

# miCRAcosme

Journal de la Cimade au Centre de rétention administrative de Bordeaux

Témoigner de la situation des personnes enfermées.  
Faire le lien entre ce lieu de privation de liberté et l'extérieur.  
Rendre visible une réalité cachée.  
Rétablir certaines vérités face aux préjugés.

n°5 - Mai 2016

La Cimade  
L'humanité passe par l'autre

## NUMÉRO SPÉCIAL SANTÉ

À LA UNE

### Les médecins escorteurs

**E**n 2015, deux personnes enfermées au CRA de Bordeaux ont été escortées par la PAF en avion avec des médecins réquisitionnés à bord. Revenons sur les faits.

M.T, marocain, placé cinq fois au CRA de Bordeaux, ne supportait plus l'enfermement et l'acharnement administratif qui lui était réservé. Après s'être lacéré le ventre dans la cour du Centre de rétention, il a tenté de négocier sa libération en menaçant de se trancher la

gorge. Calmé par les policiers il a finalement lâché son arme. Quelques jours plus tard, il a avalé une batterie de téléphone, puis une deuxième.

Alors que jusqu'à présent les expulsions avaient été suspendues pour les personnes qui avalaient une batterie de téléphone, au vu du aux risques qu'elles encouraient pendant le transport, pour lui la Préfecture a réservé un vol spécial. Un mercredi après-midi, il a été appelé dans la zone administrative puis a été sanglé pour être escorté jusqu'au Maroc avec un médecin à bord.

Pour M.B c'était différent. Il n'avait pas de problème de santé, juste une peur phobique de l'avion. Alors qu'il avait déjà été expulsé

vers l'Espagne une première fois sans opposer un quelconque refus, la Préfecture a pris le soin de réquisitionner six policiers et un médecin pour sa seconde expulsion. Bien entouré, il pouvait être rassuré ! Tellement bien entouré que sa carte d'identité s'est perdue dans les méandres du voyage...

Il y a des points communs à ces deux situations. Les personnes avaient déjà été placées au CRA de Bordeaux, et chacune s'opposait à son enfermement, mais pas à son expulsion.

La procédure de rétention ne prévoit pas de disposition légale spécifique concernant la présence de médecin durant les expulsions. En principe, c'est l'unité médicale du CRA qui est compétente pour déterminer les soins et le suivi des personnes malades, or en l'occurrence l'administration a réquisitionné, de manière discrétionnaire, un médecin extérieur au CRA et aucune information n'a été donnée ni à l'unité médicale, ni à la Cimade, sur les conditions dans lesquelles les médecins étaient intervenus.

À ce vide juridique s'ajoute la question de la capacité réelle des médecins à intervenir efficacement en cas d'urgence en plein ciel.

En l'état actuel, la seule raison de cet « accompagnement » paraît assez claire : l'expulsion à tout prix.

Retrouvez le lexique de ce numéro en dernière page !

### AU SOMMAIRE

#### À LA UNE

Les médecins escorteurs

#### CRANEWS

Sur la vie en centre de rétention

- Entre devoir de soin et contraintes de la rétention

#### PÉRIPHÉRICRA

Sur la rétention en dehors du centre

- Les maillons de la solidarité face aux blocages de l'administration

#### CRAILLEURS

Autour de la rétention

- Droit au séjour

- Le corps souffrant comme lieu de résistance

#### RENDEZ-VOUS COMPTE

- Vrai / Faux

#### LEXIQUE



# Entre devoir de soin et contraintes de la rétention

**Le personnel soignant des unités médicales des Centres de rétention (UMCRA) rencontrent des personnes enfermées contre leur gré et dans l'attente de leur expulsion du territoire français. Leur action est essentielle pour sauvegarder le droit humain à la santé.**

**S**ouvenons-nous de la définition officielle de la santé donnée par l'OMS : « la santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

C'est la loi du 29 octobre 1981 qui a donné une existence légale aux CRA en tant que lieux de privation de liberté spécifiquement dédiés aux étrangers en situation irrégulière. Ces lieux sont gérés par la police et ne dépendent pas de l'administration pénitentiaire. Il a fallu attendre dix-huit ans pour qu'un premier texte de loi prévoit la prise en charge de la santé dans les CRA, soit en 1999.

### Missions et compétences des UMCRA\*

L'UMCRA a pour prérogatives l'organisation et la dispense des soins dans le cadre de la rétention, ainsi qu'une mission de prévention. Elle remplit un rôle important en termes de dépistage, de soins et de respect effectif du droit à la santé des personnes placées en rétention. L'examen médical est obligatoire pour les personnes sous traitement, les personnes âgées ou mineures et les femmes enceintes. Les autres ne sont examinées qu'à leur demande. C'est aussi l'UMCRA qui enclenche la procédure de protection des étrangers malades contre leur expulsion du territoire. Cette procédure concerne la compatibilité de l'état de santé de la personne malade avec son éloignement du territoire français.

Le médecin peut être également amené à rédiger un certificat médical qui établit les motifs pour lesquels l'état de santé de la personne est incompatible avec la rétention. Dans ce cas, il n'y a pas de procédure spécifique ni de texte de loi qui encadre ces situations. Le médecin se trouve alors seul face aux limites de sa pratique et à une contradiction déontologique : il est considéré comme médecin traitant de la personne pendant sa rétention alors que l'évalua-

tion de l'incompatibilité médicale avec la rétention relève d'une expertise. Or, le Code de la santé publique établit que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. »

### Comment négocier exigences éthiques dans les limites du rôle et pratique médicale au sein d'un CRA ?

Les UMCRA sont regroupées en fédération, la FUMCRA, dont le siège est à Nice. Comme le témoignent des médecins participant aux assises de la Fédération des UMCRA réunie en 2008 à Marseille [source : <https://hommesmigrations.revues.org/449>] :

- « L'unité médicale est là pour répondre aux problèmes de santé dans un dispositif de régulation de l'immigration clandestine en France. »

- « Sa position pourrait paraître annexe dans la mesure où les acteurs se questionnent sur les limites de leur rôle et de leur fonction. »

- « Cependant la dynamique générale place l'unité au cœur même des enjeux de contrôle et de surveillance. »

- « Les acteurs, parfois conscients du poids de leur parole et de leur position, parfois à leur insu, participent à la gestion de l'ordre général. »

Parallèlement lors des assises de la FUMCRA certains soignants rappellent que « le devoir de dépister les maladies qui leur ouvriraient le droit de prolonger leur séjour. »

En pratique, la mission première de l'équipe de l'UMCRA est celle de soigner et de veiller à la bonne santé des personnes enfermées.

### L'UMCRA à Bordeaux

Rattachée au Pôle médico-judiciaire du CHU de Bordeaux, l'UMCRA de Bordeaux a ses locaux au sein même de la zone de vie. Cette organisation spatiale n'est pas de règle dans tous les CRA. Les unités médicales peuvent être localisées en dehors de la zone de vie ce qui les rend moins accessibles.

Les intervenants médicaux et paramédicaux de l'UMCRA de Bordeaux ont été redéployés à partir des équipes existantes du CHU sans création de postes, sur la base du volontariat. Un médecin est présent au CRA trois jours par semaine à raison de deux heures par jour. Et une permanence infirmière propose la plus grande amplitude : elle est assurée tous les après-midi de la semaine, jours fériés compris. Toutefois, l'organisation interne du CHU impose un roule-

remis. Les médicaments sont remis à l'intéressé dans une pochette en plastique, débarrassées de leur emballage pour des raisons de sécurité. Les noms des médicaments ne sont donc pas identifiés.

En cas d'urgence, l'infirmière alerte le SAMU ou les pompiers qui interviennent, prescrivent le transfert sur un service d'urgence, sous escorte des agents PAF. Mais en l'absence de l'infirmière, les situations d'urgence sont laissées à l'appréciation de la PAF qui n'est pas toujours à même d'évaluer l'état de santé des personnes.

Les pathologies rencontrées sont diverses : sérologies, les pathologies liées au stress, pathologies psychiatriques

rétention, met en œuvre les examens complémentaires et les soins à l'extérieur. Ces derniers sont réalisés en milieu hospitalier, sous escorte de la PAF pendant le trajet, tandis que le déroulement de l'examen est censé se faire dans le respect des règles de confidentialité.

Les rendez-vous sont organisés par les infirmières en fonction des disponibilités de la PAF et des horaires des hôpitaux.

Procéder à une réelle évaluation de la personne demande du temps afin de mettre en place des soins appropriés ou de prendre une décision sur une éventuelle protection légale de la personne malade. Une fois le diagnostic établi, d'autres démarches médicales et

administratives doivent alors être entreprises. Il n'y a donc aucune cohérence possible entre le temps administratif de la rétention, très variable, et le temps médical.

### Une relation difficile à instaurer dans un lieu de privation de liberté

La demande de soin est tout aussi complexe à recevoir et à traiter par l'équipe soignante qu'à formuler pour les personnes enfermées. Les rencontres ne peuvent avoir lieu dans un climat de tension et de méfiance partagées. Du côté des soignants, il est difficile d'avoir en main toutes les informations sur le patient pourtant nécessaires au dépistage, à la prévention, au diagnostic et au traitement.

L'UMCRA n'est pas toujours informée par la PAF des sorties des personnes retenues, ce qui complique là encore leur suivi médical. On peut aussi se poser la question de l'instrumentalisation de l'UMCRA par la personne retenue ou par la PAF en vue d'éviter ou de permettre l'expulsion. Comment faire la part des choses ?

Du côté des personnes enfermées, il est difficile de concilier le besoin de soin, l'angoisse de l'expulsion, la méfiance envers le personnel soignant et la révolte ou la résignation liée à l'enfermement.



ment important des personnels de l'UMCRA. Difficile d'avoir le temps de faire connaissance, de construire une relation de confiance dans ce lieu qui crée pour les personnes enfermées de la méfiance envers tous les intervenants du CRA, y compris le personnel soignant.

### L'UMCRA en pratique

Les patients viennent frapper à la porte de l'infirmerie pour se faire connaître à travers le hublot. Une première évaluation infirmière les oriente vers une consultation médicale si cela est jugé nécessaire; un petit carton de RDV leur est alors

(des troubles anxio-dépressifs légers jusqu'au troubles psychotiques, des syndromes post traumatiques, les pathologies de l'addiction), les soins dentaires, les comportements auto-agressifs (automutilations diverses, ingestion d'objets, tentatives de pendaison, grèves de la faim, incendie volontaire, etc.).

### La pratique médicale reste subordonnée aux impératifs de l'expulsion.

En rétention, l'UMCRA se met en relation avec les différents praticiens qui assuraient le suivi des personnes avant la

# Les maillons de la solidarité face aux blocages de l'administration

**L**e jeune M.G a tout pour plaire. Souriant, gentil, poli, il a appris le français dès son arrivée dans l'Hexagone et souhaite étudier et travailler. Il a fui son pays avec sa mère. Mais cette dernière y est repartie à la recherche de son deuxième fils porté disparu.

De cette histoire il a des séquelles telles qu'il est suivi et traité par un psychiatre. Néanmoins il n'a pas droit à un titre de séjour en France.

Placé au Centre de rétention de Bordeaux par la Préfecture de la Vienne il récupère petit à petit l'ensemble de son dossier médical, y compris un document qui prouve que son traitement en France est considéré comme produit stupéfiant dans son pays d'origine et qu'il ne pourra donc plus en bénéficier s'il est expulsé.

Face à cette situation, le médecin du CRA saisit le médecin de l'ARS qui donne sa réponse le jour même : le traitement n'est pas accessi-

ble dans le pays d'origine et son arrêt pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ce pourquoi le médecin préconise un titre de séjour pour soins de 3 mois minimum.

Le lendemain matin, le jeune M.G est donc libéré. Il retourne dans sa ville et prévient tout de suite une association qui le suit dans sa démarche de régularisation. L'association demande alors à la Préfecture un rendez-vous pour obtenir le récépissé de son titre de séjour, mais l'administration lui répond que M.G doit faire une nouvelle demande. Cette même Préfecture qui l'a remis en liberté deux jours avant son expulsion sur le fondement de l'avis du médecin de l'ARS. C'est à ni rien comprendre !

Après de multiples recherches, il s'avère que son dossier médical aurait été transmis à l'ARS de la Préfecture de la Gironde, compétente puisqu'il s'agit de la Préfecture du lieu

de rétention. Or c'est la Préfecture de la Vienne qui avait pris l'OQTF et décidé de son placement en rétention, soit la préfecture de son lieu de domicile. Et personne ne sait aujourd'hui qui a décidé de sa remise en liberté !

Car en théorie, l'UMCRA saisit l'ARS du lieu de rétention qui transmet son avis à la Préfecture qui a décidé du placement en rétention.

En pratique le premier problème est de savoir quelle ARS est saisie : celle de la Préfecture qui a pris l'OQTF ? Celle qui a décidé du placement en rétention ? Celle du lieu de domicile de la personne ou celle du lieu de rétention ? Et comment s'assurer que la Préfecture qui a reçu l'avis de l'ARS l'ait transmis à celle où s'adresse ensuite la personne ?



Le second problème est que ce fameux avis de l'ARS n'est pas contraignant, ce qui veut dire que malgré plusieurs avis médicaux (celui du médecin du CRA et celui de l'ARS), la Préfecture reste seule à décider de l'enfermement et de

l'expulsion d'une personne malade.

Malgré sa libération, il devra encore attendre plusieurs semaines avant d'obtenir une nouvelle réponse de l'administration.

Vue du tribunal



## DROIT AU SÉJOUR DES PERSONNES ÉTRANGÈRES MALADES

La Cimade intervient dans certains CRA (Mesnil-Amelot, Rennes, Bordeaux, Hendaye, Toulouse, Cayenne, en Guadeloupe et à la Réunion) et a créé des permanences juridiques dans différentes villes afin d'accompagner les personnes étrangères dans leurs demandes de titres de séjour.

Dans le cadre de cette mission, les bénévoles reçoivent des personnes malades de nationalité étrangère pour lesquelles la loi française autorise un droit au séjour.

### Attention :

La loi n°2016-274 du 7 mars 2016 modifie à nouveau les conditions du droit au séjour pour soins qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### // RAPPEL DE LA LEGISLATION

Plusieurs situations peuvent se présenter :

#### - Étrangers non européens devant se faire soigner en France pour une durée inférieure à trois mois :

En règle générale, ces personnes doivent préalablement à leur séjour en France, demander un visa payant de court séjour à l'Ambassade ou au Consulat de France. Des dispenses existent en fonction de leur nationalité (voir : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/venir-en-france/formalites-d-entree-en-france/article/les-etrangers-titulaires-d-un-passeport-ordinaire-dispenses-de-l-obligation-de>). Dans tous les cas, ils doivent pouvoir présenter leur passeport, un justificatif d'hébergement ou une attestation d'accueil, une assurance médicale et hospitalière pour la durée de leur séjour (sauf accord bilatéral de Sécurité sociale) couvrant l'ensemble des dépenses à hauteur de 30.000 euros minimum et s'il y a lieu un engagement de payer les dépenses d'hospitalisation.

#### - Étrangers résidant en France :

La législation actuelle fixe 5 conditions cumulatives pour la délivrance d'une carte de séjour :

>> L'article L 313-11, 1<sup>er</sup> du CESEDA prévoit qu'un étranger malade obtient de plein droit un titre de séjour mention « vie privée et familiale » dès lors qu'il réside habituellement en France et que son état de santé nécessite « une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle », sous réserve d'une absence de menace à l'ordre public.

>> La personne dépose une demande de titre à la Préfecture qui donne un rendez-vous au cours duquel les pièces seront vérifiées et une enveloppe sera remise à l'intéressé. Cette enveloppe est transmise à un médecin hospitalier ou agréé, à charge pour ce dernier d'établir un rapport qui sera envoyé dans cette enveloppe confidentielle au Médecin de l'Agence Régionale de Santé (le « MARS »).

>> Le MARS rend un avis transmis au Préfet qui peut octroyer le titre de séjour.

### // DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés rencontrées par la personne étrangère malade sont nombreuses :

#### - les délais d'instruction sont très longs :

Dans les textes, la Préfecture dispose de 4 mois pour instruire la demande. Mais en pratique, les délais d'instruction en Gironde avoisinent les 8 à 10 mois.

- **la préfecture reste discrétionnaire de la décision** : le MARS rend un avis sur le titre de séjour pour soins indiquant le délai nécessaire au traitement. Le Préfet n'est toutefois pas lié par cet avis qu'il peut donc ignorer. On remarque ainsi des différences d'appréciation entre les Préfectures pour accorder le droit au séjour.

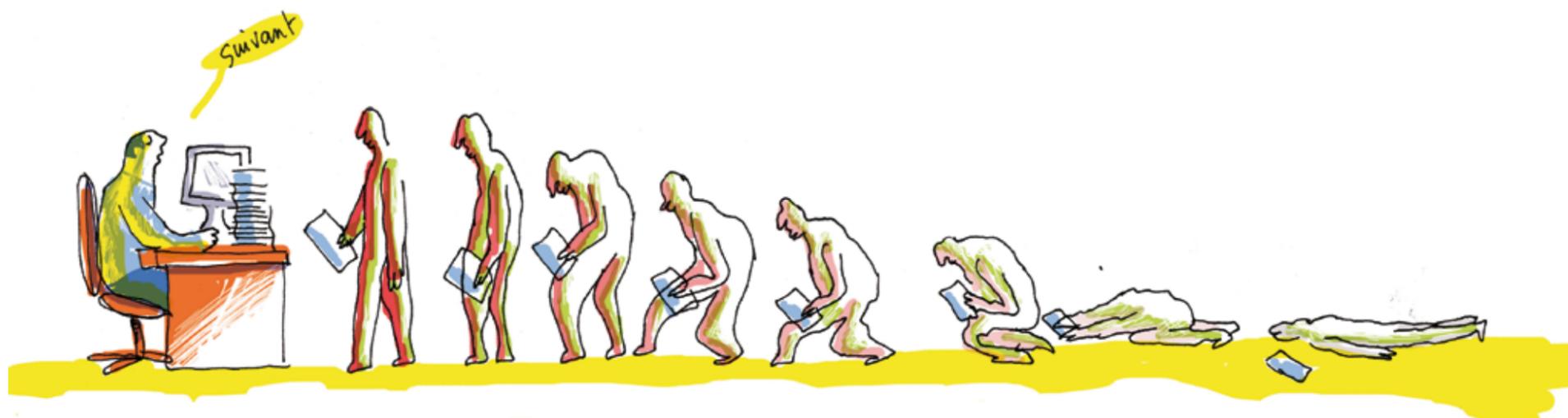
- **la durée du séjour et celle des soins ne correspond pas toujours** : la durée du séjour accordée sur le titre correspond à la durée du traitement si celui-ci inférieur à un an ; Si la durée du traitement est supérieur à un an le titre de séjour lui ne peut excéder un an et devra être renouvelé.

- **le renouvellement est une contrainte supplémentaire** : récépissé ou titre de séjour doivent impérativement être renouvelés dans les 2 mois précédant leur expiration.

- **leur séjour est parfois considéré comme irrégulier** : le temps d'obtenir les documents administratifs constatant le droit au séjour, la personne peut se trouver en situation irrégulière et être enfermée en CRA.

### Pour aller plus loin :

Pour ces questions, vous pourrez utilement aller sur le site de la Cimade [www.lacimade.org](http://www.lacimade.org) et celui du COMEDE (en travaux) : [www.comede.org](http://www.comede.org)



# Le corps souffrant comme lieu de résistance

**Ingestion d'objets, mutilations, auto-violence. Comme en attestent les événements survenus durant l'été 2015, explicités à la Une de cette 5<sup>ème</sup> édition, le corps souffrant constitue une véritable ressource mobilisée par certaines personnes retenues, tant pour contester leur situation d'enfermement que pour échapper aux logiques institutionnelles de l'expulsion.**

Ce type de passage à l'acte n'est ni nouveau, ni localisé, et nombreux sont les témoignages, articles de presse ou scientifiques qui relatent l'existence de telles pratiques dans les lieux d'enfermement pour les étrangers. Quelle analyse peut-on déduire de ces observations ? Et quel sens leur conférer ?

Comme le rappelle A. Sayad, sociologue spécialiste de l'émigration/immigration, lors d'une conférence donnée en 1999, « l'immigré n'est que son corps ». Brève assertion pourtant large de sens. L'expression fait ici référence à une logique qui nous intéressera particulièrement dans le cadre de notre propos. Tout d'abord, A. Sayad nous rappelle que l'immigré tel qu'il est perçu du temps où la France nécessitait de la main d'œuvre, ne représentait qu'une force de travail. C'est finalement l'utilité même du corps de l'immigré qui venait légitimer sa présence en France.

Pourtant, dès les années 70, la restructuration de l'industrie et la montée du chômage rendent cette présence illégitime. Parallèlement, on observe un glissement des termes employés pour qualifier l'immigré, désormais perçu comme un étranger. Ce passage de l'offre à la demande vient restreindre très fortement les possibilités de régularisation des étrangers sur le territoire français, et, on ne peut que constater encore aujourd'hui les difficultés que rencontrent les personnes à obtenir des titres de séjour.

Cependant, depuis les années 90, période durant laquelle se formalise l'autorisation de séjour pour soins médicaux, on observe l'émergence d'une nouvelle logique humanitaire. La pathologie ou la maladie, deviennent finalement, sour-

ces de reconnaissance sociale. Comme le précise Didier Fassin, médecin et anthropologue, le corps de l'étranger « inutile à l'économie politique trouve désormais sa place dans une économie morale ». Ainsi, le corps souffrant devient une ressource de légitimation sociale et donc l'instrument d'une possible régularisation. La loi Debré introduit l'expulsabilité des étrangers atteints de pathologies graves en 1997 : « L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Cette forme de bio-légitimité (Nicolas Fischer), vient poser plusieurs questionnements en trame de fond. Elle signifie d'abord que le corps sain constitue un obstacle à l'accessibilité au droit. En effet, c'est ici une idéologie de préservation de la vie même qui est en action, qualifiée par le philosophe Foucault de biopouvoir. C'est-à-dire que le maintien de la vie nue, biologique, constitue finalement à la fois la condition et les limites de l'action. Condition car théoriquement, une personne ne peut être expulsée en mauvais état de santé ; limite car c'est au nom de ce principe que le dessin d'expulsion se voit parfois retardé voire annulé. Cette logique d'action essentialise in fine, la personne à son seul aspect biologique, la réduit à l'état de corps en bonne santé ou non, en considérant peu ou pas les autres dimensions qui la constituent. Face à cette non-reconnaissance de l'intégrité des personnes par l'Institution, l'exposition du corps souffrant devient une ressource politique puisque c'est bien

là que se joue une des possibilités majeures de résistance pour les personnes retenues en proie à l'expulsion.

Comme l'évoque Jacinthe Mazzocchetti, le corps héros du « migrant », vainqueur dans la traversé des obstacles géographiques, depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'accueil, se trouve réduit au corps dressé – on peut évoquer l'enfermement ou les tests osseux comme investissement stratégique des corps – mais aussi, par les personnes elles-mêmes qui se livrent parfois à la quête d'un corps souffrant (Elhadji Mamadou Mbaye) pour échapper à l'expulsion ou parvenir à une régularisation temporaire.

Ainsi, deux niveaux de compréhension se dessinent au regard des violences que certaines personnes retenues s'auto-infligent. D'une part, il est possible d'y voir une stratégie, un recours ultime contre la situation d'enfermement qui soustrait toute autre possibilité d'agir aux personnes lorsque celles-ci ont épuisé les voies légales. D'autre part, comme l'évoque Marc Bernardot, le fonctionnement-même des centres de rétention sous-tend un climat de violence institutionnelle latente, dans le sens où la personne enfermée se trouve réduite à l'état de corps à expulser, à rejeter du territoire : « Une fois obtenu l'accord d'un Etat, acceptant de (re-)prendre le migrant sur son territoire, seule importe la procédure au travers de laquelle il s'agit de contraindre à partir, tout en maintenant en vie, dans le sens biologique du terme. » Dans cette perspective, on peut s'interroger sur le principe humanitaire au nom duquel la santé devient une condition possible de régularisation.



## Pour aller plus loin :

- Jacinthe Mazzocchetti, « Le corps comme permis de circuler », *Parcours anthropologiques*, 9 | -1, 133-154
- Marie Poinot, « Le corps souffrant et ses droits », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, 1.
- Elhadji Mamadou Mbaye, « La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, 16-19.
- Fischer N. 2009, « Le corps comme champ de bataille » in *Enfermés dehors*, coordonné par Kobelinsky. C et Makaremi C., Paris, Ed. du Croquant.
- Camille SCOLL, « Le corps des autres dans l'Europe des frontières », *Outis. Revue de Philosophie (post-)européenne*, 1, 2011, pp. 121-128.
- Bredeloup Sylvie, « L'aventurier, une figure de la migration africaine », *Cahiers internationaux de sociologie* 2/2008 (n° 125), p. 281-306
- Didier FASSIN, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, 2001, pp. 5-34
- Marc Bernardot, « Une tempête sous un CRA. », *Recueil Alexandries, Collections Esquisses*, septembre 2008
- Didier Fassin, « Le corps exposé. Essai d'illégitimité morale » in *Le gouvernement des corps*, EHESS, 2004.

# RENDEZ-VOUS COMPTE

**VRAI / FAUX**

## La santé et l'étranger

**Le système français d'assurance maladie est suivi par d'autres pays**



Des systèmes d'aides corporatistes existent en France depuis le Moyen Age. Pendant la seconde guerre mondiale, le Conseil National de Résistance intègre à son programme « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ». En 1945 la couverture des soins de santé est donc généralisée et en 1999 sont votées les lois créant la C.M.U et l'A.M.E (Aide Médicale d'Etat).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 la CMU de base est remplacée par la PUMa, la Protection Universelle Maladie : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/la-protection-universelle-maladie.php>  
Inspirée du système français, la réforme de la couverture maladie aux Etats Unis (baptisée Obama Care) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**Les français ne vont pas se faire soigner à l'étranger**



Dans l'espace économique européen (dit espace Schengen) et en Suisse, il existe des accords de sécurité sociale qui permettent la prise en charge des soins à l'étranger, grâce à la carte européenne d'assurance maladie « CEAM ».  
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/a-l-etranger/vous-partez-en-vacances-a-l-etranger/vous-partez-en-vacances-en-europe.php>

Mais il existe aussi un tourisme de soins à l'étranger, notamment pour des opérations mal remboursées en France ou plus onéreuses, comme par exemple la chirurgie esthétique en Tunisie ou les implants dentaires en Turquie et au Brésil.

[http://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/beaute-soins-du-corps/soins-dentaires/soins-dentaires-faut-il-se-rendre-a-l-etranger\\_16575.html](http://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/beaute-soins-du-corps/soins-dentaires/soins-dentaires-faut-il-se-rendre-a-l-etranger_16575.html)

**Les médecins français ne veulent pas soigner les « CMU, AME »**



Malheureusement vrai, cette discrimination de l'accès aux soins existe. En Avril 2014, le Défenseur des droits a remis un rapport sur « le refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME » ;

Il en ressort que selon les dernières études de « testing » datant de 2009, le taux de refus moyen de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C étaient de 19,4% pour les médecins généralistes et de 20% pour les spécialistes.

Il existe d'ailleurs un formulaire spécial dans ce cas à télécharger sur le site de la Sécurité sociale « ameli.fr » : [http://www.cmu.fr/vous\\_avez\\_ete\\_victime\\_refus\\_de\\_soin.php](http://www.cmu.fr/vous_avez_ete_victime_refus_de_soin.php)



**Les étrangers viennent se faire soigner en France**



Il est vrai que certains étrangers ne pouvant bénéficier de soins médicaux de qualité ou accessibles financièrement dans leur pays, viennent en France pour se soigner. Pour autant, ce phénomène est loin d'être massif et il serait dangereux d'amplifier le phénomène des filières de trafic de fausses cartes AME.

Selon l'organisation Médecins du monde, dans son rapport sur l'observatoire 2015 de l'accès aux droits et aux soins, leurs Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ont reçu dans les 33 villes françaises 28.517 bénéficiaires.

<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Observatoire-2015-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport>

**Les étrangers abusent du système de couverture maladie**



Selon le même rapport annuel de Médecins du Monde (voir supra), « Plus de 85 % des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la première fois dans un CASO, alors que plus des trois quarts d'entre elles pourraient théoriquement en bénéficier.

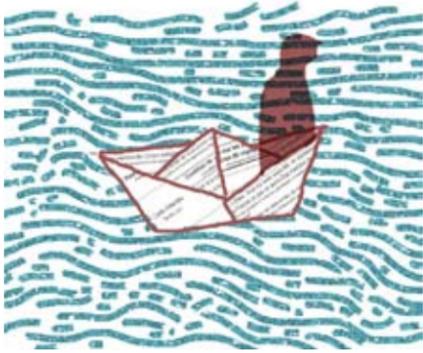
Toutefois, près d'une personne sur 5 reste exclue de tout dispositif de couverture maladie, principalement du fait du critère de stabilité de résidence de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME ».

Le rapport du Défenseur des droits précise aussi que « le taux de personnes éligibles à l'AME ne faisant pas valoir leur droit est extrêmement difficile à chiffrer. Les données recueillies par la mission IGAS-IGF de 2007 montraient toutefois que moins de 40 % des bénéficiaires de l'AME renouvellent leurs droits chaque année. »

<http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/rapports/rapports-thematiques/refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-cmu-c-de>

Attention : la loi du 7 mars 2016 L2016-274 prévoit des modifications importantes relatives aux procédures de demandes de titres de séjour pour soins qui entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017

# LEXIQUE DE LA RÉTENTION



**CRA** : Un centre de rétention administrative enferme des personnes étrangères pour le seul fait d'être « sans-papiers ». Elles sont privées de leur liberté comme les personnes délinquantes ou criminelles, alors qu'elles n'ont commis aucune infraction pénale. Il s'agit d'un enfermement pour des raisons strictement administratives.

**Retenu(e)** : Personne enfermée au

CRA dans l'attente de son expulsion soit dans son pays d'origine, soit dans un pays où elle est admissible (par exemple si la personne a un titre de séjour d'un autre pays européen ou si elle n'a fait que passer dans un pays européen et que ses empreintes ont été relevées lors d'un contrôle). Les personnes peuvent être enfermées durant un temps très variable allant de moins de 48 heures à 45 jours, selon leur situation.

**UMCRA** : Unité médicale du centre de rétention administrative. Elle a comme prérogatives le soin et le suivi des personnes enfermées, mais aussi d'évaluer la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son enfermement et/ou avec son expulsion, en lien avec le Médecin de l'ARS.

**MARS** : Médecin de l'Agence régionale de Santé. Saisi après l'évaluation d'une personne malade par l'UMCRA, il rend un avis à la préfecture sur le droit au séjour de la personne, la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son expulsion ou avec le mode de transport.

**Éloignement** : Terme administratif pour désigner l'expulsion d'une personne hors du territoire français.

**Mesure d'éloignement** : Arrêté préfectoral qui ordonne l'expulsion de la personne en dehors du territoire français. Toute personne peut demander l'annulation de la mesure d'éloignement (comme de la mesure de placement en rétention) devant le tribunal administratif (TA), à condition qu'elle se trouve encore dans le délai de contestation (48h ou 1 mois). OQTF : obligation de quitter le territoire français. Principale mesure d'éloignement utilisée par les préfectures aujourd'hui. Il en existe d'autres, comme l'arrêté d'expulsion, l'arrêté de reconduite à la frontière, l'arrêté de réadmission « Schengen » ou « Dublin ».

**JLD** : Juge des libertés et de la détention. Saisi obligatoirement par la préfecture au 5ème jour de la rétention si elle entend garder la personne enfermée au-delà de ce délai initial. C'est lui qui vérifie la régularité de la procédure de police qui a précédé le placement en rétention pour pouvoir autoriser, selon la préfecture à garder la personne enfermée à sa disposition pendant 20 jours supplémentaires ou sa remise en liberté. Au 25e jour, il opère le même contrôle avant d'autoriser la préfecture à maintenir la personne enfermée pour une seconde prolongation de 20 jours, sous certaine condition. Il peut aussi être saisi à tout moment durant la rétention à l'initiative de la personne en cas d'élément nouveau dans sa situation.

**PAF** : Police aux frontières. C'est elle qui assume la gestion des centres de rétention et met en œuvre les expulsions.

**LPC** : Laissez-passer consulaire remis par les autorités du pays de la personne retenue qui autorise la PAF à reconduire la personne sur son territoire, pour les personnes dépourvues de passeport.

**FUE – TUE** : Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et Traité de l'Union européenne dit Traité de Lisbonne, signé par les Etats membres en 2007. Depuis l'origine, la construction de l'Europe s'est réalisée grâce à une succession de traités négociés par les États membres : le traité de Rome de 1957, l'Acte unique européen de 1986, le traité de Maastricht de 1992, le traité d'Amsterdam de 1997 et le traité de Nice de 2000.

**L'Asile** : Protection accordée par un Etat à un étranger contraint de fuir son pays à la suite des persécutions qu'il a subies à raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. Elle est régie au niveau international par la Convention de Genève du 28 Juillet 1951 : <http://www.unhcr.fr/pages/4aae621e11f.html>

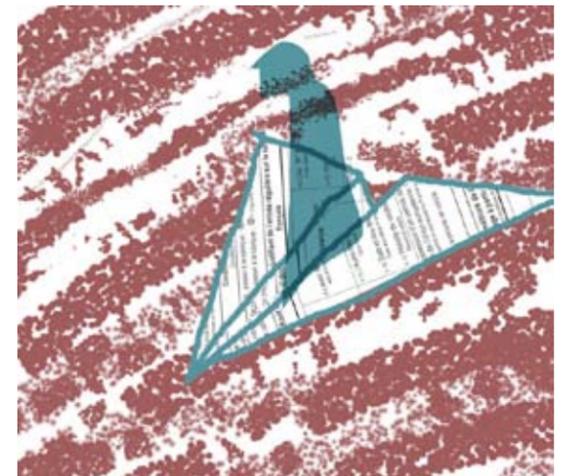
**La protection subsidiaire** : Protection accordée par la France en vertu du code CESEDA (Article L 712 national) et non en vertu de la Convention de Genève. Cette protection vise les personnes menaces graves sans que celles-ci soient liées à l'un des cinq motifs de la Convention de Genève. Elle est moins étendue que l'asile (1 an renouvelable au lieu de 10 ans).

**Règlement DUBLIN III** : Règlement européen qui tend à harmoniser les procédures de demandes d'asile et notamment le pays responsable de la prise en charge du demandeur d'asile. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Europe-et-asile/Le-reglement-Dublin>

**Circulaire VALLS** : La Circulaire N° nor INTK 1229185C du 28 novembre 2012 dite Circulaire Valls définit les critères de régularisation pour des motifs exceptionnels pour les personnes étrangères entrées irrégulièrement en France.

**CMU** : Couverture maladie pour les personnes de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de 3 mois de manière stable et régulière, disposant de ressources inférieures à un certain plafond.

**AME** : Couverture maladie pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois disposant de ressources inférieures à un certain montant.



## Agenda

**SAMEDI 18 JUIN de 15h à 20h**

Portes ouvertes de la Cimade de Bordeaux

La Cimade  
32 rue du Commandant Arnould  
33000 BORDEAUX

La Cimade de Bordeaux vous accueille pour des permanences juridiques gratuites sans rendez-vous :

- le lundi de 17H à 20H  
- le jeudi de 13H30 à 17H30

Le miCRACOSME, journal sur le centre de rétention de Bordeaux est une publication de La Cimade région Sud-Ouest. Si vous souhaitez rejoindre La Cimade dans la région, envoyez un mail à [bordeaux@lacimade.org](mailto:bordeaux@lacimade.org)

**Rédacteurs** : Lison MARTY, Mélanie MAUGÉ BAUFUMÉ, Dominique PÉRICHON, Agnès ROUSSEL

**Graphisme/mise en page** : Grégory SALOMONOVITCH

**Dessins et illustrations** : Briec MAIRE

Les textes et les éléments statistiques ou graphiques ont été recueillis par l'équipe des intervenants de La Cimade au CRA de Bordeaux, vous pouvez les contacter par email [der.bordeaux@lacimade.org](mailto:der.bordeaux@lacimade.org)