soin met l'accent sur l'hygiène de vie mais aussi sur l'alimentation. Les conditions de rétention sont plutôt bonnes et un tel fonctionnement aboutit à donner un visage humain à ce centre.

Concernant l'aspect médical, un projet de dépistage de la tuberculose a été mis en avant mais la préfecture n'y a pas trouvé intérêt.

On note une augmentation de certificats médicaux dont un bon nombre (une cinquantaine) indiquent une pathologie psychiatrique.

Les médecins intervenant sous la responsabilité du Dr KORGANOW ne sont pas tous agréés.

Le MISP tenu de transmettre un avis sur la capacité de voyager et la continuité des soins dans le pays accueillant, permet de pondérer la décision préfectorale. L'exigence de certificats médicaux détaillés entraîne une vigilance accrue sur la confidentialité des cas. De fait, le MISP se trouve confronté à la difficulté à donner un avis complet en accord avec l'éthique.

Un récent constat, établi avec le MISP en collaboration avec la DDASS, n'a relevé aucun problème majeur dans ce CRA. Toutefois, l'information transmise par la préfecture au MISP n'aborde ni la disponibilité des soins dans le pays, ni le contexte économique et politique.

Intervention du Dr Bertrand PIRET, psychiatre-psychanalyste, président de l'association Parole sans Frontière

« *Reconnaître le traumatisme psychique pour un meilleur accompagnement* »

Les évènements traumatiques qui surviennent chez les retenus ont des conséquences psychiques. Pour exemple, l'évènement surprise (attentat) se traduit par un sentiment d'effroi, une détresse intense insérée dans un vécu chargé d'émotions.

Dans certains cas le traumatisme psychique ne se manifeste pas forcément dans les mois qui suivent l'évènement. Le temps est une variable incontournable dans ces pathologies. On parle de névrose traumatique. Après l'évènement la temporalité de la personne est totalement bouleversé (le temps s'arrête, le temps est suspendu dans un présent où le passé n'a plus de sens). Ce qui a pour conséquence des problèmes physiques : troubles de la perception (problèmes d'équilibre et ce qui en découle), atteinte profonde de l'estime de soi se traduisant par de l'irritabilité, un isolement social volontaire, un syndrome de répétition (la personne revit une situation traumatisante avec le même effroi, la même panique) ; d'où la difficulté du retenu à raconter son histoire.

Atténuer la gravité de ces traumatismes dans leur évolution passe par la réintégration de la personne dans la société, la reconnaissance de sa pathologie et la sublimation de cette pseudo réalité en souvenirs. Afin d'éviter tout risque d'aggravation, l'institution en charge se doit donc de reconnaître le traumatisme psychique.

En outre, les facteurs tels que la précarité, l'angoisse, le confinement entretiennent tout choc émotionnel ; et les conditions de retour forcé tendent à réactiver la pathologie.

Par ailleurs, il faut bien distinguer l'opposition malade/non malade. Dans cette opposition on distingue les personnes n'ayant rien à craindre et celles qui présentent une pathologie immédiatement repérable. La perspective du retour confronte le retenu aux menaces qui l'attendent dans son pays d'origine, soulevant angoisse, passages à l'acte, honte, échec, rupture affective.

La législation par son caractère autoritaire, et le contexte géopolitique amènent les psychiatres et autres soignants à être confrontés à des situations extraordinaires entraînant des problèmes d'éthique.

Il est important d'évaluer le degré d'atteinte psychique aboutissant à la réalisation ou non d'une demande de titre de séjour pour raisons sanitaires.

Sur la question du suicide, une fois la véracité des faits établie (où la responsabilité du médecin est engagée), l'acte devient un fait pathologique, donc reconnu sur le plan médical. Le diagnostic doit être établi sur des critères objectifs, médicaux et scientifiques. Ce faisant, il est difficile pour le soignant auquel il est demandé de se conformer aux recommandations d'objectivité, de rester hermétique au désespoir du soigné.

Intervention de M. Jean-Marie DELARUE, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

« Rôle du Contrôleur Général et coopération interactive avec les Unités Médicales des CRA »

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est chargé de s'assurer que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés, mais aussi de contrôler les conditions de leur prise en charge.

Il peut visiter TOUTES les institutions de privation de liberté pour savoir ce qui se passe dans ces centres (par exemple les chambres d'isolement ne sont prévues dans aucuns textes). Il choisit librement les établissements qu'il entend visiter. Les visites peuvent être programmées ou pas. Il peut également se rendre à tout moment (y compris la nuit et le week-end) dans l'ensemble des locaux relevant du régime de la privation de liberté. Par ailleurs, il peut s'entretenir avec toute personne (médecins des centres de rétention, associations...) dont le concours lui paraît nécessaire dans des conditions assurant la confidentialité des échanges. Il peut réclamer toute information et toute pièce utile à l'exercice de sa mission parce qu'il n'est pas facile d'établir la vérité dans ces centres. La contribution des médecins des centres de rétention et des associations lui est donc précieuse.

Les autorités concernées ne peuvent s'opposer à sa visite.

L'indépendance du contrôleur général lui permet de bien remplir son rôle car il n'est attaché à aucun ministère. Il ne reçoit d'instructions d'aucune autorité et il est nommé pour une durée de six ans, sans qu'il puisse être ni révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé. Cela exige beaucoup de rigueur.

Le Contrôleur général peut procéder à des investigations auprès des établissements concernés lorsque les faits portés à sa connaissance paraissent attentatoires aux droits fondamentaux d'une personne privée de liberté. A cette occasion, il peut se déplacer au sein de l'établissement concerné et se faire remettre tout document qu'il juge utile à l'enquête.

Après chaque visite, un rapport est établi sans que le secret médical soit levé.

Il remet chaque année un rapport d'activité au Président de la République et au Parlement. Ce rapport est ensuite rendu public.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme peut condamner un centre si un retenu n'a pas accès au soin ; elle met l'accent sur la prise en charge des personnes handicapées.

12h15 fin de la journée.

Conclusion

Les centres de rétention sont le cadre d'une dépossession de soi, d'une dépendance. On note principalement 2 types de population : les errants et ceux qui sont arrachés à leur famille. Il existe des centres extrêmement contraignants, d'autres moins.

Légalement, il ne devrait pas y avoir d'enfants retenus en centre de rétention.

Faut-il alors les séparer de leurs parents ?? ...

Est-il normal que les « retenus » arrivent menottés et entravés au tribunal ou à l'hôpital ?

Est-ce justifié ? Les CRA ne sont pas des locaux pénitentiaires mais des centres de rétention et il ne s'agit pas de délinquants de droit commun présentant une dangerosité, mais de personnes retenues, en attente d'une décision administrative. Ils ne peuvent donc pas être traités comme des détenus.

Le rapport du Contrôleur général est d'abord envoyé au responsable du centre puis au ministre.

Plus un centre est grand, plus les conditions y sont difficiles, voire dramatiques car la prise en charge ne peut plus se faire.

Les communications, de plus en plus riches et passionnantes chaque année, ont toutes été largement saluées par le public.

Remerciements du Dr SPIESS et du Dr OHAYON