

Soigner en centre de rétention ?

Illustrer la question de la solidarité dans le soin, par la description d'un lieu d'exercice particulier de la médecine générale qu'est l'unité médicale d'un centre de rétention administrative. Un lieu d'enfermement dont le seul but est le renvoi des personnes dans un pays tiers.

Reem. Mansour

Médecin généraliste, US Baumettes/UMCRA de Marseille

Article réfléchi avec **Pascale Giravalli**, psychiatre, SMPR Baumettes

■ « La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers en instance d'éloignement du territoire français. » Il s'agit du placement par une préfecture, « pour le temps strictement nécessaire à son départ », « dans des locaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire » d'un étranger qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement forcé et qui ne peut quitter immédiatement le territoire français¹.

Les locaux sont gérés par la police de l'air et des frontières.

La durée maximale de maintien en rétention est de quarante-cinq jours. Au-delà de cette période, l'étranger que l'administration n'aura pas réussi à reconduire est remis en liberté tout en restant frappé de la mesure d'éloignement prise à son encontre.

Les centres de rétention (CRA) ont été officiellement créés par la loi du 29 octobre 1981 (loi n° 81-973) et il en existe actuellement vingt-six sur l'ensemble du territoire.

La prise en charge sanitaire dans les CRA est réglementée par la circulaire du 7 décembre 1999, relative au dispositif sanitaire mis en place dans les CRA. Cette circulaire introduit la notion d'unité médicale dans chaque CRA (UMCRA) et encadre l'organisation des soins au moyen d'une convention passée entre le ministère de l'Emploi et de la Solidarité représenté par le préfet et un centre hospitalier public ou privé participant au service hospitalier.

Le centre de rétention administrative du Canet à Marseille où j'exerce reçoit des femmes et des hommes de plus de 18 ans et sa capacité théorique est de cent trente-six places. Les personnes sont conduites au centre après une interpellation sur la voie publique ou à leur sortie de prison.

Des locaux sont dédiés à l'unité médicale du CRA qui dépend de l'Assistance publique-hôpitaux de

Marseille (AP-HM), où un personnel infirmier est présent sept jours sur sept de huit heures à dix-huit heures. Un médecin est quant à lui présent pendant une demi-journée cinq jours sur sept. Une consultation infirmière est systématiquement proposée à chaque nouvel arrivant dans le centre (celle-ci est rarement refusée) et permet de faire un premier point concernant la santé de la personne, ses antécédents médico-chirurgicaux, la prise éventuelle d'un traitement régulier. Au moindre doute, le patient est orienté vers la consultation médicale ; il peut s'agir d'une pathologie aiguë, d'une pathologie chronique, de la validation d'un traitement en cours (prescrit avant l'arrivée) ou d'un comportement « inhabituel ». Il s'agit le plus souvent dans cette dernière situation de patients en état de stress important ou qui vont exprimer d'autres symptômes de souffrance psychique.

Une consultation médicale est systématiquement proposée aux femmes quand on sait que les femmes migrantes sont, de loin, les plus durement touchées par les risques liés à la migration, du fait de leur vulnérabilité au risque d'exploitation et de violence, surtout lorsqu'elles sont en situation irrégulière.

Quels « soins » possibles en CRA ?

S'est posée pour moi tout d'abord la question de savoir quel était le rôle possible pour un généraliste en UMCRA. Il va de soi que je peux prescrire des traitements médicamenteux disponibles à l'AP-HM, des examens complémentaires dont les bilans sanguins réalisables à l'UMCRA, les examens radiologiques à l'hôpital ainsi que des consultations spécialisées en milieu hospitalier. En cas de besoin, je peux adresser les patients aux urgences somatiques ou psychiatriques de l'hôpital de proximité.

Mais comment envisager le suivi d'un patient quand on ne maîtrise pas le temps et qu'on peut être amené à ne le voir qu'une seule fois ? Il peut heu-

→

→ reusement être libéré rapidement car il a des moyens de recours juridique, il peut aussi être rapidement expulsé comme il peut passer quarante-cinq jours dans le CRA. Comment « profiter » de ce moment unique pour assurer son travail de soignant ? Évidemment, je pourrais faire abstraction de l'environnement dans lequel j'interviens et soigner le symptôme tel qu'une douleur au poignet suite à une chute. Mais l'exercice de mon métier de généraliste demande que je prenne en compte l'ensemble de l'être que j'ai en face de moi en consultation, que j'assure la continuité des soins, que je sois à l'écoute de la souffrance psychique éventuelle, que j'assure l'accompagnement, que je fasse de la prévention.

Dans la majorité des cas, il s'agit de personnes jeunes puisque la moyenne d'âge est de 32 ans pour l'année 2015 ; ce sont pour la plupart des hommes, les femmes en effet ne constituent que 2,32 % des personnes placées au CRA de Marseille. Ils cumulent des facteurs de vulnérabilité : en 2015, 17,55 % des personnes placées sont des sortants de prison. Le premier motif de consultation médicale (au moins le tiers des consultations) concerne des pathologies et/ou symptômes en lien avec la santé mentale, telles que les addictions, les troubles psychiatriques ou les insomnies. Le même constat a été fait dans une étude publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 26 octobre 2010 (« Étrangers placés en rétention administrative : constats médicaux, approche sanitaire et socio-économique », Bobigny, 2008-2009) où il était noté que « la fréquence de symptômes multiples, l'anxiété et les troubles du sommeil peuvent témoigner du caractère anxiogène du placement en rétention et de l'inquiétude liée à une expulsion, ou d'un état préexistant lié à la précarité sociale ».

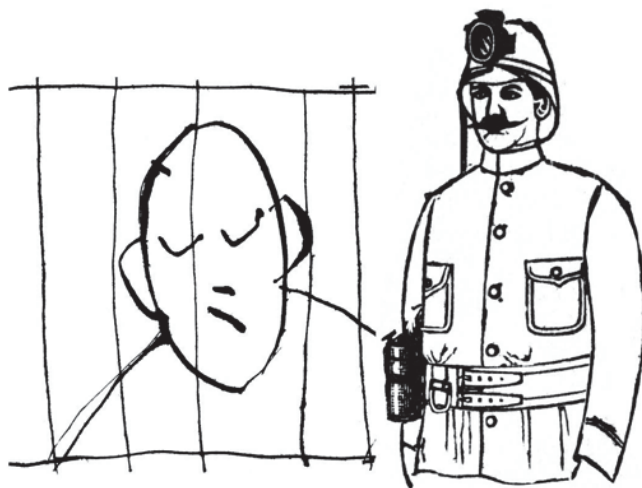
L'état de santé des personnes est le plus souvent précaire en raison de l'absence de suivi médical à l'extérieur, d'obstacles pour l'obtention de l'Aide

médicale de l'État (couverture maladie pour les personnes résidant en France depuis plus de trois mois mais sans titre de séjour), ou de méconnaissance des droits à l'AME. La barrière de la langue est un facteur de vulnérabilité supplémentaire dont il faut tenir compte ; à ce sujet, au CRA de Marseille, nous avons passé une convention avec un service téléphonique d'interprétariat, ISM Interprétariat basé à Paris, qui propose plus d'une centaine de langues.

L'un des premiers rôles du médecin en centre de rétention est celui d'assurer la continuité des soins : il faut savoir prendre le temps de contacter le médecin traitant ou le médecin spécialiste s'il y en a un pour poursuivre un traitement en cours et connaître l'histoire clinique de son patient. Il est à noter que pour certaines personnes, nous sommes le premier soignant qu'elles rencontrent dans leur parcours d'exil, étant depuis peu de temps sur le territoire et ne bénéficiant pas encore de l'AME. Au médecin de saisir l'opportunité, dans une temporalité non maîtrisée, de faire un examen clinique complet pour détecter toute « anomalie », informer le patient sur ses droits en cas de libération et faire un minimum de prévention. Si le patient est libéré, il faut anticiper le relais médical, l'ordonnance de sortie, l'orientation à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de proximité pour l'aide à l'ouverture des droits et l'accès au traitement en attendant l'accès effectif aux droits.

Étrangers enfermés : l'inéluctabilité de la souffrance

Une grande partie du travail repose également sur l'écoute et le soutien « psychologique », seule réponse possible face à la souffrance des patients rencontrés, qui nous répètent qu'ils ne sont pas des criminels, leur seul « délit » étant l'absence de possession d'un titre de séjour. Ils sont arrachés de manière brutale du jour au lendemain ou en



quelques minutes de leur vie ou de leur survie quotidienne, avec parfois des enfants, une famille, des petits boulots. Pendant leur présence au CRA, ils vivent avec le risque de se retrouver dans un avion pour repartir dans un pays où ils n'ont parfois jamais remis les pieds depuis des années. Dans l'incapacité de récupérer quelques affaires personnelles parfois et n'ayant plus de prise sur leur destin, ils expriment un grand sentiment d'injustice et d'impuissance face à la menace d'expulsion.

En l'absence de psychologue ou de psychiatre intervenant à l'UMCRA, il est souvent difficile de faire la part des choses entre ce qui relève de la pathologie psychiatrique de ce qu'on pourrait appeler une réaction psychique à une situation de privation de liberté et d'inconnue en ce qui concerne le devenir. J'essaye d'éviter la médicalisation de la souffrance pour passer un cap en limitant mes prescriptions d'anxiolytiques et de somnifères, mais ce n'est pas toujours simple. Les crises d'angoisse aiguës, les passages à l'acte tels que les automutilations, les intoxications médicamenteuses volontaires ou l'ingestion de corps étrangers (rasoirs, piles, trombones...) sont autant de situations possibles face auxquelles, démunis, nous avons besoin d'avoir un avis psychiatrique en urgence.

Au début de mon intervention à l'UMCRA, je faisais face à l'incompréhension des urgences psychiatriques avec des retours du type : « Mais c'est réactionnel ! » Nous ne sommes certes pas la plupart du temps dans un scénario où il s'agit de poser un diagnostic psychiatrique, cependant devant l'expression souvent aiguë de la souffrance psychique, nous avons besoin de l'avis du psychiatre.

À l'occasion du changement d'équipe aux urgences de psychiatrie, nous avons proposé aux soignants une visite de l'UMCRA afin qu'ils aient une meilleure connaissance des conditions de rétention, de l'organisation des soins, de la vulnérabilité des personnes placées. Cela permet dorénavant des échanges sur la situation clinique, des discussions et une forme de solidarité s'est construite pour aider chacun à faire face, conduisant à une meilleure prise en charge des patients.

Situations particulières

L'UMCRA est « responsable de la mise en œuvre de la protection légale des étrangers malades contre l'éloignement du territoire » (art. R 553-8 du Cesda et L 6112-1 CSP).

En cas de risque d'exceptionnelle gravité, le médecin intervenant au CRA doit saisir dans les plus brefs délais le médecin de l'Agence régionale de santé du lieu d'implantation du CRA après avoir réuni toutes les informations médicales nécessaires

(contact avec le médecin traitant, le médecin spécialiste...). Il établit alors un rapport médical détaillé qu'il lui adresse en urgence.

L'avis médical doit être rendu dans les plus brefs délais au préfet ; si l'avis est favorable, il est normalement mis fin à la mesure de rétention administrative et le patient est libéré.

Nous devons donc être vigilants et bien connaître quelques éléments du droit des étrangers. Dans une thèse récente présentée en octobre 2015 par Ariane Mayeux à Nice, « Protection contre l'éloignement pour raison médicale : Quelles sont les difficultés spécifiques aux UMCRA », il ressort par exemple que l'un des médecins interrogés intervenant dans une UMCRA n'avait jamais saisi le médecin de l'ARS pour ses patients.

Comment ne pas être dans l'empathie lorsque cette jeune femme retenue avec son conjoint, enceinte pour la première fois (elle avait appris sa grossesse après son placement en rétention), fait une fausse couche une nuit ? Comment rester indifférent et ne pas aider à faire face des personnes amenées de la jungle de Calais et placées au CRA de Marseille dans le seul but annoncé de désengorger le camp : enfermées, privées de liberté alors qu'elles ont fui leur pays à la recherche d'une vie meilleure.

« Prendre soin : un mode de solidarité à part entière »²

La capacité d'écoute et d'aller au-delà du soin « pur » n'est pas spécifique de la pratique médicale dans un centre de rétention administrative, mais les patients rencontrés cumulent, eux, des facteurs de vulnérabilité dont il faut savoir tenir compte : barrière de la langue, grande précarité sociale et administrative, fragilité de la santé mentale, prévalence de certaines pathologies. Il n'est pas non plus possible de faire abstraction du contexte dans lequel nous intervenons : comment faire de la promotion de la santé quand on sait que la santé est un état de bien-être physique, mental et social ? Les défis restent nombreux : éviter le burn-out quand on se sent si démunis face à la souffrance des gens rencontrés, sensibiliser les équipes soignantes hospitalières à la question de la rétention pour sortir de notre isolement, rester attentif « depuis notre poste d'observation » et ne pas rentrer dans une routine. Et sans doute pouvoir proposer dans les UMCRA une collaboration interprofessionnelle avec des psychiatres. ■

✱

1. Cf. site internet de l'association La Cimade.

2. D. Piveteau, *Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale*, Laennec Tome 57 (2) p. 19-30, 2009.