



La prise en charge sanitaire des personnes placées en centre de rétention administrative (CRA)

Rapport issu de vérifications sur place
aux CRA de Bordeaux, Paris-Palais de Justice et Marseille

Novembre 2017 – mars 2018

Introduction

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est régulièrement saisi de difficultés relatives à la prise en charge sanitaire des personnes retenues au sein des centres de rétention administrative (CRA).

L'article 6-1 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un CGLPL dispose que : « *Lorsque les faits ou les situations portés à sa connaissance relèvent de ses attributions, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut procéder à des vérifications, éventuellement sur place. A l'issue de ces vérifications, et après avoir recueilli les observations de toute personne intéressée, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut formuler des recommandations relatives aux faits ou aux situations en cause à la personne responsable du lieu de privation de liberté. Ces observations et ces recommandations peuvent être rendues publiques [...]* ».

Au vu des saisines régulières sur la question de l'accès aux soins en rétention et dans le contexte de l'allongement de la durée de séjour en rétention maximale de 45 à 90 jours, la Contrôleur générale a ainsi souhaité diligenter trois vérifications sur place (VSP) portant spécifiquement sur la question de la prise en charge sanitaire des personnes retenues dans les CRA.

Trois équipes de deux contrôleurs se sont ainsi rendues :

- au CRA de Bordeaux, du 28 novembre au 1^{er} décembre 2017 ;
- au CRA-4 du CRA de Paris, du 18 janvier au 19 janvier 2018 ;
- au CRA de Marseille, du 28 février au 3 mars 2018.

Les contrôleurs se sont entretenues de manière confidentielle avec le personnel médical des centres de rétention – médecins et infirmiers –, les chefs des CRA et les policiers de la police aux frontières (PAF), les associations en charge de l'assistance juridique aux personnes retenues, les prestataires privés ainsi qu'avec des personnes retenues.

Les contrôleuses se sont par ailleurs déplacées à la préfecture de la Gironde et au sein des centres hospitaliers – généraux et/ou psychiatriques – susceptibles d’accueillir les personnes retenues. Enfin, des échanges ont eu lieu, par courriers, avec l’Office français de l’immigration et de l’intégration (OFII) préalablement aux vérifications sur place.

Au vu de la diversité des pratiques et des situations rencontrées, il a semblé opportun de regrouper les observations réalisées par les contrôleuses lors des trois VSP dans un même rapport, afin de permettre d’avoir un regard croisé sur les pratiques et de les mettre en regard des dispositions prévues en matière de soins aux personnes retenues.

Contrairement à la pratique habituelle du CGLPL qui consiste à formuler des recommandations aux responsables du lieu de privation de liberté à l’issue d’une VSP, conformément aux dispositions de l’article 6-1 de la loi du 30 octobre 2007, le présent rapport comprend uniquement les constats effectués sur place par les contrôleuses. Ceux-ci serviront en effet, avec les rapports de visite et les saisines sur cette question, à la rédaction d’un avis relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées en CRA qui sera publié au *Journal officiel de la République française* et regroupera les recommandations du CGLPL sur ce sujet. Le présent rapport sera publié de façon concomitante sur le site Internet du CGLPL.

Le rapport a été adressé aux trois chefs de CRA ainsi qu’aux praticiens hospitaliers responsables des unités médicales (UMCRA) le 17 décembre 2018, afin qu’ils puissent faire valoir leurs observations, particulièrement en cas d’erreurs factuelles. Les praticiens hospitaliers de Marseille et Bordeaux ont répondu par courriers des 11 et 14 janvier 2018, et leurs observations ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport. Ces observations sont publiées avec le présent rapport.

1. Présentation des trois CRA étudiés

Trois centres peu analogues, aux évolutions diverses

Les CRA de Bordeaux, Paris-Palais de Justice et Marseille ont respectivement fait l’objet de trois, une et trois visites du CGLPL dans le cadre de l’article 8 de la loi du 30 octobre 2007, entre janvier 2009 et septembre 2015. Les constats effectués par les contrôleurs lors de ces visites restent pour l’essentiel pertinents s’agissant de la configuration des locaux, de l’état, de l’organisation et du fonctionnement de ces trois centres¹.

Le **CRA de Bordeaux** accueille exclusivement des hommes. Il dispose d’une capacité de rétention de 20 places, toutes occupées au jour des VSP.

Les conditions matérielles d’hébergement des personnes retenues restent difficiles au sein de ce centre en raison de la localisation des locaux, au sous-sol de l’hôtel de police, et de leur exigüité. Outre le manque d’espace et de luminosité, la promiscuité et le bruit y sont incessants, l’ennui et le désœuvrement particulièrement prégnants. A l’issue de sa visite en septembre 2015, le CGLPL avait indiqué aux ministres concernés que « *les locaux du centre de rétention de Bordeaux sont intrinsèquement inadaptés à leurs fonctions : la localisation en sous-sol, limitant la luminosité des lieux et la consistance de la "cour de promenade", simple patio exigü en sous-sol de la dalle de l’immeuble, rendent les conditions de rétention indignes et les conditions de travail pénibles* ». Dans ces conditions, et malgré le souci des professionnels de limiter les tensions, l’enfermement au-delà de quelques jours s’avère peu supportable – pouvant favoriser voire générer des troubles

¹ Les rapports du CGLPL sont consultables sur le site Internet de l’institution : www.cgpl.fr/.

psychiques au sein de la population retenue et conduire à des passages à l'acte auto-agressifs, voire hétéro-agressifs².

Le **CRA-4 de Paris**, doté de 40 places exclusivement destinées à des femmes retenues, est implanté au sein du Palais de Justice de Paris, à proximité immédiate du « petit dépôt »³ (1^{er} arrondissement). Les trois autres centres composant le CRA de Paris (CRA-1, CRA-2 et CRA-3, soit 180 places) sont situés dans le Bois de Vincennes (12^{ème} arrondissement) et n'hébergent que des hommes. Lors des VSP, la fermeture définitive du CRA-4 était programmée dans la nuit du 22 au 23 avril 2018, en lien avec le déménagement des locaux du tribunal de grande instance (TGI) de Paris.

La majorité des chambres du CRA-4 sont situées au premier étage ; trois chambres réservées en priorité aux femmes enceintes ou en situation de handicap sont situées au rez-de-chaussée. En raison de leur faible nombre, les femmes se répartissent dans les chambres de quatre ou de deux places comme elles le souhaitent, souvent entre compatriotes. Le CRA-4 dispose d'une salle d'activités et d'un réfectoire, équipé d'un distributeur de friandises, où sont pris les repas. Les chambres et le réfectoire n'étant pas équipés de réfrigérateur, les personnes retenues sont encouragées à ne pas conserver de nourriture avec elles, pas plus qu'elles ne sont autorisées à détenir contenants en verre ou en métal, pour des motifs de sécurité.

Une congrégation de sœurs intervient depuis les années 90 au sein du CRA-4. Elles se chargent du nettoyage du linge personnel des personnes retenues, de la distribution de kits d'hygiène et aident à la préparation des paquetages lorsque les femmes quittent le centre.

Le **CRA de Marseille** est mixte (6 % des personnes retenues sont des femmes en 2017, soit un doublement par rapport aux années précédentes) et sa capacité est de 136 places, réduite à 85 (65 hommes et 20 femmes) lors des VSP en raison de travaux (fermeture d'une zone de vie) ; le retour à la pleine capacité était prévu en juin 2018. Lors de la venue des contrôleuses, le CRA enfermait 65 personnes retenues dont 7 femmes, réparties dans quatre zones de vie (les « peignes ») : trois pour les hommes, une pour les femmes. Ces dernières sont affectées dans la zone de vie conçue pour héberger les familles, aucune n'ayant été placée au CRA depuis 2009 ; le secteur initialement dédié aux femmes est occupé par des hommes.

Depuis la dernière visite du CGLPL au CRA en 2014, plusieurs recommandations en lien avec la santé ont été mises en œuvre au sein du CRA de Marseille : réduction du recours à l'isolement et mise en place de boîtes aux lettres pour les intervenants dans les réfectoires – qui, aux dires de tous, ne sont cependant pas utilisées par les personnes retenues. En outre, la synthèse des observations faites lors de cette visite a été remise à tous les intervenants du CRA lors d'une réunion au début de l'année 2017.

Le CRA de Marseille a connu des tensions importantes au cours du second semestre de l'année 2017, au cours desquelles sont survenues de nombreuses tentatives de suicide – dont une fatale en décembre – et de multiples dégradations matérielles ; celles-ci sont à l'origine des travaux en cours au moment des VSP.

² Il ressort des entretiens menés auprès des professionnels que les troubles se manifestent fréquemment à partir du dixième jour de rétention.

³ Le CRA-4 de Paris est parfois appelé « CRA de Paris-Palais de Justice », « CRA du petit dépôt » ou « CRA Cité ».

Les personnes placées en rétention dans ces trois centres

Selon les associations intervenant dans les CRA⁴, 365 hommes ont été retenus au CRA de Bordeaux en 2017, 403 femmes au CRA-4 de Paris et 1 289 personnes au CRA de Marseille. Les durées moyennes de rétention ont été respectivement de 13,5, 11,9 et 17 jours.

Les CRA de Paris-Palais de justice, de Marseille et de Bordeaux n'ont pas vocation à accueillir de familles et aucun enfant mineur n'y a été enfermé en 2017⁵.

Au **CRA de Bordeaux**, il a été indiqué que la population retenue était principalement constituée d'hommes jeunes et originaires d'Algérie (19,6 %), du Maroc (14,1 %) ou de Guinée (9,1 % ; chiffres de 2017), présentant un bon état de santé général malgré des besoins identifiés en santé bucco-dentaire. Ils ont généralement bénéficié d'un suivi, voire d'une prise en charge médicale avant leur entrée en centre et sont donc connus des dispositifs sanitaires.

Cet état de fait s'explique par la part importante de sortants de prison (18,6 % en 2017) et de personnes faisant l'objet d'une réadmission Dublin (22,6 % en 2017⁶) au sein des CRA, ainsi que par le maillage sanitaire de proximité et l'action des associations qui permettent de repérer et de prendre en charge, en amont, les personnes en situation irrégulière – quand bien même elles seraient éloignées des structures d'hébergement et des dispositifs de droit commun.

Le **CRA de Marseille** connaît lui aussi une proportion importante (25 % en 2017) de personnes retenues sortant de détention, en croissance depuis 2010. Une zone dite « sensible » a récemment été créée, réservée à l'hébergement des sortants de prison et présentée comme permettant de protéger les autres personnes retenues et les fonctionnaires. Le CRA de Marseille se distingue également par le nombre important de personnes dites « non documentées ». Par ailleurs, les personnes faisant l'objet d'une réadmission Dublin constituaient 5,1 % des personnes retenues.

A l'instar des chiffres de la rétention à l'échelle nationale, les hommes de nationalité algérienne sont les plus nombreux au CRA de Marseille ; plus généralement, les pays du Maghreb (Algérie, Tunisie, Maroc) représentent près des deux tiers des Etats d'origine des personnes qui y sont retenues. Il a été indiqué que le nombre de Maghrébins en rétention a sensiblement augmenté à la suite de l'attentat présumé commis à la gare Saint-Charles de Marseille le 1^{er} octobre 2017 par un ressortissant tunisien en situation irrégulière qui, d'après le rapport de l'inspection générale de l'administration (IGA) du 10 octobre 2017, aurait dû faire l'objet d'un placement en CRA.

Le **CRA-4 de Paris** accueille une population différente de celle des deux autres CRA car les ressortissantes chinoises et roumaines y représentent plus de la moitié des personnes, soit 29,1 % et 28,1 % des femmes retenues en 2017. Viennent ensuite, très loin derrière, les Nigérianes (6 %), les Bulgares (3,2 %), les Ivoiriennes (3,2 %). Il est également remarquable que 13,5 % des femmes aient été interpellées sur leur lieu de travail. Au printemps 2017, douze femmes d'origine chinoise ont ainsi intégré le centre le même jour à la suite d'une opération policière de contrôle d'ateliers

⁴ ASSFAM Groupe SOS Solidarités, Forum réfugiés-Cosi, France terre d'asile, La Cimade, Ordre de Malte France et Solidarité Mayotte, Rapport 2017 sur les centres et locaux de rétention administrative.

⁵ Le CRA de Paris dans sa globalité n'accueille ni les familles (qui sont dirigées vers le CRA du Mesnil-Amelot, en Seine-et-Marne), ni les personnes à mobilité réduite, ni les personnes transsexuelles.

⁶ Au jour des VSP, la préfecture de Bordeaux avait cessé les placements en rétention de personnes en procédure de réadmission Dublin à la suite de la décision de la Cour de cassation du 27 septembre 2017 jugeant cette pratique illégale.

de travailleurs sans papier. Par ailleurs, 9,2 % des personnes retenues faisaient l'objet d'une procédure de réadmission Dublin.

Contrairement aux CRA de Bordeaux et de Marseille qui connaissent des taux d'occupation conséquents depuis l'attentat présumé de Marseille – des transferts sont effectués entre CRA quand il n'y a plus de place disponible⁷ –, le CRA-4 de Paris n'a jamais atteint sa capacité maximale d'occupation, malgré une augmentation du taux d'occupation de 27 à 32 % au cours de l'année 2016. En 2017, il a exceptionnellement connu un « pic » de 26 femmes retenues simultanément.

A l'issue de la rétention, 51,3 % des personnes retenues dans ces trois centres ont été libérées et 41,4 % ont été effectivement éloignés⁸.

2. Conventionnement et financement de la prise en charge sanitaire en CRA

Les conventions conclues par les CRA de Bordeaux, Paris-Palais de Justice et Marseille

Dans chacun des CRA visités lors des VSP, des conventions ont été conclues aux fins d'organiser et d'encadrer les prestations sanitaires réalisées pour les personnes retenues.

Ces conventions ont été signées entre les services de la préfecture et les services hospitaliers, c'est-à-dire respectivement le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Elles définissent les dispositifs sanitaires à mettre en œuvre et les moyens mis à leur disposition – moyens en personnel, locaux, financiers, etc. –, prévoient les modalités d'un suivi de leur action ainsi que celles de renouvellement, renégociation ou résiliation de leur accord.

Les conventions se recoupent en partie, notamment dans la définition de leur objet, qui reprend les formules figurant à la convention-type, annexée à la circulaire. Elles présentent néanmoins des différences, tenant essentiellement au degré de précision apporté à la définition de leur organisation⁹. A cet égard, la convention la plus précise – et la plus longue – est celle du CRA de Paris, dont il est rappelé qu'il concerne non seulement le CRA-4 mais également les trois CRA pour hommes.

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la circulaire corréle la capacité d'accueil des CRA aux moyens fixés pour réaliser sa mission (temps de présence du personnel, soignant ou non, montant du financement).

Il est ainsi prévu, pour un CRA d'une capacité d'accueil inférieure à 50 places :

Personnel de l'UMCRA¹⁰	Coût de fonctionnement
Médecin : 3 demi-journées par semaine	Pharmacie : 40 000 F (6098 €)
IDE ¹¹ : 8 heures par jour, 7 jours sur 7	Urgence hors présence médicale : 30 000 F (4573 €)

⁷ Les chiffres nationaux font état de 1 150 personnes transférées d'un CRA à l'autre en 2017.

⁸ Le pourcentage restant correspond aux personnes déferées, assignées à résidence, en fuite ou ayant fait l'objet d'un transfert vers un autre centre.

⁹ Voir tableau en annexe.

¹⁰ UMCRA : unité médicale du centre de rétention administrative.

¹¹ IDE : infirmier diplômé d'Etat.

Pharmacien : une demi-journée mensuelle	Autres (consommables, téléphone...) : 15 000 F (2287 €)
---	---

Pour un CRA d'une capacité de 50 à 100 places :

<i>Personnel de l'UMCRA</i>	<i>Coût de fonctionnement</i>
Médecin : 5 demi-journées par semaine	Pharmacie : 70 000 F (10671 €)
IDE : 8 heures par jour, 7 jours sur 7	Urgence hors présence médicale : 50 000 F (7622 €)
Pharmacien : une journée mensuelle	Autres (consommables, téléphone...) : 20 000 F (3049 €)

Pour un CRA d'une capacité supérieure à 100 places :

<i>Personnel de l'UMCRA</i>	<i>Coût de fonctionnement</i>
Médecin : 10 demi-journées par semaine	Pharmacie : 140 000 F (21343 €)
IDE : 10 heures par jour, 7 jours sur 7	Urgence hors présence médicale : 100 000 F (15245 €)
Pharmacien : une journée mensuelle	Autres (consommables, téléphone...) : 30 000 F (4573 €)

Bien qu'il soit expressément indiqué que cette disposition présente l'organisation paraissant « *la plus souhaitable* », les critères étant susceptibles d'être « *ajustés en fonction des circonstances propres à chaque centre* », les conventions remises aux contrôleurs lors de leurs VSP respectent globalement les ordres de grandeur qui y sont fixés.

Ainsi, la convention passée pour le **CRA de Bordeaux** (20 places) prévoit la présence d'un praticien hospitalier 12 heures hebdomadaires sur trois demi-journées, la présence d'IDE présents sept jours sur sept pour un temps de travail hebdomadaire de 35 heures, et un temps pharmacien d'une journée par mois – soit un organigramme légèrement moins disant que celui fixé par la circulaire pour le personnel infirmier.

La convention passée pour le **CRA de Paris** prévoit spécifiquement pour le site du Palais de Justice (CRA-4, 40 places) un temps de présence du médecin de trois demi-journées par semaine et un temps infirmier équivalent à huit heures de présence, sept jours sur sept. Il est prévu, pour les trois sites (220 places au total), 1 équivalent temps plein (ETP) d'agent hospitalier, 0,2 ETP de pharmacien et 0,5 ETP de préparateur en pharmacie. Elle est en cela parfaitement conforme à l'organisation prévue par la circulaire.

Enfin, la convention passée pour le **CRA de Marseille** (136 places) prévoit la présence d'un médecin cinq demi-journées par semaine, la présence d'IDE sept jours sur sept, 10 heures par jour, ainsi qu'une secrétaire médicale présente 31 heures 12 minutes par semaine, réparties sur quatre demi-journées. Il est relevé un temps de présence médicale sensiblement moins élevé que celui qui est prévu par la circulaire.

Par surcroît, la consultation des plannings fait apparaître qu'en pratique, depuis janvier 2018, la présence d'un médecin est tout au plus assurée à hauteur de quatre demi-journées par semaine. Si la médecin référente – chef d'unité fonctionnelle – est présente plusieurs fois par semaine et impliquée dans le fonctionnement du service, le chef de service, qui intervenait auparavant en tant que médecin généraliste, est quant à lui très rarement présent.

Sur les trois conventions, seule celle passée par l'AP-HP prévoit la possibilité d'adapter la couverture sanitaire du CRA de Paris en cas d'ouverture de nouvelles places ; aucune convention ne propose de prendre en compte un autre critère, éventuellement à titre subsidiaire, pour faire évoluer le dispositif mis en place (nombre de personnes effectivement retenues sur un an, évolution de la durée moyenne de rétention, problématique sanitaire, etc.).

Le critère fixé par la circulaire, s'il a le mérite d'être objectif, présente l'inconvénient de figer un cadre posé sur une situation complexe et évolutive, qu'il s'agisse d'évolution des pratiques policières, des politiques de lutte contre l'immigration irrégulière ou encore des profils des personnes concernées. Ces évolutions peuvent cependant entraîner, directement et indirectement, des effets sur les besoins sanitaires des personnes retenues. Il a ainsi été indiqué aux contrôleurs, au CRA de Bordeaux, que le nombre croissant de passages à l'acte auto-agressifs et d'hospitalisations en psychiatrie pouvait être lié à une augmentation des tensions au sein de ce centre particulièrement confiné, ces tensions paraissant elles-mêmes être le corollaire d'un recours massif à la rétention constaté depuis plusieurs mois. De nombreux interlocuteurs ont indiqué craindre que l'allongement des durées de rétention entraîne une dégradation de l'état de santé – notamment psychologique – des personnes retenues.

Il est sans doute paradoxal d'avoir évalué et réparti les moyens attribués aux UMCRA sur un critère indépendant des besoins sanitaires d'une population retenue, il est vrai peu connus et insuffisamment étudiés.

Cependant, les termes actuels de la circulaire laissent latitude aux administrations concernées de définir d'autres critères ou, en tout état de cause, de faire évoluer le dispositif : *« les normes définies par la présente circulaire ont un caractère indicatif. Il pourra y être dérogé, dans le sens de l'accroissement des moyens, si les caractéristiques particulières du centre le justifient et dans la limite des disponibilités budgétaires après accord de l'administration centrale (direction de la population et des migrations) »*.

Par ailleurs, concrètement, les entretiens réalisés lors des VSP n'ont pas fait apparaître qu'une unité médicale ait dû renoncer à des soins somatiques, examens ou hospitalisations qu'elle estimait nécessaires pour des raisons budgétaires.

Il a pu, par contre, être évoqué des besoins insatisfaits en personnels, au CRA de Bordeaux, les personnels soignant et infirmier évoquant à plusieurs reprises le besoin des personnes retenues de bénéficier d'un soutien psychologique. Certains ont également fait part de leurs inquiétudes devant la nette diminution du nombre d'attributions ou renouvellements de titres de séjour pour raisons de santé. Les étrangers qui en bénéficiaient jusqu'alors sont, par définition, atteints de pathologies graves, généralement chroniques et souvent invalidantes. Leur placement en rétention pourrait entraîner de nouvelles difficultés de prise en charge et, plus largement, une dégradation de l'état sanitaire de la population retenue. L'UMCRA de Marseille évoque ses difficultés à obtenir la prise en charge financière de certains soins spécialisés ou d'appareils paramédicaux pour les personnes ne disposant pas de l'aide médicale d'Etat (AME) – ce qui a par exemple entraîné la mise en place, au service radiologie, d'un « code » propre aux patients retenus afin de les faire bénéficier de ces examens.

Des disparités de budget ont également été constatées, sans qu'il soit possible de déterminer d'éléments objectifs susceptible de les fonder. Lors d'un entretien réalisé auprès du bureau des étrangers de la préfecture de Bordeaux, il n'a pas été fait état d'obstacle particulier à la prise en compte de nouveaux besoins sanitaires dans le calcul du budget.

Le montant du financement, dans les centres visités, pour l'année 2017, s'élève aux sommes suivantes :

	Financement en 2017	Financement / nb de places théoriques	Financement / nb de personnes retenues en 2017
CRA de Bordeaux	201 116 €	20 pl. soit 10 055,8 €/pl.	365 pers. soit 551 €/pers.
CRA de Marseille	400 000 €	136pl. soit 2 941,17 €/pl.	1 289 pers. soit 310 €/pers.
CRA de Vincennes	938 177 €	220 pl. soit 4 264,44 €/pl.	403 pers. ¹² soit 423,27 €/pers.

3. Mission des UMCRA

Les besoins sanitaires particuliers des personnes placées en CRA

Les personnes placées en CRA semblent nécessiter une prise en charge particulière au regard de leur grande précarité administrative, sociale et médicale, de leur éventuel isolement linguistique, de la prévalence de certaines pathologies et des troubles psychiques susceptibles de résulter de l'enfermement et de l'imminence d'un éloignement.

Lors des VSP, les contrôleurs ont pu dresser un état des lieux des besoins médicaux effectivement exprimées par les personnes retenues. A cet égard, les motifs de consultations médicales observés au **CRA de Marseille** en 2017 sont en premier lieu les pathologies en lien avec la santé mentale (37 %), la validation d'un traitement prescrit à l'extérieur (18 %, dont une part importante concerne la prescription de psychotropes en raison d'un suivi psychiatrique pendant une incarcération), la traumatologie (7 %) et les problèmes dermatologiques (5 %). Il semblerait que le profil clinique type de la majorité des personnes qui y sont retenues soit de jeunes hommes poly-toxicomanes (la moyenne d'âge des personnes retenues est de 31 ans en 2017) ; des traitements de substitution leur sont remis pour éviter le syndrome de sevrage.

Le rapport d'activité du **CRA de Paris** pour 2016 précise que les pathologies présentées sont extrêmement variées : « *les médecins du CRA sont surtout confrontés aux pathologies liées à l'enfermement (stress, automutilations, grèves de la faim), à la précarité (tuberculose, gale, pathologies cutanées diverses), à la dépendance et ses risques somatiques associés (HVC, HIV). Ils sont également très attentifs aux pathologies professionnelles (dermatose, lombalgies d'effort)* ». Les principaux motifs de consultation des femmes retenues au CRA-4 concernent des problèmes gynécologiques et des troubles d'ordre psychiatrique ou psychologique (risques suicidaires, angoisses, déprime, anxiété, stress, pathologies comportementales).

Le nombre d'infections vaginales constatées est en effet particulièrement important et de nombreuses femmes retenues signalent, lors de leur rétention, des retards de règles. En pareil cas, les soignants recherchent s'ils sont liés à une éventuelle grossesse. Le cas échéant, ils assurent le suivi de ladite grossesse, ce qui est une préoccupation majeure de l'équipe soignante.

¹² Il s'agit uniquement du nombre de femmes placées en 2017 au CRA de Vincennes, sur le site du TGI de Paris. Le montant global leur étant attribué a été évalué à 40 x 4.264,44 avant d'être ramené au nombre de femmes placées en rétention en 2017.

Il a également été indiqué que les femmes retenues au CRA-4 présentent aussi, dès leur arrivée, des pathologies psychiatriques plus lourdes que celles observées chez les hommes placés dans les trois autres centres du CRA de Paris. Il est à noter qu'elles sont généralement très jeunes et ne bénéficiaient, pour la plupart, d'aucun suivi médical avant leur placement en rétention. Il est par ailleurs à noter que les femmes du CRA de Paris présentent globalement une meilleure santé bucco-dentaire que les hommes.

Les projets de soins des UMCRA

La circulaire du 7 décembre 1999 indique que les médecins de l'UMCRA « assurent les actes médicaux de diagnostic et de traitement ainsi que les soins de première intention ».

La convention liant l'UMCRA du **CRA de Bordeaux** au CHU reprend les termes de cette circulaire et précise que le personnel infirmier est, pour sa part, « chargé de prodiguer les soins nécessaires dans le respect de la confidentialité (distribution de médicaments, pansements, injections et prise de sang éventuelles...) et d'assurer une présence relationnelle afin d'apporter un soutien psychologique aux personnes retenues ». La pratique médicale est facilitée par la grande proximité des infrastructures hospitalières et les soignants de l'UMCRA exercent une médecine similaire à celle qu'ils pratiquent dans d'autres contextes (à l'hôpital ou en établissement pénitentiaire), tournée vers la médecine clinique¹³.

A l'UMCRA du **CRA de Marseille**, la clinique prime également dans le projet de soins.

L'UMCRA du **CRA-4 de Paris** qualifie quant à elle son activité de « médecine d'assistance » et s'est donné pour priorité d'aider à la reconstitution du dossier médical des personnes retenues, en contactant si nécessaire les différents acteurs de leur prise en charge médicale. Il a en effet été indiqué aux contrôleurs que certaines personnes en situation irrégulière utilisaient la carte vitale d'un tiers pour obtenir des soins et disposaient, parfois, de certificats diagnostiquant des maladies sous un autre nom, obligeant quelquefois les médecins à prescrire le renouvellement d'examen déjà effectués.

Par ailleurs, faute de pouvoir proposer un suivi psychologique réalisé par un professionnel et au regard du parcours des personnes hébergées, les soignants des UMCRA assurent souvent une présence relationnelle. L'ensemble des UMCRA visitées décrit ainsi un pan de son activité comme un travail d'écoute (« gérer l'angoisse des personnes retenues ») et de sensibilisation.

L'activité médicale globale au sein des UMCRA

Chaque UMCRA organise la manière dont les soins sont prodigués à l'intérieur du CRA et les rôles respectifs des médecins et des infirmiers.

Au **CRA de Bordeaux**, l'unité médicale dispense de nombreux actes soignants, sans se limiter dans ses prescriptions, qu'il s'agisse de bilans, examens ou traitements. Il est relevé, dans le bilan d'activités de 2017 (arrêté au mois d'octobre inclus), une hausse relativement continue tant du nombre de consultations que du nombre d'actes médicaux, liée notamment à l'augmentation du nombre de personnes placées en rétention mais également à une meilleure traçabilité des actes du

¹³ La médecine clinique (étymologiquement du latin *clinice*, « médecine exercée près du lit du malade ») est l'étude et le traitement des maladies directement au chevet du patient. Elle vise à l'établissement du diagnostic par la pratique de l'examen clinique c'est-à-dire l'interrogatoire et l'observation.

fait de l'informatisation de l'activité. De 2016 à 2017, le nombre de consultations est passé de 471 à 638 et le nombre d'actes soignants de 1 916 à 3 667. Du 1^{er} janvier au 31 octobre 2017, les moyennes constatées sont de 2,22 consultations par personne retenue et de 12,77 actes soignants par personne¹⁴.

Au **CRA de Marseille**, 996 consultations médicales et 11 326 consultations avec les infirmières ont eu lieu en 2017. A titre d'illustration, le 2 mars 2018, 33 personnes s'étaient rendues à l'unité médicale du CRA Marseille.

Selon le rapport d'activité du service médical du CRA de Paris pour l'année 2016, les soignants du **CRA-4 de Paris** ont accueilli 4 534 femmes cette année-là. Chaque mois, les soins infirmiers s'y établissaient entre 190 à 200 soins de moins de dix minutes, entre 10 à 20 soins de plus de dix minutes, entre 40 à 50 actes afférents aux soins de moins de dix minutes et entre 5 à 15 actes afférents aux soins de plus de dix minutes. Le nombre total de consultations médicales avec un praticien hospitalier au CRA de Paris pour 2016 s'élève à 273.

L'orientation vers des médecins spécialistes extérieurs aux CRA

En dehors des urgences, des avis et consultations spécialisées peuvent être sollicités auprès des hôpitaux de rattachement par les soignants des UMCRA. L'organisation de ces examens est dépendante des liens entre les UMCRA et les structures hospitalières concernées.

Forte de la localisation du **CRA-4 de Paris** et des partenariats dont elle dispose, l'UMCRA de Paris est en mesure d'organiser des examens complémentaires dans plusieurs spécialités : imagerie, gynécologie et obstétrique, ophtalmologie, kinésithérapie (généralement limitée à une séance), dermatologie. Pour cette dernière spécialité, les femmes retenues ne sont pas prises en charge au titre de l'urgence et, dès lors, sont souvent éloignées ou libérées avant le jour prévu de la consultation. A l'inverse, les soins dentaires relèvent exclusivement de l'urgence ; les soins de réparation dentaire des femmes retenues ne sont donc pas assurés mais les soins urgents sont pris en charge à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. En tout état de cause, les transports à l'hôpital sont relativement peu fréquents depuis le CRA-4 de Paris ; pour la période du 5 avril au 28 décembre 2017, seuls trente-et-un transports ont été réalisés, la plupart pour des examens gynécologiques et, parfois, des interruptions volontaires de grossesse.

Au **CRA de Marseille**, les soignants de l'UMCRA peuvent eux aussi solliciter l'avis de spécialistes car le plateau technique de l'hôpital Nord est à disposition, y compris en dehors des soins d'urgence¹⁵ ; 15 consultations avec des spécialistes ont été assurées en 2017, hors soins dentaires. Pour ceux-ci, le compte-rendu financier de l'UMCRA pour 2017 indique que 97 personnes ont été orientées vers le service d'odontologie de l'hôpital de la Timone à Marseille. Ces consultations se font sans rendez-vous mais l'appréciation de leur opportunité ne semble pas encore arrêtée car le rapport annuel pour 2017 indique que « *les consultations dentaires n'ont lieu que dans le cadre de l'urgence [...] mais que les patients peuvent être amenés à être revus par les dentistes à leur demande* », quand des soignants ont au contraire affirmé aux contrôleurs que les transferts pour consultations dentaires auparavant limitées aux seules urgences, étaient désormais organisés en tant que de besoin (quand le traitement antalgique ne fait pas effet après trois jours, par exemple). En tout état de cause, les demandes semblent multiples au regard de la santé bucco-

¹⁴ 287 personnes placées en rétention entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2017 pour 638 consultations et 3 667 actes.

¹⁵ Les soins d'urgence ont représenté 82 transferts vers l'hôpital Nord et 14 transferts aux urgences psychiatriques en 2017.

dentaire des personnes retenues, globalement très précaire. S'agissant par ailleurs des examens en radiologies, les rendez-vous sont en général pris tôt le matin pour éviter les temps d'attente, sur un créneau réservé aux patients de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ; 29 transferts en radiologie ont été effectués en 2017. Enfin, les rendez-vous avec des spécialistes pris antérieurement à la rétention sont honorés dans la mesure du possible.

En cas de besoin, les personnes retenues au **CRA de Bordeaux** peuvent bénéficier de consultations spécialisées à l'extérieur du centre, essentiellement pour des problèmes dentaires. Dans ce cas, les rendez-vous sont pris par l'UMCRA en fonction des créneaux horaires disponibles pour l'escorte policière. Il est indiqué que le délai est généralement inférieur à une semaine pour obtenir une consultation dentaire.

Les actions de dépistage

L'opportunité d'actions de dépistage et de prévention en direction des personnes retenues fait l'objet d'analyses divergentes de la part des soignants des différentes UMCRA visitées.

Au **CRA-4 de Paris**, il est indiqué que les actions de prévention ou de détection de nouvelles maladies ne sont pas engagées compte tenu du manque de visibilité de la durée de rétention des personnes. Par exemple, les examens de détection des hépatites sont rarement réalisés car ces maladies nécessitent la mise en place de traitements de longue durée, que les soignants pensent peu opportuns d'initier en rétention si leur suivi n'est pas assuré.

L'équipe soignante du **CRA de Marseille** considère également qu'il n'est pas nécessairement souhaitable de pratiquer des dépistages systématiques car la prise en charge tant du diagnostic que du traitement pourrait s'avérer impossible au regard des incertitudes quant au devenir des personnes. Souvent les analyses faites reviennent alors que la personne a été éloignée ou libérée. Certains dépistages sont néanmoins réalisés à la demande du patient (VIH) ou en cas de doute (tuberculose).

Au **CRA de Bordeaux** en revanche, l'équipe soignante évoque systématiquement avec ses patients la question de leur situation sérologique et leur propose un dépistage. Si la personne en est d'accord, un rendez-vous est pris pour procéder à une prise de sang et une consultation est programmée pour les résultats.

Il est à noter que les UMCRA de Marseille et de Bordeaux sont équipés pour pouvoir réaliser la plupart des bilans sanguins.

Les vaccinations et les actions de prévention

Les questions de la vaccination, de l'éducation à la prévention et de l'éducation à la santé connaissent elles aussi des pratiques divergentes et ne semblent pas prioritaires parmi les missions des soignants des UMCRA.

Au **CRA-4 de Paris**, il n'existe pas de vaccination systématique des personnes retenues, à l'exception des rappels lorsque l'équipe médicale dispose d'une prescription en ce sens ou de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination nationale : ainsi, en 2010, exceptionnellement, tous les volontaires ont été vaccinés de la grippe H1N1. L'UMCRA ne dispose par ailleurs d'aucun outil d'éducation de prévention et d'éducation à la santé ; les « livrets de santé bilingues » édités par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et le Comité médical pour les exilés (Comede) ne sont plus distribués.

Au **CRA de Bordeaux**, les vaccins sont délivrés par coursier depuis le CHU et les résultats sont disponibles sur le logiciel *DXCare*¹⁶, ce qui permet le cas échéant de suivre les personnes retenues libérées.

L'intervention des UMCRA dans les aspects matériels du quotidien en CRA

En fonction de la configuration des lieux et de l'histoire des interactions entre soignants et fonctionnaires de police, les membres de l'UMCRA accèdent plus ou moins librement aux zones de vie et connaissent donc de manière variable l'environnement quotidien de leurs patients retenus et les difficultés matérielles qu'ils rencontrent.

Au **CRA de Bordeaux** par exemple, l'unité médicale porte une attention particulière aux conditions matérielles de vie au sein du CRA, comme en témoigne le commentaire d'un soignant consigné dans un compte-rendu de réunion interservices le 29 juin 2017 : « *[on note] une amélioration au niveau de l'entretien des locaux, bien qu'il ne soit pas encore satisfaisant* » ; il existe également des signalements sur l'absence de papier hygiénique dans certains WC destinés aux personnes retenues.

Au **CRA-4 de Paris**, le médecin de l'UMCRA établit des certificats d'adaptation matérielle s'il estime que des aménagements des conditions de rétention sont nécessaires à l'état de santé d'une personne retenue : prescription d'une canne, de couvertures supplémentaires, etc. L'UMCRA distribue aussi des compléments alimentaires aux femmes enceintes ou en sous-poids mais n'émet pas de certificats relatifs aux régimes alimentaires ni, *a fortiori*, de certificats prescrivant une alimentation professionnelle. Les allergies sont reportées dans le cahier de consignes du CRA et les personnes retenues s'arrangent entre elles et avec l'agent en charge de la distribution des repas.

En matière d'alimentation, il est à noter que dans ce même CRA, la société gestionnaire de la restauration adresse quotidiennement la liste des personnes ayant « refusé » leur plateau repas. En cas de grève de la faim ou de la soif déclarée par une femme retenue, les fonctionnaires en informent leur hiérarchie et l'UMCRA par courriel. Une procédure équivalente existe au CRA de Marseille : lorsqu'une personne ne mange pas au réfectoire durant quatre repas consécutifs, elle est considérée comme étant en grève de la faim et est signalée à l'UMCRA par courriel ; elle bénéficie alors d'un rendez-vous infirmier tous les deux jours et d'une consultation médicale par semaine. S'il s'agit d'une grève de la faim et de la soif, elle est reçue tous les jours par une infirmière et un médecin.

Au **CRA de Marseille** les soignants ont indiqué ne pas se rendre régulièrement en zone de vie pour constater les conditions de rétention. Ils ont toutefois signalé aux contrôleurs que les personnes retenues leur disaient ne pas avoir assez à manger, ou des couvertures en nombre insuffisant. Ils ont également eu connaissance du fait que les produits d'hygiène étaient distribués en quantité insuffisantes (shampoing et dentifrice notamment), ce qui a été confirmé par les personnes retenues. Le prix prohibitif de ces produits dans le distributeur accessible aux personnes retenues ne leur permet pas d'en acheter régulièrement (8 euros pour un petit tube de dentifrice par exemple). L'UMCRA a par ailleurs demandé lors des réunions partenaires à disposer de kits d'hygiène féminine et de vêtements de rechange notamment pour les personnes retenues ayant

¹⁶ Il s'agit d'un dossier patient numérisé, permettant « *de minimiser la redondance des informations et des saisies en faisant en sorte qu'une donnée ne soit renseignée qu'en un seul point en assurant ainsi l'unicité, l'accessibilité et la disponibilité de cette information envers les autres utilisateurs* » (www.medadsys.fr).

des maladies de peau. Il a été souligné qu'intervenants et fonctionnaires apportaient spontanément des vêtements pour pallier l'absence de dons ou de budget dédié.

L'émission de certificats de coups et blessures

Les médecins des UMCRA sont parfois sollicités pour rédiger des certificats de coups et blessures occasionnées lors de l'interpellation ou durant la période de rétention.

Au **CRA de Marseille**, les médecins de l'UMCRA rédigent de tels certificats à la demande des personnes détenues. Ils précisent que l'unité médico-judiciaire (UMJ) ne reçoit les personnes que sur le fondement de réquisitions judiciaires.

A l'inverse, les soignants du **CRA-4 de Paris** n'ont jamais à établir de certificat de coups et blessures car chaque plainte est déposée par l'ASSFAM (l'association qui fournit une assistance juridique aux personnes retenues) auprès du commissariat du 12^{ème} arrondissement de Paris après réquisition d'un certificat médical auprès de l'UMJ, mesure imposée par le Parquet de Paris. Cependant, si le médecin de l'UMCRA n'établit pas de certificats de coups et blessures proprement dit, il décrit néanmoins les blessures de la personne concernée dans un document qu'il porte à son dossier médical.

La continuité des soins à la sortie

Les modalités de circulation des informations entre la PAF et les soignants déterminent la manière dont la continuité des soins peut s'appliquer. Certaines UMCRA ont mis en place des procédures qui la garantissent mais d'autres peinent à pallier les difficultés inhérentes à l'absence générale de communication sur le devenir des personnes.

Aux CRA de Marseille et de Paris-Palais de Justice, les UMCRA ne sont pas automatiquement informées des prévisions de sortie de rétention (transfert ponctuel au consulat, libération ou éloignement), ce pour des motifs allégués de sécurité.

Au **CRA de Marseille**, l'UMCRA n'est informée de la sortie d'une personne retenue que de manière informelle et, par conséquent, irrégulière. Dans pareil cas, les soignants lui remettent les documents importants qui la concernent (ordonnances, date de consultations spécialisées, etc.) et, parfois, l'orientent vers des organismes extérieurs, par exemple un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Néanmoins, pour une part importante des cas, les personnes quittent le CRA sans avoir été convoquées par l'UMCRA et, dès lors, ne disposent pas de leur dossier médical, des ordonnances dont elles pourraient avoir besoin ni, *a fortiori*, des médicaments qui leur sont immédiatement nécessaires à leur sortie, qu'elle soit ponctuelle ou définitive. Il a été rapporté aux contrôleurs le cas d'une personne insulino-dépendante qui a été éloignée par bateau sans son traitement médical alors que la traversée durait plus d'une journée.

L'unité médicale du **CRA-4 de Paris** effectue pour sa part systématiquement une copie de tous les documents médicaux récupérés ou établis durant la rétention (comptes rendus d'hospitalisation, radiographies, bilans, etc.) afin d'en placer un exemplaire à la fouille de l'intéressée et ainsi s'assurer qu'elle en dispose à son départ, quelles que soient les modalités de sa sortie. Les infirmières peuvent également leur remettre leurs médicaments pour quelques jours, afin d'éviter une rupture de traitement. L'UMCRA a en outre édité un document d'une page, en

français, comprenant les adresses des hôpitaux ou des structures (tels que le « bus social dentaire ») prenant en charge les personnes dépourvues d'assurance maladie, ce qui est souvent le cas. Une information relative à l'AME peut être délivrée dans les PASS.

La procédure mise en place au **CRA de Bordeaux** permet aux personnes retenues de bénéficier d'une meilleure continuité des soins : les fonctionnaires de police doivent aviser quotidiennement le personnel soignant des éloignements à venir. Cette information est expressément prévue dans les consignes de service concernant l'accès aux soins des personnes retenues, qui précise que la procédure s'applique y compris dans les situations où la personne concernée « *n'est pas, à titre exceptionnel, informée de son départ, à charge pour le personnel médical de respecter la confidentialité de cette information* ».

Les consignes n'évoquent en revanche pas les suites d'une éventuelle mainlevée. En pratique, le personnel soignant en est généralement avisé, ce qui permet de délivrer à la personne concernée, en tant que de besoin, une ordonnance et jusqu'à deux jours de traitement. Toutefois, l'augmentation du nombre de mesures de rétention et la rapidité de leur succession en septembre et octobre 2017¹⁷ a rendu difficile le maintien de ce principe.

4. Présentation générale des UMCRA et de leur fonctionnement ordinaire

La localisation et la configuration des UMCRA

Les UMCRA sont situées dans des zones différentes et sont configurées de manière singulière au sein de chaque CRA.

Au CRA-4 de Paris, l'UMCRA se situe au premier étage, c'est-à-dire sur le même palier que la majorité des chambres mais un étage plus haut que les trois chambres réservées en priorité aux femmes enceintes ou en situation de handicap¹⁸. L'UMCRA et la zone d'hébergement partagent un même couloir mais sont séparées par une porte laissée ouverte durant la présence du personnel soignant. Dans la partie du couloir propre à l'UMCRA, une porte permet l'accès à la salle de consultation et de soins, qui dessert ensuite deux petites pièces : l'une sert de bureau non accessible aux personnes retenues et l'autre est une réserve fermée à clé permettant le stockage des médicaments et du matériel de soins, des opiacés dans un coffre-fort et des dossiers médicaux dans une armoire dédiée. Le local de consultations et de soins est très faiblement éclairé.

Le **CRA de Bordeaux** héberge lui aussi au sein de la zone de vie les locaux de l'UMCRA, auxquels on accède en longeant les chambres et en traversant l'une des deux salles communes¹⁹. La zone dédiée à l'UMCRA comprend une salle de soins infirmiers et une salle de consultation, équipée notamment d'une table d'examen, ainsi qu'une petite pharmacie. La première dispose d'une fenêtre donnant sur le patio extérieur, qui sert de cour de promenade aux personnes retenues. Ces deux salles donnent sur un sas²⁰, lui-même ouvert sur une salle commune. La salle de

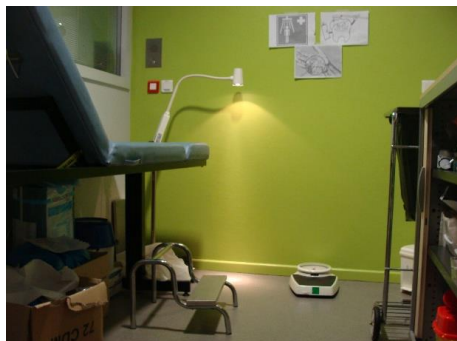
¹⁷ A la date des VSP, le nombre d'entrées et de sorties était en phase de stabilisation.

¹⁸ Hors personnes à mobilité réduite, non admises au sein du CRA-4 de Paris.

¹⁹ Les locaux du CRA de Bordeaux, confinés et de taille réduite, se répartissent autour d'un patio de 45 m² et peuvent héberger jusqu'à 20 personnes. La zone de vie occupe trois côtés du centre (chambres et locaux communs), les locaux techniques et administratifs occupant le quatrième côté.

²⁰ Sur la porte du sas, une affichette précise les horaires d'ouverture de l'unité médicale, le recours à un pictogramme permettant de différencier les horaires de présence du médecin des horaires de présence d'un membre du personnel infirmier.

soins donne sur la salle de consultation par une baie vitrée, qui peut en être isolée par la fermeture d'un store, afin de préserver la confidentialité des soins.



Salle de consultation



Sas – vue de la salle de soins

L'UMCRA du **CRA de Marseille** se situe au premier étage, dans un espace enclavé, peu aéré, peu lumineux et séparé des zones d'hébergement, qui se déploient sur ce même étage et sur une partie du rez-de-chaussée. L'UMCRA se compose d'une salle d'attente de sept places, d'un bureau dédié aux consultations médicales (pièce aménagée récemment et disposant, seule, d'une ouverture vers l'extérieur grâce à un puits de lumière) et d'une pièce – dotée de l'armoire à pharmacie – où se déroulent les entretiens avec les infirmières. Plusieurs autres pièces sont à la disposition du personnel soignant. Depuis peu, les soignants (et, plus généralement, l'ensemble des intervenants) pénètrent dans le CRA par une entrée différente de celle réservée aux policiers et aux personnes retenues arrivant au CRA, ce qui semble avoir mis un frein aux contacts quotidiens avec les policiers. En outre, les membres de l'UMCRA ont désormais des badges permettant une circulation limitée dans le CRA ; ils n'ont donc pas un accès autonome aux zones de vie mais peuvent s'y rendre accompagnés s'ils le demandent.

Relations interservices, utilisation conjointe des locaux et respect du secret médical

Services de police et équipes soignantes travaillent au sein des mêmes structures. La conception architecturale des CRA et des UMCRA, leur aménagement et leur utilisation permettent le respect du secret médical de manière inégale.

Au **CRA-4 de Paris**, si la porte de la salle d'examen est généralement ouverte pour permettre aux personnes retenues de venir s'y présenter lorsqu'elles le souhaitent, elle est en revanche fermée lors des moments de consultations et préserve la confidentialité des échanges entre soignants et patientes.

Au **CRA de Bordeaux** en revanche, depuis le mois d'octobre 2017 et la mise en place d'une présence policière devant les locaux de l'UMCRA pendant le temps de consultation, les contrôleurs ont constaté que la porte fermée du local ne suffisait pas à garantir la parfaite confidentialité des consultations.

Quant à l'UMCRA du **CRA de Marseille**, elle dispose d'une salle d'attente où les personnes retenues patientent avant et après leurs rencontres avec les soignants. Le rondier y demeure également – ou est à proximité – lors des consultations. La porte du bureau des infirmières, séparé de la salle d'attente par un couloir coudé, reste entrouverte pendant les entretiens.

S'agissant du circuit des données relatives à la santé des personnes retenues et notamment des documents de liaison entre fonctionnaires de police et soignants de l'UMCRA, il interroge aussi parfois au regard du respect du secret médical.

Au **CRA-4 de Paris**, une fiche de liaison est établie par les fonctionnaires de police à l'arrivée d'une personne retenue si celle-ci dispose de médicaments dans ses effets personnels ; cette fiche de liaison liste exhaustivement les traitements présents, qui sont – sauf la *Ventoline*[®] – mis à l'écart dans la boîte de la personne retenue située au coffre. Cette fiche est déposée dans une bannette dédiée à l'UMCRA située dans le bureau des fonctionnaires de police, que l'infirmière relève tous les matins.

Au **CRA de Marseille**, une bannette de liaison a quant à elle été installée dans la zone d'autonomie contrôlée (ZAC, cf. §

L'information délivrée aux arrivants sur l'accès aux soins en CRA) pour faire le lien avec l'UMCRA, notamment au retour des hospitalisations. Y sont déposées par les policiers les courriers destinés à l'UMCRA. La localisation de cette bannette, ouverte et accessible à toutes les personnes passant dans la ZAC, est problématique. L'UMCRA indique y trouver parfois des documents médicaux (certificats, ordonnances voire dossiers médicaux) sans enveloppes. Il semblerait que les soignants de l'hôpital soient peu attentifs à cette question et remettent souvent des documents – qui plus est non fermés – aux policiers.

Les centres de rétention de Bordeaux et de Marseille ont par ailleurs mis en place des réunions interservices régulières.

Au **CRA de Marseille**, ces réunions – dites « partenaires » – sont en principe organisées tous les trois mois par la cheffe de CRA. Y sont conviés l'UMCRA, l'association Forum-réfugiés et l'OFII. Seules deux se sont tenues en 2017. Des réunions ponctuelles ont par ailleurs eu lieu sur des sujets particuliers tels la maladie contagieuse et la gestion des malaises en zone de vie, en décembre 2016, ou encore la distribution des médicaments et les intoxications médicamenteuses en mai 2017. La lecture des comptes-rendus fait apparaître qu'elles sont un lieu d'échanges sur les contraintes respectives des services concernés, mais illustre également les faiblesses existant dans leur communication, notamment entre la police et l'UMCRA, sur des sujets sensibles, comme par exemple, la présence permanente du rondier.

Le **CRA de Bordeaux** organise trois à quatre fois l'an des réunions interservices, réunissant également l'UMCRA, l'OFII, la Cimade, GEPSA et la PAF. Les trois dernières réunions précédant les vérifications sur place avaient eu lieu le 30 mars, le 29 juin et le 12 octobre 2017. Elles ont permis d'aborder des points variés de la vie en rétention, comme, lors de la dernière, le climat de tension ressenti au sein du centre, que l'un des intervenants relie notamment à l'augmentation du taux d'occupation et l'évolution de la population admise, de plus en plus précarisée et déstructurée, mais également le projet de l'OFII de créer un catalogue d'achats pour les retenus ou la demande d'un devis, par le chef de centre, pour l'installation d'agrès de sport dans la cour de détente. Un compte-rendu en est dressé par le chef de centre et envoyé aux participants.

La conservation des dossiers médicaux

Dans de nombreux CRA, les dossiers médicaux sont conservés dans des lieux préservant leur confidentialité mais ne permettant pas leur utilisation par des soignants extérieurs à l'UMCRA, notamment en cas d'intervention en urgence durant la nuit. Par ailleurs, l'accès des personnes retenues aux documents médicaux qui les concernent (qu'ils aient été émis avant leur placement

en rétention ou durant celui-ci) est à effectivité variable selon les procédures mises en place par les différentes UMCRA (cf. aussi § La continuité des soins à la sortie).

Aux **CRA de Paris-Palais de Justice, Bordeaux et Marseille**, les dossiers médicaux des personnes retenues ne sont pas accessibles aux services d'urgence en cas d'intervention en dehors la présence des soignants de l'UMCRA.

Au **CRA de Marseille**, les dossiers sont en format « papier » et sont conservés sous clé dans une armoire située dans le bureau des infirmières. Si les personnes retenues arrivent au CRA en possession d'une ordonnance, elles sont autorisées à la conserver avec eux.

Au **CRA-4 de Paris**, les dossiers médicaux individuels sont également sous forme « papier ». Systématiquement photocopiées pour dépôt au « coffre » des personnes intéressées afin qu'elles puissent en disposer durant leur placement en CRA²¹ et à leur sortie, les pièces médicales sont également conservées dans une boîte en carton placée sur le bureau de l'infirmerie. Lorsque la mesure de rétention est levée, l'exemplaire du dossier médical présent à l'UMCRA est stocké dans la réserve avant d'être, à terme, archivé à l'Hôtel-Dieu ; la clé de la réserve est conservée par l'équipe infirmière, qui en a exclusivement l'accès.

Les personnes placées au **CRA de Bordeaux** sont, quant à elles, interrogées sur leurs pathologies, traitements et antécédents par un IDE au moment de leur arrivée en vue de la constitution d'un dossier médical dématérialisé. Le logiciel utilisé est celui déployé au CHU de Bordeaux (*DxCare*[®]) ; il est partagé par l'ensemble des services de l'hôpital. Ainsi, dans la mesure où les urgences en dehors des horaires d'ouverture de l'UMCRA sont prises en charge par le service des urgences du CHU, les dossiers sont consultables. En revanche, en l'absence des soignants de l'UMCRA, le logiciel est inaccessible aux autres intervenants – ne relevant pas du CHU de Bordeaux – dont les soignants du centre hospitalier Charles Perrens, qui n'utilisent pas le même logiciel. Dans ses observations, le médecin responsable de l'UMCRA précise que les informations sont communiquées aux soignants de l'hôpital psychiatrique pendant les horaires d'ouverture de l'UMCRA par téléphone, fax ou courrier. Les comptes rendus d'hospitalisation à Charles Perrens sont transmis à l'UMCRA sur demande écrite.

5. Organisation des consultations médicales

L'information délivrée aux arrivants sur l'accès aux soins en CRA

L'accès aux consultations médicales varie d'un CRA à un autre en raison, au premier chef, de la localisation des locaux de l'UMCRA et des modes de circulation au sein du centre. Un accès plus ou moins facilité à l'UMCRA induit une meilleure ou moindre information des personnes retenues quant à leur possibilité de solliciter l'unité médicale.

Si les unités médicales sont particulièrement accessibles aux **CRA de Bordeaux et de Paris-Palais de Justice**, le positionnement de celle du **CRA de Marseille** nécessite un accompagnement par un fonctionnaire de police et, dès lors, suppose que les personnes retenues soient pleinement informées de leur possibilité de solliciter un médecin.

²¹ Les personnes retenues ont accès, sur demande, aux objets et donc aux documents placés dans ces boîtes en carton nominatives.

Cette information est principalement transmise par le personnel soignant et notamment infirmier lors l'entretien sanitaire initial proposé à l'arrivée des personnes retenues. Le droit à un accès aux soins est également expliqué au cours de la notification des droits et est mentionné dans le règlement intérieur type décliné au plan local.

Au **CRA de Bordeaux**, le règlement intérieur, daté de 2011, est affiché en français dans le sas d'entrée et en huit langues à l'intérieur de la zone de rétention. Il précise dans son article 12 relatif à la circulation dans les locaux que « *l'accès aux zones médicales et associatives est libre aux de présence des intervenants* ». L'article 18²², quant à lui, décline les jours et horaires de présence du personnel médical ainsi que les modalités de distribution des traitements.

Au **CRA de Marseille**, lors de la visite de l'établissement par des contrôleurs du 29 septembre au 2 octobre 2014, il avait été relevé que le formulaire intitulé « vos droits en rétention » n'était pas systématiquement remis à la personne lors de son placement et que le règlement intérieur, par ailleurs non conforme au modèle réglementaire, n'était apposé en français, arabe et anglais que sur les murs de la salle de transit, ne permettant pas aux personnes retenues d'en prendre connaissance ultérieurement.

Au **CRA-4 de Paris**, les personnes retenues se voient remettre, à leur arrivée et lors de leur prise en charge par les fonctionnaires de police, un « extrait du registre ». Disponible en plusieurs langues, ce document indique qu'elles reconnaissent avoir été informées qu'elles peuvent demander l'assistance d'un médecin et qu'elles ont reçu communication du règlement intérieur²³ du CRA. Ce dernier est en réalité affiché en plusieurs langues (français, arabe, chinois, russe, portugais, espagnol et anglais) sur les vitres du réfectoire, dans le couloir qui sépare cette pièce de la salle de détente.

La prise en charge des arrivants

Un entretien sanitaire d'arrivée est réalisé systématiquement par des infirmiers dans les trois CRA étudiés. Il présente néanmoins des singularités en fonction des pratiques locales, qu'il s'agisse de la visée de cet entretien ou de l'orientation vers des médecins de l'UMCRA.

Au **CRA de Marseille**, les fonctionnaires de police communiquent quotidiennement la liste des personnes retenues aux membres de l'UMCRA. Les arrivées sont signalées par courriel au fil de

²² « *Les soins à l'intérieur du centre, y compris la distribution de médicaments, sont exclusivement dispensés par du personnel médical agréé par l'administration. [...] L'infirmier du centre est accessible aux retenus durant la présence du personnel médical dans les conditions suivantes sur demande ou convocation : un médecin y donne des consultations les lundi, mercredi et vendredi de 14h30 à 18h30. Une infirmière y assure des permanences de 11h à 18h30 les lundi et vendredi, et de 14h30 à 18h30 les mardi, mercredi, jeudi, samedi, dimanche. La distribution des médicaments est assurée par le personnel médical. En cas de nécessité ou d'urgence, il est possible de consulter un médecin en dehors des heures de présence de l'équipe médicale sur demande au poste d'accueil et de surveillance du CRA qui contactera le Centre 15 pour les suites à donner* ».

²³ Les contrôleurs ont pris connaissance du règlement intérieur affiché et ont obtenu une version numérique de ce dernier. Ces deux règlements, non datés, comportent des informations différentes portant, pour certaines d'entre elles, sur l'accès aux soins. L'article 18 dispose néanmoins que « *les soins à l'intérieur du centre, y compris la distribution de médicaments, sont exclusivement dispensés par du personnel médical agréé par l'administration. L'infirmier du centre de rétention administrative assure une permanence de 8h00 à 16h00. Les visites s'effectuent aux horaires d'ouverture : de 9h30 à 10h30 et de 15h00 à 16h00. Un médecin y donne des consultations aux jours ci-après : du lundi au vendredi, trois fois/semaine (matin ou après-midi). En cas de nécessité, le personnel policier est habilité à faire appel aux Sapeurs-pompiers ou à procéder à des évacuations sanitaires vers un établissement hospitalier* ».

la journée, sur une messagerie électronique structurée. Les personnes venant d'être placées au CRA sont systématiquement reçues en entretien par les infirmières, qui les questionnent sur leurs antécédents médicaux, leurs allergies, les interventions chirurgicales dont elles ont fait l'objet, leur suivi gynécologique et leur contraception s'il s'agit de femmes, etc. Les infirmières apprécient alors si elles doivent bénéficier d'une consultation médicale. Tel est le cas, pour les hommes retenus, lorsqu'une pathologie aiguë ou chronique est connue ou détectée, lorsqu'un traitement est en cours ou lorsqu'un comportement inhabituel est constaté ; si les infirmières ont un doute quant à une éventuelle pathologie, elles suivent durant quelques jours l'évolution des symptômes puis orientent l'intéressé vers le médecin ; enfin, lorsqu'une personne n'est pas satisfaite d'un traitement, les infirmières programment un suivi médical une fois par semaine. Les femmes retenues, quant à elles, bénéficient systématiquement d'un rendez-vous avec un médecin à leur arrivée ; les raisons avancées sont leurs facteurs de vulnérabilité spécifiques.

Au **CRA de Bordeaux**, les arrivants sont également systématiquement reçus par une infirmière qui leur explique le fonctionnement de l'UMCRA, vérifie les éventuels traitements en cours et les antécédents médicaux, puis ouvre un dossier médical au nom de chaque personne. Une consultation avec un médecin est systématiquement proposée à chaque personne retenue ; si celle-ci l'accepte, un rendez-vous est programmé le lendemain de l'arrivée. Si le médecin est présent au CRA à l'arrivée d'une personne, il effectue l'entretien « arrivants » avec l'infirmière.

Au **CRA-4 de Paris**, la liste des personnes retenues présentes au CRA est établie par les agents de police à chaque nouvelle prise de service, matin, midi et soir. Elle est, *a minima*, systématiquement adressée par courriel à l'infirmerie à la prise de poste du matin. L'UMCRA est donc informée quotidiennement des nouvelles arrivées et des éventuelles absences (audiences, etc.). Les personnes retenues nouvellement arrivées au CRA sont systématiquement vues par les infirmières dans les 24 heures de leur arrivée. Celles-ci disposent d'un questionnaire « arrivants » en vue de faire un point sur d'éventuels risques infectieux et des problèmes de dépendance. Les antécédents médicaux sont également évoqués et les hôpitaux au sein desquels des soins ont pu leur être dispensés sont répertoriés afin de pouvoir reconstituer leur dossier médical. Les infirmières vérifient les constantes de bases (température, tension, pouls, taille et poids) des personnes retenues et peuvent, au besoin, réaliser des prises de sang. A cette occasion, il est également demandé aux femmes si elles souhaitent avoir une consultation médicale. Un cahier qui demeure au sein de l'UMCRA sert à la transmission des consignes et à la programmation des consultations médicales. Il est apparu aux contrôleurs que les médecins, dont les trois demi-journées de permanence sont normalement assurées les lundis, mercredis et jeudis, ne se présentent au CRA qu'en fonction des consultations programmées.

Les procédures d'accès aux UMCRA

L'accès des personnes retenues à l'UMCRA est autonome et aisé dans certains CRA, soumis à contraintes dans d'autres, notamment en raison des dispositifs de sécurité qui y sont installés et de la distance séparant l'unité médicale des zones d'hébergement.

Au **CRA-4 de Paris**, la porte de la salle d'examen est laissée ouverte tous les jours à partir de 9h et pendant toute la durée de présence des soignants²⁴, sauf en cas de consultations. Par conséquent, les femmes retenues se rendent de manière entièrement autonome jusqu'aux soignants pour honorer un rendez-vous médical, prendre le traitement qui leur est distribué chaque matin ou évoquer spontanément un problème de santé. L'UMCRA ne dispose pas de salle d'attente

²⁴ La permanence de l'infirmerie est assurée de 8h à 16h tous les jours de la semaine.

et, lorsqu'une femme ne se présente pas à la distribution des médicaments ou à un rendez-vous programmé, une infirmière se déplace jusqu'à sa chambre ; les médecins, quant à eux, se rendent rarement dans le quartier d'hébergement.

Au **CRA de Bordeaux**, l'accès des personnes retenues au personnel médical est lui aussi immédiat en raison de la configuration des lieux. Le personnel médical et infirmier côtoie quotidiennement les patients, ce qui permet une identification réciproque et, pour l'équipe soignante, une meilleure perception des évolutions de l'état de santé physique et psychique des personnes retenues. Cela leur permet également de mieux connaître l'environnement matériel dans lequel les personnes retenues sont contraintes de vivre et donc d'apprécier son impact sur leur comportement.

Cette proximité est néanmoins parfois source de tensions, en particulier lorsque le CRA – à l'atmosphère particulièrement recluse – est totalement plein, voire sur-occupé, et que les besoins de soins se font pressants. Des soignants ressentent également une forme d'isolement, en particulier le week-end, alors que la présence médicale sur place se limite à un IDE durant l'après-midi. Ces deux facteurs ont conduit à mettre en place de restrictions en matière d'accès à certaines UMCRA : depuis le mois d'octobre 2017²⁵, une présence policière a été organisée devant les locaux de l'UMCRA, pendant le temps de consultation, c'est-à-dire de 10h à 17h30 quatre jours par semaine, de 13h30 à 17h30 un jour par semaine et de 12h30 à 16h30 les samedis, dimanches et jours fériés. En parallèle, le fonctionnement de l'UMCRA a été réorganisé : les entretiens infirmiers ont dorénavant lieu sur demande et/ou sur rendez-vous alors qu'historiquement, les personnes retenues pouvaient se rendre spontanément et librement à l'UMCRA, parfois simplement pour dialoguer avec les infirmières car le service médical était conçu comme un espace de soins mais également comme un lieu d'écoute et de soutien.

Cette double réorganisation, supposément temporaire, semble avoir constitué un avantage en matière de régulation des consultations (les personnes retenues patientent dans la salle commune le temps qu'une consultation s'achève), de recentrage sur la mission de soins, de formalisation des entretiens et de sérénité du climat de travail. Malgré la disparition des tensions constatées à la fin de l'année 2017, elle était donc toujours d'actualité au moment des VSP, sans que ne soit clairement évoquée la question de sa pérennisation. D'autres mesures étaient néanmoins envisagées (des études ergonomiques ont notamment été demandées) pour assurer la sécurité des soignants et diminuer leur sentiment d'isolement : le réaménagement des bureaux de l'UMCRA – où l'infirmière serait placée près de la porte – et/ou le port d'alarmes portatives²⁶.

D'autres CRA ont adopté une logique similaire de régulation d'accès à l'UMCRA. Le **CRA de Marseille**, dont l'unité médicale est architecturalement éloignée de la zone d'hébergement, a lui aussi mis en place une présence policière pour organiser les mouvements des patients jusqu'aux soignants. Un policier appelé « rondier » (poste dédié) est affecté quotidiennement à cette tâche : il amène les personnes retenues depuis les unités de vie jusqu'à l'UMCRA par groupe d'une à trois personnes selon une liste qui lui est remise chaque matin par l'unité médicale (arrivants à recevoir en entretien infirmier, traitements à distribuer, consultations médicales). Il y ajoute au fil de l'eau les personnes sollicitant un rendez-vous avec les infirmières. Avant et après les rencontres avec les soignants, les personnes patientent en salle d'attente.

²⁵ Il est indiqué qu'à cette période, plusieurs retenus souffrant de toxicomanie ont exercé des menaces et des pressions sur le personnel soignant pour obtenir des médicaments en sus de ceux qui leur étaient délivrés.

²⁶ Ils sont régulièrement seuls dans les locaux, soit médecin, soit IDE.

Cette réorganisation doit être mise en regard d'un mode de circulation spécifique au sein du CRA de Marseille : une ZAC a été instaurée, dans laquelle l'ouverture des portes est réalisée à distance, par un système d'interphone et de caméras ; l'accès à l'UMCRA – ainsi que la zone d'hébergement des femmes – a néanmoins été délibérément exclu de ce dispositif²⁷.

La présence d'un rondier à l'UMCRA de 8h à 18h est régulièrement remise en question. Il est prévu à court terme que le rondier ne soit plus présent que jusqu'à 14h, l'UMCRA devenant intégrée à la ZAC pour l'après-midi. Ce projet rencontre des avis variés. Du point de vue policier, il pose la question des effectifs de fonctionnaires et de leur déploiement. Du côté de l'UMCRA, certains soignants souhaitent continuer à pouvoir bénéficier d'une présence policière, notamment car l'une des infirmières a subi une agression par une personne retenue²⁸ et car la présence du rondier faciliterait la fluidité des mouvements et diminuerait l'attente des soignants dans un contexte où la ZAC aurait, à l'inverse, complexifié les déplacements.

D'autres souhaitent au contraire que l'accès à l'UMCRA se fasse sans intermédiaire policier. Un doute semble en effet exister quant au relais exhaustif des demandes de soins par les policiers sollicités par interphone depuis les zones d'hébergement. Il est rapporté que les policiers s'enquerraient parfois du motif des demandes avant de les transmettre au rondier dédié à cette tâche. Il est d'ailleurs arrivé à des intervenants non-soignants de contacter l'UMCRA après avoir eu connaissance d'une demande de soins non honorée ; il semble également que des personnes retenues aient elles-mêmes appelé le SAMU.

Par ailleurs, conformément à la demande du CGLPL à la suite de ses visites antérieures au CRA de Marseille, une boîte aux lettres destinée à l'UMCRA a été installée dans les réfectoires afin que les personnes retenues puissent effectuer leurs demandes de rendez-vous en y déposant leur carte de circulation ou un flyer à pictogrammes (cf. image ci-dessous). Toutefois le système ne paraît pas avoir rencontré de succès auprès des personnes retenues, lesquelles ne disposeraient notamment pas toujours de stylos. De plus, les membres de l'UMCRA ne peuvent pas relever fréquemment le contenu de la boîte aux lettres car ils n'accèdent pas librement aux réfectoires. Enfin, le fait que les flyers soient parfois remplis par les policiers semble avoir contribué à l'abandon de cette initiative.

NOM : _____ PRENOM : _____

AMBIANCE PUBLIQUE
Mairie de Marseille

Flyer élaboré par l'UMCRA

²⁷ Les lieux et services accessibles au sein de la ZAC sont les réfectoires, le patio menant aux parloirs, les bureaux de l'OFII, de Forum Réfugiés et de la cellule d'appui à l'éloignement, ainsi que des distributeurs de boissons, friandises et produits d'hygiène de première nécessité. Sept personnes sont autorisées à circuler simultanément dans la ZAC, après en avoir demandé l'accès depuis leur zone de vie par le biais d'un interphone avec caméra connecté à l'entrée du CRA ; elles doivent justifier leur demande et il appartient aux policiers d'apprécier si l'accès à la ZAC est nécessaire (possibilité de rencontrer l'OFII en fonction de ses disponibilités, par exemple).

²⁸ Il est à noter que les soignants sont dotés d'une alarme qu'ils portent autour de leur cou.

Les dispositifs spécifiques à destination des étrangers non-francophones

Le recours à des services d'interprétariat professionnel de la part des équipes soignantes lorsqu'elles reçoivent des personnes retenues qui ne parlent pas le français est inégal au sein des CRA étudiés.

Au **CRA de Bordeaux**, lorsque les retenus ne parlent pas français, les soignants « se débrouillent » en recourant à des services de traduction immédiate et gratuite par internet. Un co-retenue peut également assurer l'interprétariat mais seulement si la personne concernée en fait la demande expresse.

Au **CRA de Marseille**, le recours aux services d'un interprète par téléphone aux termes de la convention conclue en 2009 par l'AP-HM avec l'association Inter Service Migrants (ISM) interprétariat est courant, tant par les infirmières que par les médecins. En 2016, le personnel soignant a eu recours à ce service à 67 reprises.

Au **CRA-4 de Paris**, lors de l'entretien initial, il n'est jamais fait appel à un service d'interprétariat professionnel. En revanche, lorsque les ressources internes ne suffisent pas, les médecins de l'UMCRA utilisent le service téléphonique d'ISM interprétariat ; cette opération demeure néanmoins peu fréquente (moins d'une fois par mois). En cas de difficultés de communication, le personnel soignant a principalement recours à des co-retenues, utilise des dessins ou bien encore, mais plus rarement, fait usage des sites de traduction immédiate et gratuite qui sont accessibles par internet. Les personnes retenues ont également la possibilité de téléphoner à des proches parlant le français afin d'expliquer aux infirmières les éventuelles douleurs ou pathologies dont elles souffrent. Par ailleurs, il arrive que l'ASSFAM – qui mène systématiquement des entretiens avec des interprètes lorsqu'elle reçoit une personne non-francophone – signale au personnel soignant des pathologies spontanément évoquées par l'intéressé.

Les modalités de délivrance des médicaments et le respect du secret médical

La procédure habituelle de distribution des médicaments implique une remise directe, par le personnel médical, des traitements aux personnes retenues, conviées à se déplacer jusqu'à l'UMCRA. Il arrive néanmoins parfois, dans certains CRA, que les fonctionnaires de police se voient confier, dans certaines circonstances, des médicaments ; ces derniers sont néanmoins généralement remis sous enveloppe fermée.

Au **CRA de Bordeaux**, les médicaments sont distribués par les infirmières de l'UMCRA. Les traitements sont habituellement donnés pour 24 heures, sauf certains d'entre eux – *Valium*[®], méthadone, etc. – qui sont administrés devant les infirmières. A titre très exceptionnel, les médicaments peuvent être confiés sous enveloppe fermée aux fonctionnaires de police pour remise à la personne concernée, par exemple si une personne avait des rendez-vous à l'extérieur du CRA pour la journée et est de retour après la fermeture de l'unité médicale.

Au **CRA de Marseille**, les médicaments des personnes qui arrivent au CRA sont présentés à l'infirmière lors de l'entretien « arrivants » ; le médecin, consulté, décide alors de rédiger une nouvelle ordonnance ou de continuer de remettre le médicament initial à la personne concernée.

Les médicaments sont distribués aux personnes retenues le matin, entre 8h et 11h, dans le bureau des infirmières ; le rondier dispose de la liste des personnes devant se rendre à l'UMCRA dans cet objectif. Si une personne ne se rend pas à la remise du traitement, les infirmières s'enquèrent des raisons de cette absence auprès du rondier.

En général le traitement est distribué pour 24 heures et les personnes en disposent en toute autonomie durant cette période ; certains fonctionnaires de police n'approuvent pas cette méthode, considérée comme susceptible de favoriser l'accumulation des médicaments et les tentatives de suicide médicamenteux.

Certaines personnes sont cependant reçues plusieurs fois par jour à l'UMCRA, par exemple en cas de doute sur l'effectivité d'une prise autonome du traitement ou dans le cas des personnes insulino-dépendantes qui nécessitent plusieurs piqûres quotidiennes mais ne sont pas autorisées à conserver leur matériel d'injection en raison des risques de vol. Les médicaments ne sont jamais remis aux policiers, y compris si les infirmières quittent l'UMCRA sans avoir pu remettre un médicament important à une personne retenue. A titre d'exemple, il a été rapporté aux contrôleurs qu'une patiente bénéficiant habituellement d'un traitement de substitution quotidien de méthadone a été conduite à Paris pour une journée afin de se rendre au consulat : ayant quitté le CRA avant l'arrivée des infirmières et y étant revenue après leur départ, elle n'a pas pu se voir remettre son traitement. Les soignants ne la voyant pas se présenter à l'UMCRA et comprenant qu'elle risquait de revenir après leur départ, ils avaient préparé une ordonnance pour qu'à son retour au CRA elle soit transportée aux urgences pour recevoir son traitement.

Il existe dans les documents du CRA une fiche réflexe datée du 22 novembre 2015, rédigée par les services de police, relative au médical qui fait mention d'une procédure spéciale pour les patients nécessitant des injections en dehors de la présence des infirmières : il est alors prévu que l'UMCRA remette le matériel d'injection, ainsi que l'équipement annexe nécessaires, au chef de poste qui recevra la personne concernée à l'heure dite afin qu'elle procède par elle-même à son injection sous surveillance policière. La réalité de cette pratique n'a néanmoins pas été confirmée aux contrôleurs sur place et le chef de service a indiqué au CGLPL postérieurement à l'enquête que dans les faits, aucun matériel médical ni aucun traitement médicamenteux n'est remis aux policiers pour être donné aux personnes retenues en dehors de la présence de soignants de l'UMCRA.

Au CRA-4 de Paris, si une personne possède des médicaments à son arrivée au CRA, ils sont mis à l'écart dans la boîte de la personne retenue située au coffre (à l'exception de la *Ventoline*[®] qui est laissée à la disposition des personnes asthmatiques). Les soignants, informés par une fiche de liaison (cf. § Relations interservices, utilisation conjointe des locaux et respect du secret médical), sont invités à émettre une nouvelle prescription et à solliciter de nouveaux médicaments en provenance de l'hôpital. En cas d'urgence, si le médecin ne peut se déplacer pour renouveler une ordonnance, il peut être fait appel à un médecin intervenant aux trois sites vincennois du CRA de Paris qui établit une ordonnance scannée, ensuite faxée à la pharmacie.

La pharmacie de l'Hôtel-Dieu ayant fermé, c'est l'hôpital Cochin qui répond aux commandes de médicaments de l'infirmerie du CRA. Un coursier apporte les traitements sollicités dans la journée de la commande, excepté le week-end. Les infirmières anticipent les besoins pour les fins de semaine. En cas de nécessité, la personne concernée peut être adressée aux urgences médico-chirurgicales (UMC) de l'Hôtel-Dieu.

Les médicaments sont distribués par les infirmières le matin à l'UMCRA. En cas de non présentation d'une personne retenue, l'infirmière se rend jusqu'à sa chambre. En période de Ramadan, les horaires de distribution et la posologie des médicaments pour les personnes retenues concernées sont adaptés du fait de la nécessité de boire de l'eau.

Lorsque des médicaments sont délivrés par un hôpital de rattachement lors d'une prise en charge médicale à l'extérieur du CRA, ils sont remis au seul responsable de l'escorte, sous enveloppe.

La prise en charge des urgences

Il appartient aux services de la police de faire appel aux services médicaux adéquats en cas de nécessité sanitaire exprimée ou manifeste en dehors des heures de présence de l'UMCRA ; dans de nombreux cas, il s'agit du centre 15 mais des exceptions existent. Les modalités de recours à ces services d'urgence varient également d'un CRA à un autre.

Au **CRA de Bordeaux**, en dehors des heures d'ouverture de l'UMCRA, la PAF fait appel aux services du centre 15 en cas de nécessité d'un avis ou d'une prise en charge d'ordre médical. Il est indiqué que les pompiers se déplacent systématiquement quand bien même le traitement relèverait de la simple « bobologie ».

Au **CRA de Marseille**, lorsqu'ils sont confrontés à un besoin d'ordre médical durant la nuit et les absences de l'UMCRA, les fonctionnaires de police font appel aux marins-pompiers et renseignent les suites qui y ont été données (venue d'un médecin, transferts aux urgences, etc.) dans un cahier de liaison UMCRA/police conservé dans le bureau dédié aux formalités d'arrivée des personnes retenues, dans la zone « police ».

Ce cahier était auparavant consulté tous les matins par les infirmières à leur arrivée au CRA mais, depuis que le cheminement des intervenants extérieurs a été modifié, les infirmières n'ont plus accès à ce bureau et le rondier ne leur apporte pas systématiquement le cahier jusqu'à l'UMCRA. A la suite des VSP, un rappel a été fait au rondier et la fiche réflexe « médical » a été modifiée en ce sens.

Au **CRA-4 de Paris**, en cas d'urgence médicale ou en dehors des heures de présence médicale, les pompiers du dépôt du Palais de Justice, présents sur place, sont contactés par l'infirmière ou les fonctionnaires de police. Ils contactent éventuellement les sapeurs-pompiers de Paris. Les escortes sont assurées par la compagnie des transferts, escortes et protections (COTEP), basée à Vincennes. Lorsqu'elle n'est pas disponible, des fonctionnaires des CRA-1, 2 et 3 de Paris se déplacent jusqu'au CRA-4. Le temps d'attente de l'escorte est, en règle générale, inférieure à quinze minutes.

Les modalités de consultations extérieures et le transport du dossier médical

La programmation et le déroulement des consultations médicales à l'extérieur des CRA sont dépendants de la qualité des interactions entre l'unité médicale et les fonctionnaires de police chargés des escortes, ainsi que des procédures locales mises en place au sein de chaque CRA.

Au **CRA de Bordeaux**, les consultations extérieures concernent essentiellement les soins dentaires ; pour cette spécialité, les délais d'attente sont généralement inférieurs à une semaine. Les rendez-vous sont pris par l'UMCRA en fonction des créneaux horaires disponibles pour l'escorte policière.

Au **CRA-4 de Paris**, la plupart des transports vers l'hôpital concerne les femmes enceintes pour des examens gynécologiques et parfois, des interruptions volontaires de grossesse. Lorsqu'une femme retenue nécessite une consultation extérieure et donc une escorte, le personnel médical en informe les fonctionnaires du CRA et évaluent, conjointement, le degré d'urgence en vue de l'organisation de l'escorte. Il a été indiqué aux contrôleuses que cette programmation se déroulait en bonne intelligence et ne posait pas de difficultés. Ces déplacements s'effectuent en véhicule ; il est toutefois arrivé que, faute d'escorte disponible, une personne ait été accompagnée à pied par une seule fonctionnaire jusqu'aux UMC situées à 600 m du CRA. Le médecin peut aussi

prescrire l'utilisation d'un véhicule sanitaire léger (VSL) si besoin. L'escorte dispose d'une fiche de liaison qui énonce la date et l'heure de la consultation prévue et les éventuels documents médicaux leur sont remis sous pli fermé.

Au **CRA de Marseille**, les personnes qui doivent être transférées à l'hôpital en raison d'un examen programmé ou d'une radiographie y sont amenées par la police seule ; s'il s'agit d'un transfert impromptu mais non urgent, il est fait appel à un VSL de l'AP-HM, escorté par une voiture de police (19 cas en 2017) ; s'il s'agit d'une urgence, il arrive que le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) se déplace (53 cas en 2017 : 26 à l'initiative des infirmières, 27 à l'initiative de la police) et amène la personne concernée à l'hôpital, escorté par la police (47 cas en 2017). Le plus souvent, les extractions en urgence sont toutefois réalisées par les marins-pompiers sans médecin après régulation par le 115.

Il a été rapporté aux contrôleurs que des transports prévus n'étaient parfois pas réalisés faute d'effectif ou qu'il était déjà arrivé aux fonctionnaires de police de décaler un examen médical programmé à l'hôpital pour arranger les escortes, sans prévenir l'UMCRA. Il a également été signalé aux contrôleurs des demandes d'évacuation sanitaire émises par la police et refusées par l'UMCRA, amenant les policiers à attendre le départ des infirmières pour appeler les pompiers ; il est également parfois reproché aux membres de l'UMCRA de solliciter des évacuations le vendredi après-midi et de contraindre ainsi les fonctionnaires de police à assurer escortes et garde à l'hôpital pendant le week-end, alors que les policiers avaient signalé la situation dès le vendredi matin. Ces exemples illustrent les difficultés de communication importantes qui existent entre l'UMCRA et les policiers.

L'organisation de la prise en charge de la santé mentale

Aucun des trois CRA visités ne bénéficie de vacation de psychiatres ou de psychologues. L'intervention de ces spécialistes est considérée comme nécessaire par certains professionnels quand d'autres estiment au contraire qu'une écoute quotidienne de la part du personnel infirmier suffit à apaiser le stress généré par la rétention et que les pathologies psychiatriques avérées doivent donner lieu à des levées de rétention.

Au **CRA de Bordeaux**, des situations de « stress aigu » ou de passage à l'acte auto-agressif sont fréquemment constatées. En effet, une fois passé le « choc rétentionnel », la promiscuité, le désœuvrement, l'exiguïté des locaux et leur localisation située au sous-sol du commissariat sans lumière naturelle, l'impossibilité de s'isoler et de trouver un espace de calme seraient propices à provoquer des phénomènes d'angoisse ou de dépression susceptibles d'entraîner une crise et la nécessité d'une prise en charge. Les symptômes se déclareraient fréquemment autour du dixième jour de rétention. Durant l'été 2017, le CRA a été confronté à plusieurs tentatives de suicide de personnes retenues ; plusieurs d'entre elles ont dû être hospitalisées en service de soins psychiatriques. Plusieurs professionnels ont signalé leur préoccupation quant au nombre de personnes retenues et à la promiscuité qui s'ensuit, tout en s'alarmant des conséquences d'un possible allongement de la durée de la rétention.

En l'absence de convention entre le CRA et un ou plusieurs établissements de santé mentale, et malgré les besoins identifiés par l'ensemble des intervenants et fonctionnaires²⁹, aucune vacation de psychiatre ou psychologue n'est organisée au sein du CRA. Au jour des VSP, une

²⁹ De l'avis des soignants, le diagnostic peut être difficile à établir, entre pathologie mentale, simulation et troubles réels liés à la situation d'enfermement.

réflexion était en cours afin de formaliser l'intervention ponctuelle de l'équipe mobile psychiatrie précarité et migrants (EMPP) au sein du CRA. Selon les informations communiquées, l'EMPP, rattachée au centre hospitalier Charles Perrens, présenterait l'avantage de connaître la population migrante et parfois les personnes concernées avant qu'elles ne soient placées en rétention. L'EMPP intervient en effet habituellement auprès des personnes présentant des troubles psychiatriques, sans domicile propre, en se rendant dans les structures sociales d'hébergement d'urgence ; elle dispose par ailleurs de compétences spécifiques dans le soin apporté aux migrants et est assistée d'interprètes dans l'exercice de sa mission.

Au **CRA de Marseille**, les pathologies en lien avec la santé mentale (troubles psychiatriques, insomnies, addictologies) ont été la première cause de consultations médicales en 2017, à hauteur de 37 % des motifs de consultations (37 % en 2016, 32 % en 2015, 23 % en 2014). Les tentatives de suicide y ont été multiples, que ce soit par automutilation, ingestion médicamenteuse ou pendaison (au moins 32 tentatives de suicide en 2017, en excluant la vague de tentatives réalisée en décembre 2017). La souffrance psychique de bon nombre de personnes retenues est donc connue, qu'il s'agisse d'une souffrance psychique antérieure à la mesure de rétention ou liée à celle-ci.

Pourtant, il n'existe pas de consultations psychiatriques ni de psychologue intervenant au CRA. Aucun protocole, ni avec un établissement hospitalier, ni avec des médecins vacataires, ne permet actuellement une telle prestation. Dans la demande de subvention 2017, une ouverture de consultation de psychiatrie a été sollicitée, pour un coût estimé à 130 000 euros (0,5 ETP de praticien hospitalier, 1,5 ETP d'IDE). Cette subvention n'a pas été accordée.

Un document remis par l'UMCRA aux contrôleurs fait cependant état d'une expérimentation prévue en 2018 pour une durée de 4 mois ; il est prévu que deux psychiatres soient présents au CRA une fois par semaine pendant une demi-journée et participent aux consultations en binôme avec les médecins généralistes et aux réunions du service médical avec les partenaires. Cette expérimentation est destinée à évaluer plus précisément la pertinence de la mise en place d'une consultation spécialisée. Il est indiqué qu'en fonction de cette évaluation, une proposition plus pérenne sera formalisée. Des contacts existent par ailleurs d'ores et déjà avec les psychiatres du CAP 72 (*cf.* § Les modalités d'hospitalisation pour motifs psychiatriques) qui sont venus en 2016 visiter le CRA dans l'optique de s'informer sur les conditions de vie en rétention et de faciliter la communication entre les membres des deux équipes. Ces psychiatres sont parfois appelés pour des conseils par le médecin référent de l'UMCRA sur des cas individuels.

Au **CRA-4 de Paris**, peu de personnes retenues ont un profil psychotique mais davantage présentent des pathologies comportementales. Dans ce contexte, plusieurs interlocuteurs (CRA-4) ont fait part de leurs craintes eu égard à l'allongement possible de la durée de rétention, phénomène susceptible d'accentuer les symptômes de stress et d'angoisses que connaissent déjà les personnes retenues, de même que le nombre de tentatives de suicide, d'actes d'agressivité et des pathologies psychiatriques existantes.

La convention qui encadre le fonctionnement de l'UMCRA ne prévoit pas de soins psychiatriques pour les personnes retenues. Aucun médecin psychiatre ou psychologue n'est affecté au CRA et n'assure de vacation. Face au stress engendré par la rétention et la perspective d'un renvoi, il n'y a donc pas d'accompagnement psychologique professionnel proposé en UMCRA. Cependant, de l'avis du personnel médical, un psychologue ne ferait pas forcément mieux que ce que produisent l'écoute et le soutien apportés par les infirmières quotidiennement, notamment si un psychologue n'assurait qu'une vacation hebdomadaire. Les discours s'accordent à penser que le mieux serait de « faire sortir » les plus fragiles, d'autant que ces personnes peuvent avoir un effet « contagieux » sur les autres personnes retenues.

En cas de réel besoin, les personnes retenues sont envoyées à l'Hôtel-Dieu et sont vues par le psychiatre de permanence (un praticien est présent sept jours sur sept, 24 heures sur 24).

6. Recours aux chambres de mise à l'écart et contrôle de leur utilisation

Dans les trois CRA étudiés, les mesures de mise à l'écart sont utilisées de manière hétérogène. Les trois services médicaux rencontrés s'accordent néanmoins pour indiquer qu'ils ne préconisent jamais une telle mesure pour des raisons sanitaires. En revanche, ils sont sollicités par les fonctionnaires de police lorsque ceux-ci placent une personne dans ce type de chambres.

Les conditions matérielles de mise à l'écart

Lors des VSP, les contrôleurs ont pu constater le caractère indigne des chambres de mise à l'écart dans les CRA qui en disposaient.

Le **CRA-4 de Paris** ne dispose plus de chambre dédiée à l'isolement des personnes retenues, contrairement aux constats réalisés en 2010 où une cellule du dépôt était identifiée comme telle. Le personnel policier questionné sur ce point a indiqué que les personnes retenues pouvaient être placées dans une des cellules vides appartenant au petit dépôt, en cas de besoin.

Les **CRA de Bordeaux et de Marseille** disposent respectivement d'une et de quatre chambres de mise à l'écart, situées en-dehors de la zone d'hébergement, au sein de l'aile accueillant les bureaux des forces de police ainsi que les locaux techniques. Absolument nues et ne disposant d'aucune vue vers l'extérieur, elles comprennent pour seul élément mobilier un lit (un bat-flanc en béton au CRA de Bordeaux, un lit simple métallique au CRA de Marseille) et un espace sanitaire composé d'éléments en inox (monobloc au CRA de Bordeaux, évier et WC séparés au CRA de Marseille). L'ensemble est propre mais dépourvu de confort comme de tout élément permettant d'envisager le lieu comme un lieu d'apaisement.

Au CRA de Marseille, il a été signalé aux contrôleurs qu'il est parfois décidé par la cheffe du CRA d'utiliser un casque de protection ou des menottes au sein des chambres de mise à l'écart. De telles décisions seraient rares. Il a par ailleurs été signalé que les personnes retenues sont parfois menottées au montant du lit de la chambre d'isolement, sans possibilité d'accès aux toilettes ; les contrôleurs n'ont pas pu vérifier ces déclarations.



Chambres de mise à l'écart au CRA de Bordeaux (gauche) et au CRA de Marseille (droite)

L'utilisation de la mise à l'écart pour des raisons d'ordre et de sécurité

Dans les trois centres étudiés, les motifs et la fréquence du recours à la mise à l'écart sont très disparates. L'hétérogénéité des pratiques interroge le principe même du recours à la mise à l'écart, tant pour des motifs de sécurité que pour des motifs dits sanitaires.

Au **CRA-4 de Paris**, au jour des VSP, aucune situation de mise à l'écart ne s'était présentée depuis le 10 août 2016, au regard des mentions portées au registre de mise à l'écart tenu par les fonctionnaires de police. Cinq des six mentions figurant entre juin 2014 (date de l'ouverture du registre) et août 2016 font état de mises à l'écart pour bagarres et comportement agressifs ; la sixième comporte les éléments suivants : « *retour UMC, troubles, vue toutes les 1/2h* ». La mesure la plus longue a duré 3 heures 40 minutes, la plus courte 55 minutes. Certaines mises à l'écart se sont accompagnées de transports aux urgences, en réponse à des comportements particulièrement agressifs. En revanche, s'il y a suspicion de maladie infectieuse, la personne est orientée directement vers le service d'hospitalisation de courte durée de l'Hôtel-Dieu, sans mise à l'écart.

Au **CRA de Bordeaux**, le personnel policier précise de la même façon n'avoir presque jamais recours à l'unique chambre de mise à l'écart, en raison de son caractère peu propice au retour au calme de la personne concernée. Il est indiqué qu'en cas de forte agitation, la personne retenue est accompagnée au niveau des locaux administratifs pour être reçue en audience par un officier de la PAF. Le personnel soignant indique n'avoir jamais eu recours à une mesure de mise à l'écart.

Les contrôleurs ont consulté le registre dédié, ouvert le 30 mai 2011 ; seules y figuraient deux mentions entre mai 2011 et novembre 2017, pour les motifs suivants : « *menace et tentatives de suicide* » et « *menace à la sécurité d'autrui – impossible à maîtriser suite à l'audience JLD³⁰* ». Ces mesures ont duré moins de 2 heures.

L'utilisation des chambres de mise à l'écart est plus fréquente au **CRA de Marseille**. Leur utilisation extensive avait été évoquée dans les rapports de visite du CGLPL (2010 et 2014 principalement). Lors des VSP, il est apparu que des efforts importants avaient été réalisés pour limiter leur utilisation ; il a par exemple été affirmé qu'elles n'étaient plus utilisées en tant que sanction, comme cela pouvait être le cas auparavant. Une dichotomie existe dans les discours, les

³⁰ JLD : juge des libertés et de la détention.

policiers justifiant certaines mises à l'écart pour des motifs dit « sanitaires » ou « médicaux » quand l'UMCRA affirme ne jamais procéder à des demandes d'isolement pour de tels motifs. Les soignants précisent notamment qu'en cas de tuberculose, les personnes sont transférées à l'hôpital. En cas de gale, elles sont confinées en chambre.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les chambres de mise à l'écart demeuraient utilisées en cas de risque suicidaire identifié pendant la nuit et que, à situation égale mais durant la journée, la personne était plutôt conduite à l'UMCRA et hospitalisée si nécessaire ; toutefois, les contrôleurs ont constaté que des personnes étaient parfois placées en chambre de mise à l'écart pour leur protection durant la journée.

L'examen des mentions du registre d'isolement montre en effet qu'au cours de l'année 2017, 53 placements en chambres de mise à l'écart ont été réalisés. Entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mars 2018, 20 mesures ont été décidées par la cheffe de CRA, pour des durées allant de moins d'1 heure à 20 heures (1 de moins d'1 heure ; 8 entre 1 et 10 heures ; 11 entre 10 et 20 heures). Sur ces 20 mises à l'écart, 12 avaient pour motif un trouble à l'ordre public (bagarre, tentative de fuite, etc. ; 6 en service de nuit, 6 en journée), 7 ont été réalisées en vue de protéger la personne contre elle-même (tentative de suicide, comportement agité auto-agressif, etc. ; 4 en service de nuit, 3 en journée) et 1 a été décidée par les agents de police à des fins médicales (annonce de tuberculose ; en service de nuit).

L'intervention des UMCRA dans les procédures de mise à l'écart

L'intervention des UMCRA dans les procédures de mise à l'écart ne se déroule pas de façon identique dans tous les centres étudiés.

Dans les **CRA de Bordeaux** et **de Marseille**, la procédure de mise à l'écart est identique. Le procureur de la République, l'association intervenant dans le CRA (la Cimade à Bordeaux, Forum Réfugiés à Marseille) et l'UMCRA sont immédiatement avisés de la mesure.

Si la mise à l'écart se fait en-dehors des horaires d'ouverture de l'UMCRA, les services d'urgence sont contactés – le SAMU à Bordeaux ou les marins-pompiers à Marseille – afin qu'un médecin soit adressé au centre.

A Bordeaux les consignes précisent : « *en l'absence de remise par le médecin d'un certificat médical (non exigé), rédiger une main courante mentionnant le nom et le service du médecin relatant ses conclusions verbales* ». Les consignes rappellent en outre qu'un registre dédié, tenu au bureau de chef de poste, doit être précisément renseigné, de même que la rubrique « mise à l'écart » du registre de rétention. Aucune mesure de mise à l'écart ne semblant être intervenue durant la présence de l'UMCRA entre 2011 et 2017, les contrôleurs n'ont pas pu vérifier l'application effective de ces consignes.

L'examen du registre des mises à l'écart du CRA de Marseille n'a pas non plus permis de vérifier que la procédure prévue était suivie de manière systématique car les informations renseignées ne sont pas toujours exhaustives, notamment s'agissant de la venue du médecin sollicité.

En ce qui concerne les mises à l'écart intervenant pendant les horaires de présence des membres de l'UMCRA, les pratiques divergent.

Au **CRA de Marseille**, la position commune à tous les membres de l'UMCRA, sauf demande expresse de la personne mise à l'écart ou nécessité de soins urgents, est de ne jamais se déplacer

jusqu'aux chambres d'isolement ; les fonctionnaires de police ont alors pour consigne de renseigner ce refus d'intervention dans le registre. En revanche, l'UMCRA encourage les policiers à demander aux personnes mises à l'écart si elles veulent rencontrer un membre de l'UMCRA ; en pareil cas, les policiers doivent les amener à l'infirmerie. Il semblerait que certains policiers y amènent systématiquement les personnes – sans que la personne en exprime spécifiquement le souhait – et consignent que l'UMCRA a procédé à une validation de la mesure. Cette question est un point de tension entre les services.

Les médecins refusent par ailleurs de rédiger des certificats de compatibilité avec la mise à l'écart et de considérer qu'il s'agit d'un isolement sanitaire ; les infirmières estiment qu'elles ne sont pas habilitées à se prononcer à ce sujet.

Au **CRA de Bordeaux**, les très rares mesures de mise à l'écart donnent lieu à un déplacement du service médical, qui annote le registre. Dans le cas de la mise à l'écart ayant eu pour motif des « menaces et tentatives de suicide », la mention sanitaire « *légères griffures sur les avant-bras ne nécessitant pas de soins* » figurait sur le registre ; pour la mise à l'écart décidée en raison de « menace à la sécurité d'autrui – impossible à maîtriser suite à l'audience JLD », le médecin de SOS médecin sollicité à cette occasion a indiqué sur le registre « *aucune contre-indication à la poursuite de la rétention. Aucun trouble psychologique* ».

Au **CRA-4 de Paris**, il a été indiqué aux contrôleurs que l'UMCRA n'est avisée d'une mesure de mise à l'écart par les fonctionnaires de police que si l'état de santé de la personne concernée le justifie ; un suivi particulier peut alors être mis en œuvre (par exemple, une visite à chaque demi-heure par un fonctionnaire de police durant le temps de la mise à l'écart). Si au CRA de Vincennes une consigne de prévenir systématiquement l'infirmière présente à chaque mise à l'écart est appliquée, ce n'est pas le cas au CRA-4. Le registre de mise à l'écart n'est pas visé par le médecin.

7. Hospitalisation des personnes retenues

Les modalités d'hospitalisation pour motifs somatiques et la présence policière

En cas d'hospitalisation pour des motifs somatiques, les personnes retenues sont d'abord adressées aux urgences : celles de l'hôpital Nord pour les personnes retenues au **CRA de Marseille**, celles du CHU de Bordeaux pour les personnes placées au **CRA de Bordeaux** et les urgences médico-chirurgicales de l'Hôtel-Dieu pour les femmes retenues au **CRA-4 de Paris**.

A Marseille et Bordeaux, les personnes sont hospitalisées en chambres classiques, les policiers de la PAF assurant une garde statique devant les chambres pendant la durée de l'hospitalisation. A Marseille, lors de toute garde en milieu hospitalier, un imprimé intitulé « PV d'installation du poste de garde à l'hôpital » est rempli. Cette fiche fait état des « motifs médicaux ayant entraîné l'hospitalisation » et de tous les mouvements de la personne retenue durant son séjour (actes et examens médicaux, visites). A titre d'exemple, à Marseille, en 2017, 82 personnes retenues ont été transférées aux urgences somatiques, dont 11 ont été hospitalisées.

En revanche, à Paris, l'accueil des personnes détenues ou gardées à vue et exceptionnellement les personnes retenues s'effectue dans l'unité d'hospitalisation de courte

durée (UHCD). Lorsque les femmes retenues nécessitent d'être hospitalisées pour une plus longue durée, elles sont placées dans les chambres sécurisées « Cusco » de l'Hôtel-Dieu³¹.

Les modalités d'hospitalisation pour motifs psychiatriques

Le point d'entrée

De la même façon que pour les hospitalisations somatiques, presque toutes les personnes retenues sont adressées aux urgences préalablement à une hospitalisation pour des motifs psychiatriques.

Au **CRA de Marseille**, les personnes retenues transférées à l'hôpital Nord en raison de troubles d'ordre psychiatriques sont soit orientées directement vers le centre hospitalier Edouard Toulouse si des places y sont disponibles et si la nécessité de soins semble avérée, soit admises au CAP 72 si les médecins des urgences estiment qu'un temps d'observation est nécessaire (il s'agit du cas le plus fréquent ; la durée moyenne de séjour est de 72 heures mais peut parfois atteindre une dizaine de jours), soit renvoyées au CRA. En 2017, 14 patients retenus ont été adressés aux urgences psychiatriques de l'hôpital Nord, dont 8 ont ensuite été hospitalisés.

Au **CRA-4 de Paris**, les personnes retenues qui nécessitent des soins psychiatriques sont amenées aux urgences psychiatriques de l'Hôtel-Dieu puis au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de Sainte-Anne. S'il y a orientation vers l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), l'observation dure 24 heures au terme desquelles la personne peut être soit admise à l'hôpital Maison-Blanche, soit renvoyée au CRA. Cette dernière hypothèse représente la grande majorité des cas, mais peu avant la visite des contrôleurs, une personne retenue avait réintégré le CRA à la suite d'une hospitalisation à l'hôpital Maison-Blanche d'une durée de deux semaines.

Au **CRA de Bordeaux**, les personnes dont les troubles mentaux nécessitent une hospitalisation sont conduites soit au centre hospitalier Charles Perrens, soit à celui de Cadillac. Les personnes retenues étant administrativement considérées comme sans domicile fixe (SDF), le choix de l'hôpital est effectué sans prise en compte des règles liées à la sectorisation ; une convention a été signée entre les deux centres hospitaliers afin d'organiser la répartition de la prise en charge des SDF et donc des personnes retenues. Celles qui sont au centre hospitalier Charles Perrens sont orientées vers le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (Secop) de l'établissement : soit directement depuis le CRA lorsqu'elles sont déjà connues du centre hospitalier, soit après un passage aux urgences de l'hôpital Saint-André³² si tel n'est pas le cas.

En tout état de cause, les soignants du Secop sont informés préalablement de l'arrivée d'une personne retenue, généralement en situation de crise. A l'issue d'une consultation et d'un entretien

³¹ Ces neuf chambres sécurisées, réservées à l'origine pour l'accueil des personnes détenues, accueillent désormais exclusivement les personnes retenues ou gardées à vue. Il arrive cependant exceptionnellement que des personnes détenues y soient placées lors d'un éventuel procès sur plusieurs jours au Palais de Justice (et un état de santé ne permettant pas d'effectuer des allers-retours vers un établissement pénitentiaire de la région). Ces chambres disposent de lits scellés et d'un bloc sanitaire équipé d'un cabinet de toilettes. Les repas sont pris sur un chariot à roulettes ; depuis la dernière visite du CGLPL, au cours de laquelle il a été observé que les personnes privées de liberté ne pouvaient réaliser qu'une toilette sommaire, une douche a été installée au sein de cette unité. Une permanence médicale est assurée en continue par un médecin, trois IDE en roulement et un aide-soignant en journée.

³² Une équipe du Secop est présente aux urgences de Saint-André.

avec un médecin psychiatre du Secop, le patient est soit reconduit au CRA, soit placé en observation dans le service pour une durée pouvant aller jusqu'à 24 voire 72 heures. Si son état clinique le justifie, il est ensuite admis dans un service de soins en psychiatrie du centre hospitalier.

Le régime des soins psychiatriques, la présence policière et les conditions d'hospitalisation

Les contrôleurs ont observé la diversité des régimes d'hospitalisation des personnes retenues en fonction de leur CRA de rattachement et l'hétérogénéité des modalités de leur prise en charge dans les unités dédiées aux soins psychiatriques.

Les personnes hospitalisées au CAP 72 en provenance du **CRA de Marseille** sont essentiellement admises en soins libres. Les soignants du CAP 72 n'ont pas le souvenir d'avoir vu des hospitalisations sous contrainte pour des personnes retenues ; spontanément, il est indiqué que si une telle hospitalisation devait avoir lieu, elle se ferait sous le régime du péril imminent ou des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE). Au sein du CAP 72, qui est une unité fermée, les personnes retenues bénéficient de la même prise en charge que les autres patients (affectation en chambre, visites, téléphone, etc.).

Les soignants du CAP 72 à Marseille n'acceptent pas de présence policière et donc de garde statique au sein du service. Quand une personne retenue est au CAP 72, les deux policiers du CRA de Marseille qui composent l'escorte attendent donc dans leur véhicule sur le parking attenant, parfois jusqu'à 10 jours.

Au **CRA de Bordeaux**, les personnes retenues atteintes de troubles mentaux sont prioritairement admises en soins psychiatriques libres lorsqu'elles sont consentantes aux soins. Au jour des VSP, sept personnes avaient bénéficié d'une hospitalisation au centre hospitalier Charles Perrens en 2017, cinq selon le régime des soins libres, une sur décision du directeur de l'établissement pour péril imminent (en l'absence de tiers) et une à la demande du représentant de l'Etat.

Au centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, les patients-retenus sont placés dans les pavillons fermés, quel que soit leur statut – soins libres ou sans leur consentement. Il est indiqué que cette modalité d'hospitalisation a été privilégiée par l'hôpital, en concertation avec la PAF et après avis du JLD, pour éviter que les personnes retenues ne quittent la structure. En effet, le personnel soignant et la direction de l'hôpital estimaient que la présence d'une garde statique destinée à maintenir les personnes retenues dans les locaux serait inopportune dans des unités accueillant des personnes atteintes de troubles mentaux. Par conséquent, les fonctionnaires du CRA qui assurent l'escorte attendent à l'extérieur du Secop le résultat de la consultation d'évaluation puis, si un bulletin d'hospitalisation est délivré et la personne hospitalisée, ils quittent le centre hospitalier.

Lors des VSP, une personne retenue était hospitalisée au Secop, unité fermée qui dispose de onze lits et d'une chambre de soins intensifs. Cette personne était hébergée dans une chambre classique, en pyjama, avec possibilité de se déplacer dans l'unité. Cependant, malgré ses demandes réitérées, elle ne disposait d'aucune affaire personnelle, ni de cigarettes, ni de son téléphone portable. Des informations contradictoires ont été données aux contrôleurs quant aux effets personnels des retenus hospitalisés, certains interlocuteurs indiquant qu'ils étaient conservés au vestiaire du CRA sans possibilité pour les fonctionnaires de police de les faire sortir, tandis que d'autres ont assuré que la PAF les apportait aux personnes en cas d'hospitalisation.

Au **CRA-4 de Paris**, les admissions en soins psychiatriques se font soit selon la procédure de péril imminent (SDT-PI) soit à la demande d'un tiers (SDT) – sans que les contrôleurs aient pu déterminer qui fait office de tiers.

La question du maintien de la mesure de rétention lors d'une hospitalisation

La question du maintien ou de la levée de la rétention, qui peut conditionner également celle du maintien ou non d'une garde policière à l'hôpital et des conditions de l'hospitalisation, est envisagée différemment selon les CRA et selon le type d'hospitalisation.

S'agissant des cas d'hospitalisation dans un service de médecine somatique, la mesure de rétention est en règle générale maintenue, ce qui explique la systématisme des gardes statiques par des fonctionnaires du CRA devant les chambres des personnes hospitalisées depuis les **CRA de Marseille** et de **Bordeaux** et l'hospitalisation de celles dépendant du **CRA-4 de Paris** dans des lieux dédiés à la prise en charge des personnes privées de liberté (cf. § Les modalités d'hospitalisation pour motifs somatiques).

Lorsqu'il s'agit d'hospitalisation en psychiatrie, ces questions génèrent davantage d'interrogations, tant de la part des services de la PAF que des UMCRA ou des services hospitaliers accueillant des personnes retenues. Des difficultés importantes quant à la marche à suivre ont été évoquées à Marseille et à Bordeaux par tous les intervenants, en raison de l'incertitude de la durée du séjour et parfois de la méfiance des soignants sur la réalité des troubles ; la question de l'incompatibilité entre l'état de santé d'une personne hospitalisée et son maintien en rétention a fait l'objet de réunions entre soignants, policiers, préfetures et parfois intervenants associatifs, sans qu'il en soit ressorti de procédures bien définies.

Au **CRA de Bordeaux**, la préfeture et la PAF font valoir une distinction entre un état de santé incompatible avec les conditions d'hébergement au sein du CRA et un état de santé incompatible avec la mesure administrative de rétention, seule cette dernière étant susceptible d'entraîner la levée de la mesure. Ainsi, il est estimé que l'état de santé d'une personne peut rendre son hospitalisation nécessaire, sans pour autant que l'intéressé soit jugé inapte à la mesure de rétention, celle-ci se poursuivant alors dans le centre hospitalier d'admission. Dans les consignes de service n° 12-2017 du 27 novembre 2017, il est précisé que « *les fonctionnaires escorteurs demandent au service hospitalier, avant réintégration du CRA, un bulletin de situation, document à caractère administratif indiquant les heures de début et de fin d'hospitalisation. Un certificat de compatibilité de l'état de santé du retenu avec la poursuite de la mesure de rétention dans les locaux du CRA est demandé au personnel hospitalier³³ dans la seule hypothèse où un certificat médical d'incompatibilité aurait été établi antérieurement à la conduite à l'hôpital* ». Il est en effet arrivé que le médecin de l'UMCRA délivre, avant l'hospitalisation en service psychiatrique, un certificat aux termes duquel l'état de santé de la personne concernée est estimé incompatible avec son maintien dans les locaux du CRA. Ce fut le cas pour un patient, adressé au CH Charles Perrens en septembre 2017.

Au **CRA de Marseille**, une réunion a eu lieu en janvier 2015 entre le CAP 72 et la PAF sur la question de l'incompatibilité avec la rétention en cas d'hospitalisation au CAP 72.

En effet, jusqu'à cette date, les médecins émettaient des certificats mentionnant uniquement l'hospitalisation, par exemple celui-ci : « *je soussigné, X, psychiatre, certifie que l'état*

³³ Il est relevé qu'un tel certificat de compatibilité serait dès lors rédigé par des personnes n'ayant aucune connaissance du CRA et donc des conditions de rétention.

de santé de Mme Y nécessite son hospitalisation en milieu psychiatrique à l'hôpital Edouard Toulouse, où elle sera admise en soins libres dès ce jour. Certificat remis aux forces de l'ordre pour servir et valoir ce que de droit ».

Or la PAF souhaitait que les psychiatres rédigent des certificats d'incompatibilité avec la rétention en cas d'hospitalisation afin qu'il soit mis fin à la rétention et que la garde statique soit levée. A l'inverse, la direction de l'hôpital s'inquiétait du cadre légal dans lequel ces certificats pouvaient être rédigés et de leur effet sur la procédure d'éloignement. En effet, les soignants du CAP 72 semblaient réticents à se prononcer sur l'incompatibilité avec la rétention en raison, notamment, de conditions d'examen jugées non-optimales aux urgences et de la difficulté de se prononcer rapidement sur une réelle incompatibilité avec la rétention car, souvent, les patients sont hospitalisés pour des comportements suicidaires en rétention mais s'apaisent en arrivant au service hospitalier, où ils demeurent néanmoins *a minima* pour une période d'observation.

A la suite de la réunion de janvier 2015, il semble avoir été acté que les médecins se prononceraient désormais sur l'incompatibilité avec la rétention. Il a ainsi été rapporté qu'en 2015 et 2016, la rétention était levée relativement rapidement, d'ailleurs même en l'absence de certificat d'incompatibilité.

Néanmoins, les contrôleurs ont observé qu'au cours de l'année 2017 et en particulier depuis l'attentat présumé de la gare Saint-Charles, les certificats d'incompatibilité avec la rétention en raison d'une nécessité de soins psychiatriques étaient, à nouveau, très rarement rédigés et donc les mesures de rétention rarement levées en cas d'hospitalisation.

En parallèle, il a été indiqué que des certificats de non-contre-indication avec la rétention avaient parfois été rédigés par des psychiatres du CAP 72 mais les contrôleurs n'ont pas pu en prendre connaissance et ignorent la date de leur rédaction.

S'agissant des personnes retenues au **CRA-4 de Paris**, une hospitalisation en service de psychiatrie n'entraîne ni une suspension ni une levée de la mesure de rétention. Si une personne est hospitalisée en psychiatrie, le médecin de l'UMCRA, bien que sachant l'OFII incompétent dans le cadre de cette procédure, lui adresse néanmoins une demande d'avis aux fins d'une éventuelle levée de rétention.

L'effectivité des droits spécifiques aux personnes retenues en cas d'hospitalisation

Le maintien d'une mesure de rétention durant une hospitalisation a inévitablement des conséquences en matière d'effectivité des droits spécifiques aux personnes retenues car ceux-ci sont prévus pour être appliqués dans des locaux dédiés (les CRA), non dans des structures hospitalières de droit commun. Inversement, l'effectivité des droits afférents à toute admission en soins psychiatriques – en particulier lorsqu'elle se déroule sans le consentement de la personne concernée – se trouve mise en péril par l'existence d'une mesure de rétention. La concomitance de deux mesures de privation de liberté (rétention et soins sous contrainte) génère en sus un statut administratif hybride et complexe, peu formalisé et finalement moins protecteur en termes de droits.

Au **CRA de Bordeaux**, l'effectivité des droits des personnes retenues n'est pas garantie lorsqu'elles sont hospitalisées en service de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou en service de soins psychiatriques. Les personnes retenues n'ont en effet accès ni aux services d'accompagnement de l'association d'aide juridique, ni à leur avocat, ni aux services du consulat. Elles ne disposent pas de leur téléphone et ne reçoivent pas de visite. Dès lors, leurs droits aux

recours et à la défense sont très largement diminués, en particulier en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Les motifs du non-respect de ces droits sont apparus incertains : considérations médicales, contraintes liées à l'organisation des services, méconnaissance des droits attachés à la rétention, imprévoyance, etc. Il a ainsi été indiqué que si le téléphone n'est pas autorisé à l'arrivée d'une personne retenue en pavillon, il peut l'être par la suite ; néanmoins, dans la pratique, les intéressés sont rarement conduits depuis le CRA jusqu'à l'hôpital en possession de leur téléphone portable et, dès lors, ils ne peuvent y avoir accès une fois hospitalisés. De même, les visites sont théoriquement envisagées si l'état clinique de la personne le permet mais les avocats semblent ne jamais venir à l'hôpital et la Cimade refuse, par principe, de s'y déplacer.

Il convient de noter que les intervenants de cette association ont fait connaître à la préfecture, à la PAF et aux soignants les obstacles rencontrés en pareil cas, notamment l'absence d'accès aux éléments médicaux ayant entraîné l'hospitalisation (certificats, dossier médical) et, dès lors, leurs difficultés à faire valoir la complexité de la situation des personnes retenues devant les autorités administratives et judiciaires.

Au **CRA de Marseille**, des atteintes importantes aux droits à la défense ont également été constatées en cas d'hospitalisation sans levée de la rétention. Les cas récents d'au moins deux personnes ont été rapportés aux contrôleurs : ces personnes ont vu leur dossier examiné par le JLD dans le délai de 48 h mais, hospitalisées dès le début de leur placement en rétention, elles n'ont pas pu se rendre à l'audience et n'ont pas pu se faire représenter par un avocat ; elles n'avaient pas non plus pu élaborer un quelconque dossier de défense ni, *a fortiori*, demander une annulation de leur obligation de quitter le territoire français (OQTF) devant le tribunal administratif ou demander l'asile. Dans les cas susvisés, le JLD a décidé de statuer malgré tout et a prolongé la rétention ; saisi en appel – hors délai – au motif du non-respect des droits de la défense de ces personnes, le JLD n'a pas donné suite. D'autres JLD, saisis dans des situations identiques, ont quant à eux refusé de statuer en l'absence de la personne et ont donc mis fin à la rétention.

Par ailleurs, l'association Forum Réfugiés ne se déplace pas sur les lieux de soins – ni, *a fortiori*, au CAP 72 – en cas d'hospitalisation d'une personne retenue.

Au **CRA-4 de Paris**, lorsqu'une femme retenue est hospitalisée pour une courte durée, les éventuelles notifications à faire sont transmises par fax ou par mail aux fonctionnaires assurant la surveillance. En cas d'hospitalisation de longue durée, notamment en hôpital psychiatrique, des fonctionnaires du CRA se rendent sur place pour effectuer les notifications ; l'association d'aide juridique n'intervient pas non plus à l'hôpital. En cas d'envoi d'une personne retenue à l'IPPP, ce départ se fait après récupération de l'ensemble de ses effets personnels.

Les interactions entre soignants et policiers lors de la levée d'une des deux mesures

Au **CRA de Marseille**, lorsqu'un médecin rédige un certificat d'incompatibilité de l'état de santé avec la rétention en raison d'une hospitalisation somatique ou psychiatrique, il le remet aux policiers chargés de la garde statique ; il incombe ensuite au personnel du CRA de saisir la préfecture. Le corps soignant n'a pas nécessairement connaissance des suites données à ces certificats, hormis s'il constate que des agents du greffe du CRA se présentent à l'hôpital pour effectuer la notification de levée de la rétention et pour rapporter les affaires de la personne concernée. Le personnel médical rencontré par les contrôleurs n'avait pas le souvenir d'avoir déjà assisté à ces opérations. Pourtant, sur les 19 hospitalisations réalisées en 2017, cinq ont effectivement donné lieu à une levée de la rétention.

Lorsque la mesure de rétention est maintenue malgré une admission hospitalière, les soignants ne disposent d'aucune directive interne s'agissant de l'information qui doit être délivrée ou non à la police en cas de levée de l'hospitalisation, en particulier depuis un service de psychiatrie ; il semblerait que les professionnels, lorsqu'ils sont sollicités par la police, apportent des réponses variables sur les dates et projets de sortie.

Au **CRA de Bordeaux**, en cas d'hospitalisation, des échanges d'informations sont effectués entre le médecin référent du pavillon et le médecin de l'UMCRA. En revanche, aucune information n'est délivrée à la PAF sur l'état de santé d'une personne retenue et son évolution possible. Lorsqu'il est estimé que l'hospitalisation peut prendre fin, le centre hospitalier prend attache avec le greffe du CRA afin d'organiser le retour de la personne concernée au CRA. Un bulletin d'hospitalisation est remis aux services escorteurs, portant mention des dates de début et fin de la mesure d'hospitalisation.

8. Procédures en cas d'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en rétention ou avec l'éloignement

L'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en rétention

Certaines pathologies ou handicaps ne nécessitent pas une hospitalisation mais peuvent néanmoins soulever la question de l'aptitude d'une personne à rester en rétention.

En l'absence de textes spécifiques, les contrôleurs ont constaté des pratiques divergentes au sein des UMCRA concernant la rédaction de certificats d'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec son enfermement en CRA. De même, en l'absence de méthodologie clairement définie, la procédure à suivre une fois le certificat rédigé soulève des interrogations de la part des soignants.

Au **CRA de Marseille**, il semblerait qu'aucune pathologie et qu'aucun handicap ne donnent systématiquement lieu à l'émission d'un certificat d'incompatibilité de l'état de santé avec un maintien en rétention de la part de l'équipe médicale ; il convient à cet égard de noter que le premier étage du CRA est desservi par un ascenseur et que chaque zone de vie dispose d'une cellule adaptée à l'hébergement des personnes à mobilité réduite.

De manière plus générale, la rédaction de tels certificats est extrêmement peu fréquente et seuls quelques très rares cas ont été cités aux contrôleurs. L'un d'entre eux remontait à deux ans et concernait une personne qui a finalement été assignée à résidence car elle souffrait d'apnée du sommeil et ne disposait pas de l'appareil adéquat en rétention ; un deuxième cas concernait une personne équipée d'une stomie.

Il semblerait en outre qu'il existe une confusion de la part de certains professionnels entre la procédure de protection contre l'éloignement et l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec la rétention ; l'avis de l'OFII serait sollicité dans les deux cas.

Au **CRA de Bordeaux**, il a été indiqué aux contrôleurs qu'un diagnostic ou une suspicion de tuberculose, de même que d'autres pathologies telles que certaines formes de diabète contre-indiquaient le placement en rétention. Aucune difficulté de mise en œuvre de ces certificats n'a été évoqué par les intervenants ; ces situations demeurent cependant très rares.

A l'inverse, au **CRA-4 de Paris**, certaines pathologies donnent lieu systématiquement à la rédaction d'un certificat d'incompatibilité avec la rétention par l'UMCRA.

En 2016, 23 certificats d'incompatibilité ont été rédigés pour – par ordre décroissant du nombre de cas – des grossesses de plus de six mois confirmées par échographie, des troubles psychiatriques et des diabètes insulino-dépendants.

Si l'émission de tels certificats par l'UMCRA est automatique dans les cas précités, les suites données posent en revanche des difficultés. En effet, avant le transfert de compétence de l'avis médical du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) à celui de l'OFII en janvier 2017, les certificats d'incompatibilité de l'état de santé avec la rétention établis par les médecins de l'UMCRA et adressés au médecin de l'ARS étaient suivis d'une libération de la personne concernée dans les 2 heures qui suivaient ces signalements. Il a été rapporté aux contrôleurs que l'OFII n'ayant désormais pas compétence pour se prononcer sur la rétention (cette question ne figure pas dans le questionnaire³⁴ de l'OFII et n'entre donc pas dans ses attributions), les certificats établis par l'UMCRA ne seraient plus suivis d'effet.

Néanmoins, les médecins continuent d'adresser leur avis d'incompatibilité au médecin de l'OFII (comme ils l'adressaient préalablement au médecin de l'ARS), lequel ne statue pas sur ce point³⁵. A une occasion depuis le transfert de compétence depuis l'ARS jusqu'à l'OFII, un médecin de l'UMCRA a directement adressé au chef du CRA sa demande de mainlevée de la rétention pour incompatibilité de l'état de santé dans le cas d'une personne diabétique insulino-dépendante, ce qui a débouché sur une décision conforme dans la journée.

Il est à noter par ailleurs qu'une fois le médecin de l'OFII saisi par l'UMCRA d'une incompatibilité avec la rétention, la personne retenue concernée ne semble pas informée des suites données et notamment de l'état d'avancement de la procédure ou de l'avis délivré par cet organisme. Les personnes retenues sont ainsi remises en liberté sans en connaître le motif, ce qui peut constituer un obstacle pour effectuer une demande de titre de séjour pour raisons médicales.

La protection des étrangers malades contre l'éloignement

En application de l'article L. 511-4, 10° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), ne peut faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français « *l'étranger résidant habituellement en France si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays de renvoi, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié* ».

³⁴ Formulaire (annexe D intitulée « avis du médecin de l'OFII ») annexé à l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.313-22, R.313-23 et R.511-1 du CESEDA. Ce dernier présente une liste d'items à cocher qui se termine par une question relative au fait que l'état de santé de l'intéressé peut ou ne peut pas lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine.

³⁵ Le rapport d'activité du service médical du CRA de Paris en 2016 conclut sur cette préoccupation : « *enfin, la fin de l'année a reposé la question de la rédaction des certificats d'incompatibilité, qui seront analysés en dernier ressort par le médecin de l'OFII. Nous avons constaté que les questions qui étaient posées au médecin de la Préfecture et qui vont être posées au médecin de l'OFII répondent à la problématique du mode de transport vers le pays d'origine et de l'accessibilité des soins dans ce pays. En revanche, il apparaît qu'aucune structure ne peut répondre à la question essentielle pour les soignants du CRA de l'incompatibilité avec le maintien dans le CRA, c'est-à-dire une structure fermée mal adaptée à des soins complexes ou répétitifs. Cette problématique devra trouver une solution rapide en 2017 car elle a constitué un problème récurrent et difficile à supporter tant pour les retenus malades que pour le personnel soignant* ».

Lorsqu'une personne retenue souhaite faire valoir une protection contre la mesure d'éloignement au regard de son état de santé, il incombe au médecin de l'UMCRA d'établir et de transmettre à l'OFII un certificat médical relatif à son état de santé.

Le médecin coordinateur de zone de l'OFII émet ensuite un avis et le transmet aux services préfectoraux, compétents pour lever la rétention.

Il ressort des constats effectués lors des VSP que les procédures mises en œuvre divergent selon les UMCRA et que, en outre, les pratiques locales ne favorisent pas l'obtention des titres de séjour prévus par l'article L. 313-11, 11° du CESEDA. Le nombre de libérations pour raison de santé est marginal dans les trois CRA étudiés.

Au **CRA-4 de Paris**, cette procédure est enclenchée avec l'accord de la personne ou à sa demande ; il arrive que l'association d'assistance juridique en soit à l'origine car elle évoque systématiquement la question de la santé lors de l'entretien « arrivants ».

Les contrôleurs ont pris connaissance du formulaire local utilisé par l'UMCRA. Intitulé « certificat médical confidentiel à adresser au médecin de l'OFII », il est constitué de trois pages : la première comprend trois blocs qui relèvent, pour le premier, de l'administration et qui contient des informations sur l'état civil et la situation administrative de la personne, pour le deuxième, du patient, qui vise à recueillir son accord pour la transmission d'informations relatives à son état de santé et rappelle ses droits en la matière et pour le troisième, du médecin, qui recueille certaines informations sur le patient (poids, taille, langue parlée) et contient sa qualité et signature. La seconde page détaille l'éventuelle pathologie somatique et la troisième, l'éventuelle pathologie psychiatrique. Il a été indiqué aux contrôleurs que le médecin faisait mention de son avis sur le second ou troisième feuillet (selon les cas) mais prenait soin de le renseigner également sur la première page, qui ne comporte pas de données médicales, en vue d'en remettre copie à l'intéressé afin qu'il puisse, le cas échéant, s'en prévaloir dans le cadre d'une audience devant un juge.

Le médecin de l'UMCRA adresse ce formulaire renseigné au médecin de l'OFII. Ce dernier ne lui fait pas part, en retour, des délais dans lesquels il compte statuer ni de l'avis qu'il a finalement rendu. La personne concernée ne reçoit pas non plus d'informations sur les motifs de la levée de la mesure de rétention, ce qui l'empêche de connaître précisément les démarches à effectuer pour solliciter un éventuel titre de séjour pour raisons médicales.

A la suite d'une saisine du CGLPL, l'OFII a précisé – par courrier du 3 mai 2018 – qu'une procédure a été mise en place³⁶, consistant à envoyer l'avis du médecin de l'OFII aux personnes retenues qui en font la demande. L'avis est alors adressé sous pli fermé, pour remise en main propre par l'intermédiaire du chef du CRA. L'OFII précise que « *cette organisation a été actée avec le service éloignement de la préfecture de police, afin que l'avis ne soit pas envoyé directement aux UMCRA ou à l'ASSFAM* ». Lors des VSP, il a néanmoins été signalé que lorsque l'avis de l'OFII était demandé par le conseil de la personne retenue comme pièce de la procédure, il lui était parfois remis avant l'audience devant le JLD ; ces sollicitations tout comme ces remises sont cependant exceptionnelles.

Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que le médecin de l'OFII semblait particulièrement suspicieux quant aux dossiers qui lui étaient transmis par les médecins de l'UMCRA. Estimant que les certificats qui étaient en la possession des personnes retenues avant leur arrivée en CRA seraient faux, il solliciterait fréquemment la réalisation d'exams complémentaires. Les éloignements ne seraient néanmoins pas suspendus à cette occasion et il

³⁶ Depuis, semble-t-il, le second trimestre 2018.

arriverait donc régulièrement à l'UMCRA de recevoir des résultats d'examens médicaux après l'expulsion d'un étranger malade.

Au **CRA de Bordeaux**, l'UMCRA saisit le médecin de l'OFII par courriel lorsqu'elle estime qu'une personne peut prétendre à une protection contre son éloignement ; elle en informe cette dernière, ainsi que la Cimade. Une fois que le médecin de l'OFII a rendu son avis, il est transmis à la préfecture de la Gironde, qui prend systématiquement une décision conforme à celui-ci et en informe la PAF. C'est celle-ci qui transmet la décision à l'UMCRA qui, à son tour, en avise la personne retenue ; ainsi les personnes protégées de l'éloignement pour raisons médicales sortent-elles du CRA sans document justificatif, sans pièce explicative et sans convocation à la préfecture leur permettant de faire valoir leur admission au séjour et la délivrance d'une carte « vie privée et familiale » au titre de l'article L. 313-11 11° du CESEDA³⁷. La Cimade n'est, quant à elle, informée de cette décision que si l'intéressé lui en fait part oralement.

Selon les chiffres recueillis, sept personnes ont été libérées du CRA de Bordeaux en 2017 en raison de l'incompatibilité d'un éloignement avec leur état de santé. L'UMCRA procède à environ une saisine de l'OFII par mois, représentant environ 20 % de pathologies somatiques et 80 % de pathologies psychiatriques. S'agissant de ces dernières, elles font généralement suite à l'hospitalisation de la personne retenue, l'UMCRA saisissant systématiquement l'OFII lorsque le médecin de l'hôpital lui indique que les troubles mentaux sont avérés.

Les contrôleurs ont entendu à plusieurs reprises et de plusieurs interlocuteurs que si les nombres de certificats établis par l'UMCRA et d'avis positifs rendus par le médecin de l'ARS étaient conséquents par le passé, ils auraient considérablement diminué à la suite d'un « réajustement » de la préfecture. Les chiffres communiqués font état de 90 % d'avis positifs de l'ARS auparavant contre 70 % d'avis positifs de l'OFII actuellement.

Au **CRA de Marseille**, un compte-rendu de réunion datant de mai 2017 semble indiquer que les médecins de l'UMCRA procéderaient en deux étapes distinctes pour signaler une personne retenue dont l'état de santé semblerait incompatible avec son éloignement : ils émettraient le certificat d'incompatibilité et la saisine du médecin de l'OFII à plusieurs jours d'intervalle ; durant ladite réunion, ils ont été invités à envoyer ces documents simultanément. Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que le greffe du CRA informait la préfecture lorsqu'il avait connaissance de l'émission d'un certificat d'incompatibilité avec l'éloignement.

L'UMCRA de Marseille indique avoir saisi l'OFII à sept reprises de demandes de maintien sur le territoire pour des risques médicaux d'une « exceptionnelle gravité » en 2017 ; le médecin de l'OFII semble avoir prononcé un avis favorable dans cinq des sept cas soumis, conduisant à cinq

³⁷ L'article 2 de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions rappelle que le respect du secret médical « implique que les agents des services préfectoraux ne puissent pas accéder à une information médicale couverte par ce secret » ; ils peuvent cependant faire état d'informations médicales communiquées par l'étranger lui-même, dans le cadre d'une procédure contentieuse exclusivement. Les modalités d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis des médecins de l'OFII sont fixés par arrêté du 27 décembre 2016. Il est prévu que ces documents sont conservés par le service médical de l'OFII pour une durée de cinq ans ; il est également prévu que la personne retenue est informée des éventuels compléments d'informations qui pourraient être demandés par le médecin de l'OFII au médecin de l'UMCRA ayant établi le certificat initial. En revanche, ces arrêtés n'envisagent pas l'information et la transmission de l'avis – favorable ou non – de l'OFII à la personne retenue.

levées de la rétention par la préfecture en 2017³⁸. Les personnes concernées souffraient, d'après l'unité médicale, de la maladie de Crohn (personne originaire de Tunisie), d'hépatite B (personnes originaires de Géorgie et du Ghana) ou d'hépatite C (personne originaire de Russie) ou bien encore nécessitaient la prise d'un traitement de substitution aux opiacés - buprénorphine haut dosage (personne originaire de Tunisie). Les deux refus concernaient, semble-t-il, une personne originaire d'Afghanistan et nécessitant un traitement de substitution aux opiacés – méthadone (au motif que ce traitement était accessible dans ce pays) ainsi qu'une personne originaire d'Algérie et souffrant de drépanocytose. Il a été indiqué aux contrôleurs que les libérations pour motifs médicaux n'étaient plus motivées depuis que c'était le médecin de l'OFII qui était compétent.

Dans les trois CRA étudiés, sauf exception (une personne retenue au CRA-4 de Paris a bénéficié d'un examen médical par le médecin de l'OFII en 2017), les médecins coordonnateurs de zone de l'OFII ne reçoivent pas les personnes demandeuses pour les examiner mais se prononcent à la seule vue de leur dossier médical. Ils rendent généralement leur avis dans un délai de 24 heures suivant la saisine de l'UMCRA, pour les personnes retenues aux **CRA de Marseille et de Bordeaux** à tout le moins.

Dans ces deux centres, il semblerait que certains médecins des UMCRA appellent le responsable de zone de l'OFII avant de le saisir officiellement, afin qu'il lui confirme l'opportunité ou non de lui transmettre le dossier. Ainsi l'OFII déciderait-il en quelque sorte avant la réception du dossier médical et l'UMCRA ne transmettrait-elle que les dossiers susceptibles d'aboutir. Au CRA de Bordeaux, il semblerait que les dossiers relatifs à certaines pathologies ou aux personnes placées en procédure Dublin ne feraient ainsi jamais l'objet d'une saisine de l'OFII par l'UMCRA.

Dans ses observations écrites transmises au CGLPL, le médecin responsable de l'UMCRA de Bordeaux précise que l'appel du médecin de l'OFII avant de transmettre les saisines n'est pas systématique et diffère d'un médecin à l'autre : « Dans les faits actuellement, la majorité des saisines sont transmises au médecin de l'OFII sans appel préalable (donc tous les dossiers sont transmis et pas seulement ceux susceptibles d'aboutir). Ceci n'empêche pas que le médecin de l'UMCRA se mette en contact avec le médecin de l'OFII pour connaître sa réponse de principe une fois le dossier envoyé et avant réception de la réponse officielle. A noter qu'actuellement le médecin de l'OFII prévient systématiquement le médecin de l'UMCRA quand la réponse à la saisine est favorable. Nous ne recevons pas systématiquement d'information quand la réponse à la saisine est défavorable ».

³⁸ Les données transmises par la police et par l'association d'assistance juridique aux personnes retenues sont identiques en termes d'ordre de grandeur (cinq ou six libérations en 2017) mais l'identité de trois des cinq personnes concernées diffèrent.

Annexe

Tableau comparatif des conventions conclues aux fins d'organiser et d'encadrer les prestations sanitaires réalisées pour les personnes retenues

Légende : Les parties soulignées sont des rajouts aux propositions de la convention-type.

	Convention-type / circulaire	Bordeaux (20 places)	Marseille (136 places)	Paris (40 places femmes) (220 places au total)
Objet de la convention (CT)	La présente convention a pour objet de définir le dispositif sanitaire mis en place par le centre hospitalier de ... pour répondre aux besoins de santé des personnes retenues.	« Définir le dispositif mis en place par le CHU de Bordeaux, dans le CRA de Bordeaux, pour répondre aux besoins de santé des personnes retenues ».	« L'objectif principal est d'assurer les actes de diagnostic, de traitement et de soins de première intention des étrangers qui n'ont pas le droit de séjourner sur le territoire français et sous le coup d'une ITF ou encore d'une procédure d'éloignement ».	« Définir le dispositif sanitaire mis en place par l'APHP dans les CRA de Paris pour répondre aux besoins de santé des personnes retenues ». « L'équipe médicale assure les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins de première intention ».
Les missions médicales (CT)	Le(s) praticien(s) assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins de première intention . Le personnel infirmier est chargé de prodiguer les soins nécessaires dans le respect de la confidentialité (distribution de médicaments, pansements, injections et prises de sang éventuelles) et d'assurer une	« Le praticien assure les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins de première intention ». « Le personnel infirmier est chargé de prodiguer les soins nécessaires dans le respect de la confidentialité (distribution de médicaments, pansements, injections et prises de sang éventuelles) et d'assurer une	<i>La convention ne définit pas les missions médicales confiées au personnel de l'UMCRA.</i>	

	<p>présence relationnelle, afin d'apporter un soutien psychologique aux personnes retenues.</p> <p>Le CH organise la réponse aux urgences survenant en dehors des heures de présence de l'équipe sanitaire.</p> <p>Le CH prend en charge les transports des personnes retenues vers le site hospitalier pour consultations, explorations ou hospitalisations, lorsque leur état de santé nécessite une médicalisation de leur transport.</p>	<p>présence relationnelle, afin d'apporter un soutien psychologique aux personnes retenues ».</p> <p>« Le CH organise la réponse aux urgences survenant en dehors des heures de présence de l'équipe sanitaire. <u>A ce titre, le Centre 15 appréciera la nature de l'urgence et opérera la régulation la plus appropriée en sollicitant les différents intervenants du système de réponse aux urgences (SAMU-SMUR, SOS médecins, médecins libéraux...)</u> »</p> <p>Le CH prend en charge les transports des personnes retenues vers le site hospitalier pour consultations, explorations ou hospitalisations lorsque leur état de santé nécessite une médicalisation de leur transport <u>qui sera escorté par la police.</u></p>		
<p>Les missions connexes (CT)</p>	<p>Le CH fournit les matériels médicaux consommables et les produits pharmaceutiques.</p> <p>Il assure les examens de laboratoire ainsi que l'élimination des déchets d'activité de soins. Les transports liés à toutes ces</p>	<p>Le CH fournit les matériels médicaux consommables et les produits pharmaceutiques.</p> <p>Il assure les examens de laboratoire ainsi que l'élimination des déchets d'activité de soins. Les transports liés à toutes ces</p>	<p><i>La convention ne définit pas les missions connexes.</i></p>	<p>L'APHP – la pharmacie à usage intérieur des HUPC – fournit les matériels médicaux consommables et les produits pharmaceutiques nécessaires aux soins à donner aux personnes retenues.</p>

	<p>activités sanitaires sont à sa charge.</p> <p>Le CH organise l'archivage des dossiers médicaux.</p>	<p>activités sanitaires sont à sa charge.</p> <p>Le CH organise l'archivage des dossiers médicaux.</p>		<p>L'APHP assure les examens de labo ainsi que l'élimination des déchets d'activités de soins. Les matériels médicaux.</p> <p>Organisation de l'archivage Organisation du protocole de réponse aux urgences sanitaires pendant et en-dehors des heures de présence de l'équipe de soins, en lien avec le centre 15. Sauf état de santé nécessitant la médicalisation du transport, le transport vers le site hospitalier pour consultations, explorations ou hospitalisations et assuré par les services de police. Dans le cadre de sa mission de sécurité, la préfecture de police assure la protection du personnel médical et paramédical.</p>
<p>Locaux et conditions matérielles (Circ)</p>	<p>Les locaux répondent aux normes d'éclairage, salubrité et d'insonorisation.</p> <p>Ils comportent en règle générale deux pièces, l'une destinée aux consultations médicales, l'autre à la pratique des soins infirmiers ; A titre dérogatoire, dans les centres de petite capacité, une seule pièce pourra être réservée aux soins et consultations.</p>			<p>Une infirmerie comprenant : une salle de soins, un bureau médical, un local à usage de pharmacie ; <u>Un vestiaire fermant à clé</u></p> <p><u>L'entretien des locaux de soins est effectué par le personnel placé sous l'autorité du responsable administratif des centres de rétention et sous le contrôle du personnel médical et paramédical relativement aux</u></p>

	<p>Eventuellement une troisième pièce sera réservée au rangement des produits pharmaceutiques.</p> <p>Une attention particulière sera portée aux règles d'asepsie.</p> <p>Chaque pièce disposera d'un ensemble de meubles et matériels nécessaires aux activités sanitaires.</p>			<p><u>obligations de protection du secret médical.</u> <u>Le personnel médical a la possibilité de se restaurer sur place ou à proximité.</u></p>
La population retenue	<i>La convention type ne propose pas d'inclure des éléments relatifs à la population retenue dans sa convention type</i>	« Le centre de rétention a une capacité de 20 places exclusivement réservées aux hommes »	<i>Aucune information donnée</i>	La capacité totale est de 40 places – femmes pour le site du Palais de Justice
Coût / budget annuel		201 116 euros en 2017 (10 055,8€ /place)	400 000 euros en 2017 (2 941,17€ /place)	938 177 euros en 2017 (4 264,44€ /place)
Personnels de l'UMCRA / Présence	<p>Praticien hospitalier : <50 pl : 3 demi-journées /sem 50-100 : 5 demi-journées/sem >100 l. : 10 demi-journées/sem</p> <p>Infirmier(e) s : <50 pl. : 8h/jr – 7j/7 50-100 pl : 8h/jr – 7j/7 >100 pl. : 10h/jr – 7j/7</p> <p>Pharmacien : <50 pl : 1 demi-jour/mois 50-100 pl. : 1 jr/mois >100 pl : 1 jr / mois</p>	<p>Médecin praticien hospitalier sur trois après-midi par semaine de 14h30 à 18h30</p> <p>Personnel infirmier (dont un temps de <u>cadre de santé</u>) : 5h/jr – 7j/7 [35 h par semaine]</p> <p>Pharmacien : 1 jr/sem</p>	<p>Médecin généraliste : 5 demi-journées par semaine</p> <p>Personnel infirmier : 10h/jr – 7j/7</p> <p><u>Une secrétaire médicale :</u> <u>7h48 / jr - 4j/sem :</u></p>	<p>L'équipe médicale assure les actes médicaux... à raison de 3 demi-journées par semaine, du temps de coordination à raison de 4 demi-journées, une astreinte opérationnelle les dimanche et jours fériés.</p> <p>Equipe pharmaceutique : 0.2 ETP de pharmacien, 0.5 ETP de préparateur en pharmacie, 1 ETP d'agent hospitalier.</p> <p>L'équipe infirmière assure, sur le site paris, 8 heures de présence, 7</p>

				jours sur 7. Ce personnel infirmier représente 9,2 ETP.
Suivi/contrôle de l'activité	<p>Les parties signataires procèdent à un bilan annuel du fonctionnement sanitaire du centre.</p> <p>Le CH fournit pour chaque exercice budgétaire : un rapport intermédiaire et un rapport final comportant le compte d'emploi annuel de la subvention.</p> <p>Il s'engage à se soumettre à tout contrôle de la réalisation de la mission qui lui est fixée, notamment par l'accès à tous documents utiles, administratif et comptable.</p>	<p>Chaque année, les signataires procèdent à un bilan du fonctionnement sanitaire du CRA <u>dans le cadre d'une réunion avec le préfet, le directeur du CH, le responsable du centre, le chef de service hospitalier et le praticien responsable. Ce bilan est adressé à la direction générale de la santé.</u></p> <p>Le CH s'engage à fournir à la préfecture des comptes rendus d'exécution de la convention (un rapport intermédiaire et rapport final comportant le compte d'emploi annuel de la subvention).</p> <p>Il s'engage à faciliter le contrôle par l'État de la réalisation de la présente convention.</p>	<p>Justificatifs à produire (compte-rendu financier, comptes annuels et rapport du commissaire aux comptes, rapport d'activité</p> <p>L'APHM s'engage à comptabiliser la subvention sur un compte dédié.</p> <p>spécifiquement à l'action décrite à l'article 1.</p>	<p>Chaque année, bilan du fonctionnement du dispositif sanitaire en vue d'ajustements éventuels.</p> <p>Envoi du budget prévisionnel de l'exercice à venir ;</p> <p>Avant le 31/3, bilan d'activité, compte d'exploitation détaillé de la structure et tableau des effectifs.</p> <p>Le CH s'engage à faciliter le contrôle par l'État de la réalisation de la mission, etc.</p>
Adaptation du dispositif		<p>« <u>Une évaluation sera réalisée en fin d'année pour réajuster l'enveloppe annuelle dédiée à la prise en charge de l'urgence notamment dans le cadre de la permanence des soins</u> ».</p>	<p><i>La convention ne définit pas les missions connexes.</i></p>	<p>L'organisation de la couverture sanitaire des CRA de Paris sera adaptée, dès l'ouverture de nouvelles places, par concertation entre les parties prenantes.</p> <p>L'APHP (Hôtel Dieu) doit garder la capacité de mettre en œuvre les moyens nécessaires à cette</p>

				mission dès la date d'ouverture et ce, de façon proportionnée.
--	--	--	--	--

Table des matières

Introduction.....	1
1. Présentation des trois CRA étudiés	2
Trois centres peu analogues, aux évolutions diverses	2
Les personnes placées en rétention dans ces trois centres	4
2. Conventonnement et financement de la prise en charge sanitaire en CRA	5
Les conventions conclues par les CRA de Bordeaux, Paris-Palais de Justice et Marseille	5
3. Mission des UMCRA	8
Les besoins sanitaires particuliers des personnes placées en CRA	8
Les projets de soins des UMCRA	9
L'activité médicale globale au sein des UMCRA.....	9
L'orientation vers des médecins spécialistes extérieurs aux CRA.....	10
Les actions de dépistage.....	11
Les vaccinations et les actions de prévention	11
L'intervention des UMCRA dans les aspects matériels du quotidien en CRA	12
L'émission de certificats de coups et blessures	13
La continuité des soins à la sortie	13
4. Présentation générale des UMCRA et de leur fonctionnement ordinaire.....	14
La localisation et la configuration des UMCRA	14
Relations interservices, utilisation conjointe des locaux et respect du secret médical.....	15
La conservation des dossiers médicaux	16
5. Organisation des consultations médicales	17
L'information délivrée aux arrivants sur l'accès aux soins en CRA	17
La prise en charge des arrivants.....	18
Les procédures d'accès aux UMCRA	19
Les dispositifs spécifiques à destination des étrangers non-francophones.....	21

Les modalités de délivrance des médicaments et le respect du secret médical	22
La prise en charge des urgences.....	24
Les modalités de consultations extérieures et le transport du dossier médical.....	24
L'organisation de la prise en charge de la santé mentale.....	25
6. Recours aux chambres de mise à l'écart et contrôle de leur utilisation	27
Les conditions matérielles de mise à l'écart	27
L'utilisation de la mise à l'écart pour des raisons d'ordre et de sécurité	28
L'intervention des UMCRA dans les procédures de mise à l'écart.....	29
7. Hospitalisation des personnes retenues	30
Les modalités d'hospitalisation pour motifs somatiques et la présence policière	30
Les modalités d'hospitalisation pour motifs psychiatriques	31
Le point d'entrée	31
Le régime des soins psychiatriques, la présence policière et les conditions d'hospitalisation.....	32
La question du maintien de la mesure de rétention lors d'une hospitalisation	33
L'effectivité des droits spécifiques aux personnes retenues en cas d'hospitalisation.....	34
Les interactions entre soignants et policiers lors de la levée d'une des deux mesures	35
8. Procédures en cas d'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en rétention ou avec l'éloignement	36
L'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en rétention	36
La protection des étrangers malades contre l'éloignement	37
Annexe.....	41
Table des matières	47