Soigner en centre de rétention administrative

Une question de légitimité ?

Franck Enjolras

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/449>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.449

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 76-88

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Franck Enjolras, « Soigner en centre de rétention administrative », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/449> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.449

Soigner en centre de rétention administrative

Une question de légitimité ?

Par Franck Enjolras,
doctorant en anthropologie, EHESS, IRIS

Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

Les soins aux étrangers en situation irrégulière dans les centres de rétention administrative sont parfois assurés par des équipes médicales exerçant aussi en milieu pénitentiaire. Entre univers confiné et lieux de transit, les médecins et les infirmières qui exercent dans ces centres interrogent leur pratique. Si leur mission reste de soigner, il leur revient d'évaluer l'état de santé du retenu, en vue soit de la levée de la rétention pour raisons médicales, soit de la reconduite dans son pays d'origine. Face à une population sous contrôle, angoissée, au devenir précaire, le corps médical négocie sa place entre le devoir de soins et la contrainte des lieux.

De plus en plus restrictives, les politiques d'immigration en France s'appuient sur des dispositifs chargés de contrôler les étrangers et d'en assurer la reconduite quand ils se trouvent en situation irrégulière sur le territoire national. En l'espace d'une vingtaine d'années, occupant cette fonction de gérer la reconduite et de surveiller les étrangers considérés comme indésirables, des centres de rétention administrative (CRA) se sont développés, agrandis, modernisés pour les plus récents⁽¹⁾, et surtout ont officialisé des pratiques et des lieux plus anciens⁽²⁾. Le déploiement de ces structures s'est accompagné d'un certain nombre de mesures et d'aménagements, que ce soit dans le délai précis de rétention ou dans l'intervention de nouveaux acteurs au sein de l'activité générale de ces centres. Depuis une circulaire officielle de 1999, des équipes de soins interviennent à l'intérieur des centres de rétention administrative. Composées d'infirmières et de médecins présents à temps partiel, ces équipes, qui se dénomment "unité médicale des centres de rétention administrative", sont censées "*faire face à tout problème de santé*"⁽³⁾ dans une logique de soins, mais aussi d'expertise et d'évaluation à l'intérieur de la structure.

Une enquête ethnographique menée dans un CRA nous a permis de suivre l'activité et le travail de ces professionnels de la santé pendant plusieurs semaines, et d'assister parallèlement aux assises nationales de ces unités qui se sont tenues à Marseille en octobre 2008. En l'espace de quelques mois, à partir des émeutes et des incendies qui ont détruit une partie du centre de Vincennes, en région parisienne, l'espace public français a pu prendre la mesure des tensions et des enjeux relatifs à ces structures. Par cette visibilité sociale et politique, ces lieux considérés tantôt comme des lieux d'exception, tantôt comme des lieux de non-droit prêtent toujours plus à réaction, à polémique, comme en témoignent les prises de position de certains militants associatifs qui requièrent sans cesse leur fermeture. De ce fait, un enjeu moral très fort entoure ces structures et contribue ainsi à conditionner, en partie, l'activité de ceux qui y exercent leur métier. Car le fait de soigner rejoint celui de surveiller et aussi de veiller au maintien de la vie avant la reconduite. Des enjeux disciplinaires, pour reprendre une terminologie foucaldienne⁽⁴⁾, sont à l'oeuvre. S'ils reposent sur des relations de pouvoir et sur le contrôle des corps, ils sont à repenser dans l'activité d'un lieu qui s'avère, malgré son confinement, un lieu de passage.

Une équipe mobile et un travail en pointillé

L'unité médicale rencontrée officie dans un centre de rétention administrative de faible contenance, ouvert il y a peu, situé dans un quartier résidentiel. Son installation s'est faite à l'intérieur des locaux en même temps que celle des autres acteurs du

centre – policiers, acteurs associatifs ou agents d'entretien –, dans un apprentissage du lieu, des rôles de chacun et des points de rencontre. De petite taille, le centre s'avère particulièrement confiné. L'espace de rétention se limite à un étage dédié

Les situations d'urgence, hors de ces horaires de présence de l'équipe, sont laissées à l'appréciation des policiers qui, s'ils le jugent nécessaire, font appel aux pompiers pour traiter la personne ou l'évacuer vers l'hôpital général de proximité.

à deux pièces communes, aux chambres et à une cour située au sommet du bâtiment. Le service de santé se situe au rez-de-chaussée et n'est accessible par les retenus qu'en présence d'un policier, qui les accompagne jusqu'à la porte de la consultation.

Si la circulaire stipule qu'un dispositif sanitaire doit être en place pour répondre aux problèmes de santé, il n'est pas nécessaire que l'équipe soit présente 24 heures sur 24. Le fait que toute per-

sonne en rétention soit vue par un médecin est un droit et non une obligation. La tendance est néanmoins forte à éviter toute revendication de manquement à ce droit qui pourrait conduire à faire échouer la procédure de reconduite. Aussi la tension entre droit et obligation est-elle régulièrement débattue, notamment dans les réunions interservices, où, d'un côté, les services de police penchent pour une consultation systématique, en guise d'évaluation et d'expertise médicale et, de l'autre, l'équipe médicale qui résiste à une "sanitarisation des reconduites" en refusant de rédiger des certificats d'aptitude au transport. L'obligation, dans ce contexte, malgré le respect d'un droit, accentue les relations de domination.

La répartition des présences penche plus en faveur de l'équipe infirmière qui assure la plupart des permanences, s'étalant de 8 heures du matin jusqu'à 17 heures le soir, alors que les médecins, au nombre de trois, assurent des vacations sur des demi-journées, tout en restant joignables par téléphone pour des conseils. Les infirmières assurent dans ces conditions un travail plus important, nécessitant plus de compétences que celui qu'elles ont l'habitude de faire à l'hôpital. Elles accueillent en consultation les personnes pour une évaluation et pour la mise en place, parfois, d'un traitement d'appoint. Elles se chargent aussi à travers cela de distinguer les personnes qui seront reçues par le médecin. Les situations d'urgence, hors de ces horaires de présence de l'équipe, sont laissées à l'appréciation des policiers qui, s'ils le jugent nécessaire, font appel aux pompiers pour traiter la personne ou l'évacuer (ou "l'extraire", pour reprendre l'expression des policiers) vers l'hôpital général de proximité. Le travail au centre de rétention, pour les infirmières et les médecins de ce centre, se présente quasiment comme une obligation au sein

d'un travail plus large dédié au monde pénitentiaire, dans lequel ils passent une bonne partie de leur temps professionnel. Rattachés au centre hospitalier régional local, ils forment avant tout l'équipe des unités de soins de deux prisons, une pour hommes et l'autre pour femmes. L'intervention au centre de rétention se fait pour les médecins au rythme d'une après-midi par semaine et pour les infirmières d'un mois en moyenne par an pendant lequel elles assurent des consultations sur toute la semaine. Pour la plupart, le passage au CRA laisse un goût amer et se présente, dans les commentaires qu'ils en font au quotidien, comme une sorte de parenthèse dans leur travail habituel à la prison. L'insatisfaction qu'ils avancent fait écho, dans les comparaisons qu'ils font avec le travail mené à la prison, au sentiment de ne pas être à leur place au CRA, comme nous le fait remarquer une infirmière : *“On est un peu seul au centre. En prison, on voit 150 personnes par jour, il y a de l'activité. Là-bas, on prend le temps aussi d'échanger et l'on a surtout un groupe de parole pour évacuer. Ici, c'est plus dur, on ne sait pas ce que sera le lendemain. Il faut rester professionnel et prendre du recul⁽⁵⁾.”*

Devoir soigner dans un climat de soupçon partagé

L'incertitude du devenir des personnes rencontrées, combinée à la légitimité du lieu et des situations⁽⁶⁾ remise en question chaque jour, rend le travail de soins difficile à appréhender pour les acteurs. Les infirmières déplorent par exemple l'absence de continuité des soins. Si la rétention n'excède pas trente-deux jours, la plupart des personnes retenues quittent les lieux sous des délais plus brefs, mais sans qu'une date de départ soit nécessairement fixée ou précisée au service médical. La divergence de temporalité entre le délai très variable de rétention et le délai habituel pour faire des examens complémentaires de santé s'avère une contrainte majeure pour la mise en place de soins appropriés dans les cas qui le nécessitent. C'est d'autant plus présent que les soins se font dans un climat de méfiance et de soupçons mutuels⁽⁷⁾. D'un côté, les acteurs de soins n'obtiennent des retenus que des informations partielles sur leur parcours, sur leur vie et surtout sur leur identité en général, dans la mesure où pour certains d'entre eux la résistance à la procédure débute, par exemple, par un refus de donner sa nationalité. *“Dans ce que disent les gens, on est obligé d'en prendre et d'en laisser. La vérité vraie, on l'a pas. On a des petits bouts, mais même si on n'est pas de la police, il y a toujours cette méfiance⁽⁸⁾.”* De l'autre, parfois, des retenus, qui manifestent une certaine méfiance à l'égard du personnel médical, s'opposent à des prélèvements. À un retenu qui avait lu “grave” au lieu de “greffier” sur son dossier, l'infir-

mière transmet dans ses propos la teneur même de l'atmosphère de ces rencontres ponctuelles : *“Ne vous inquiétez pas, ici on vous cachera rien, vous êtes au service de santé”⁽⁹⁾*. Les discours, mais aussi les pratiques, sont ainsi marqués par une tension très vive entre le devoir de soigner et la nécessité de faire face à *“la santé comme pression”⁽¹⁰⁾*, ainsi que le présente cette infirmière : *“Il y a ceux qui s'automutilent, qui font la grève de la faim. Il y a ceux qui demandent des certificats, ceux qui exagèrent leurs symptômes et ceux qui manifestent leurs douleurs en disant ‘ça me serre’ et à qui on prescrit du xanax, il faut discuter et la douleur passe”⁽¹¹⁾*. Par conséquent, tenir son rôle et sa fonction exige pour ces acteurs de soins des aménagements permanents, qui sont dépendants du rôle qu'ils ont et qu'ils s'attribuent, du pouvoir qui leur est confié et des marges d'action qui apparaissent ou se restreignent en fonction des situations rencontrées. La légitimité dans ce contexte ne dépend pas d'un pouvoir exclusif, confié par l'institution, ou d'une domination attribuée, ce qui serait dans la lignée de ce que défend Weber en parlant de domination légale et rationnelle, mais d'une association et d'une renégociation permanente de ce qu'il est possible de faire et de ne pas faire.

La recherche d'une juste distance

Les contraintes ambiantes confèrent aux acteurs de soins une position inhabituelle qu'ils cherchent sans cesse à redéfinir et à justifier. *“C'est savoir prendre de la distance, du recul, et rester professionnel”⁽¹²⁾*. Si leurs propos résonnent sans cesse du caractère illégitime du travail en ces lieux, mais aussi de ses limites très vite atteintes, comme celle citées précédemment, ils donnent à certaines actions le maximum de légitimité. Ils composent avec leur savoir-faire en cherchant à rendre leur travail le plus conventionnel et ordinaire possible. S'appuyant sur une grille de questions élaborées en milieu pénitentiaire, les infirmières mènent leurs consultations en faisant le point avec les retenus sur des mesures de prévention concernant les maladies sexuellement transmissibles : *“Ça peut leur éviter l'expulsion.”* Mais parfois, se rendant compte du côté inapproprié de ces aspects, elles ne le mentionnent pas dans leur interrogatoire clinique. Elles ne veulent pas *“reproduire un interrogatoire policier”*.

Le souci de se rendre utile et l'inconfort que génèrent certaines situations conduisent à certaines impasses qui révèlent les limites de leur travail. Un matin, un homme se présente en expliquant qu'il est diabétique. Il montre des ordonnances contenant des médicaments dont il a besoin. Le médecin, souhaitant comme à son habitude faire un prélèvement sanguin à cet homme, se heurte à un refus. D'après l'infirmière, il

a déjà refusé sur une précédente arrestation. Elle se demande si ces examens lui appartiennent bien. Soudain, l'infirmière rentre dans le bureau et, ne cachant pas son malaise, se met à dire : *“Ce n'est pas M. Pedro.”* Puis, voyant le médecin froncer les sourcils, elle se met à le reconnaître : *“Ah oui, ça y est, je le reconnais... à ses yeux.”* Ainsi, dans ce contexte, tout refus vient entretenir le climat de suspicion au sein duquel un régime de la preuve peut prendre effet. Or l'ultime limite à cette justification par la preuve reste le corps comme dernier lieu de marquage, de témoignage, mais aussi de résistance. *“C'est dommage, on a insisté, mais là quand même on pouvait avoir un doute. Il pouvait jouer sur ce diabète. On aurait pu dire qu'il fallait qu'on le garde en France pour le rééquilibrer⁽¹³⁾.”*

Le travail dit “d'écoute” est un des aspects de la relation où les acteurs de soins trouvent une certaine justification à leur présence.

Par ailleurs, cette recherche de légitimité conduit parfois les acteurs de soins au-delà même des habitudes et des règles de travail. Une infirmière parvient ainsi, un matin, à obtenir par téléphone des informations médicales concernant un retenu, sans l'avoir prévenu et avoir obtenu son accord, en jouant par téléphone sur la situation exceptionnelle de la rétention en tenant les propos suivants : *“Oui, ça nous intéresse. Vous savez, ils ne nous donnent pas toutes les infos les sans-papiers⁽¹⁴⁾.”* Le souci de coller au plus près d'un travail de prévention et de collecte d'informations peut ainsi donner lieu à un franchissement de ce qui est habituellement possible.

Le temps de l'écoute

Le doute et l'incertitude des situations rencontrées – mobilisant ou pas les acteurs émotionnellement⁽¹⁵⁾ – accentuent tout autant cette nécessité de se sentir légitime dans ce qu'ils font. Le travail dit “d'écoute” est un des aspects de la relation où les acteurs de soins trouvent une certaine justification à leur présence. Il permet aussi de maintenir dans cette posture une certaine distance. C'est ce que fait remarquer une infirmière à un retenu qui se plaint de douleurs diffuses et de difficultés à dormir la nuit : *“Je suis prête à vous recevoir mais je ne peux pas voir à l'intérieur de votre corps. C'est peut-être parce que vous êtes là. On voit que vous êtes stressé. On ne peut pas faire grand-chose, mais je peux vous écouter si vous voulez⁽¹⁶⁾.”* Elle nous dira l'avoir senti au bord des larmes, qu'il faut être solide pour entendre tout ça. *“On ne peut pas les prendre par la main et les ramener chez eux.”* Au cours des assises des Unités médicales de centre de rétention administrative (UMCRA),

cette recherche de légitimité s'est glissée dans de nombreuses présentations. La rétention représente en soi un état d'urgence : en l'espace de quelques heures ou de quelques jours, la vie d'une personne peut être réorientée, qu'elle reste sur le territoire français ou qu'elle soit reconduite. Cette urgence est censée déterminer des actions ponctuelles et rapides. Or certains acteurs de soins de différents CRA se sont lancés comme défi de faire un travail à la fois de prévention et de dépistage dont la temporalité générale contraste avec celle de la rétention. *“Les CRA, ce n'est pas nous qui les avons créés, mais nous pouvons faire de la prévention, là-bas, pour ces populations précaires⁽¹⁷⁾.”*

L'élaboration d'un livret sur le diabète a été présentée par une équipe. Elle faisait le constat que *“de nombreux Maghrébins”* en souffraient et que la rétention pouvait être un des lieux de transmission des informations générales sur la maladie. *“On profite de la rétention pour faire de l'éducation dans les pays où elle n'est quasiment pas présente⁽¹⁸⁾.”* Dans le même esprit, une autre équipe s'évertue depuis quelques mois à faire venir un camion de radiographie pour un dépistage systématique de la tuberculose. Ces actions se présentent comme des moyens de se réappropriier un rôle dont les limites et les règles se définissent avec incertitude dans l'après-coup. Cependant, les logiques que ces acteurs empruntent peuvent conforter des logiques de contrôle et de maîtrise des corps, s'inscrivant dans une forme de biopouvoir décrit par Foucault⁽¹⁹⁾, du fait même que ces opérations se déroulent sur des personnes fragilisées, vulnérables et limitées dans leurs actions et mouvements.

Négocier sa légitimité

L'unité médicale est là pour répondre aux problèmes de santé dans un dispositif dédié à la régulation de l'immigration clandestine en France. Sa position pourrait paraître annexe dans la mesure où les acteurs, comme nous l'avons déjà souligné, 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, arboisent à leur insu, participent à la gestion de l'ordre en général. *“On est là pour rien. Ou plutôt pour apaiser l'atmosphère, pour calmer les affaires, faire tomber la pression, car c'est quand même pas évident leur boulot à la police⁽²⁰⁾.”*

Du fait de contacts fréquents avec les autres acteurs – lieutenant du centre, policiers de la garde, agent de l'ANAEM, médiateur de la Cimade –, ils sont amenés à négocier leur position et leur rôle à l'intérieur de la structure. Une réunion mensuelle de tous ces acteurs, à l'exception des policiers de la garde, constitue le

point d'orgue de ces échanges. La tension qui s'exerce entre le service médical, d'un côté, qui milite pour connaître un peu plus le devenir des retenus et, de l'autre, celle des services de police soucieux, à l'instar du lieutenant, de plus de transparence dans les échanges, reflète un enjeu très vif autour de la gestion de l'information⁽²¹⁾.

La frontière entre les différents acteurs, malgré les résistances de part et d'autre, tend à se distendre ou à se figer en fonction des situations. Pour le service médical, certaines situations illustrent cette mouvance. Par exemple, concernant la diffusion des informations médicales, les acteurs du centre s'assurent d'un maximum de confidentialité tant sur les informations générales du retenu que sur les problèmes qu'il peut présenter.

Cependant, certaines situations à risque pour les acteurs médicaux les amène parfois, pour reprendre une expression parfois utilisée, à "partager les secrets" de façon exceptionnelle et la plus modérée possible. Néanmoins, l'exception devient parfois une règle quand elle est amenée à se répéter dans les situations où l'ordre ambiant est en péril ; la gestion du risque⁽²²⁾ prend effet dans cette dialectique.

Quand l'intervention sanitaire sert le contrôle des corps

Deux risques prépondérants donnent lieu à une évaluation partagée de la part du service médical mais aussi des autres acteurs. D'une part, l'agitation physique, avec une perturbation de l'ordre et surtout une mise en danger de soi, est l'une des préoccupations centrales. La vie doit être préservée quelle que soit la nature des gestes à son encontre et la façon dont ils sont catégorisés. D'autre part, le risque de transmission de maladies contagieuses comme la gale et la tuberculose donne lieu à des débats et des actions du service au sein même du CRA. Dans ces deux cas, le corps constitue le lieu d'exercice d'un contrôle.

L'équipe de santé est ainsi engagée dans cette évaluation des risques, certes de façon autonome, mais régulièrement aussi à son corps défendant, par différentes actions qu'elle suggère, ou par les questions et les appels que lui adressent les autres acteurs du CRA. Tout d'abord, après une évaluation, qui prend la forme d'une expertise et qui repose sur de multiples aspects qui mélangent savoir et émotion, le service médical peut demander aux agents de police de veiller au plus près sur tel ou tel retenu, tout en jouant sur l'impossibilité de dire précisément pourquoi et tout en dévoilant de fait un risque en alertant les policiers. Ils évitent ce genre de transmission, mais y sont conduits par la force des choses.

De plus, au niveau des actions qui induisent des éléments de vigilance et de surveillance, la façon de distribuer les médicaments, qui varie selon certains risques, entraîne une méfiance des policiers sur le comportement possible d'un retenu. En effet, pour certains retenus, et surtout pour ceux qui reçoivent des psychotropes, l'habitude de leur donner leur traitement pour plusieurs jours n'est pas respectée. Bien au contraire, on leur délivre le traitement à plusieurs reprises dans la journée. Il arrive même que le traitement soit laissé au poste de police. Ainsi, par ces adaptations dépendant du service de santé, le retenu en question devient la cible des attentions.

Le traitement différentiel dans un lieu où l'exception traduit non pas le déplacement de la règle mais son renforcement participe de façon détournée à l'activité de surveillance par la gestion des risques. Il se mélange alors, à ce niveau qui n'est certes pas exclusif, un devoir de maintenir en vie, au sens du biopouvoir, et un ajustement aux logiques de surveillance, auxquelles les acteurs de soins ne peuvent échapper même si cela se fait de façon marginale, puisqu'ils ne sont pas au cœur du fonctionnement de la structure. L'aspect disciplinaire du contrôle des conduites, individuelles et collectives – c'est-à-dire les techniques d'exercice du pouvoir – ne repose pas ici de façon centrale sur les bases d'un savoir médical, mais ce dernier est sollicité dans les situations limites.

Il se forme au travers des enjeux mêlant la surveillance, d'un côté, et la reconduite, de l'autre, un lien ténu entre le biopouvoir, défini par Foucault, et la biolégitimité, décrite par D. Fassin en tant que *“forme de reconnaissance sociale de la vie comme ‘bien suprême’⁽²³⁾”*.

L'éthique médicale face à la sélection des cas

Depuis quelques années, le corps malade représente parfois pour les étrangers en situation irrégulière l'ultime moyen de justifier leur séjour sur le territoire français. Face à des politiques d'immigration de plus en plus restrictives et avec un recul du droit d'asile, être malade et mettre sa vie en péril en retournant dans son pays dit “d'origine” donne accès à un titre de séjour transitoire⁽²⁴⁾ pour des soins en France. Cette procédure de droit au séjour pour raison médicale vise à garantir des soins aux étrangers malades en France. Cette mesure s'applique pour les pathologies considérées “d'une exceptionnelle gravité” en cas de retour, exposant la personne à un risque vital imminent, précisément parce que dans le pays où elle doit se rendre les capacités sanitaires ne lui permettent pas d'accéder aux types de soins requis.

L'obtention de ce titre dépend d'une évaluation médicale qui est transmise au médecin de santé publique du département. Ce dernier, à la lecture du rapport médical, se prononce sur la possibilité ou non d'un titre de séjour et confie sa décision au préfet qui, jusqu'à présent, le suivait dans sa démarche. Le degré de gravité de la pathologie, mis alors en perspective avec les capacités sanitaires du pays d'accueil, constitue la base d'un système de régulation de l'immigration, où le corps dans ses souffrances est un point de fixation et d'attention, mais aussi où l'appréciation individualisée des médecins devient un enjeu de détermination.

Il n'existe aucune liste précise de pathologies justifiant la carte de séjour ou, dans le cadre du CRA, appuyant la levée de rétention. C'est la convergence d'éléments de gravité, laissés à l'appréciation du médecin, et des capacités sanitaires du pays, dont l'évaluation, assez approximative, découle de chiffres de l'OMS concernant l'accès aux soins, qui influe sur la décision⁽²⁵⁾.

Il est donc évident que certains cas de figures prêtent à confusion. Certaines pathologies ont une valeur dans le cadre d'une gravité connue, mais aussi dans le fait d'être repérables biologiquement, comme les maladies virales, alors que d'autres, beaucoup moins décelables et ne s'appuyant pas sur des marqueurs biologiques, engagent une sélection du médecin dont les contraintes s'avèrent, au bout du compte, autant médicales que morales.

L'éthique du travail prend forme dans cet espace d'appréciation avec des choix à faire que l'on pourrait aussi qualifier de choix pathétiques, selon la description de D. Fassin⁽²⁶⁾. Un jeune homme congolais est reçu par une femme médecin et, à cette occasion, il veut avoir des informations sur les soins pour les hémorroïdes. Il demande un certificat en guise de compte rendu pour son médecin traitant, et le médecin pense alors, dans une sorte de malentendu, qu'il requiert un certificat pour le médecin inspecteur de santé publique. Elle lui affirme alors qu'elle peut seulement le soulager et rien d'autre pour l'instant. Le patient se résigne et devient sombre. Le médecin repère un état de contrariété et le lui fait remarquer. Le retenu accepte le traitement et s'en va sans obtenir de lettre. Le médecin, constatant la déception du patient, me fait le commentaire suivant : *“Je ne pouvais décemment pas lui faire un certificat...Y a des moment comme cela, je me demande qui je suis pour faire des certificats. Il faut que je me donne des limites, sinon.”*

Contrairement à la procédure d'obtention d'un titre de séjour où rien ne permet de présager de la réussite de la requête, dans le cas du centre de rétention étudié, les médecins deviennent eux-mêmes les régulateurs de cette procédure.

Entre biopouvoir et biolégitimité

Le déplacement de la légitimité à être en France d'un niveau social et politique à un niveau strictement médical, voire corporel et humanitaire, forme cette biolégitimité. Elle demeure ici, dans ce contexte de confinement, particulièrement active en tant qu'élément de participation au dispositif de contrôle de l'immigration. Et comme nous l'avons souligné plus haut, une sorte de superposition s'établit entre un biopouvoir, au service du contrôle et de la surveillance, et une biolégitimité, qui se fonde dans cette résistance du corps malade à la procédure. Certaines décisions, prises par l'équipe médicale dans le CRA, s'incluent dès lors dans ces deux types de régulation. La question de lancer une procédure de levée de rétention pour raison médicale se pose presque chaque jour à l'équipe de santé. Un médecin, lors d'une séance plénière au cours des assises, en fait un devoir d'action porté plus par une morale vis-à-vis du statut administratif que par une éthique de soins : *“Les UMCRA ont été mise en place comme des antennes de l'hôpital. Elles doivent respecter la dignité des personnes parce que ce sont des services publics et, en plus, vous avez le devoir de dépister des maladies qui leur ouvriraient le droit de prolonger leur séjour⁽²⁷⁾”*.

Aussi, à la différence des autres acteurs du centre, l'équipe médicale dispose d'un pouvoir d'action sur le délai et la levée de rétention de certains étrangers, mais un pouvoir qui s'avère embarrassant.

C'est d'autant plus vrai que dans le cadre du centre de rétention exploré, les médecins qui y exercent reconnaissent avoir eu pendant un certain temps quasiment cent pour cent de réussite dans leurs demandes adressées à l'autorité sanitaire pour le département dont ils dépendent. *“On connaît le médecin de santé publique. Il nous suit systématiquement quand on lui envoie un certificat. On essaye du coup de ne pas faire n'importe quoi⁽²⁸⁾”*, me rapporte l'un des médecins. Autrement dit, quand il rédige un certificat médical à l'attention du médecin de santé publique, c'est quasiment pour obtenir la libération du retenu pour raison médicale.

Contrairement à la procédure d'obtention d'un titre de séjour où rien ne permet de présager de la réussite de la requête, dans le cas du centre de rétention étudié, les médecins deviennent eux-mêmes les régulateurs de cette procédure. Tributaire d'un pouvoir et d'une contrainte d'exercice très forts, l'une des médecins nous expliquait rédiger régulièrement d'autres types de certificats pour ceux qui présentaient une pathologie, certificats pouvant être présentés aux juges le jour de l'audience, mais qui signalaient une pathologie ne permettant pas au praticien de déclencher la procédure sanitaire. *“C'est un peu pour me soulager la conscience”*, disait-elle, prise dans les mailles d'un système dont la régulation s'appuie sur un positionnement individuel.

Conclusion

L'équipe de santé trouve ici une légitimité, plutôt encombrante, mais dont elle ne peut se départir. En mettant à l'épreuve le médecin, dans sa décision d'agir ou pas, ce n'est plus une question de soins qui est en jeu, mais c'est une question d'éthique générale, en lien étroit avec la légitimité de ce qu'il est possible de faire.

Le pouvoir médical n'impose pas ici ses directives sur la façon d'agir et de gérer l'immigration, mais il intervient, dans une position paradoxale, à la fois à la marge de l'activité générale du CRA, car loin d'un bon nombre de procédures, et de manière centrale pour les situations où le savoir médical donnera les moyens de trancher. L'expertise que le service médical peut ou non s'approprier, mais surtout celle qu'on lui confère quand il est question d'évaluer un comportement ou l'état général d'un retenu, ne s'exerce pas exclusivement sur les acquis d'un savoir médical. Il y a bien un savoir, mais qui repose sur de multiples aspects, parmi lesquels celui qui consiste à tirer parti des éléments de l'interaction pour se faire une idée de qui on a affaire, se fixant sur les propos, sur les attitudes, mais aussi sur les émotions que la rencontre suscite.

L'engagement moral n'est pas donné dans son appréciation directe comme c'est le cas dans d'autres interactions médicales où la décision d'intervenir ou pas a fait l'objet d'une réflexion éthique⁽²⁹⁾. Ici, c'est de façon plus détournée que l'action est portée par une morale, pour reprendre les termes de Durkheim⁽³⁰⁾, dépendante certes d'un savoir mais aussi de logiques de véridiction autour du corps et de normes émotionnelles. Au cours des assises des UMCRA, les journées d'études ont été conclues par un médecin intervenant dans un local de rétention et qui a pris la parole sur l'éthique en général du soignant. *“La réflexion permet de garder notre liberté, notre indépendance, nous permet de garder notre dignité : ne pas tomber dans la facilité de faire ce qu'on nous demande de faire⁽³¹⁾.”*

Sa conclusion ne fait que refléter l'état général des positions individuelles des autres professionnels participant à ce colloque. Tous sont pris dans le dilemme de faire au mieux leur mission, mais avec des contraintes telles que la justification de tâches, qui ne leur incombaient pas au départ comme le dépistage, vient ménager ou plutôt assouplir des positions qui les plaçaient dans un rôle incertain. Or trouver des compromis dans un rôle incertain permet, dans nombre de situations, de ne pas perdre la face. ■

Notes

1. M. Bernardot, *Camps d'étrangers*, Paris, Éditions du Croquant, Terra, 2008.
2. N. Fischer, "La rétention administrative dans l'État de droit. Genèse et pratique du contrôle de l'enfermement des étrangers en instance d'éloignement du territoire dans la France contemporaine", thèse de l'Institut d'études politiques de Paris, 2007.
3. Circulaire de 1999 qui stipule qu'"il est donc de la responsabilité de l'État de mettre en place, au sein des centres de rétention, un dispositif sanitaire de nature à faire face à tout problème de santé, y compris pour des femmes accompagnées de leurs enfants". Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677.
4. M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1975.
5. Discours d'une infirmière, journal de terrain, 7/11/07.
6. Remarquons que dans le discours ambiant du CRA les retenus sont perçus comme des personnes qui "n'ont rien commis de mal", comme pour les différencier du monde des détenus.
7. R. S. Nachman, "Wasted Lives : Tuberculosis and Other Health Risks of Being Haitian in U.S. Detention Camp", *Medical Anthropology Quarterly*, vol 7, 3, 227-259, 1993.
8. Infirmière, journal de terrain, le 18/12/07.
9. Infirmière, le 18/12/07.
10. Infirmière, journal de terrain, le 09/04/08.
11. Idem.
12. Infirmière, journal de terrain, le 09/04/08.
13. Médecin, journal de terrain, le 18/12/07.
14. Infirmière, journal de terrain, le 08/12/08.
15. F. Fernandez, S. Lézé, H. Marche, *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Economica, Anthropos, 2008. L'émotion est un déterminant majeur de l'interaction, notamment dans le cadre des relations de soins, et l'objet de nombreuses formes d'administration et de contrôle.
16. Infirmière, journal de terrain, le 13/12/07.
17. Médecin pendant une discussion plénière, journal de terrain. Assises des unités médicales des CRA, octobre 2008, Marseille.
18. Infirmière, présentant son activité aux assises des unités médicales des CRA, octobre 2008, Marseille.
19. M. Foucault, *Dits et écrits*, Paris, Quarto Gallimard, 1981, p. 1012. "Le pouvoir doit s'exercer sur les individus en tant qu'ils constituent une espèce d'entité biologique." Et l'enjeu premier est de maintenir en vie.
20. Infirmière, journal de terrain, le 10/01/08.
21. N. Fischer, "Clandestins au secret. Contrôle et circulation de l'information dans un centre de rétention administrative français", *Culture et conflits*, 57, 11-38, 2005.
22. U. Beck, *La société du risque sur la voie d'une autre modernité*, Champs Flammarion, Paris, 2001.
23. D. Fassin, "Le corps exposé : essai d'économie morale de l'illégitimité", in *Le gouvernement des corps*, Éditions EHESS, 2004, p. 237-266.
24. Dans le cadre du CÉSÉDA article L.313-11 : "L'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui [le retenu] des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier du traitement approprié dans le pays dont il est originaire."
25. Le service médical se réfère très souvent au rapport du COMEDE qui comporte un état des lieux des informations de l'OMS.
26. D. Fassin, "Le corps exposé : essai d'économie morale de l'illégitimité", op. cit., 2004, p. 254 : "Le choix pathétique procède d'une association entre rareté des ressources, enjeu de vie et de mort et confrontation directe à la souffrance d'autrui."
27. Journal de terrain, Assises des unités médicales des CRA, octobre 2008, Marseille.
28. Médecin, journal de terrain, le 10/01/08.
29. A. Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.
30. E. Durkheim, "Introduction à la morale", *Revue philosophique*, n°89, 1920, (1917).
31. Médecin intervenant en local de rétention, séance plénière, assises des unités médicales des CRA, octobre 2008, Marseille.