

Le coût humain de la détention

Les centres fermés pour étrangers en Belgique



SYNTHESE.....	5
INTRODUCTION.....	9
I. CADRE ET METHODOLOGIE.....	10
II. LE COÛT HUMAIN DE LA DETENTION.....	15
A. Comment est perçue la détention?	15
B. Conséquences/impact de la détention.....	19
1. Problèmes psychologiques découlant de la détention.....	19
2. Troubles psychosomatiques dus à la détention	20
3. Automutilation	21
4. Suicide.....	21
5. Grève de la faim	22
6. Conclusion	22
III. DANS QUELS CAS LA DETENTION EST-ELLE IMPOSSIBLE POUR RAISONS MEDICALES/ PSYCHOLOGIQUES?	24
A. Les patients souffrant de maladies graves	24
1. Problèmes psychiatriques avant la détention.....	24
2. Maladies chroniques dont l'infection par le VIH-SIDA.....	26
B. Grossesse très avancée	27
C. Enfants	28
IV. PROBLEMES STRUCTURELS	31
A. Les services présents font partie intégrante de la politique de refoulement	31
1. Rôle du service médical et du médecin attaché au centre.....	31
2. Rôle du psychologue.....	39
3. Rôle du service social	43
B. Manque de continuité.....	47
1. A l'arrivée au centre	47
2. En cas de transfert.....	47
3. En cas de refoulement.....	48
C. Autres problèmes structurels	51
1. Rôle des ONG selon l'AR du 12/09/2002	51
2. Accessibilité des centres fermés	52

V. ANNEXES	54
A. Mode de fonctionnement de MSF sur la base d'un témoignage	54
B. Principaux diagnostics médicaux et psychiques	58
C. Bref rappel historique de la création des centres fermés.....	60
1. Les centres fermés en général	60
2. Centres fermés en Belgique	63
D. Bibliographie : autres documents sur les centres fermés	64
E. Interventions de MSF en chiffres	65

I.

Synthèse

Après un an de présence dans les centres fermés pour étrangers, Médecins Sans Frontières (MSF) publie ses constatations sur le coût humain exorbitant de l'enfermement dans les centres fermés et sur la présence inacceptable dans ces centres de patients atteints de maladies graves, de patients psychiatriques et d'enfants.

Depuis 2004, MSF se rend dans les centres fermés pour étrangers pour y répondre à des demandes médicales et psychologiques spécifiques. Depuis mai 2006, le nombre des visites de MSF dans ces centres a augmenté. Les demandes émanent, pour la plupart, d'ONG qui visitent ces centres. En mars 2006, MSF a demandé à pouvoir y mettre en place une présence permanente, requête à laquelle il n'a été donné aucune suite à cette époque.

En un an, MSF a organisé 206 consultations et reçu 167 personnes (dont 66 familles). 112 diagnostics médicaux et 109 diagnostics psychologiques ont été posés¹. Les constatations sont criantes. Pratiquement toutes les personnes que nous avons vues présentaient des troubles psychosomatiques tels que des maux de tête, des troubles du sommeil, des problèmes d'estomac ou une perte d'appétit. Autant de symptômes sans équivoque dus au stress.

Ce stress, lié à l'enfermement et l'incertitude par rapport à l'avenir, peut avoir un effet dévastateur sur des personnes déjà fragilisées par leur chemin de vie chaotique et précaire. Le coût humain provoqué par cet enfermement n'est pas pris en compte.

Plus encore, les centres ne proposent aucune prise en charge spécifique des soins de santé mentale. Malgré des promesses répétées du ministre de l'Intérieur, ce problème reste tout bonnement ignoré.

Dans une note de politique du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) de mai 2007 adressée aux partis politiques, on lit clairement que "l'enfermement des demandeurs d'asile n'est en tout cas pas souhaitable, surtout lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables notamment d'enfants, de mineurs non accompagnés ou des personnes ayant besoin de soins médicaux ou psychologiques [...]. Une Décision (n° 44 (XXXVII) - 1986) du Comité exécutif de l'UNHCR sur l'enfermement des réfugiés et des demandeurs d'asile stipule qu'eu égard aux souffrances qu'il représente, l'enfermement doit, en principe, être évité»².

L'enfermement a un coût humain :

L'enfermement en soi provoque des problèmes psychologiques chez la majorité des personnes que nous rencontrons et cet impact est encore renforcé par sa durée (en moyenne 53 jours pour les patients que nous avons vus), l'incertitude par rapport à l'avenir, le manque d'information, le régime de groupe et carcéral ainsi que la vie en communauté avec une population sortant directement de prison. Cette vulnérabilité liée à l'enfermement est encore souvent aggravée par l'exil, un long séjour dans

¹ Un patient peut faire l'objet de plusieurs diagnostics.

² Note adressée aux partis politiques concernant la protection des réfugiés, bénéficiant de la protection subsidiaire et des apatrides en Belgique, UNHCR, mai 2007.

l'illégalité et une incertitude générale. L'effet négatif de l'enfermement a été confirmé par plusieurs études³.

Pendant l'enfermement, des problèmes de santé mentale et des traumatismes dus à des événements du passé se développent et persistent ensuite chez de nombreux patients que nous continuons à suivre après leur libération. Cette donnée confirme aussi l'impact traumatisant de l'enfermement dans les centres fermés, qui s'ajoute au drame de l'exil. Dans les consultations organisées dans les centres fermés, notre psychologue a rencontré 12 personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT)⁴ s'étant manifesté pendant leur enfermement.

Au cours de l'année écoulée, nos équipes ont reçu en consultation 22 enfants dont 60 % venaient consulter pour des problèmes psychologiques directement liés à l'enfermement. Ces enfants ont perdu tout contact avec leur environnement habituel et sont plongés dans un univers dans lequel même leurs parents se sentent en insécurité. Même s'ils ont des difficultés à comprendre la situation, ils n'en ressentent pas moins l'atmosphère et les émotions liées à ce nouvel environnement. Il n'est donc pas étonnant qu'on note chez ces enfants des comportements régressifs ou agressifs, des crises d'angoisse ou des problèmes de sommeil. Les enfants séjournent en moyenne 65 jours dans les centres fermés.

Chez 66 personnes, les médecins de MSF ont posé un diagnostic d'affaiblissement psychologique antérieur à leur arrivée dans le centre. Malgré cela, la durée moyenne de leur enfermement a dépassé deux mois. Ce long enfermement ne fait qu'aggraver la situation de ces personnes et ne repose sur aucune justification valable. Il est clair que l'enfermement aggrave les problèmes psychologiques⁵.

Malgré tout cela, les centres fermés ne proposent aucune prise en charge en matière de santé mentale en tant que telle. Le rôle du psychologue lié au centre reste très vague. Il semble que son but serait bien plus de faire accepter l'enfermement ou les conditions de cet enfermement aux patients que de vraiment les aider et les tranquilliser.

Plus encore, la double fonction des psychologues (par exemple : directeur adjoint et psychologue) ne permet pas de créer un lien de confiance avec les patients, une condition pourtant sine qua non à une prise en charge correcte.

³ Allen Skeller "Mental health of detained asylum seeker", The Lancet, 22 novembre 2003 : 70 demandeurs d'asile ont été interrogés aux Etats-Unis. 77 % d'entre eux présentaient des signes d'angoisse, 86 % des signes de dépression et 50 % d'état de stress post-traumatique. Les symptômes observés ont été positivement corrélés à la durée de l'enfermement. "A last resort? National Inquiry into Children in Immigration Detention". Avril 2004. Human Rights and Equal Opportunity Commission, Australie.

⁴ Les personnes sont en état de stress post-traumatique lorsque les symptômes physiques et psychologiques directement liés à une expérience traumatique ne disparaissent pas dans les trois mois. L'événement a provoqué une souffrance persistante et les symptômes de la victime la limitent dans son fonctionnement quotidien. Parfois, après des mois ou des années, certaines personnes souffrent toujours d'une expérience traumatique. C'est notamment le cas des personnes ayant vécu la guerre.

⁵ idem (3).

Personnes gravement malades et femmes enceintes dans le centre!

Nos médecins ont également rencontré dans ces centres des personnes qui ne devraient pas s'y trouver.

Parmi les personnes examinées par nos équipes, il y avait 10 femmes enceintes dont 5 présentaient une grossesse à risque. Ces femmes ont finalement toutes été libérées, mais après avoir quand même séjourné en moyenne 40 jours dans ces centres. Dans certains cas, elles n'ont été libérées que sur l'insistance répétée de notre médecin.

Nos équipes ont également constaté la présence de 9 patients séropositifs. En moyenne, ils sont restés 73 jours en détention. Le suivi nécessaire des patients séropositifs ne peut pas être assuré de manière correcte dans les centres fermés et le refoulement de ces malades dans des pays dans lesquels l'accès à un traitement adéquat n'est pas garanti représente un problème majeur.

Le VIH constitue l'exemple le plus parlant de ce cas de figure, mais on trouve dans ces centres aussi des personnes souffrant d'autres pathologies graves (diabète, drépanocytose, ...) qui n'y ont pas, non plus, leur place parce que ces centres ne peuvent pas assurer un bon suivi thérapeutique.

La durée moyenne de séjour des 10 patients psychiatriques a été de 62 jours. Cette durée particulièrement longue d'enfermement ne fait que renforcer l'effet négatif du séjour en centre fermé sur la santé mentale de ces patients.

Manque de continuité au niveau des soins médicaux

Lorsqu'ils quittent le centre (pour aller en Belgique ou retourner dans leur pays d'origine), les patients doivent pouvoir compter sur le traitement nécessaire. En réalité, ce n'est pas le cas.

Les personnes gravement malades pour lesquelles il n'y a aucune garantie d'accès à un traitement adéquat dans leur pays d'origine ne sont pas suffisamment protégées contre le refoulement. Dans la situation actuelle, les services médicaux n'ont pas le pouvoir de systématiquement empêcher le refoulement dans ces cas. C'est pourtant la seule manière d'assurer la continuité d'un traitement. Pour certains de ces malades, et plus particulièrement les patients infectés par le VIH, il s'agit d'une question de vie ou de mort.

Les personnes libérées en Belgique ne bénéficient, quant à elles, d'aucune garantie de suivi de leur traitement non plus. En ce qui concerne les patients psychiatriques, la non-instauraton d'un traitement adéquat peut entraîner une dégradation rapide de leur état.

Même en cas de simples déplacements d'un centre à un autre, le suivi du traitement et le transfert des informations posent des problèmes dans un trop grand nombre de cas.

Malgré les articles de l'arrêté royal du 12/09/2002, qui ancrent clairement le principe d'indépendance du médecin, dans la pratique, celle-ci n'est absolument pas garantie. Le médecin attaché au centre doit trop souvent faire des compromis entre l'éthique médicale et les directives de son employeur, l'Office des Etrangers.

Les arguments médicaux ne sont donc pas toujours pris en compte. Les demandes de mise en liberté, de non-refoulement ou d'hospitalisation ne sont pas toujours proposées et soutenues par le médecin. Lorsque ces demandes sont introduites, il arrive aussi qu'elles soient remises en question par du personnel non médical.

A cet égard, il est frappant de constater que 5 % des demandes d'intervention de MSF émanent directement des médecins attachés aux centres, très probablement pour étayer certains dossiers au niveau de la direction.

Conclusion

Les constatations faites au cours de l'année écoulée en ce qui concerne le coût humain des centres fermés sont alarmantes. Ce que nos équipes ont vu et ce que montrent les chiffres confirment l'impact négatif de l'enfermement sur la santé, et principalement cet impact négatif sur la santé mentale.

Nos équipes ont constaté la présence de personnes dont l'état médical ne peut pas être suivi de manière adéquate dans ces centres.

Les constatations de MSF sont basées sur des visites organisées dans 5 centres et l'examen de personnes qui ont demandé notre soutien – souvent par le biais d'autres ONG. Il est dès lors très probable que d'autres détenus soient également concernés mais que personne n'en soit au courant.

MSF demande que le coût humain de l'enfermement soit pris en compte. La nécessité d'une politique d'asile et de refoulement ne peut en aucun cas justifier l'imposition de souffrances humaines par les centres fermés telles qu'elles découlent de leur utilisation actuelle.

MSF insiste également pour que les personnes vulnérables et/ou gravement malades ne soient pas maintenues dans ces centres. Le prochain ministre de l'Intérieur sera donc investi de la mission de faire clairement et concrètement avancer ce dossier.

Introduction

Le présent rapport est la somme de plusieurs années de contacts réguliers, et d'une année de visites d'une psychologue et d'un médecin dans tous les centres fermés belges. Il reprend des témoignages de patients, raconte certains parcours de détention ou anecdotes révélatrices, évoque les démarches qui sont faites, à l'intérieur ou à l'extérieur des centres. Il détaille également les statistiques de toutes les visites.

Soulignons d'emblée le côté largement incomplet de l'approche choisie : notre équipe n'a rencontré que les patients pour lesquels une demande avait été faite par une association ou par des individus. Faute des autorisations nécessaires, il ne nous a jamais été possible d'ouvrir une consultation libre où les détenus auraient pu venir de leur propre initiative consulter la psychologue et éventuellement le médecin.

En l'occurrence, rien ne permet d'affirmer que nous avons effectivement rencontré les détenus qui en auraient eu le plus besoin. Dans certains cas, les découvertes "par hasard" de l'un ou l'autre détenu avec un problème médical ou psychologique grave, et présent depuis des semaines sinon des mois nous font craindre qu'une partie importante, peut-être même la majorité des problèmes nous a échappé.

Et pourtant, malgré ces limites, les résultats sont éloquentes. Ils ne laissent aucun doute sur le fait que la politique de prise en charge médicale et psychologique doit être revue sérieusement. En deux mots : plus de moyens pour assurer une meilleure qualité et plus d'indépendance pour garantir le respect des droits de patients. Il n'est pas tolérable que le médecin n'ait pas le temps ni la disponibilité suffisante pour rencontrer tous les patients autant que ceux-ci le souhaiteraient, retardant d'autant certaines décisions médicales. Il n'est pas tolérable que des enfants ou patients gravement malades ou fortement à risque restent détenus pour de longues périodes.

Il ne fait pour nous aucun doute non plus qu'une évaluation sérieuse, objective et indépendante, doit avoir lieu, dans tous les centres fermés, des conditions mais aussi des raisons de détention.

Celles-ci semblent en effet de plus en plus faire partie de l'arbitraire de la politique d'asile et de migration en général. Qui a de la chance passe à travers les mailles du filet, qui en a moins subi de plein fouet les conséquences d'une politique qui apparaît comme un politique de l'exemple. Tout pourrait et devrait être fait pour éviter le fameux "appel d'air", sans considération pour les dégâts humains provoqués.

Nous pensons que "tout" ne peut pas être fait, et qu'il y a certaines limites qu'un Etat démocratique se doit de respecter. Il est grand temps qu'un débat public ait lieu, afin de pouvoir procéder à la nécessaire mise en perspective de la politique de détention, qui rappelons-le, n'est ni un but en soi ni une punition, mais simplement un moyen. C'est au Parlement de décider dans quels cas ce moyen reste pertinent et proportionné aux objectifs poursuivis.

Au-delà de l'aide apportée aux individus dont il est question dans ce rapport nous avons voulu, par cette démarche, contribuer un tant soit peu au rétablissement d'un débat et d'un questionnement publics basés sur des faits et non sur des préjugés.

Il est capital que ce débat et ce questionnement puissent avoir lieu rapidement : la démocratie et le respect des droits de l'Homme sont à ce prix.

I. CADRE ET METHODOLOGIE

MSF en Belgique

A Anvers et à Bruxelles, MSF organise chaque année plus de 7000 consultations sociomédicales et psychologiques gratuites pour améliorer l'accès aux soins de santé. La population des patients se compose pour 74 % de personnes sans papiers, pour 12 % de personnes en procédure de demande d'asile. Les patients ne s'en sortent pas dans les processus administratifs, ont peur de s'adresser aux instances officielles ou de se heurter au manque de bonne volonté des prestataires de soins et des CPAS.

MSF dans les centres fermés

Sur la base de ses visites sporadiques dans les centres fermés, effectuées dans le cadre du projet d'accès aux soins de santé, MSF a constaté une série de problèmes. Suite à ces constatations, en janvier 2006, MSF a décidé d'ouvrir un projet dans les centres fermés de Belgique. L'organisation a introduit une première proposition de projet auprès de l'Office des Etrangers⁶ en vue de l'organisation de consultations psychologiques dans trois centres.

En mars 2006, MSF a reçu l'accord oral de l'Office des Etrangers (Cellule Coordination générale et Contrôle et Directeur général), mais l'Office a lié cette autorisation à une série de conditions :

- MSF accompagnerait les étrangers pendant leur rapatriement dans l'avion;
- MSF ne ferait aucune communication concernant les centres fermés sans l'autorisation préalable du ministre de l'Intérieur.

Ces conditions étaient inacceptables pour MSF⁷ et l'organisation a introduit une nouvelle proposition de projet modifiée. Celle-ci satisfaisait à tous les critères permettant aux ONG de travailler dans les centres fermés⁸. Jusqu'à présent, MSF n'a toujours eu aucune réaction à cette proposition.

Méthodologie et collecte des données

Malgré l'absence de feu vert pour ce projet, MSF a décidé de néanmoins évaluer l'accès aux soins de santé dans les centres fermés, en collaborant avec d'autres organisations⁹. Les visiteurs des ONG, mais aussi les avocats et les membres des familles ont averti MSF lorsque, pendant leurs visites dans les centres fermés, ils trouvaient des détenus¹⁰ en proie à des problèmes médicaux et/ou psychologiques. Suite à ces communications, le médecin et/ou la psychologue MSF accrédités ont

⁶ L'Office des Etrangers (OE) dépend du ministère de l'Intérieur. Pour plus d'infos, voir site Web www.dofi.fgov.be.

⁷ La charte de MSF souscrit au principe de l'indépendance : " Les Médecins Sans Frontières apportent leur secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, religion, philosophique ou politique. Ouvrant dans la neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation, autre que celle que l'organisation sera en mesure de leur fournir. Pour plus d'infos, voir site Web : www.msf.be.

⁸ Ces critères sont fixés par l'arrêté royal du 12/09/2002, article 73.

⁹ Jesuit Refugee Service, Caritas, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Etrangers, Aide aux Personnes Déplacées, Centre Social Protestant, Ligue des droits de l'Homme, Point d'Appui, Mouvement contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Xénophobie, Service Social de Solidarité Socialiste et Comité Belge d'Aide aux Réfugiés.

¹⁰ MSF utilise le terme de 'détenus' pour les personnes qui se trouvent dans les centres fermés. Dans le cadre de l'utilisation de ce terme, l'organisation prend sciemment ses distances par rapport au terme 'occupants' utilisé généralement par l'Office des Etrangers et les centres eux-mêmes. Les personnes qui se trouvent dans les centres fermés se sentent injustement traitées et ne veulent absolument pas 'occuper' ces centres. Elles sont criminalisées : arrêtées, menottées, emmenées en voiture de police au centre, fouillées, ...

rendu visite aux personnes concernées. MSF disposait également d'un assistant social à mi-temps pour proposer une aide juridique et sociale.

Ce mode opératoire a permis à MSF de traiter 165 dossiers. Entre fin novembre 2004 et avril 2006, les dossiers ont été traités de manière sporadique. De mai 2006 à avril 2007, la présence de MSF dans les centres fermés a été renforcée et des données spécifiques ont été rassemblées. Pour cela, nous avons utilisé un formulaire standard destiné à recueillir une série de données sociojuridiques, médicales et psychologiques. Les informations ont été obtenues auprès des détenus concernés, du service médical et de l'avocat. Dans une série de cas, des informations provenant de la direction, d'autres membres du personnel ou du demandeur (ONG, membre de la famille ou connaissance) ont également été ajoutées. De manière générale, le dossier médical a été examiné au service médical et les informations discutées avec le médecin attaché au centre. Lorsque c'était possible, les dossiers médicaux externes ont été demandés pour pouvoir ajouter les résultats d'examen médicaux et spécialisés antérieurs.

Objectif

L'objectif de MSF était double :

- 1) apporter une aide psychologique** : l'organisation a mis en place un travail de prévention en proposant une écoute attentive et indépendante et en essayant d'améliorer l'accès à l'aide psychologique. Dans quelques cas, MSF a également plaidé pour la libération de certains patients.
- 2) apporter une aide médicale** : MSF a donné un deuxième avis médical indépendant et/ou expliqué les soins déjà dispensés les diagnostics déjà posés ou les traitements déjà instaurés¹¹. Tout cela s'est fait en concertation avec le service médical du centre fermé. Dans certains cas, MSF a plaidé pour la libération de certains patients.

Les problèmes les plus récurrents constatés par MSF pendant ces consultations ont été :

- Problèmes psychologiques : troubles du sommeil, angoisse, dépression, symptômes psychosomatiques tels que douleurs d'estomac et maux de tête et résurgence de traumatismes psychologiques antérieurs, notamment état de stress post-traumatique (ESPT)¹².
- Problèmes médicaux : diabète, VIH-SIDA, grossesses, problèmes orthopédiques et grèves de la faim.

MSF a également été témoin d'une série de problèmes structurels dans les centres de détention, problème que l'organisation classe en deux groupes. Le premier groupe concerne le manque de services d'aide dans les centres fermés tant sur le plan médical que psychologique ou sociojuridique. Le deuxième concerne une série de problèmes relatifs à la transparence et à l'ouverture en matière de fonctionnement de l'Office des Etrangers.

MSF veut faire remarquer avant tout que ce rapport dénonce une série de problèmes structurels liés à la politique de refoulement. Ce rapport a pour objectif de remettre en question, d'une part, l'utilisation induite et irréfléchie du système de détention et, d'autre part, l'organisation et le flou de la réglementation. Ce rapport ne doit pas

¹¹ Les détenus ont souvent l'impression que le service médical n'est pas indépendant. Une confirmation de leur diagnostic par un médecin extérieur au centre peut donc les tranquilliser.

¹² En ce qui concerne le diagnostic de l'état de stress post-traumatique, nous allons utiliser l'abréviation anglaise, à savoir Post Traumatic Stress Disorder, abrégée en PTSD.

mener à une humanisation irréfléchie découlant d'une série de changements minimalistes¹³.

En ce qui concerne le fonctionnement exact de MSF dans les centres fermés, nous renvoyons le lecteur à l'Annexe A: présentation du mode de fonctionnement de MSF, sur la base d'un témoignage.

¹³ Nous soulignons que ce rapport dénonce des problèmes liés à la politique menée dans les centres. Pendant nos visites, nous avons également aussi souvent été témoins de l'engagement positif du personnel. Il est toutefois inacceptable qu'une aide effective ne soit pas prévue dans la politique de refoulement, mais dépende des dispositions du personnel. Le personnel a besoin de plus de latitude pour pouvoir tenir compte des souffrances humaines et pouvoir intervenir lorsque cette souffrance est disproportionnée par rapport au but du refoulement.

La vie en direct des centres fermés

Mon nom est Joy. Ma mère m'a appelée comme ça parce qu'elle était très heureuse de ma naissance et espérait que je serais heureuse moi aussi! Les choses ont malheureusement tourné tout autrement.

Je suis arrivée en Belgique il y a 8 ans environ. Je connaissais quelques membres de ma famille éloignée qui m'ont accueillie. Ma demande d'asile a été refusée et j'ai ensuite séjourné illégalement en Belgique. Après un certain temps, une amie m'a trouvé du travail comme femme de ménage en noir. A l'exception de mon trajet jusqu'à mon travail, je restais le plus possible à l'intérieur. Sortir représente toujours un risque quand on n'a pas de papiers.

Un soir, un ami m'a demandé si je voulais aller prendre un verre dans un café en me disant que cela me ferait du bien! Je profitais pleinement de cette soirée quand soudainement, la police est entrée dans le café et a demandé les papiers d'identité. Je n'ai pu leur donner que mon abonnement de bus. Suite à cela, le policier m'a ordonné de le suivre! Mon ami nous a suivis en disant qu'il voulait m'accompagner. Il a été repoussé et j'ai été menottée et jetée dans le combi.

J'ai été amenée au commissariat de police et enfermée dans une cellule avec trois autres femmes. J'y suis restée toute la nuit terrée dans un coin pendant que les autres femmes me fixaient du regard. Elles riaient et se moquaient de moi. Je ne leur avais pourtant rien fait de mal. J'avais peur d'elles.

Le jour suivant, ils sont venus me chercher. Sans aucune explication, j'ai été à nouveau menottée et remise dans un combi. Celui-ci roulait très vite. Avec les menottes, je ne pouvais pas me tenir et je suis donc tombée en avant. Le policier s'est mis à crier et m'a relevée en me donnant des coups de genoux. "T'as intérêt à te tenir tranquille", m'a-t-il dit, "Tu sais où on t'emène, directement sur la chaise électrique!!". Son rire résonne encore dans ma tête. J'étais morte de peur.

Une porte s'est ouverte. Nous avons passé des grilles. J'ai dû sortir. A l'intérieur se trouvait un bâtiment entouré de fils barbelés. Ça ressemblait à un château, mais pas à un château de contes de fée.

Une femme s'est approchée et m'a gentiment serré la main. Elle m'a emmenée dans un petit local et m'a demandé mon nom, mon âge, mon pays d'origine, ... J'ai dû montrer tout ce que j'avais : mon portefeuille, mon GSM. Celui-ci a été mis dans une enveloppe qui, m'a-t-on dit, serait conservée dans un coffre pendant mon séjour. Une femme en uniforme bleu m'a complètement fouillée et a pris mes empreintes digitales.

On m'a remis une brochure. "Bienvenue était la première phrase qu'on y lisait, pas précisément le bon mot quand quelqu'un arrive dans un centre fermé".

J'ai été photographiée et j'ai reçu un badge. Depuis, je ne m'appelle plus Joy, mais G12. Il était important d'avoir ce badge toujours sur soi sous peine de sanctions!

J'ai reçu deux petites clés : une pour mon armoire dans la salle de jour et une pour le dortoir. Dans mon dortoir, nous étions 14 femmes et nous dormions dans des lits superposés. Le premier jour, on m'a remis un kit sanitaire sur lequel figurait mon numéro et j'ai pu prendre une douche. Au service médical, j'ai rencontré l'infirmière. Etant donné que je n'avais pas de problème médical grave, je n'ai pas vu immédiatement le médecin et on m'a dit que si j'étais malade, je devais m'inscrire sur la liste dans la salle de jour.

J'ai ensuite eu un entretien avec l'assistante sociale; sur le règlement interne, sur la façon dont elle m'accompagnerait. J'ai pensé que ma tête allait exploser : autant d'informations, je ne comprenais rien, je voulais retrouver ma famille. En tant que nouvelle venue, j'ai été autorisée à téléphoner 10 minutes, une seule fois, et je n'ai pas pu sortir un mot. Les larmes me coulaient sur le visage! Et de l'autre côté du cornet, ma tante pleurait avec moi.

On m'a emmenée dans la salle de jour. Je me suis assise et j'ai observé les autres qui regardaient la télévision, un petit groupe était "sous accompagnement" et jouait à un jeu de

société. L'animatrice m'a gentiment invitée à participer. Je l'ai remerciée, je n'étais pas vraiment en état de jouer aux "Petits chevaux"!

A 18 heures précises, toutes les femmes ont été emmenées au réfectoire pour le repas du soir. Les tartines au fromage sont restées sur mon assiette en plastique. Le soir, je mange toujours du riz.

Après une demi-heure, nous avons dû quitter le réfectoire. C'était au tour du premier groupe des hommes de manger.

Je me suis assise dans la salle de jour devant la télévision. J'avais bien le temps jusqu'au lendemain pour parler avec les autres femmes. Le film diffusé était en français avec des sous-titres néerlandais. En tant qu'anglophone, je ne comprenais que quelques mots ici et là. A 22 heures, la télévision a été éteinte (on n'a pas pu voir la fin du film) et nous avons dû retourner dans le dortoir. "Arrivées au dortoir, le gardien a dit qu'on pouvait encore lire ou prier pendant une heure et qu'ensuite les lumières seraient éteintes". J'ai passé toute la nuit à fixer le plafond pendant que la femme qui dormait en dessous de moi n'arrêtait pas de s'agiter en criant de temps en temps.

Le matin, nous avons été réveillées par le gardien. Nous avons eu une heure pour nous laver et nous préparer. A 8 heures, nous devons être à la table du petit-déjeuner dans le réfectoire.

Les femmes de ma chambre m'ont dit d'emporter tout ce dont j'avais besoin pour la journée. La journée, les dortoirs sont fermés à clé et on ne peut pas y retourner. "Si tu veux téléphoner ou parler à quelqu'un du service social aujourd'hui, tu dois en avvertir le gardien au matin, sinon c'est reporté au jour suivant", m'a dit une femme. Nous nous sommes mises à parler et elle m'a raconté que cela faisait déjà quatre mois qu'elle était au centre. Il y a une semaine, elle avait fait l'objet d'une deuxième tentative de refoulement. D'abord, l'assistante sociale lui avait montré un film pour l'informer sur le déroulement du refoulement et ensuite, elle avait été menottée et emmenée à l'aéroport. Quatre agents de police l'avaient accompagnée et l'avaient forcée à monter dans l'avion. Elle s'était violemment opposée, avait hurlé, essayé de se libérer de ses menottes. Finalement, le pilote avait refusé de l'emmener. Elle avait été sortie de l'avion et ramenée au centre. Le médecin du centre a constaté des hématomes sur ses bras et ses jambes, ainsi que des côtes froissées. Il a établi un certificat.

Quelqu'un a dit qu'il était temps de "s'aérer". Tout le monde devait sortir, même s'il faisait froid et qu'il pleuvait. Nous avons fumé une cigarette et après une heure, nous avons dû rentrer. J'ai décidé d'écrire une lettre à un ami. J'ai reçu du papier à lettre des gardiens et je leur ai remis ma lettre terminée. Le timbre serait retenu sur mon argent.

Si vous entrez dans le centre sans argent ou si vous voulez y gagner un peu d'argent, vous devez bricoler pour obtenir des bons. Faire les lits, nettoyer pour pouvoir acheter des cigarettes ou une brosse à dents supplémentaire, ... J'ai eu la chance de pouvoir de temps en temps servir d'interprète à une autre femme. Cela m'a permis de gagner mes bons.

La vie au centre est un éternel recommencement et les jours se suivent et se ressemblent : se lever, manger, s'aérer, manger, s'aérer, manger, dormir; mais surtout s'ennuyer, penser, parler, rester éveillé en se demandant ce qui va advenir de vous. La visite d'un membre de la famille ou de l'avocat est un vrai bonheur.

Je suis restée dans ce centre 68 jours : mon pays n'a pas délivré de documents de voyage, ce qui n'a pas permis mon refoulement. J'ai été littéralement libérée : on m'a mise à la porte avec mes maigres bagages. Je suis arrivée à la gare avec beaucoup de difficultés et j'ai réussi à prendre le train. Il m'a été ordonné de quitter le territoire dans les 5 jours.

Actuellement, j'habite à nouveau dans ma famille, mais je ne sors plus que très sporadiquement. Je vis très isolée. Je ne peux plus non plus travailler. Je prends des somnifères parce que je refais toujours le même cauchemar dans lequel la police vient me chercher pour m'amener sur la chaise électrique.

Il s'agit d'une histoire fictive avec des personnages fictifs, composée sur la base de divers témoignages.

II. LE COÛT HUMAIN DE LA DETENTION

A. Comment est perçue la détention?

Les gens sont enfermés pour des raisons administratives en vue d'être écartés du territoire belge. Ils sont soudainement arrêtés chez eux, dans un endroit public, lors d'un contrôle d'identité, à l'occasion d'une demande d'asile ou à leur arrivée à l'aéroport, et ensuite amenés dans un centre fermé.

Les **demandeurs d'asile** ne comprennent pas pourquoi ils sont enfermés alors qu'ils sollicitent la protection d'un Etat, telle que notre législation la prévoit.

Les **personnes sans papiers** considèrent que ce n'est pas un crime de venir chercher une vie meilleure. Certains entre eux arrivent à survivre en Belgique grâce à des petits boulots mal payés et en faisant beaucoup de sacrifices. Partager un logement à plusieurs pour réduire les dépenses; renoncer à des soins de santé par peur de se rendre dans un hôpital; ne pas emprunter les transports en commun par crainte de subir un contrôle d'identité, ne sont que quelques exemples du quotidien des personnes sans papiers que MSF rencontre. L'enfermement leur semble injuste et disproportionné, et elle les confronte à l'échec de leur parcours de migrant.

Les **ex-prisonniers** quant à eux, trouvent qu'ils sont punis une deuxième fois étant donné qu'ils ont déjà purgé leur peine de prison pour le délit commis.

Elles subissent toutes l'enfermement avec un énorme sentiment d'incompréhension, d'injustice et d'échecs. D'une seconde à l'autre, leur vie bascule. A partir de ce moment, ils vivent dans une angoisse perpétuelle par rapport à l'incertitude de leur avenir.

Une jeune femme séjourne avec sa petite fille de deux ans dans un centre fermé. Son mari habite en Belgique. Cette femme aimerait le rejoindre. Leur mariage n'est toutefois pas reconnu par la Belgique et la famille n'a pas d'argent pour un test de paternité. Sur le plan juridique, ce dossier est tellement compliqué que personne ne s'en sort. Après deux mois de détention et une tentative de refoulement, cette femme est tellement désespérée qu'elle signe pour son retour volontaire. Elle signe de peur que son enfant ne soit violenté lors du rapatriement. Son stress est énorme et elle perd patience. Elle ne supporte plus les pleurs de son enfant et perd tout contrôle sur elle-même. Elle demande depuis des mois un psychologue une 'grande sœur ou mère' qui puisse l'aider à se contrôler et à éduquer son enfant dans ces conditions.

Les détenus séjournent pratiquement toute la journée en groupe et passent la nuit dans des dortoirs ou dans des chambres partagées. Cette situation ne leur permet d'avoir quasi aucune intimité alors que beaucoup d'entre eux aimeraient justement pouvoir s'isoler du bruit et de l'agitation du groupe pour mieux gérer le stress qui les assaille. A cela s'ajoute encore qu'ils sont placés dans un centre fermé avec des personnes provenant de différentes cultures et milieux, qui ne parlent pas la même langue qu'eux. Il y a un va-et-vient permanent, certains sortent, d'autres arrivent. Chacun a ses problèmes et est, sans le vouloir, confronté à ceux des autres. Lorsqu'ils ne supportent plus la vie en groupe, certains patients demandent au service médical de pouvoir être isolés.

Tous les centres appliquent plus ou moins un régime carcéral/de groupe. Dans les centres CIB, CIV et CIM¹⁴, cette situation est plus frappante que dans les centres 127bis et 127. Tout le monde se lève en même temps, dispose d'un temps donné

¹⁴ CIB, CIV, CIM: Centre pour Illégaux à Bruges, Vottem, Merksplas.

pour se laver et s'habiller. Manger, 's'aérer', tout se fait selon un schéma fixe¹⁵. Dans certains centres, notamment le CIB, la journée, les dortoirs sont fermés et les détenus n'y ont pas accès.

Une mère raconte que les lumières s'éteignent le soir à neuf heures et demie. Chez elle, elle était habituée à faire une sieste à midi. Ici, elle ne le peut pas. Lorsqu'elles sont dans la chambre, les portes sont fermées. Si elles doivent aller aux toilettes, elles doivent demander à un gardien d'ouvrir la porte. Le plus jeune de ses trois enfants ne peut pas se retenir aussi longtemps. Avant que le gardien ne l'entende et ne lui ouvre la porte, c'est trop tard et son fils a déjà fait dans son pantalon. Au matin, cette femme est de plus en plus désespérée.

Du fait du régime strict, de la manière dont les traite la police pendant leur arrestation et parce qu'ils vivent avec des ex-prisonniers, les détenus se sentent criminalisés.

Les détenus sont entièrement rendus dépendants des autres : avocats, personnel du centre et visiteurs. A leur arrivée, ils doivent remettre tous leurs effets personnels. Ils sont isolés du monde extérieur. Ils ont à peine accès à l'information. Ils n'ont d'autre choix que de confier leur sort à d'autres. Leurs responsabilités et leurs activités sont fortement limitées : éduquer, faire le ménage, assurer un revenu, ... Leur vie est mise 'en attente', ils la ressentent comme inutile. Dans tous les centres, les possibilités de détente sont limitées. Les jeux de société, une petite heure de fitness ou de football par jour, le bricolage, le billard ou la télévision ne sont rien face à l'ennui et les angoisses permanentes.

Les principaux facteurs qui contribuent à l'incertitude sont la durée inconnue et le déroulement inconnu de la détention. Les détenus ne peuvent que subir et attendre impuissants ce qui va leur arriver.

'J'ai d'abord été à la prison de Forest et maintenant, je suis dans un centre fermé. Pour moi, la prison, c'était mieux qu'ici. Je me trouvais en prison parce que j'avais commis une faute, j'avais volé des vêtements. Aujourd'hui, je me retrouve dans un centre fermé alors que je n'ai rien fait de mal. En prison, je connaissais exactement la durée de ma peine et le jour où je serais libéré. Je pouvais être libéré plus tôt pour bonne conduite mais pas plus tard. Ici, on arrive dans un centre fermé et on pense : j'y suis pour deux mois. Ensuite, peut-être encore deux autres mois. Et quand on est amené à l'aéroport, on recommence de zéro. Dans l'aile où je me trouve, un homme est ici déjà depuis 7-8 mois. Je n'ose pas y penser, sinon je flippe complètement. De plus, le régime de groupe ici est beaucoup plus strict qu'en prison.'

La durée de la détention est longue. La durée moyenne d'enfermement¹⁶ des détenus vus par MSF était de 60 jours¹⁷. La durée moyenne de séjour des 109 détenus présentant des problèmes psychologiques a été de 74 jours. Pour les enfants, la durée d'enfermement moyenne est de 65 jours. La durée de séjour moyenne des personnes affectées par le VIH a été de 73 jours. La durée moyenne des personnes souffrant de problèmes psychiatriques dans un centre fermé est de 62 jours. Les

¹⁵ Voir p.12 comment se déroule une journée dans un centre fermé. Cette description est basée sur les témoignages de détenus.

¹⁶ Calculée sur la base de la médiane de la durée d'enfermement de 134 dossiers dont nous avons eu connaissance de la durée.

¹⁷ Voir annexe E, les tableaux 13 et 14 sont des tableaux parallèles de l'OE et de MSF sur la durée d'enfermement.

femmes présentant une grossesse à risque ont toutes été libérées, mais après une durée d'enfermement moyenne de 40 jours.¹⁸

La durée de la détention est définie par la loi. Pourtant, à chaque tentative de refoulement, on remet les compteurs à zéro et la durée maximum de détention de 5 mois prévue peut ainsi être largement dépassée¹⁹.

Les détenus ne savent jamais non plus exactement si leur détention se terminera par un refoulement ou une libération.

Une famille avec deux petits garçons a été arrêtée dans un centre d'accueil ouvert. Aujourd'hui, ils se retrouvent dans un centre fermé. Le directeur adjoint nous a dit: "Parce que leur délai de deux mois a expiré et que les autorités ne leur ont pas donné de laissez-passer, nous nous attendons à ce que cette famille soit libérée dans quelques jours". Une semaine plus tard, cette famille a été transférée vers un autre centre fermé. Là, ils ont encore été enfermés pendant deux mois et ont ensuite soudainement été libérés 'sans plus'²⁰. Pendant quatre mois, ils se sont demandé ce qui leur était arrivé. Leur fils était malade et ils ont demandé une aide médicale. Pourraient-ils rester en Belgique? Devaient-ils déjà commencer à apprendre le français ou seraient-ils quand même renvoyés? Quid des enfants qui n'allaient pas à l'école et n'avaient donc pas accès à l'enseignement?

Etre refoulé signifie retour à la case départ. Les nouveaux venus arrêtés à l'aéroport ne comprennent pas bien ce qui leur arrive. Souvent, fuir leur pays d'origine était déjà un acte téméraire et leur enfermement en Belgique est bien la dernière chose à laquelle ils s'attendaient.

Une mère et sa fille ont fui. Elles n'ont pas eu la possibilité d'emporter des bagages. On est en novembre et il fait froid. Elles ne savent pas très bien ce qui leur arrive. Elles ont toutes les deux très peur et sont méfiantes. Elles n'ont aucune idée où elles se trouvent exactement, à quoi ressemble une carte de Belgique et où se situe Bruxelles. Toute la journée, elles pleurent et essaient de dormir un maximum. Dans son pays d'origine, la fille prenait des antidépresseurs. Elle ne sait pas si elle peut avoir confiance dans les médicaments que lui donne le médecin ici. Elles ont fui et ici, on les a enfermées. Elles s'interrogent sur ce qu'est l'accueil en Belgique.

En ce qui concerne les illégaux qui séjournent depuis un certain temps déjà dans le pays, l'enfermement est synonyme d'une perte liée à un deuil. Ils perdent leur liberté, un présent et un avenir, ainsi que leur réseau social. La perte est souvent aussi matérielle, notamment leur logement, leurs meubles, leurs vêtements, leur travail (en noir), ...

'Je loue un appartement avec ma fille. J'étais à l'église parce que j'avais sympathisé avec les occupants de l'église. Je leur préparais de la soupe. Ce jour-là ma fille m'a dit de ne pas y aller, mais je ne l'ai pas écoutée. Nous avons été arrêtées et menottées, même ma fille de 7 ans. Elle est née en Belgique. Elle n'a jamais été en Afrique. Qu'est-ce que je dois faire maintenant de ma télévision, de mes meubles et de mon appartement? J'ai dû tout laisser comme ça. J'ai demandé à des amis d'aller chercher mes vêtements et mes petites affaires et de me les apporter, mais j'ai dû abandonner tout le reste.'

¹⁸ Voir annexe E, tableau 17.

¹⁹ Voir annexe E, tableau 13.

²⁰ Une libération 'sans plus' est une libération non assortie d'un ordre de quitter le territoire.

Du fait du système carcéral et du grand nombre de personnes devant vivre dans le plus grand stress en communauté, les sanctions sont utilisées pour maintenir l'ordre. Pour les détenus, les arrangements et les règles de vie représentent une charge psychologique supplémentaire.

Sanctions

L'AR du 12/09/2002 prévoit une série de sanctions et de mesures d'ordre et stipule qui est compétent pour imposer quelles mesures. Il y a l'avertissement verbal, l'imposition de tâches relatives à l'ordre et à la propreté du centre, la suppression d'avantages tels que les visites, l'accès aux activités de détente et enfin le placement dans un local d'isolement. Le déplacement vers un autre centre est une des sanctions possibles.

Un homme est enfermé depuis près de deux mois. Son comportement vis-à-vis des autres est très agressif. Il souffre d'une maladie contagieuse et menace de s'ouvrir les veines du poignet et de contaminer les autres. Cette personne est mise en isolement pour raisons disciplinaires. Lorsque cet isolement n'a pas l'effet souhaité, la mesure suivante est le déplacement vers un autre centre.

Recours à la violence dans le cadre du refoulement

Les détenus sont amenés à l'aéroport, on essaie de les convaincre de partir, ils sont enfermés dans une cellule, les parents sont séparés de leurs enfants, ... pour augmenter la pression et pour que les détenus n'osent pas refuser le refoulement. Il est aussi parfois recouru à la violence. Les attestations de coups et blessures rédigées après la tentative de refoulement par le médecin attaché au centre et un médecin indépendant en témoignent.

*Un père et ses deux enfants de 7 et 11 ans font l'objet d'une tentative de refoulement. Un policier prend la petite fille à part et commence à lui parler. Ensuite, les deux enfants sont séparés de leur père par un policier. Deux autres policiers accompagnent le père. La petite fille fait pipi dans son pantalon de peur. Finalement, la famille est ramenée au centre fermé.
Deux mois plus tard, cette famille est refoulée du pays par un vol spécial. MSF retrouve la famille. Par téléphone, elle nous raconte ce qui suit à propos de son refoulement :
"Il s'est fait sous l'escorte de 15 policiers ou militaires. Le soir avant le vol, l'assistante sociale nous a dit : 'Maintenant vous devez aller en cellule d'isolement, demain vous quitterez la Belgique'. J'ai donc passé la dernière nuit séparé de mes enfants. Ils ont dû rester seuls toute la nuit. Dans l'avion, mes enfants étaient assis derrière moi. Je ne pouvais pas les voir. Il s'agissait d'un avion militaire."*

B. Conséquences/impact de la détention

La détention a un effet psychologique négatif indéniable sur les détenus. Nous allons d'abord décrire les symptômes psychiques et psychosomatiques et ensuite nous arrêter sur les conséquences plus extrêmes parmi lesquelles l'automutilation, le suicide et la grève de la faim.

1. Problèmes psychologiques découlant de la détention

La combinaison des différents facteurs cités plus haut met les détenus dans un état de stress fortement accru. A ce stress de la détention, les individus réagissent de différentes manières.

Il existe deux types de mécanismes de coping²¹ : le coping axé sur les problèmes et le coping axé sur l'émotionnel. Des exemples de mécanismes de coping axé sur les problèmes sont: aborder le problème de manière active et rassembler des informations. Des exemples de coping axé sur l'émotionnel sont: exprimer ses émotions en se montrant très en colère ou agressif ou inversement apathique et découragé.

La nature de la détention limite fortement la possibilité de recourir à des stratégies de coping axé sur les problèmes : les détenus sont impuissants face à leur détention et sont fortement limités dans leurs possibilités de rassembler des informations et d'avoir une influence active sur leur détention.

Pour contrôler leur stress, les détenus en sont donc principalement réduits aux mécanismes de coping axé sur l'émotionnel. La grande majorité d'entre eux développent par conséquent une série de problèmes psychologiques liés au stress, notamment la dépression, les troubles d'adaptation et les troubles d'angoisse et de l'humeur.

Facteurs susceptibles de contribuer aux problèmes psychologiques :

Etre déraciné :

Les détenus qui séjournent dans les centres fermés ont pour dénominateur commun qu'ils sont d'une autre origine et sont donc dans une certaine mesure déracinés. Cette situation entraîne une charge psychologique : s'adapter à une nouvelle culture, à d'autres habitudes, à une autre langue, ... demande beaucoup d'énergie. S'intégrer signifie laisser derrière soi, abandonner ses habitudes et ses valeurs et adopter de nouvelles habitudes et de nouvelles valeurs. Le réseau social, la famille et les amis sont laissés derrière soi et il faut des années pour reconstruire un tel réseau. Devoir souvent déménager et le fait de ne pas avoir de domicile fixe constituent aussi des facteurs d'instabilité supplémentaire.

Situation sociale/juridique précaire

Les problèmes de nature sociojuridique sont par exemple la participation à la vie sociale, les problèmes financiers et l'angoisse. Ils sont liés entre eux.

Un statut de séjour incertain en Belgique est synonyme d'une faible participation à la vie sociale. Ne pas pouvoir être utile à sa famille ou ne pas pouvoir jouer son rôle social constitue un facteur de stress. Le fait de ne pas arriver à joindre les deux bouts est également synonyme de stress et cette situation peut parfois durer des années.

²¹ Coping : le fait de gérer, de traiter une situation.

Les personnes sans papiers connaissent encore l'angoisse supplémentaire d'une vie dans l'illégalité. Elles n'osent par exemple plus prendre les transports en public de peur d'un contrôle d'identité lié à un risque d'arrestation.

2. Troubles psychosomatiques dus à la détention

Pratiquement toutes les personnes que nous avons examinées présentaient des troubles psychosomatiques parmi lesquels les plus courants étaient les maux de tête, les troubles du sommeil, les palpitations cardiaques, les douleurs abdominales et le manque d'appétit. Tous ces symptômes indiquent indéniablement un niveau de stress trop élevé.

Les détenus séjournent souvent de longues semaines dans un centre fermé sans rien avoir à faire et développent souvent des problèmes physiques par angoisse et incertitude. Parce qu'ils y sont constamment confrontés, ils ressentent leurs problèmes de santé même banals comme très importants.

L'utilisation des antidouleurs et des somnifères est élevée. Les infirmiers ne veulent pas renvoyer les patients qui s'adressent à eux les mains vides et veulent leur donner quelque chose pour au moins soulager leurs problèmes. Les patients se sentent rejetés parce qu'ils reçoivent encore et toujours la même pilule.

"Je ne suis pas content du traitement que je reçois ici. Je veux voir un psychiatre. Je ne suis pas pris au sérieux."

La perception de la maladie diffère très fortement d'une culture à l'autre. Ces différences peuvent donner lieu à des malentendus entre le patient et le service médical liés au fait que chacun y considère et traite la maladie en fonction de sa propre culture.

Il y a également un problème de communication. Les services médicaux utilisent peu d'interprètes, ceci malgré le fait qu'ils disposent de services d'interprétariat par téléphone qui, dans l'ensemble, fonctionnent bien. De ce fait, les patients se sentent trop souvent mal ou pas compris et ont le sentiment qu'on ne fait aucun cas d'eux.

Une femme de 68 ans souffre de divers problèmes de santé : elle a les jambes gonflées, des difficultés respiratoires, mal à la tête et des problèmes de sommeil. Tout cela l'inquiète beaucoup car ses symptômes s'aggravent. Lors de la visite de MSF, cette femme donne spontanément les numéros de téléphone de plusieurs de ses connaissances qui peuvent servir d'interprètes au téléphone car elle ne parle que sa propre langue. Au cours de l'entretien suivant avec le service médical, on remarque qu'il n'a jamais été fait appel à un interprète pour cette femme. Les numéros de téléphone des interprètes possibles ont pourtant été remis au service médical. La femme a été libérée du centre avec ordre de quitter le territoire. Lorsqu'un peu plus tard MSF a pris contact avec sa fille, il s'est avéré qu'elle avait été admise à l'hôpital pour les problèmes qu'elle avait clairement - mais en vain - essayé d'expliquer au service médical.

Les patients ne savent pas quels médicaments ils reçoivent parce qu'ils les reçoivent sans nom de marque, ni emballage. Cette façon de procéder suscite leur méfiance et pousse de nombreux patients à ne pas les prendre. Les symptômes persistent et ils retournent donc au service médical. Cette situation crée un cercle vicieux qu'une bonne communication permettrait pourtant de briser.

Un homme prend depuis des années déjà le même médicament. Au centre, il reçoit le générique de ce médicament. Etant donné que le générique a une autre couleur, il refuse de le prendre. Le médecin de MSF demande à l'infirmier de lui montrer l'emballage. Avec quelques explications, le patient comprend qu'il s'agit du même produit et accepte de le prendre.

3. Automutilation

Plusieurs personnes se mettent à s'arracher les cheveux ou à s'infliger des blessures. Leurs motifs diffèrent :

- éliminer les tensions;
- diminuer la douleur psychique en provoquant une douleur physique;
- utiliser la douleur pour oublier autre chose (de désagréable) ;
- manipuler le personnel du centre : s'infliger une blessure qui obligera le transfert à l'hôpital pour ainsi mettre fin (temporairement) à la détention;
- compenser le sentiment d'impuissance : s'infliger une blessure procure un sentiment de pouvoir qui permet de déterminer quand ressentir la douleur et quand ne pas en ressentir;
- expression de sentiments qui ne peuvent pas être exprimés d'une autre manière;
- expression d'une agression réprimée.

Dans un moment de désespoir, un homme s'inflige plusieurs coupures dans le bras. Il est emmené à l'hôpital : 26 points de suture.

4. Suicide

Nous avons vu quatre personnes qui ont fait une tentative de suicide dans un centre fermé. Une dizaine de personnes avaient clairement des pensées suicidaires et/ou planifiaient de se suicider. Pour certaines, le fait d'être enfermées, associé à leurs difficultés passées, représentait la goutte qui faisait déborder le vase. Plusieurs personnes utilisent les tendances suicidaires comme moyen de pression à l'égard du personnel des centres fermés.

En cas de tendance suicidaire ou de tentative de suicide, les détenus sont isolés. Pour les protéger contre eux-mêmes, on les place à un endroit où il n'y a aucun objet leur permettant de se donner la mort. Cette mesure est également destinée à éviter que les autres personnes ne soient traumatisées par le suicide d'un détenu du centre. Toutefois, en cas de risque de suicide, le contact social est précisément un des facteurs de protection contre la réalisation de ce risque. La prévention du suicide se limite donc à une prévention physique et ne repose sur aucune prise en charge thérapeutique.

Un homme fait deux tentatives de suicide en deux semaines. Avant cela, il n'en avait jamais fait.

Témoignage : "A ce moment, je n'étais plus moi-même. J'ai eu peur de moi-même. Je ne supportais plus d'être enfermé. Je n'avais plus aucun contrôle sur ce que je pensais, mais le médecin ne m'écoutait pas. Tous les jours, je pleurais comme un enfant. Je me roulais par terre en pleurant. Le matin, c'était mon anniversaire. Le jour le plus difficile. Depuis 7 jours, je ne mangeais plus. Ce n'est pas que je faisais une grève de la faim, mais je n'arrivais tout simplement plus à manger. Je n'arrivais même plus à boire. Dans ma tête, je divaguais complètement. Je suis tombé dans les pommes et j'ai été emmené à l'hôpital. J'ai imploré qu'on m'y garde.

J'ai parlé avec la psychologue du centre, mais lui parler ou parler aux murs, c'est pareil. Elle m'a dit qu'il se pouvait que je reste ici encore deux mois. Je me suis dit que je n'y survivrais pas. Ici, on nous dit que ce n'est pas une prison, mais on nous cache. Un jour, il y a eu une manifestation devant le centre et tout à coup, on nous a dit que la tv ne fonctionnait plus, alors que ce n'était pas vrai. Ils nous ont cachés au monde extérieur et ils nous ont caché le monde extérieur."

"J'ai été mis en isolement pendant trois jours parce que j'avais essayé de me suicider. Je ne me suis pas lavé, je n'ai pas mangé. Chaque jour, ils ont essayé de me donner des médicaments que je n'ai pas voulu prendre. Je ne faisais pas une grève de la faim, mais je ne voulais pas manger parce que j'avais peur qu'ils aient mis les pilules dans ma nourriture. Quelqu'un qui a des pensées suicidaires a précisément besoin du soutien des autres, mais non, ici on vous isole. Il n'y a aucun doute, c'est clair et net : l'Etat belge ne me veut pas. Je suis un pou dans la fourrure de votre pays. Dans ce cas, qu'on m'écrase comme un pou. J'en ai assez, je suis épuisé. Je n'en peux plus. J'abandonne."

5. Grève de la faim

MSF a examiné 11 personnes faisant une grève de la faim dans des centres.

Le gréviste de la faim utilise son action pour faire pression sur son dossier. Il considère cette grève de la faim comme la seule issue possible pour le sortir de sa situation sans perspective.

Il recherche le soutien de ses codétenus pour faire réussir son action. Il recherche également un accompagnement médical pour maintenir ses souffrances physiques à un niveau supportable.

En cas de grève de la faim, le gréviste est isolé pour couper tout contact avec les autres détenus et le démotiver, mais aussi pour pouvoir le suivre de plus près sur le plan médical²².

6. Conclusion

Le coût humain d'un 'séjour' dans un centre fermé est trop élevé par rapport à l'objectif de cet enfermement. L'article 5 de l'AR du 12/09/2002 stipule que l'enfermement n'est pas une sanction, mais un moyen d'exécuter une mesure d'éloignement²³.

La détention provoque un stress énorme. Chacun y réagit différemment et cela peut mener à des réactions extrêmes telles qu'une grève de la faim ou une agressivité ou encore à des réactions internes telles que des problèmes psychosomatiques ou même l'automutilation ou le suicide.

Certaines personnes développent des troubles anxieux et font une dépression liée à leur séjour en centre fermé. Après leur libération ou après leur refoulement, ces troubles laissent des traces qui peuvent s'exprimer par l'isolement ou la dépression. Ces personnes sont moralement brisées.

²² Voir aussi problèmes structurels : le médecin confronté à une grève de la faim, p. 37.

²³ Loi 12/09/2002, art. 5 : La détention, la mise à la disposition du gouvernement et le maintien ne constituent pas des sanctions, mais des moyens d'exécution d'une mesure d'éloignement.

Voici un extrait d'une lettre écrite par ex-détenu au psychologue de MSF. Après sa détention de 126 jours, cet homme se sentait moralement brisé. Il est venu 10 fois en consultation pour essayer de diminuer ses fortes angoisses et ses autres problèmes psychologiques.

"Il faut que vous sachiez qu'il m'est difficile de se confronter avec la police, ou entendre rien que les sirènes une fois fait, je sens le battement du cœur s'amplifier, tout en croyant qu'on est toujours le 4 juillet [date de l'arrestation]. J'ai beau essayé d'oublier mais rien à faire, pour le moment le seul remède qui me permet d'oublier c'est de rester camoufler à la "maison Et qu'ou j'entends des pas je crois que c'est la police. Ils m'ont tellement traumatisé ce jour, que je ne crois plus une seconde à eux."

"J'ai une maladie d'estomac (vomissent jusqu'au sang suite aux nerfs) depuis notre arrestation, angoisses continues jours et nuits, peur de voir la police, où entendre les sirènes sans parler déjà des problèmes qui me concernent."

III. DANS QUELS CAS LA DETENTION EST-ELLE IMPOSSIBLE POUR RAISONS MEDICALES/ PSYCHOLOGIQUES?

A. Les patients souffrant de maladies graves

A l'arrivée au centre fermé, le service médical fait un 'intake' qui lui permet d'immédiatement voir si le détenu est ou non malade. Le médecin attaché au centre devrait pouvoir évaluer individuellement chaque arrivant et voir si son état médical lui permet d'être maintenu en détention ou exclut son refoulement. Il devrait pouvoir en informer la direction du centre le plus rapidement possible de sorte que dans cette éventualité, la durée de détention puisse être limitée.

1. Problèmes psychiatriques avant la détention

En arrivant au centre, certains détenus ont déjà un passé psychiatrique. Ce passé psychiatrique peut être dû à la combinaison d'une vulnérabilité accrue résultant de prédispositions biogénétiques et de facteurs de stress sociaux: l'exil, le fait d'être déraciné et le fait d'occuper une position précaire dans la société. Une série de détenus ont déjà été suivis par un psychiatre ou un psychologue dans leur pays d'origine, dans un autre pays européen ou en Belgique. Dans ces cas, un diagnostic a ou non été posé et un traitement médical a ou non été instauré et suivi.

Une série de détenus souffrent de troubles psychiatriques graves de nature chronique ou d'une décompensation psychologique prolongée²⁴. Certains souffrent de troubles dont les manifestations ne sont exacerbées qu'en périodes difficiles. L'enfermement aggrave souvent les problèmes liés à des traumatismes.

6 % (10 personnes) des détenus vus par MSF ont été identifiés comme des patients psychiatriques présentant une problématique lourde déjà présente avant leur détention et nécessitant une admission en hôpital psychiatrique. Leur durée d'enfermement moyenne a été de 62 jours²⁵.

A notre avis, dans aucun de ces cas, deux mois n'étaient nécessaires pour orienter rapidement ces patients vers une admission psychiatrique. Dans la moitié des dossiers psychiatriques, il y a eu transfert entre les différents centres, ce qui a provoqué une instabilité supplémentaire chez les détenus souffrant déjà de problèmes psychiatriques.

²⁴ Décompensation psychique : due à la perte, la frustration, la menace, ..., diminue la résistance psychique, ce qui entraîne le déséquilibre psychologique du patient.

²⁵ Diagnostics psychologiques : annexe B, tableau 1. Problèmes psychologiques avant la détention : annexe E, tableau 17.

PTSD et autres symptômes liés à un traumatisme

66 détenus souffraient de troubles psychologiques liés à un traumatisme. Les cas les plus importants étaient des cas de Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Classified (DESNOS)²⁶ et de Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Chez 32 détenus, la souffrance psychologique manifeste ne répondait pas aux critères diagnostiques de PTSD, mais était néanmoins indéniablement grave et s'y rapportait. Dans ce cas, nous avons opté pour le terme 'stress chronique'.

Les détenus chez lesquels un diagnostic de PTSD a été posé provenaient principalement de régions où sévit la guerre (Tchéchénie, RDC Congo, Rwanda, Serbie-Monténégro, Côte d'Ivoire, ...). Ces personnes avaient été victimes de viol, de torture, de réclusion, d'actes de violence liés à la guerre, ... Dans ces cas, la détention aggrave souvent les symptômes : souvenirs du traumatisme, flashbacks visuels ou auditifs, cauchemars. Chez les enfants, cette situation s'exprime par des symptômes tels qu'énurésie et autres symptômes régressifs.

Pour de nombreuses personnes souffrant de PTSD, l'enfermement constitue un facteur déclenchant. Lorsqu'un détenu est en décompensation psychologique, l'enfermement doit être immédiatement interrompu et un suivi psychologique mis en place.

Ne pas instaurer de traitement parce qu'un centre fermé n'est pas le lieu pour le faire ne peut pas être un argument pour ne rien faire. Dans la pratique, cet argument est cependant celui invoqué aussi bien par les psychologues des centres que par le psychologue conseil de l'Office des Etrangers.

Un problème supplémentaire se pose aux détenus qui tombent dans le champ d'application de la convention de Dublin²⁷ et qui souffrent de PTSD. Nous avons ainsi vu 7 Tchétchènes renvoyés en Pologne. Parmi eux se trouvaient quatre personnes présentant des problèmes psychologiques liés à des traumatismes. Le psychologue conseil a déclaré qu'en Pologne, il y avait aussi des psychologues qualifiés. Nous avons toutefois constaté que dans trois dossiers, après avoir été amenés à la frontière polonaise, ces patients n'avaient pas bénéficié d'un réel accès à une aide psychologique/psychiatrique. Ce point a été confirmé par les organisations d'aide sur place²⁸.

Une jeune fille de 15 ans se trouve dans un centre fermé avec le reste de sa famille. Ils ont vécu des années de guerre. Toute la famille a vu mourir des gens et a elle-même été victime d'actes de violence et de menaces de mort. Cette situation a entraîné l'apparition d'un PTSD chez un des enfants. Les symptômes dont souffre principalement la jeune fille sont l'énurésie et des cauchemars tenaces. Elle faisait

²⁶ Aptekar, L. & Giel, R. (2002). Walks in Kaliti, Life in a Destitute Shelter for the Displaced; in De Jong, J. (Ed.), *Trauma, War and Violence. Public Mental Health in Socio-Cultural Context* (pp. 337-366). New York, Plenum Press.

Le DESNOS n'est pas (encore) repris dans le DSM, mais représente, si l'on en croit une série d'experts, un diagnostic plus adapté que le PTSD lorsqu'il s'agit de situations de stress permanent de longue durée. Les personnes diagnostiquées comme ayant un DESNOS ont des problèmes à réguler leur colère. Elles se sentent souvent la victime ou obligent d'autres à endosser ce rôle. Elles éprouvent des difficultés à contrôler leurs pulsions et ont beaucoup de difficultés à faire confiance aux autres. L'amnésie, la dissociation et la somatisation sont des symptômes fréquents de ce tableau clinique. Etant donné que ce diagnostic n'est pas encore officiel, nous nous limitons au diagnostic de PTSD et n'avons diagnostiqué aucun DESNOS, malgré le fait que nous avons supposé qu'il s'agissait bien de ce trouble dans certains cas.

²⁷ La convention de Dublin détermine entre autres le pays compétent pour le traitement de la demande d'asile et le retour. Quelqu'un qui a fait une demande d'asile, qui a obtenu un visa ou qui traverse un pays partie à la convention de Dublin, peut être renvoyé vers ce pays. Pour le texte complet : loi du 11/05/1995.

²⁸ Helsinki Foundation for Human Rights.

déjà ces cauchemars avant son enfermement, mais leur fréquence et leur intensité ont augmenté depuis qu'elle est enfermée dans ce centre. Elle se réveille souvent en pleurant. Sa mère veut la consoler. A ces moments, cette jeune fille n'est cependant pas accessible et elle ne reconnaît même plus sa mère. Ce n'est pas facile pour une jeune fille de 15 ans de souffrir d'énurésie : elle a vraiment honte quand la nuit, elle doit demander la permission aux gardiens de pouvoir aller se laver ou que le matin, elle doit demander des draps propres. Sa mère s'inquiète aussi de son comportement particulièrement enfantin et ludique. La manière dont sa fille se perd dans le jeu avec des poupées peut-elle encore être qualifiée de normale? Le psychologue de MSF pose un diagnostic de PTSD et réfère la famille pour un entretien psychologique spécialisé avec observation comportementale. La famille fait l'objet d'une tentative de refoulement avant que l'examen prévu n'ait lieu. MSF retrouve la famille et rédige un certificat psychologique. Etant donné qu'aucune autre prise en charge psychologique n'est prévue en Pologne, un suivi est assuré par MSF sur place. Après plusieurs mois, il s'avère que – malgré l'accompagnement psychologique – l'état de la jeune fille se dégrade : elle devient très agressive et ingérable.

2. Maladies chroniques dont l'infection par le VIH-SIDA

Sur les 167 dossiers traités par MSF, 9 concernaient des personnes séropositives, dont 7 ont été libérées. Une d'entre elles a préféré retourner volontairement dans son pays d'origine de peur de devoir retourner dans un pays de la convention de Dublin²⁹ et une personne a été refoulée. En moyenne, ces personnes ont séjourné entre 53 et 113 jours au centre.

MSF n'a pas retrouvé les chiffres officiels du nombre de personnes contaminées par le virus du VIH ayant séjourné dans les centres fermés en 2006 dans les rapports annuels. Nous ne savons par conséquent pas combien de personnes contaminées par le virus du VIH séjournèrent effectivement dans les centres.

Nous nous limitons à une seule pathologie, à savoir VIH-SIDA. Le VIH-SIDA parce que le monde médical est unanimement d'accord sur la sévérité de la maladie et la nécessité d'un traitement (continu). Nous disposons de dossiers sur d'autres pathologies graves telles que le diabète, la colite ulcéreuse, ... Il ne s'agit donc que d'une illustration d'un problème plus important.

L'infection par le VIH-SIDA a un impact important sur la vie de toute personne infectée. Toute personne infectée par le VIH ou atteinte du SIDA doit avoir la possibilité de prendre très rigoureusement ses médicaments et de faire face aux préjugés sociaux. Le diagnostic d'infection par le VIH est parfois posé directement au centre. Dans ce cas, la situation difficile dans laquelle se trouve cette personne de par son enfermement est encore aggravée par le fait qu'elle souffre d'une maladie contagieuse chronique. Combiner tout cela dans un environnement dans lequel les gens vivent en groupe et dans lequel il n'y a pas, voire peu, de place pour une quelconque intimité, est une tâche très difficile.

"Les autres voient que je prends des pilules, de nombreuses pilules, et se demandent de quoi je souffre. Je pense qu'ils savent ce que j'ai."

²⁹ Pays de la convention Dublin : pays européen ayant signé la convention de Dublin. Cette convention stipule entre autres le pays compétent pour le traitement de la demande d'asile et le retour. Quelqu'un qui a fait une demande d'asile a obtenu un visa ou a traversé un pays de la zone couverte par la convention de Dublin, peut être renvoyé vers ce pays. Pour le texte complet, voir : loi du 11 mai 1995.

L'infection par le VIH-SIDA est une maladie qui exige un suivi médical intensif. Lorsque ce suivi ne peut pas être garanti pendant la détention, le patient ne peut pas rester enfermé.

Les personnes contaminées par le VIH sont porteuses du virus pour le reste de leur vie. Sans traitement, elles tombent malades et la maladie évolue jusqu'au stade de SIDA. Si le patient ne prend pas encore de médicaments, il n'est pas sûr qu'un traitement puisse être instauré dans le pays de refoulement. Si le patient prend déjà des médicaments, il n'est pas sûr qu'il aura accès aux mêmes médicaments dans son pays d'origine ni que ceux-ci seront disponibles.

Une femme africaine est suivie par un spécialiste et est sous traitement. Le spécialiste rédige un certificat disant que cette femme ne peut pas être refoulée. Le médecin attaché au centre demande sa libération. Le médecin conseil de l'Office des Etrangers n'est pas de cet avis. Il base sa décision sur des documents stipulant que le traitement est possible dans le pays d'origine. MSF fait appel à leur projet sur place, actualise l'information et prouve que ce traitement n'est pas accessible ni même disponible. Cette femme a été libérée un peu plus tard.

MSF plaide pour qu'en cas de maladie grave, le suivi médical et le traitement soient prioritaires par rapport à la détention et à l'exécution de la politique de refoulement.

B. Grossesse très avancée

Des femmes enceintes séjournent fréquemment dans les centres fermés et même des femmes en stade avancé de grossesse ou présentant des grossesses compliquées. Sur 167 dossiers, 10 concernaient des femmes enceintes, dont 5 avaient fait ou faisaient une grossesse à risque. Sur 10 femmes, 4 ont été libérées, 3 refoulées et pour 3 de ces femmes, on ne dispose d'aucune donnée sur les conséquences de ce refoulement. Il ressort des chiffres – pour autant qu'on en ait connaissance – que toutes les femmes présentant un risque ont finalement été libérées. Leur durée d'enfermement a cependant été jusqu'à 94 jours³⁰.

Il arrive qu'une femme enceinte séjourne avec son partenaire au centre. Parfois, elles sont séparées du futur père. Cette séparation, l'incertitude sur le proche avenir et le suivi de la grossesse dans un environnement non naturel augmentent le niveau de stress pour la femme enceinte. Un centre fermé n'est pas un lieu de séjour adapté pour une femme enceinte : il y a en permanence du bruit, de la fumée de cigarette dans les couloirs et il n'y a aucune intimité. Tout cela aussi a des conséquences psychologiques.

"J'ai très peur de perdre mon bébé. J'ai déjà fait deux fausses couches. J'éprouve beaucoup de difficultés à manger ici et j'ai peur que si je ne mange pas assez, cela influence ma grossesse."

Malgré les recommandations de la Commission Vermeersch³¹, il persiste des différences au niveau des délais dans lesquels les femmes enceintes peuvent être

³⁰ Voir tableau à l'annexe E17.

³¹ Recommandation 21 : Mieux protéger les femmes enceintes.

En ce qui concerne le problème de l'éloignement des femmes enceintes, la Commission a demandé un avis à l'UER gynécologie de l'université de Gand.

En résumé, l'UER a émis les avis suivants :

enfermées ou refoulées. Les critères utilisés pour fixer ces délais sont très flous : ils varient selon l'instance concernée³².

Etant donné que le suivi d'une grossesse est considéré comme un acte médical, l'avis du médecin attaché au centre et du gynécologue doivent être déterminants. Il peut y avoir des recommandations générales, mais le médecin doit pouvoir conserver le droit d'y déroger. Il faut qu'il puisse décider au cas par cas quand une femme enceinte peut ou non être refoulée. Il peut y avoir des recommandations générales sur la durée maximum de grossesse jusqu'à laquelle une femme peut être refoulée, mais la décision finale doit toujours appartenir au médecin. En cas de grossesse compliquée, une concertation avec le gynécologue devrait permettre de définir si la femme doit ou non être libérée.

Une femme a fait une grossesse gémellaire mais perd un des deux fœtus. Le gynécologue lui conseille de se reposer et prescrit des médicaments. Il atteste qu'elle fait une grossesse avec complications et que le centre fermé ne lui offre pas l'environnement calme dont elle a besoin. Il a néanmoins encore fallu 35 jours avant qu'elle ne soit libérée.

C. Enfants

Au total, nous avons vu 48 enfants. Pour 22 d'entre eux, une intervention spécifique de MSF avait été demandée. Pour 16 enfants, il s'agissait d'une intervention liée à des problèmes psychologiques. Pour 13 enfants (60 %), il s'agissait de problèmes psychiques directement liés à la détention et au stress qui en découle³³.

Les enfants ont besoin de contacts avec d'autres enfants de leur âge et ont besoin d'aller à l'école : deux choses quasi impossibles dans les centres fermés. Les enfants y sont plus dépendants encore des parents, ont des comportements régressifs, sont moins curieux et dépérissent d'ennui.

Ils ressentent souvent très bien l'ambiance et donc aussi l'angoisse et l'incertitude de leurs parents. Ils ne comprennent pas toujours bien la situation et éprouvent parfois des difficultés à en parler, mais ils la ressentent toujours très fort.

Un problème supplémentaire est celui de la forte dilution du rôle parental. Les parents ont pour tâche d'éduquer leurs enfants, de leur inculquer les valeurs et de

(a) Il faut faire une distinction entre les femmes qui ont une grossesse sans complications et les femmes qui font une grossesse à risque de complications à court terme. Un gynécologue doit examiner les femmes enceintes dans la semaine prévue pour leur expulsion (vérifier la durée de la grossesse, l'état de santé de la femme et du fœtus,...) et rédiger un rapport écrit (destiné au médecin ou à l'obstétricien du pays de destination).

(b) Une grossesse compliquée, ne constitue pas une contre-indication à l'éloignement forcé ou non d'une femme. Il est raisonnable de ne plus expulser les femmes à partir de 36 semaines de grossesse ceci en raison de l'augmentation du risque d'accouchement et le délai restant trop court pour organiser des soins prénataux adéquats dans le pays de destination.

(c) En cas de grossesse compliquée, une décision doit être prise en concertation avec le gynécologue et l'établissement de soins qui accueillera la femme dans son pays de destination

... En cas de grossesse sans complications, l'éloignement peut être effectué jusqu'à 24 semaines de grossesse, même en cas d'objection. Dans ce cadre, il convient de prendre les précautions nécessaires pour éviter tout traumatisme de la paroi abdominale (aussi par l'intéressée elle-même). Passé ce délai, l'éloignement ne peut plus avoir lieu que s'il n'y a pas d'opposition. Après 36 semaines, l'éloignement n'est plus possible.

En cas de grossesse compliquée, et dans les autres cas dans lesquels le médecin attaché au centre l'estime souhaitable en concertation avec le gynécologue, c'est lui qui décide du stade à partir duquel l'éloignement ne peut plus avoir lieu.

Extrait de : "Fondements d'une politique humaine et efficace d'éloignement des étrangers du territoire", rapport final de la commission chargée de l'évaluation des instructions en matière d'éloignement (II)", Ministère de l'Intérieur, 31 janvier 2005.

32 Pour l'IOM, ce délai va jusqu'à 32 semaines, pour l'Office des Etrangers jusqu'à 34 semaines, pour le médecin attaché au centre jusqu'à 30 semaines.

33 Voir le tableau de l'annexe E18.

mettre des limites à leur comportement. Elever des enfants dans ces centres est tâche impossible. Le parent n'est plus 'le chef'. Ce rôle est transféré sur le personnel qui indique aux parents ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire au sein du centre.

Parmi les symptômes les plus souvent rencontrés chez les enfants séjournant dans ces centres, on note surtout l'énurésie et les cauchemars.

Certains enfants extériorisent leur colère et leur angoisse et deviennent ingérables et agressifs. D'autres enfants se culpabilisent de la situation, se punissent et intériorisent toute leur colère et leurs frustrations. Ils se tapent la tête contre le mur, balancent ('rocking')³⁴ et s'automutilent. Par peur ou à cause des traumatismes subis, certains jeunes enfants n'osent plus quitter leurs parents et ne développent pas de comportement de découverte. Chez une série d'enfants, on va même jusqu'à noter des pensées suicidaires.

Une ONG nous signale une famille dont un enfant sur les trois présente ce comportement problématique.

Le service médical nous fournit les informations suivantes : depuis une semaine, l'enfant serait devenu ingérable. Il urine n'importe où, il s'arrache les cheveux, se tape la tête contre les murs, dort mal, mange mal, est agressif vis-à-vis des autres enfants et n'écoute pas.

Selon la mère, son fils ne mange plus rien, pas même lorsque c'est elle qui le lui donne. Il urine dans son pantalon, mais pas intentionnellement. Les enfants doivent demander au gardien pour pouvoir aller aux toilettes. Pour un petit enfant qui ne contrôle pas encore suffisamment bien sa vessie, le délai qu'impose cette procédure est trop long. Il se met aussi très vite en colère, mais uniquement s'il y a une raison. Lorsqu'il est en colère, il devient carrément impossible de le raisonner, de lui parler ou d'établir le moindre contact. Quand il fait une crise de colère, il retourne son agressivité contre lui-même. Il se tape la tête contre le mur, sur le sol ou sur un banc, se tire les cheveux et exprime également sa colère à l'égard des autres, par exemple en leur jetant des objets à la tête. La mère est très inquiète de ce comportement bizarre. Son fils lui répète souvent la même phrase : 'Maman, ma main n'est pas bonne, il en faut une autre, il faut me mettre une autre main'. Son enfant court avec un couteau en plastique pour se couper la main. Les parents éprouvent des difficultés face au régime carcéral inadapté à une vie de famille avec des enfants. Les parents sont eux-mêmes traumatisés. Ils sont très anxieux et cette anxiété se répercute très clairement sur leurs enfants. Le plus âgé se replie complètement sur lui-même, il est très gentil et fait tout pour faciliter la vie de ses parents. L'autre exprime ses angoisses en se montrant ingérable. MSF organise une observation mère et enfant pour identifier clairement les problèmes psychologiques et faire une série de tests. Cette consultation n'a toutefois jamais eu lieu. La famille a quitté le centre – et la Belgique – après 93 jours d'enfermement.

Une mère et ses trois enfants de 10, 8 et 4 ans ont été arrêtés en même temps qu'une quarantaine d'autres personnes dans une église. Elle est restée au bureau de police toute la journée. Non seulement la mère a été menottée en présence de ses enfants, mais même les enfants ont été menottés. Pendant le transport du bureau de police au centre fermé, on a voulu séparer la mère de ses enfants. Toutes les personnes ont été réparties en groupes : les hommes à part, les femmes à part, les enfants à part. La mère s'est violemment opposée et a finalement pu rester avec ses enfants. Au moment de son arrestation, son mari n'était pas avec elle. MSF leur a

³⁴ Se balancer d'avant en arrière en rythme. Ce comportement fait partie du développement normal. Il est surtout noté chez les bébés de 9 mois à 2 ans, et ceci, avant l'endormissement. Après l'âge de 2 ans, ce comportement disparaît spontanément. Le comportement de balancement est considéré comme anormal lorsqu'il revient dans une autre phase de la vie et est provoqué par le stress, un retard mental, ...

rendu visite au centre fermé. Les enfants font des cauchemars, ont peur et n'osent pas s'éloigner de leur mère. La mère répète en pleurant en permanence : "Ils m'ont mis des menottes devant mes enfants, comment mes enfants pourront-ils jamais croire qu'en tant que mère je peux les protéger?"

IV. PROBLEMES STRUCTURELS

A. Les services présents font partie intégrante de la politique de refoulement

1. Rôle du service médical et du médecin attaché au centre

Au service médical, des infirmiers ou des infirmières assurent une permanence sur place pendant les heures de bureau. Les week-ends, les jours fériés et les périodes de pont, un service de garde est prévu. Les infirmiers sont de garde à tour de rôle (sur place ou accessibles par téléphone) et en cas d'urgence, ils téléphonent au médecin³⁵.

Les premiers membres du personnel confrontés aux symptômes et aux maladies, notamment les gardiens, n'ont aucune formation médicale et sont obligés de se débrouiller jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale sur place.

S'il ne s'agit pas d'une urgence, les détenus peuvent demander une consultation médicale en s'inscrivant sur une liste. Tous les patients qui se présentent au service médical sont d'abord vus par un des infirmiers. Les infirmiers estiment la gravité du problème médical et réfèrent ensuite éventuellement le patient au médecin attaché au centre. En cas de petits problèmes tels que des maux de tête, des problèmes d'estomac, ils remettent aux patients des médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance.

Le système d'inscription sur la liste et le filtre des infirmiers empêchent les détenus de savoir quand ils pourront consulter le médecin. Ce système crée des différences d'accès aux soins de santé entre les centres fermés (ou ouverts) et le reste du territoire belge et constitue une source de frustration pour les détenus qui ont l'impression d'être pris pour des malades imaginaires.

"Je m'inscris souvent sur la liste pour les consultations parce que je sais qu'il faut longtemps avant de réellement avoir un rendez-vous. La dernière fois que j'ai été en consultation, le médecin m'a dit : "Il ne faut pas venir comme ça à tout bout de champ". Depuis, je ne m'adresse plus au service médical."

MSF s'interroge sur la pertinence de confier au personnel infirmier la compétence d'évaluer la sévérité d'une pathologie et de prendre la responsabilité de décider quel patient sera vu et quel patient ne sera pas vu par le médecin dans un environnement dans lequel les troubles psychologiques et psychosomatiques sont fréquents. Cette procédure de triage implique toujours, en effet, le risque que certains éléments soient négligés.

Les infirmiers assument une partie du travail et répondent partiellement à la demande de soins médicaux des détenus. Nous tenons cependant à souligner que tout détenu doit être informé de son droit de consulter le médecin de son choix.

³⁵ Article 52, §1 : "Chaque centre dispose d'un service médical accessible tous les jours aux heures mentionnées dans le règlement d'ordre intérieur et disponible en permanence en cas d'urgence."

§2 : "Le directeur du centre veille à ce que : 1° le médecin attaché au centre soit régulièrement disponible pour des consultations; 2° le médecin attaché au centre soit disponible à d'autres moments chaque fois que cela est nécessaire dans l'intérêt de la santé des occupants."

La même question se pose également au niveau de l'utilisation des médicaments: est-il bien du ressort des infirmiers d'instaurer des somnifères? Sont-ils suffisamment informés des éventuels effets secondaires et interactions entre les médicaments?

Les médicaments donnés par les infirmiers sont glissés dans des piluliers, distribués par les gardiens. Il y a donc peu de contrôle sur le fait que les bons médicaments soient bien donnés aux bons patients.

Du fait d'une pénurie en personnel, il est actuellement impossible que tous les détenus puissent être vus par le médecin lorsqu'ils le demandent. Les infirmiers ont par ailleurs peu de temps à consacrer à la fonction de soins à laquelle ils ont pourtant été formés.

Des intérimaires sont utilisés pour combler les postes vacants. Ces intérimaires surchargés de travail s'adaptent difficilement dans ce contexte difficile.

La rotation au niveau des détenus est élevée. Le service médical est chargé de faire l'"intake" de chaque nouveau détenu et cela ne laisse que peu de temps pour instaurer la confiance et tranquilliser.

Le médecin attaché au centre fait des consultations tous les jours pendant la semaine et reçoit les patients qui lui sont envoyés par les infirmiers. L'arrêté royal³⁶ stipule que le médecin attaché au centre est tout à fait indépendant de la direction dans l'exercice de sa profession. La majorité des médecins attachés au centre ont le statut d'indépendant et sont attachés à l'Office des Etrangers par des liens contractuels. Ils participent aussi aux réunions régulières avec les autres membres du personnel de l'Office des Etrangers et bénéficient d'une formation spécifique. Nous avons pu constater que dans l'organigramme de plusieurs centres, le service médical est placé juste en dessous de la direction.

Les détenus considèrent le service médical comme ils considèrent le reste du personnel du centre et l'Office des Etrangers. Ils sont convaincus que les décisions médicales sont soumises à la même politique générale que le reste du centre. Cela ne favorise pas la confiance.

"Le médecin m'a examiné superficiellement. Je n'ai rien voulu dire. Je sais bien que le service médical fait partie du centre. Je tirerai bien mon plan. Je n'ai aucune confiance. Je sais ce qu'ils vont me donner, du Dafalgan ou quelque chose de similaire"

Les médecins estiment eux-mêmes se trouver dans une position très délicate et considèrent que leur soi-disant indépendance est en fait relativement limitée. Dans tous les centres, les médecins bénéficient d'un certain degré d'autonomie en ce qui concerne leurs actes médicaux, mais ils sont tenus de respecter le règlement d'ordre intérieur du centre et le budget mis à leur disposition.

Toute objection médicale doit être soumise à la direction du centre ou à l'Office des Etrangers, des instances non médicales. Lorsqu'il s'oppose à un refoulement ou à

36 Loi du 12/09/2002, article 53 : "Le médecin attaché au centre garde son indépendance professionnelle vis-à-vis du directeur du centre. Ses évaluations et décisions qui ont trait à la santé des occupants sont uniquement basées sur des critères médicaux.

L'occupant peut faire appel au médecin de son choix à ses propres frais.

Dans ce cas, les médicaments et le traitement sont à sa charge.

Si le médecin qui n'appartient pas au centre et le médecin attaché au centre ne sont pas d'accord quant au traitement, la contestation est soumise pour décision arbitrale à un troisième médecin désigné par le directeur général."

une détention pour raisons médicales, le médecin se retrouve donc parfois totalement impuissant³⁷. S'il a besoin de l'avis d'un spécialiste avant de pouvoir ou vouloir prendre une décision, cette situation n'est pas considérée comme suspensive et c'est l'Office des Etrangers qui réserve l'avion. Cette situation est ressentie comme frustrante par les médecins qui ont l'impression qu'il n'est pas tenu compte de leur expertise.

Le lien entre l'aspect juridique et médical est omniprésent. L'aspect médical fait en effet toujours partie de l'ensemble du dossier. Même en cas de présence d'arguments médicaux puissants, c'est finalement l'avocat qui doit savoir les utiliser correctement et doit pour cela vouloir consentir aux efforts nécessaires. Le passé juridique reste toujours l'argument de poids du dossier, ce qui ne fait qu'affaiblir encore le jugement médical du médecin attaché au centre³⁸.

L'AR du 12/09/2002 décrit le rôle du médecin attaché au centre dans le cadre de la libération et du refoulement des détenus³⁹.

MSF constate que les articles de l'arrêté royal ne sont pas toujours respectés. Lorsque le médecin attaché au centre formule des objections quant à la poursuite de l'enfermement ou de l'éloignement d'un détenu, il est souvent seul dans sa décision. Dans ce cas, il refuse parfois de signer un 'fit-to-fly'⁴⁰ parce que pour lui, il s'agit de la seule possibilité de s'opposer à un refoulement.

Le deuxième avis prévu légalement brille souvent par son absence et il est immédiatement fait appel au médecin conseil de l'Office des Etrangers. L'avis du médecin conseil de l'Office des Etrangers est le plus souvent déterminant. Les médecins attachés aux centres se plaignent qu'il n'y a jamais de communication directe avec le médecin de l'Office des Etrangers. Sa décision est communiquée au médecin du centre par la direction du centre. Il n'y a pas de concertation intercollégiale et il y a toujours intervention non médicale.

Dans un des centres, le deuxième avis prévu par la législation est systématiquement demandé à l'autre médecin attaché au centre, alors que l'arrêté royal précise clairement que le deuxième avis doit être demandé à un médecin attaché à un autre centre.

37 Explications plus détaillées à ce sujet : B. Absence de continuité.

38 Pour de plus amples explications sur le volet social, nous référons nos lecteurs au point 3. Rôle du service social.

39 Article 61 : "Lorsque le médecin attaché au centre formule des objections médicales quant à l'éloignement d'un occupant ou est d'avis que la santé mentale ou physique de l'occupant est sérieusement compromise par le maintien de la détention, de la mise à la disposition du Gouvernement ou du maintien, ou par quelque circonstance qui y soit liée, ces objections ou cet avis sont soumis par la voie hiérarchique par le directeur du centre au Directeur général qui peut suspendre l'exécution de la mesure d'éloignement ou de la mesure privative de liberté.

Lorsque le Directeur général ne souhaite pas suspendre l'exécution de la mesure d'éloignement ou de la mesure privative de liberté, il doit préalablement demander l'avis d'un médecin attaché à un autre centre. Si ce médecin confirme les objections ou l'avis du premier médecin, le Directeur général doit y donner suite et suspendre l'exécution de la mesure d'éloignement ou de la mesure privative de liberté.

Lorsque le deuxième médecin ne confirme pas les objections ou l'avis du premier médecin, l'avis d'un troisième médecin sera déterminant. Si ce troisième médecin confirme l'avis du premier médecin, le Directeur général doit suspendre l'exécution la mesure d'éloignement ou de la mesure privative de liberté."

40 Un médecin signe ce document en attestant que la personne est médicalement apte à prendre l'avion.

Une femme de 53 ans est retenue à l'aéroport et enfermée dans un centre fermé. Il est clair que son autonomie est insuffisante pour lui permettre de séjourner dans ce centre. Elle présente des signes de démence et le médecin attaché au centre décide de rédiger une attestation plaidant en faveur de sa libération. Il n'est pas donné suite à cette attestation parce qu'il n'y est pas explicitement mentionné qu'elle ne peut pas être enfermée. Le médecin de MSF rédige lui aussi une attestation plaidant pour sa libération, qui elle aussi reste sans suite. Le médecin attaché au centre décide 2 semaines plus tard de rédiger une deuxième attestation dans laquelle il insiste sur le fait qu'un centre fermé n'est pas un endroit approprié pour cette femme. Suite à cette deuxième attestation, cette femme est libérée et immédiatement admise dans le service neurologique d'un hôpital.

Une femme séropositive a besoin, en raison d'une multirésistance, de médicaments très spécialisés. Le médecin attaché au centre rédige une attestation dans laquelle il mentionne que cette femme ne peut pas être refoulée. Le médecin conseil de l'Office des Etrangers autorise cependant la réservation d'un vol, sans avoir demandé l'avis d'un deuxième médecin. Son avocat demande une libération d'urgence. La Chambre du Conseil décide qu'il est illégal de la refouler. Elle est libérée.

L'article 53 de cet arrêté royal stipule que le détenu peut faire appel au médecin de son choix à ses propres frais. Cette garantie reste théorique. Dans la plupart des cas, les détenus n'ont pas les moyens financiers de le faire, ne connaissent aucun autre médecin lorsqu'ils n'habitaient pas en Belgique avant leur enfermement ou ne sont pas informés de ce droit.

Il est évident que la grande majorité des détenus ne disposent pas des moyens financiers leur permettant de payer une consultation de médecin, certains examens ou un traitement. Pour néanmoins répondre à ce droit de consulter un médecin indépendant, MSF organise des consultations gratuites.

Il faudrait mettre en place, par centre, un réseau de médecins généralistes prêts à faire des visites à domicile, gratuitement ou non. Leurs noms devraient pouvoir être communiqués à tous les détenus de sorte que ceux-ci puissent décider quand et à qui ils peuvent faire appel. La majorité des patients ont seulement besoin d'être rassurés, d'avoir une explication sur ce que leur a déjà expliqué le médecin attaché au centre ou un deuxième avis émanant d'une source qu'ils considèrent plus fiable. Pour cette raison, il est important de pouvoir faire appel à un médecin indépendant. Pour les détenus, le médecin qu'ils voient au centre est "le médecin du centre" et non pas "le médecin indépendant attaché au centre".

1.1. Transfert chez des spécialistes ou à l'hôpital

Si un problème médical demande un avis spécialisé ou une admission hospitalière, le médecin attaché au centre peut référer le patient.

Dans ce cadre, nous faisons référence aux articles 55-56 de l'AR du 12/09/2002⁴¹, qui stipulent quand et comment un détenu est transféré vers un centre médical spécialisé.

41 AR du 12/09/2002, article 55 : "Si le médecin ... une affection qui ne peut être traitée convenablement dans le centre ou en cas d'accouchement ou de danger de mort, l'occupant est transféré vers un centre médical spécialisé ..."

Article 56 : "Lorsqu'un occupant est transféré vers un centre médical spécialisé, le directeur du centre prend ses dispositions quant à la surveillance éventuelle de l'occupant transféré, en concertation avec la direction de l'hôpital."

Les transferts vers des spécialistes ou une admission hospitalière posent toutefois des problèmes. Le transport doit être organisé. Le patient doit être accompagné et le spécialiste de l'hôpital doit être d'accord d'autoriser la présence des accompagnants. Les spécialistes refusent parfois cette surveillance parce qu'ils considèrent celle-ci contraire au secret médical ou considèrent qu'elle peut effrayer les patients.

Une femme de 50 ans souffrant d'un diabète insulino-dépendant et d'arthrose est envoyée aux urgences parce qu'elle est tombée et présente des symptômes atypiques d'épilepsie. Le neurologue de l'hôpital propose une brève hospitalisation pour mieux objectiver les symptômes. Il est discuté de son admission. Aussi bien le service médical que la direction du centre craignent une tentative de fuite à l'hôpital malgré le fait que cette femme de 50 ans se déplace difficilement en raison de son arthrose. Le centre exige que du personnel de sécurité soit présent à l'hôpital. Le spécialiste refuse que le personnel de sécurité accompagne la patiente lors de la consultation dans son service. Après discussion, il est décidé que la femme sera admise sans surveillance. Lorsqu'un peu plus tard, MSF prend contact avec le centre, il s'avère que cette femme n'a finalement pas été hospitalisée et qu'elle sera bientôt refoulée. MSF avait déjà déclaré que dans son pays d'origine son traitement d'insuline ne pouvait pas être garanti. Finalement, après deux tentatives de refoulement et cinq mois d'enfermement, cette femme est libérée du centre avec ordre de quitter le territoire.

Dans le cas des ex-détenus, le personnel accompagnant est même plus important parce qu'ils restent considérés comme des personnes dangereuses, malgré le fait qu'ils aient purgé leur peine.

Un homme va en consultation chez le psychiatre. Celui-ci appelle ultérieurement MSF et raconte que ce patient est arrivé avec des menottes et quatre gardiens. Dans son dossier figure le terme "dangereux". Un psychiatre peut-il, dans de telles conditions, entamer sa consultation sans préjugés?

Certains détenus demandent eux-mêmes de voir un spécialiste et leurs intentions sont alors parfois mises en doute, ce qui rend plus difficile encore la décision du service médical d'envoyer ou non le patient chez un spécialiste. Il faut donc le plus souvent attendre longtemps avant qu'un spécialiste intervienne. Le service médical doit respecter un certain budget et cet aspect financier augmente le seuil d'accès à un avis spécialisé. Parfois, tout est mis en œuvre pour maintenir le patient au centre et l'accompagner au mieux, mais dans certaines pathologies, une aide spécialisée reste indispensable.

Certains détenus étaient déjà suivis avant leur enfermement par un spécialiste ou avaient déjà prévu un rendez-vous avec un spécialiste. En raison de leur enfermement administratif, il n'est souvent donné aucune suite à ce type de situation parce que le patient omet de mentionner certaines informations, pour des raisons budgétaires ou parce qu'il n'y a pas de dossier médical, ...

1.2. Le dossier médical

Dans ce cadre, nous ferons référence à l'article 60 de l'AR 12/09/2002⁴².

Bien que le médecin et le psychologue de MSF soient consultés à la demande du patient, il n'est pas toujours évident d'avoir accès au dossier médical ou de le demander. Dans certains centres, il faut, pour cela, déclarer que nous sommes présents en qualité de médecin et non pas en qualité d'ONG. Dans la négative, nous n'avons pas accès aux dossiers. Dans un centre, le médecin ou psychologue doit également signer un document dans lequel il déclare avoir consulté le dossier.

Nous faisons référence dans ce cadre au chapitre III, art. 7 et art. 9.1-2-3 de l'AR du 22/08/2002 relatif aux droits du patient⁴³. Ces articles concernent entre autres le droit de consultation du dossier médical.

Les détenus ne sont pas toujours au courant de ce droit. Le plus souvent, ils reçoivent des copies des rapports médicaux des consultations ou hospitalisations en dehors des centres ou peuvent, à leur demande, consulter leur dossier au service médical. Souvent, la langue constitue une barrière, un seuil qui empêche les patients de s'adresser au service médical. Ils ne savent pas qu'à leur demande, ces rapports médicaux peuvent être envoyés à la personne de leur choix.

L'arrêté royal stipule qu'il doit être donné suite à une demande d'envoyer le dossier à une tierce personne dans un délai de 15 jours. Dans les centres fermés, ces documents peuvent revêtir une grande importance dans le cadre du dossier sociojuridique (par exemple demande de régularisation de séjour pour raisons médicales) et devraient pouvoir être envoyés immédiatement à l'avocat. Le service social est responsable du traitement de ces demandes.

Nous nous rallions donc à la demande de plusieurs ONG dans ce contexte⁴⁴, celle de savoir s'il ne serait pas possible de mettre à disposition du service médical une sorte de formulaire en plusieurs langues sur lequel les détenus pourraient marquer leur

42 Loi du 12/09/2002, article 60 : "Le service médical tient à jour les différents registres, états et documents en rapport avec le service médical, les médicaments administrés et le traitement prescrit. Le médecin attaché au centre décide de la consultation de ces documents.

Le dossier médical peut être consulté dans tous les cas par le médecin auquel l'occupant a fait appel à ses propres frais, ..."

43 AR du 22/08/2002 CHAPITRE III. – Droits du patient : art. 7, §1^{er}. §1^{er} Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable. §2 La communication avec le patient se déroule dans une langue claire (INTERPRETATION). Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit. A la demande écrite du patient, les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance qu'il a désignée. Cette demande du patient et l'identité de cette personne de confiance sont consignées ou ajoutées dans le dossier du patient. Art. 9, § 1^{er}. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr. A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant. § 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant. II est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant. A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant. § 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant. II est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant. Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation. A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

44 Rapport des ONG sur les centres fermés pour les étrangers, octobre 2006. Voir www.vluchtelingenwerk.be ou www.cire.irisnet.be.

accord pour que leurs dossiers médicaux soient envoyés à leur avocat ou à une tierce personne. Dans l'affirmative, le suivi de cet envoi devrait être assuré par le service social.

1.3. Confrontation à des situations extrêmes

Violence

Le service médical est parfois témoin de traces de la violence dont il est fait usage pendant les tentatives de refoulement ou dans le cadre des arrestations.

Une famille est ramenée au centre après son refus de refoulement. Une attestation médicale du médecin attaché au centre mentionne que pendant une tentative de refoulement, le père des enfants a reçu des coups qui lui ont été administrés par la police, les coups qui ont entraîné une légère commotion. Les enfants ont été témoins de cette agression.

Le médecin est responsable de l'établissement de l'attestation⁴⁵ de coups et blessures ainsi que des soins et du traitement nécessaires. Plusieurs détenus témoignent qu'ils ont effectivement vu le médecin, mais pas le jour même. Ils ont parfois dû attendre plusieurs jours, ce qui a remis en question la valeur de l'attestation. Nous avons été appelés 6 fois pour coups et blessures. Soit pour faire des constatations, soit parce que les douleurs persistaient.

Après l'arrestation des occupants d'une église⁴⁶, plusieurs médecins de MSF se sont occupés du contrôle médical des personnes arrêtées. Ils ont constaté des coups et blessures. Pour cela, ils se sont rendus dans les centres 5 à 6 jours après l'arrestation⁴⁷. Aucun des détenus n'avait encore vu un médecin.

Grève de la faim

Pour le médecin attaché au centre, l'accompagnement des grévistes de la faim⁴⁸ est une tâche particulièrement difficile. Il n'est de loin pas évident qu'une relation de confiance existe entre le gréviste de la faim et le médecin attaché au centre. Ce dernier est en effet au service de l'instance contre laquelle le détenu dirige son action. Pour cette raison, le gréviste de la faim doit pouvoir choisir le médecin de confiance de son choix : le médecin attaché au centre ou un autre médecin de confiance qui n'appartient pas au centre.

Le service médical et le médecin attaché au centre sont là avant tout pour soulager la souffrance tant physique que morale du gréviste de la faim et prévenir les éventuelles complications. Si l'état du gréviste de la faim régresse et qu'il décide de poursuivre, la situation génère une certaine tension au niveau du médecin traitant. Doit-il respecter cette décision ou doit-il intervenir? Jusqu'où va la responsabilité du médecin attaché au centre? Quand prend-il la décision de faire hospitaliser le patient?

⁴⁵ Cette attestation peut éventuellement être utilisée pour porter plainte pour mauvais traitement.

⁴⁶ Le 4 juillet 2006, dans l'église de la Vierge Immaculée à Anderlecht.

⁴⁷ Après l'arrestation, l'identité des personnes arrêtées n'est pas communiquée. Voir C2 : Accessibilité des centres.

⁴⁸ Recommandations à lire dans : Vade Mecum : 'A l'usage des soignants pour l'accompagnement de grévistes de faim, Fédération des maisons médicales', octobre 2004.

Un suivi médical quotidien est indispensable :

- en cas de perte de poids de 10 % par rapport au poids initial;
- à partir de 10 jours de grève de la faim et/ou un IMC $\leq 16,5$ kg/m² lorsque le poids de départ est inconnu.

Cela signifie que le week-end et pendant les périodes de vacances, un suivi doit également être organisé, ce qui représente une charge supplémentaire pour les médecins attachés au centre. Des témoignages montrent que cela pose des problèmes.

Un homme fait une grève de la faim. Le médecin attaché au centre contacte le cercle de garde qui s'occupe des services de garde du week-end pour le centre. Ceux-ci refusent d'examiner un gréviste de la faim parce qu'ils ne sont pas familiarisés avec ce type de problème.

Exception pour raisons médicales

L'exception pour raisons médicales est décrite dans plusieurs articles de l'arrêté royal du 12/09/2002, qui règle le fonctionnement du service médical dans les centres⁴⁹. L'arrêté royal ne parle que de "local d'isolement".

Dans les centres fermés, on utilise toutefois des termes tels qu'isolation, isolement, isolement médical ou régime adapté. Tous ces termes signifient que la personne est retirée du régime de groupe normal. Il n'existe toutefois aucune description univoque du contenu de ces mesures, ni en ce qui concerne le moment où elles sont prises ou les personnes habilitées à les appliquer, ni en ce qui concerne le local à utiliser à cet effet.

Parfois, des personnes sont isolées pour raisons médicales. L'infrastructure diffère selon les centres. Dans certains centres, des cellules d'isolement sont installées dans l'aile médicale, dans d'autres centres, pas, et les mêmes cellules d'isolement sont utilisées aussi bien pour les mesures d'ordre que pour raisons médicales.

En cas de maladie infectieuse, le médecin décide d'isoler le patient en raison du risque de contamination du groupe.

Le service médical est également impliqué dans l'isolement résultant d'une mesure d'ordre. Le personnel médical assure l'évaluation quotidienne de l'état de santé des personnes isolées. La durée maximum de placement en local d'isolement est de 24 heures. Cette durée peut être prolongée jusqu'à maximum 5 jours. L'enfermement dans un petit espace, pauvre en stimuli, peut avoir des conséquences psychologiques graves et une influence défavorable sur le comportement ou l'attitude des détenus concernés.

49 AR 12/09/2002 : [Article 54](#) : "Seul le médecin attaché au centre décide si l'occupant peut être soigné dans le groupe ou s'il doit être transféré dans la salle d'infirmierie".

[Article 59](#) : "Si un occupant est placé dans un local d'isolement en application de l'article 98, 4°, un membre du service médical doit immédiatement en être informé. Il rend visite à l'intéressé dans les plus brefs délais et met immédiatement le médecin attaché au centre au courant de la mesure disciplinaire prise et de l'état de santé de l'intéressé. L'occupant est ensuite suivi quotidiennement."

[Article 102](#) : "Le local d'isolement doit comprendre au minimum un matelas et des toilettes, ainsi qu'un système d'appel permettant à l'occupant d'appeler un membre du personnel."

"J'ai été mis en isolement pendant un mois. Il n'y a rien, un espace de 2m². J'ai perdu 5 kg. Une fois, j'ai vu un médecin. Par contre, chaque jour, un infirmier m'a demandé si j'avais des problèmes médicaux. J'ai toujours répondu non. Je n'avais pas envie de parler. Je n'avais pas confiance. La direction a déclaré que je refusais de revenir dans le groupe. Ce n'était pas vrai. Je l'ai demandé plusieurs fois, mais on m'a chaque fois répondu : il faut encore attendre, la direction n'est pas là, nous allons demander à la direction, ..., toujours la même réponse. Même la nuit, le gardien venait frapper à la porte. Cela me rendait nerveux. J'ai craqué. Trois autres personnes étaient également placées en isolement, deux d'entre elles deux-trois jours, une autre pendant environ trois semaines".

"J'ai déjoué une tentative de fuite et j'ai peur que les autres détenus se vengent. J'ai été mis trois jours en isolement dans l'aide médicale et maintenant, cela fait quatre jours que je suis dans la cellule d'isolement. La direction m'a laissé le choix : retourner dans le groupe ou le cachot. J'ai demandé s'il n'était pas possible de changer de centre. Je me sens menacé. Je n'ose pas retourner dans le groupe, mais en isolement, je deviens fou. Je ne peux même pas y prendre de douche."

2 Rôle du psychologue

Accompagnement psychologique conformément à l'AR

L'arrêté royal du 12/09/2002 stipule, dans son article 68, que l'accompagnement psychologique ressortit à la responsabilité partagée du service médical et du service social⁵⁰.

Pourtant, ni le service social, ni le service médical n'est spécifiquement formé pour assurer un accompagnement psychologique approfondi. La principale tâche de l'assistant social est celle de fonctionnaire de retour (voir volet social, p. 39). la principale tâche du service médical est de soigner les détenus.

MSF a constaté que pratiquement tous les détenus présentaient des troubles psychiques et psychosomatiques. Devant cette diversité de symptômes, les médecins et les infirmiers sont démunis de solution. De plus, cette situation surcharge leur service. Il est donc nécessaire qu'un psychologue puisse prendre en charge ces problèmes.

Le rôle du psychologue dans les centres fermés

L'arrêté royal de 2002 ne précise pas le rôle du psychologue dans les centres fermés. Les articles 3 et 6 concernent le bien-être psychologique des occupants⁵¹.

L'article 3 considère l'accompagnement psychologique des étrangers dans le cadre de la préparation à leur retour comme une mission générale du personnel. A

50 AR 12/09/2002, art. 68 : Le service social assume, en collaboration avec le service médical, l'accompagnement psychologique et social de l'occupant durant son séjour au centre et le prépare à son éloignement éventuel. Le service social accompagne l'occupant en vue de veiller au respect de la décision prise quant à sa situation de séjour.

51 AR 12/09/2002, art.3 : Le personnel du centre a pour mission :

1° de maintenir les étrangers placés dans le centre dans l'attente, selon le cas, d'une éventuelle autorisation d'entrée ou de séjourner dans le royaume ou de leur éloignement du territoire;

2° de les accompagner psychologiquement et socialement et de les préparer à leur éloignement éventuel.

Art. 6 : L'occupant a droit, sous les conditions déterminées dans le présent arrêté, à une assistance individuelle, médicale, psychologique et sociale. Les occupants du centre doivent respecter l'opinion et la spécificité d'autrui, notamment en matière religieuse, philosophique, culturelle et politique.

l'article 6, il est question d'un droit à une assistance psychologique. Ce droit n'est pas précisé, ni dans un texte de loi, ni dans la pratique.

Ces dernières années des psychologues ont été intégrés dans l'effectif des centres. Pourtant, on ne peut pas parler de psychologue affecté au soutien des occupants, et ceci, pour deux raisons principalement :

1) double rôle : le psychologue est un membre du personnel de l'Office des Etrangers investi de la tâche d'exécuter la politique de refoulement. Le psychologue est également utilisé pour l'exécution d'un autre rôle, à savoir celui de l'assistance psychologique des détenus. Ces deux rôles sont souvent contradictoires.

Cela crée une confusion aussi au niveau des détenus, qui n'osent pas accorder leur confiance au psychologue du centre.

2) double fonction dans la pratique : le psychologue est en même temps chef du personnel, directeur adjoint, directeur, ... Il a plein d'autres choses à faire et n'a donc pas le temps d'organiser des consultations pour les occupants.

Ce double rôle et la combinaison de plusieurs fonctions menacent l'impartialité du psychologue ou le secret professionnel. Ce danger s'exprime surtout en termes de manque de confiance des occupants : ils ne considèrent pas le psychologue comme un thérapeute.

'J'ai été voir la psychologue et ce qu'elle m'a demandé, c'est : 'Où est votre passeport?' Je lui ai dit : 'Je pensais que vous étiez là pour ma santé et si c'était le cas, vous ne poseriez pas de telles questions.'

L'Office des Etrangers ne considère pas cette double fonction du psychologue comme une source de problèmes, mais plutôt comme un avantage⁵².

Etant donné la fragilité du lien de confiance – dans de nombreux cas malheureusement carrément inexistant – entre le détenu et le médecin ou l'infirmier du service médical, MSF considère comme une condition sine qua non qu'un psychologue investi de la tâche de soutenir les occupants soit intégré dans le service médical indépendant. Cette personne doit être au service du patient. Cela signifie que les informations que communiquent les patients au psychologue doivent être strictement confidentielles et ne doivent pouvoir être utilisées qu'à l'avantage des patients. C'est aussi le patient qui doit donner son consentement sur les informations pouvant éventuellement être communiquées à la direction.

⁵² Communiqué de presse de l'Office des Etrangers du 12/12/2006 :

'De plus, le fait que le psychologue fasse également partie de la direction constitue un avantage étant donné qu'il peut plus facilement intervenir au niveau de la prise des mesures d'ordre pour proposer une solution plus appropriée et qu'il peut expliquer les comportements dérogatoires. Son intervention peut aussi mener à un meilleur suivi sur le plan administratif.'

Accompagnement des patients psychiatriques

Ensemble des tâches

Les détenus présentant des problèmes psychiatriques ont besoin d'un encadrement spécifique pris en charge par un personnel spécialement formé à cet effet.

L'ensemble des tâches du personnel d'une section psychiatrique comprend des tâches spécifiques : suivi des médicaments et observation des comportements.

Un patient présentant des symptômes psychotiques a généralement besoin de médicaments pour les contrôler. Dans un établissement psychiatrique ou dans une section psychiatrique d'un hôpital général (SPHG)⁵³, on contrôle si le patient prend effectivement ses médicaments. Chez les patients présentant des troubles psychotiques qui prennent des médicaments, il est important de surveiller étroitement leur comportement pour pouvoir adapter leurs médicaments en conséquence. Leur médication est complexe : non seulement, elle entraîne de nombreux effets secondaires somatiques, mais elle influence également le caractère du patient et ses inhibitions. Dans certains troubles de l'humeur, l'hygiène du sommeil et le schéma de sommeil sont également importants.

On ne peut pas attendre du personnel de surveillance et des assistants sociaux qui travaillent dans les centres fermés qu'ils puissent garantir que le patient prend effectivement ses médicaments. Cette situation débouche sur la libre circulation d'antidouleurs, de somnifères et d'anxiolytiques. Le service médical prescrit en effet beaucoup ces médicaments 'pour rendre le séjour dans le centre fermé plus supportable'.

Le personnel soignant est également investi de nombreuses tâches administratives et n'est pas en contact tous les jours avec tout le monde. Étonnamment, des codétenus nous ont souvent très correctement informés : pouvez-vous parler à x ou y, il a des problèmes psychiatriques ou il ne va pas bien.

Du fait qu'ils n'ont pas confiance dans le personnel, les patients n'osent parfois pas prendre leurs médicaments de peur de leur contenu – poison, trop sédatif – et ne prennent donc pas de médicaments alors qu'ils en auraient en fait bien besoin.

'Ici, je ne prends aucun médicament. Je n'ai pas confiance, je ne sais pas ce qu'ils contiennent. Un jour, je reçois une pilule rouge, un autre jour elle est blanche. Je ne vois jamais aucune boîte, ni aucune notice. Ce qu'ils me donnent, c'est peut-être carrément du poison.'

Dans un centre fermé, il est impossible d'assurer une bonne observation. Le personnel n'est pas qualifié pour gérer les patients psychiatriques. Après un premier diagnostic, la direction et le service médical se concentrent plutôt sur le transfert rapide de ces patients vers le réseau de soins. La poursuite de l'enfermement est néfaste pour le bien-être du patient.

⁵³ SPHG : Section psychiatrique d'un hôpital général.

Infrastructure

L'infrastructure et le fonctionnement d'un centre fermé ne sont pas adaptés aux patients psychiatriques. C'est ainsi que dans certains centres, les dortoirs sont inaccessibles la journée. Certains patients psychiatriques sont cependant épuisés et ont besoin de plus de sommeil que ce que prévoit le règlement. L'inverse peut aussi arriver : il est des centres dans lesquels les détenus dorment le plus possible et passent leur temps dans leur lit pour lutter contre l'ennui et avoir l'impression que le temps passe plus vite. Cette attitude perturbe leur schéma de sommeil, ce qui peut également entraîner des conséquences psychologiques négatives.

Une détenue souffrant d'un trouble psychotique et chez laquelle un diagnostic provisoire de PTSD a été posé est vue une deuxième fois par un psychologue et médecin de MSF. Lorsque nous sommes amenés jusqu'à elle, cette patiente se trouvait dans la chambre sur un matelas sur le sol et marmonne enroulée dans ses draps. Elle ne réagit que modérément aux questions que nous lui posons. Elle ne connaît pas le nom des médicaments qu'elle prend et ne sait pas quand elle doit les prendre. Nous demandons plus d'informations aux autres occupants de la chambre, au service social et aux gardiens, mais personne ne semble savoir si elle prend vraiment les médicaments qui lui ont été prescrits.

Un homme souffrant d'un trouble de la personnalité présentant des symptômes psychotiques est arrêté et emmené dans un centre fermé. Pour raisons disciplinaires, il est transféré dans un autre centre qui dispose d'une aile spécifique pour les hommes. Au moment de l'"intake" au service médical, le médecin note dans son dossier 'paranoïa sexuelle'. Il prescrit un anxiolytique, mais le patient ne doit pas le prendre sous surveillance et donc personne ne sait s'il le prend effectivement. Il donne une impression psychotique et constitue un danger potentiel pour les femmes en raison de ses délires sexuels. Il est placé en isolement. Il ne s'agit toutefois pas d'une solution à long terme. MSF prend régulièrement contact avec le médecin attaché au centre, mais celui-ci ne fait rien. MSF contacte un hôpital et organise une consultation psychiatrique. Il ressort du rapport de cette consultation que cet homme souffre d'un problème psychiatrique. Après 59 jours de détention, l'intéressé est soudainement libéré et jeté à la rue avec un ordre de quitter le territoire dans les 5 jours. Grâce à un intermédiaire, MSF a pu retrouver cet homme après sa libération et lui trouver un lit en psychiatrie.

3. Rôle du service social

3.1. Rôle du service social dans les centres fermés selon l'AR du 12/09/2002⁵⁴

Chaque centre fermé dispose d'un service social composé d'assistants sociaux et d'éducateurs soumis à l'AR. Ces assistants sociaux se focalisent sur l'accompagnement de la personne dans le processus d'éloignement. Différents documents émanant des autorités⁵⁵ confirment que les assistants sociaux sont des "fonctionnaires de retour".

L'accompagnement social est beaucoup plus large, comme stipulé dans le code de déontologie des assistants sociaux francophones, émis par l'Union des Associations Francophones d'Assistants Sociaux⁵⁶ ou celle du Centre de l'égalité des Chances⁵⁷. La définition du travail social de la Fédération internationale des travailleurs sociaux⁵⁸ décrit les valeurs du travail social.

Une remise en question de la décision semble tout à fait exclue alors que des revirements de situation existent. Ainsi, une demande d'asile déclarée irrecevable par l'OE dans un premier temps peut aboutir à une réponse positive par la suite, une personne sans papiers ayant reçu un OQT peut être libérée et autorisée au séjour provisoire pour des raisons humanitaires, une personne enfermée peut être libérée car sa détention est illégale. L'assistant social doit pouvoir parcourir avec les

54 Art.67 : Chaque centre dispose d'un service social accessible aux heures fixées par le règlement d'ordre intérieur.

Art.68 : Le service social assume en collaboration avec le service médical l'accompagnement psychologique et social de l'occupant durant son séjour au centre, et le prépare à son éloignement éventuel. Le service social accompagne l'occupant en vue de veiller au respect de la décision prise quant à sa situation de séjour.

Art.70 : En fonction de l'infrastructure et des possibilités de chaque centre, le service social ou les membres du personnel que le directeur du centre charge de cette mission organisent des activités récréatives, culturelles et sportives pour les occupants.

55 Les rapports d'activités des centres fermés (p.e. Centre fermé pour étrangers illégaux Vottem Rapport annuel 2004, Centrum Illegalen Merksplas jaarverslag 2005) mais aussi les appels aux candidatures pour les postes d'assistants sociaux.

56 "La déontologie qui en découle constitue une référence commune permettant à chacun d'apprécier la conduite à adopter dans les situations professionnelles diverses et de trouver l'équilibre entre les obligations envers l'employeur et envers les personnes qui font appel aux assistants sociaux. Les responsabilités morales et civiques de l'employeur et de l'Assistant Social sont engagées ; les droits et les devoirs qui en découlent pour les parties en présence sont à prendre en considération pour assurer la plus grande qualité des services prestés. L'Assistant social prend l'engagement personnel de pratiquer le service social selon les règles de l'art et de la science et conformément aux principes énoncés dans le Code de Déontologie, et ce dans n'importe quel secteur du Service Social et de l'Action Social où il est amené à exercer une activité professionnelle. Tout manquement aux exigences des principes énoncés dans le Code peut être soumis soit à la Commission de Déontologie de l'UFAS, soit le cas échéant devant les juridictions compétentes ». " Le travail social est issu d'idéaux humanitaires et démocratiques, et ses valeurs sont basées sur le respect de l'égalité, de la valeur, et de la dignité de tous. Depuis son émergence il y a plus d'un siècle, la pratique du travail social s'est concentrée sur les besoins de l'être humain ainsi que sur le développement de son potentiel. Les droits de l'homme et la justice sociale constituent à la fois sa motivation et sa légitimation. De façon solidaire avec les moins nantis la profession vise le soulagement de la misère et la libération de personnes vulnérables, exclues et opprimées afin de renforcer leur capacité d'agir et leur participation à la vie de la société. Les valeurs du travail social font l'objet de codes de déontologie, tant à l'échelon national qu'international."

57 www.diversité.be

58 17/10/2005" Le travail social est issu d'idéaux humanitaires et démocratiques, et ses valeurs sont basées sur le respect de l'égalité, de la valeur, et de la dignité de tous. Depuis son émergence il y a plus d'un siècle, la pratique du travail social s'est concentrée sur les besoins de l'être humain ainsi que sur le développement de son potentiel. Les droits de l'homme et la justice sociale constituent à la fois sa motivation et sa légitimation. De façon solidaire avec les moins nantis la profession vise le soulagement de la misère et la libération de personnes vulnérables, exclues et opprimées afin de renforcer leur capacité d'agir et leur participation à la vie de la société. Les valeurs du travail social font l'objet de codes de déontologie, tant à l'échelon national qu'international."

personnes toutes les possibilités de séjour dans le cadre de la loi de 1980⁵⁹, et ne pas se limiter à la procédure en cours ou celle rejetée par les instances.

Selon le code de déontologie :

" L'attitude générale de l'assistant social doit être propre à inspirer la confiance de ceux qui utilisent ses services."

" L'assistant social donne la primauté aux intérêts et volontés des personnes, groupes et collectivités pour lesquelles il est amené à intervenir professionnellement."

"L'assistant social est compétent pour faire l'évaluation d'une problématique et élaborer un programme d'action visant à la résolution de cette problématique. L'assistant social seul a la responsabilité du choix et de l'application des techniques qu'il estime devoir utiliser."

Des règlements et autres textes juridiques qui s'opposent au code de déontologie placent les assistants sociaux dans une position difficile en adoptant des attitudes suscitant la méfiance des personnes qu'ils sont censés aider.

L'assistant social est le lien entre le résident, l'OE et les différents services concernés⁶⁰.

En d'autres termes, les contacts avec les avocats, les collègues des différents services et autres, font partie des tâches du service social.

MSF s'attend de manière générale, à ce que le service social du centre gère les dossiers en faisant le lien entre les différents intervenants, y compris la personne enfermée. A lui de transmettre toutes les informations au bon moment et aux bonnes personnes, dans le but de faire valoir les droits des personnes enfermées, prévues par les lois et les conventions.

Pour les dossiers médicaux, il s'agit surtout de :

- veiller, en collaboration avec le service médical, à ce que l'avocat reçoive les informations médicales nécessaires pour la demande de régularisation de séjour ou de demande de mise en liberté
- s'assurer que la demande de régularisation a été prise en considération par l'OE surtout lorsqu'une date d'éloignement est communiquée au service social
- informer l'avocat qu'une date de renvoi a été fixée
- interpellé le service médical sur la décision d'éloignement alors que des nouveaux éléments médicaux ont été avancés

Dans le cas présenté ci-dessous, MSF a été obligé de prendre le dossier en charge, y compris sur le plan sociojuridique alors que les démarches accomplies cadrent dans un accompagnement social.

Un homme d'une cinquantaine d'années est arrivé en Belgique en 2000. Suite à sa demande d'asile il se voit attribuer un CPAS chargé de lui offrir une aide matérielle y compris les soins de santé et un accompagnement social. Six ans plus tard il est interpellé par la police en emmené en centre fermé. Il souffre d'une maladie chronique sévère pour laquelle il est en traitement. Le diagnostic est confirmé par des spécialistes d'un hôpital de la région. Malgré que le traitement n'est pas

⁵⁹ La loi de 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

⁶⁰ Rapport annuel 2004 Centre fermé pour étrangers Vottem : "...Il a pour fonction de collecter et de transmettre les différentes informations aux services concernés ainsi qu'aux résidents. L'assistant social est la personne de référence entre le résident, son avocat, l'OE et les différents services concernés. Ainsi, les assistants sociaux sont le maillon entre les résidents du centre et le monde extérieur"

accessible dans son pays d'origine, une décision d'expulsion est prise après que la demande de régularisation pour raisons de santé ait été refusée en trois semaines. MSF contacte l'avocat qui n'a pas été informé que son client est sur le point d'être expulsé. Il est d'autant plus surpris qu'une nouvelle demande a été introduite sur base d'éléments médicaux nouveaux. Suite à notre information il contacte la cellule chargée d'organiser les éloignements où il apprend que la fonctionnaire chargée du dossier n'est pas au courant de la nouvelle demande de régularisation de séjour introduite depuis plus d'une semaine. Le dossier se trouvant toujours au bureau d'enregistrement ne lui a pas été communiqué. Après vérification, l'expulsion de monsieur est annulée et il est libéré après 89 jours de détention.

3.2. Accompagnement sociojuridique

La bonne prise en charge juridique est primordiale afin que les droits des personnes enfermées soient respectés.

Nous avons rencontré plusieurs avocats dont des avocats pro deo, extrêmement motivés, sensibilisés, compétents et engagés dans la défense de leur client. Mais il arrive que l'assistance juridique ne fonctionne pas comme elle le devrait.

Lors de nos démarches de nos (seconds) avis médicaux et de consultations psychologiques, nous avons été en contact avec des avocats (pour 101 interventions) et nous avons pu constater pour plusieurs patients des dysfonctionnements de la défense juridique : manque de continuité, manque de connaissance de la procédure, manque de pro-activité.

Ces dysfonctionnements peuvent avoir plusieurs explications :

- L'avocat est débordé de travail. Il a du mal à se libérer pour rendre visite à son client qui parfois se trouve dans un centre fermé éloigné de son lieu professionnel. Il n'a pas suffisamment le temps pour faire certaines recherches entre autre en ce qui concerne l'existence et/ou l'accessibilité d'un traitement médical dans le pays d'origine.

Une dame se retrouve en centre fermé depuis deux mois et souffre d'un PTSD. N'étant absolument pas satisfaite de son avocat, elle décide de faire appel à un autre. MSF le contacte, pour attirer son attention sur l'urgence de la situation étant donné l'état de la personne et sur le fait que le lieu de détention est inapproprié. L'avocat ne visite sa cliente que 13 jours plus tard et décide après l'avoir vue de ses propres yeux, d'activer le dossier. Elle finira par être libérée pour raisons médicales après plusieurs mois de détention.

- L'avocat ne connaît pas assez la matière du droit des étrangers. Il se limite à la procédure en cours, n'explore pas les autres possibilités alors que parfois la situation le justifie.

Un homme de 52 ans souffrant d'une maladie chronique sévère pour laquelle le traitement n'est pas accessible dans son pays d'origine, bénéficie des services d'un avocat motivé, mais qui avoue ne pas être à l'aise en droits des étrangers, une matière qu'il n'a pas l'habitude de pratiquer. Il confond les différentes procédures de séjour. L'homme est libéré après plusieurs mois pour raisons médicales.

- L'avocat est démotivé pour diverses raisons. Parmi celles-ci il y a, pour certains avocats pro deo, l'aspect financier qui est pas gratifiant. Les dossiers d'étrangers exigent souvent beaucoup d'investissements au niveau temps de travail.

- L'avocat n'est pas sérieux. Il s'engage auprès de son client à faire des démarches qu'il ne fait pas. Alors qu'il promet à son client d'être présent lors de l'entretien avec le CGRA⁶¹, il ne vient pas, n'en avertit pas son client ni le CGRA et ne se fait pas représenter par un confrère. Il ne visite pas son client, ne fait aucune démarche en sa faveur, ne donne aucun signe de vie.

Un homme voit sa demande de régularisation de séjour pour raisons médicales refusée sous prétexte que l'opération dont il a besoin est réalisable dans son pays d'origine. MSF ne partage pas cet avis et communique ses arguments tant au service médical du centre qu'à l'avocat. Ce dernier fait un recours au Conseil d'Etat contre la décision négative mais non en extrême urgence, comme la loi le lui permet. Ce type de procédure implique une décision dans un délai très court. Monsieur sera finalement libéré après plusieurs mois de détention sans la décision du Conseil d'Etat. Le recours n'ayant pas été introduit en extrême urgence, pourra durer plusieurs années, période durant laquelle monsieur vivra dans l'incertitude et la crainte d'être à nouveau enfermé.

Il est un fait que l'enfermement est discriminatoire par rapport aux personnes avec le même statut, mais qui sont en liberté :

- Les délais de procédure sont plus courts pour les détenus que pour des personnes en liberté. L'avocat doit pouvoir réagir alors plus rapidement au risque de voir déclarer les recours irrecevables car introduits tardivement. Nombreuses sont les personnes qui n'arrivent alors pas à joindre leur avocat à temps.
- L'enfermement limite fortement les contacts avec le monde extérieur et par conséquent l'accès à l'information. Les détenus sont fort limités dans la possibilité de s'informer par rapport à leurs droits. Une personne qui n'est pas enfermée a la possibilité de contacter divers organismes, sa famille, éventuellement un autre avocat, dans le but de rassembler des éléments pouvant appuyer sa demande de séjour.
- La plupart du temps les détenus sont dépendants du personnel afin de pouvoir établir un contact avec le monde extérieur (avocat, ONG,..), sauf si elles ont suffisamment de moyens pour payer les communications téléphoniques. L'AR de 12/09/2002 prévoit que seuls les contacts téléphoniques avec l'avocat qui a officiellement le dossier en charge, sont gratuits et se font à partir du bureau d'un membre du personnel. Souvent les heures de consultation des avocats ne coïncident pas avec celles des services sociaux ce qui a comme conséquence pour les détenus une difficulté à entrer en contact avec des avocats.

⁶¹ CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides. La procédure d'asile a changé récemment. Le rôle de l'avocat devient encore plus important.

B. Manque de continuité

La continuité des soins médicaux pose des problèmes.

Nous faisons référence dans ce cadre aux articles 113 et 114 du Code de Déontologie médicale⁶² :

1. A l'arrivée au centre

Le plus souvent, les détenus sont arrêtés de manière inattendue. Ils arrivent au centre sans leurs effets personnels. Ils n'ont aucun dossier médical, ni de médicaments sur eux et de nombreux patients ne connaissent pas le détail de leurs problèmes médicaux ("*Je prends une pilule blanche pour mon cœur*").

Le médecin attaché au centre doit demander l'autorisation écrite au patient de pouvoir demander ses anciens rapports médicaux. Le patient doit de plus encore pouvoir se rappeler où ses soins médicaux lui ont été prodigués. De ce fait, le médecin ne dispose pas des dossiers médicaux ou ceux-ci arrivent avec beaucoup de retard au centre.

Dans un centre ouvert, on constate qu'un patient est séropositif. Il est envoyé chez un spécialiste à l'hôpital. Sur la base de différents examens effectués, celui-ci propose d'instaurer un traitement d'antirétroviraux à la consultation suivante; le patient est toutefois arrêté et envoyé dans un centre fermé. Aucun traitement n'a encore été instauré. La demande de régularisation sur la base de l'article 9.3 est refusée, entre autres parce que malgré sa maladie, il ne prend pas encore de médicament. Le centre fermé l'envoie à nouveau chez un spécialiste. Celui-ci instaure un traitement médicamenteux. Finalement, le patient est libéré. Une nouvelle demande régularisation sur la base de l'article 9.3 est introduite. Etant donné que les antirétroviraux prescrits ne sont pas disponibles dans le pays d'origine, sa demande est acceptée.

Un homme et une femme souffrent d'une infection virale grave. Avant d'arriver au centre, ils consultaient un spécialiste qui avait estimé que leur maladie exigeait un traitement. Lors de la visite de MSF dans le centre, ces personnes s'y trouvaient déjà depuis un mois sans avoir bénéficié d'aucun avis spécialisé et sans recevoir de traitement.

2. En cas de transfert

En cas de transfert, le transfert des informations pose souvent des problèmes. Des informations sont perdues ou arrivent avec beaucoup de retard.

Avant de pouvoir instaurer ou poursuivre un traitement, il faut attendre l'avis du médecin attaché au centre. Parfois, le médicament nécessaire n'est pas disponible et doit être commandé. Parfois, le traitement est modifié et tout cela entraîne des interruptions de plusieurs jours des traitements suivis par les patients.

⁶² Code de Déontologie médicale, adaptation mars 2006 : Chapitre III – Continuité des soins, services de garde et d'aide; article 113 : Assurer la continuité des soins est un devoir déontologique. Article 114 : Il appartient à chaque médecin de prendre les mesures nécessaires suivant les cas, afin d'assurer cette continuité à ses malades.

Un homme est transféré. Il demande à parler à un psychologue et prétend avoir reçu, dans l'autre centre, une attestation d'un psychologue qui le suivait déjà depuis plusieurs mois et dans laquelle ce psychologue indiquait que l'enfermement était lié pour lui à un réel risque de suicide. On ne retrouve cette attestation nulle part. Le psychologue du centre téléphone à MSF pour demander s'ils ont connaissance de cette attestation ou si le patient délire. Nous avons obtenu ce document auprès de l'avocat et l'avons faxé. L'homme a été admis dans une institution psychiatrique.

"Avant d'être déplacé, je prenais des médicaments. Ici, au début, je n'ai pas reçu de médicaments. C'est pourquoi j'ai entamé une grève de la faim et j'ai été mis en isolement. Chaque jour, une infirmière venait me voir, mais je voulais parler au médecin. Après environ 8 jours, j'ai enfin vu le médecin. Il m'a immédiatement redonné des médicaments. J'ai arrêté ma grève de la faim et je suis content de mon traitement."

3. En cas de refoulement

Nous allons discuter successivement de quatre situations : le traitement dans le pays d'origine, dans un pays de la convention de Dublin, en cas de retour dans un centre après refus et en cas de libération.

3.1. Traitement dans le pays d'origine

Les médecins attachés aux centres ont pour tâche de veiller au bon suivi médical et au bon traitement des détenus pendant leur séjour dans le centre fermé. Ils sont également responsables de la signature du 'fit-to-fly', le document dans lequel ils déclarent que le patient peut voyager. Ce document n'offre toutefois aucune garantie de continuité des soins après le refoulement dans le pays d'origine.

Le médecin doit en permanence naviguer entre le système axé sur le refoulement et son devoir déontologique, à savoir garantir la continuité des soins. Dans l'exercice de sa profession, humanité et empathie sont des mots clés.

Lorsqu'il estime, en tant que médecin et en tant qu'individu, que la poursuite d'une détention ou un refoulement sont injustifiés, sa seule possibilité d'empêcher ce refoulement est de ne pas signer le 'fit-to-fly'.

Parfois, l'avocat introduit une demande de libération de toute urgence ou une demande de régularisation pour raisons médicales. Pour cela, il doit rassembler les documents nécessaires qui démontrent que le traitement nécessaire est impossible ou inaccessible dans le pays d'origine. Après contrôle par le médecin conseil de l'Office des Etrangers ces demandes font souvent l'objet d'une réponse négative.

Selon les services médicaux, le dossier médical et éventuellement une partie des médicaments sont donnés au patient lorsqu'il est refoulé, du moins lorsqu'ils sont au courant du refoulement. Il est en effet très important que le dossier soit donné au patient, même si des doutes peuvent être émis quant à l'utilité d'un dossier dans une autre langue.

Des médicaments sont donnés parfois pour une semaine, parfois pour un mois. C'est en tout cas très certainement nécessaire dans le cadre des traitements des maladies chroniques ou importants pour la survie, mais cette solution n'est qu'une solution à

court terme. Il se peut en effet que dans le pays d'origine, les médicaments belges donnés aux patients ne soient même pas enregistrés.

Une femme souffre d'une maladie intestinale chronique pour laquelle le traitement nécessaire est instauré en Belgique. MSF prend contact avec la société pharmaceutique qui confirme que ce médicament n'est pas enregistré dans son pays d'origine. Il y est importé sur une base irrégulière, mais un traitement continu ne peut en aucun cas être garanti. Cette femme est libérée.

Il n'est pas tenu compte des entraves possibles en matière d'accès au système de santé : inscription auprès des autorités locales, recherche d'un emploi, barrières financières, etc.

Un diabétique insulino-dépendant est refoulé sans aucun dossier médical, ni autre document. Il reçoit de l'insuline pour une semaine. Ce monsieur est "sans papiers" dans son propre pays et ne peut donc pas s'inscrire auprès de la commune de son pays d'origine. Il est sans abri, n'a pas de revenus. Une boîte d'insuline couvrant ses besoins pour 7 jours coûte 130 euros.

On ne dispose malheureusement d'aucune base de données centrale indépendante contenant des informations sur l'accès aux soins de santé dans les pays d'origine de tous les détenus accessibles à tous⁶³. Une telle base de données permettrait pourtant à toutes les parties de pouvoir se baser sur les mêmes données, sur des informations indépendantes les plus récentes possibles sur les soins de santé et les traitements disponibles dans tous les pays et permettrait d'éviter beaucoup de discussions.

Un homme demande une régularisation pour raisons médicales. Sa demande est rejetée par le médecin conseil de l'Office des Etrangers sur la base d'un document datant d'il y a trois ans sur lequel figure en outre que le traitement dont il a besoin est disponible au prix de 8 à 10 fois le salaire mensuel moyen.

MSF a mis une base de données sur Internet, appelée ITHACA⁶⁴, qui contient des informations sur l'accessibilité aux traitements dans les pays dans lesquels MSF Belgique est actif.

3.2. Traitement dans un pays de la convention de Dublin

Si la personne a déjà introduit une demande d'asile, a obtenu un visa ou est entrée sur le territoire d'un autre pays signataire de la convention de Dublin, la Belgique n'est plus compétente au niveau du traitement de son dossier et cette personne est refoulée vers ce pays. L'Office des Etrangers part du principe que les soins de santé et leur accessibilité dans les pays signataires de la convention de Dublin sont équivalents à ceux proposés en Belgique.

⁶³ Office des Etrangers, patient, avocat, prestataire de soins, ONG, ...

⁶⁴ Site Web ITHACA : Information on Treatment and Accessibility in Countries of Origin : <http://www.ithaca-eu.org/>

Une femme séropositive risque d'être refoulée vers un pays signataire de la convention de Dublin. Il y a désaccord quant à la disposition du traitement dont elle a besoin dans ce pays. Le médecin conseil de l'Office des Etrangers se base sur les données fournies par l'ambassade, MSF sur les informations obtenues d'un projet sur place. Elle est libérée sur décision du Conseil d'Etat. Sa détention a duré plus de deux mois.

3.3. En cas de retour au centre après refus

Lorsqu'un détenu refuse une tentative de refoulement, il est parfois ramené dans le même centre fermé, et parfois amené dans un autre centre. S'il prétend avoir été victime de coups et blessures, le médecin attaché au centre l'examine et rédige une attestation médicojuridique. Le médecin attaché au centre n'est présent au centre que quelques heures par jour de sorte que cet examen ne peut pas toujours être effectué le jour même. Le service médical ne remet généralement pas ce document au patient. Il est conservé dans son dossier.

Un homme a déjà fait l'objet de plusieurs tentatives de refoulement. Après la dernière tentative, le médecin a rédigé une attestation de coups et blessures. Cet homme demande cette attestation, mais au service médical, on lui répond : "Vous pouvez obtenir tous les rapports, sauf celui qui suit une tentative de refoulement que vous ne pourrez obtenir que par le biais de votre avocat." Pourtant, ce document fait aussi partie du dossier médical.

3.4. En cas de libération

En cas de libération, le détenu est mis à la rue⁶⁵. Il reçoit ou paie lui-même un ticket de train vers la destination de son choix. Le service médical n'est pas toujours au courant d'une libération et dans ce cas, le patient quitte le centre sans son dossier médical. Un traitement ou un suivi de ce traitement peut ainsi être brutalement interrompu et le patient ne reçoit aucune information sur le réseau de santé existant et ne sait donc pas où ou à qui s'adresser. Lorsqu'une libération est quasi certaine, MSF remet au détenu l'adresse des projets belges "Accès aux soins de santé" de Bruxelles ou d'Anvers. Parfois, les détenus reçoivent également ces informations du service médical.

MSF constate cependant qu'il y a un manque évident d'informations. Les détenus se retrouvent en liberté mais s'ils n'ont pas de connaissances auxquelles s'adresser en Belgique, ils se retrouvent sans abri sans le vouloir. Nous pensons qu'il s'agit là d'un problème qui devrait être pris en charge par le service social. Le service social peut en effet leur fournir des informations sur les possibilités d'accueil ou leur donner les adresses de services sociojuridiques. Le service social doit également informer le service médical pour qu'un suivi puisse être garanti sur le plan médical.

Lorsque quelqu'un est libéré pour raisons médicales, cette libération est assortie d'un ordre de quitter le territoire après 30 jours, prolongeable pour raisons médicales. Une psychose ou une décompensation sévère ne se traite cependant pas en 30 jours. La limitation de cette autorisation de séjour à 30 jours est incompréhensible. Après sa libération, la personne doit se rendre tous les mois dans la commune et présenter un certificat médical qui lui permet de demander une nouvelle

⁶⁵ Cela vaut uniquement pour les détenus qui ne sont pas en possession de documents de séjour valables. En cas de demande d'asile déclarée recevable, la continuité du suivi médical est bien prévue.

prolongation. Dans les quatre dossiers que nous suivions, après la deuxième ou troisième prolongation, aucune prolongation n'a plus été accordée. Dans aucun des cas, ce refus ne reposait sur des raisons médicales. Ce problème rend explicitement plus difficile le rétablissement des personnes souffrant d'un PTSD. 30 jours, ça ne suffit pas pour soulager les angoisses et autres symptômes. L'avenir de ces personnes reste trop incertain.

Un demandeur d'asile qui a épuisé toutes les ressources légales à sa disposition sans obtenir de réponse favorable est emmené dans un centre fermé. Le médecin attaché au centre constate qu'il souffre de PTSD. Le détenu est transféré vers un autre centre fermé dans lequel se trouve un psychologue. Celui-ci pose également un diagnostic de présomption de PTSD. Le patient doit-il être libéré ou gardé dans le centre pour pouvoir garantir un suivi psychologique? Les avis divergent. Le médecin conseil de l'Office des Etrangers est interrogé. Il transmet le dossier au psychologue conseil. Celui-ci estime qu'il ne s'agit pas d'un PTSD mais d'un autre trouble psychique pour lequel il attend l'avis du médecin conseil. Après 6 semaines, aucun accompagnement psychologique du détenu n'a encore été mis en place et celui-ci souffre toujours. Après 89 jours de détention et l'intervention de MSF, d'une autre ONG, d'un avocat et d'un médecin attaché au centre, ..., le patient est libéré pour raisons médicales avec ordre de quitter le territoire dans les 30 jours, prolongeable pour raisons médicales. Cette prolongation est demandée et obtenue. Six mois plus tard, malgré l'attestation médicale du psychiatre traitant, cette prolongation est refusée.

C. Autres problèmes structurels

1. Rôle des ONG selon l'AR du 12/09/2002⁶⁶

Il y a 9 ONG⁶⁷ qui fonctionnent en réseau et qui se rendent régulièrement de manière concertée dans les différents centres fermés du pays à l'exception du Centre INAD⁶⁸. Les associations ne sont pas autorisées à y pénétrer. Les visiteurs n'ont pas tous le même profil professionnel et ils sont issus d'ONG parfois très différentes sur le plan philosophique. Parmi les visiteurs il y a des juristes, des sociologues, un psychologue, plusieurs assistants sociaux, des religieux, ...

Certains vont valoriser le rôle d'écoute et de soutien envers les personnes enfermées alors que d'autres vont plus se focaliser sur l'aspect juridique des procédures de séjour et de l'enfermement. La coordination du groupe des visiteurs est prise en charge par le CIRE et Vluchtelingenwerk Vlaanderen qui organisent une réunion mensuelle. Le but étant l'échange d'information, la réflexion et la mise sur pied d'actions de sensibilisation de l'opinion publique et des mandataires politiques.

⁶⁶ Art.73 : Le Ministre peut autoriser des organisations non gouvernementales à lancer des activités dans les centres
1° il faut entendre par activité : le développement d'activités au profit des occupants sur une base régulière et de manière professionnelle ;

2° les activités ne peuvent être développées en contradiction avec la législation concernant les centres fermés et la législation sur les étrangers ;

3° un plan d'activités annuel doit être soumis au Ministre

4° l'organisation doit offrir une garantie quant à la continuité des activités

5° les activités doivent s'effectuer en concertation avec le directeur du centre

6° les activités de l'organisation seront évaluées annuellement

S'il y a de sérieuses indications qu'il est fait un usage inapproprié ou abusif de l'autorisation prévue dans l'alinéa 1er, le Ministre en est immédiatement informé par la voie hiérarchique.

⁶⁷ Aide aux Personnes Déplacées, Caritas, Centre Social Protestant, Jesuit Refugee Service, Ligue des Droits de l'Homme, MRAX, Point d'Appui Liège, Service Social Solidarité Socialiste, Vluchtelingenwerk Vlaanderen.

⁶⁸ Centre des 'inadmissibles' : Ce centre se trouve dans la zone de transit de l'aéroport. Il y a 30 places dans ce centre.

Malgré tous les efforts fournis par les visiteurs, la présence des ONG envers les centres fermés a des limites, entre autre:

- Le manque de ressources humaines pour assurer une présence plus importante dans les centres. L'investissement en moyens et en personnel varie d'une ONG à une autre. Certaines fonctionnent avec des bénévoles alors que d'autres emploient des personnes dont l'activité principale se situe autour de la question des centres fermés. Le manque de moyens financiers est certainement un élément important mais il y a aussi la question de la priorité que chaque ONG accorde à cette problématique.
- L'accès aux centres fermés n'est pas un droit pour les ONG mais une "faveur" que le Ministre peut accorder ou refuser.

L'accompagnement social du service social sur place n'étant pas toujours approprié, vu les limites de son mandat, les personnes enfermées s'adressent souvent aux ONG lorsqu'elles en ont l'occasion.

2. Accessibilité des centres fermés

2.1. Accessibilité physique

Pour les ONG et les 'visiteurs accrédités'⁶⁹, l'accessibilité physique est insuffisante. MSF doit envoyer par fax, 24 heures à l'avance, les noms des personnes que désire voir l'organisation. MSF n'a la possibilité de parler avec des personnes qui n'ont pas été demandées que dans les centres 127 et 127bis seulement. Certaines ONG ont accès dans les centres, par exemple, à la salle à manger ou à l'espace commun où elles peuvent rencontrer les détenus.

On peut parfaitement comprendre, par contre, que les visites ne soient autorisées que pendant les heures de bureau et qu'elles doivent être annoncées à l'avance pour des raisons logistiques et administratives. Le fait de devoir donner les noms à l'avance limite toutefois l'accès⁷⁰.

Dans les communiqués de presse, l'Office des Etrangers explique que les ONG surveillent les centres. L'Office des Etrangers a ainsi écrit dans un communiqué de presse du 12/12/2006⁷¹ :

'Plusieurs instances ont accès aux centres. Outre les parlementaires à qui cet accès est accordé même en dehors des heures réglementaires fixées, une trentaine d'ONG ont également eu accès aux centres fermés et ont pu disposer de toutes les données.'

69 Les personnes qui ont obtenu une autorisation officielle de l'Office des Etrangers d'entrer dans les centres.

70 Dans les "Conditions générales d'accès aux centres" qui nous ont été communiquées par lettre par le Directeur général Rosemont, on ne parle pas de noms : 21-12-2005, Office des Etrangers, Direction centres, Cellule générale de coordination et de contrôle : "Les membres des organisations ou établissements qui ont reçu l'autorisation de visiter les centres doivent respecter les conditions suivantes : les visites doivent être annoncées 24 heures à l'avance et dans les heures de bureau par lettre ou par fax adressés au directeur du centre (sauf en cas d'urgence); uniquement les personnes qui ont obtenu une autorisation sont autorisées à entrer dans les centres; les visites ont lieu les jours de semaine (les samedis, dimanches et jours fériés : uniquement en cas de grande urgence), et ceci, entre 09h00 et 18h00; les visiteurs sont tenus de respecter le règlement d'ordre intérieur des centres.

71 <http://www.dofi.gov.be>.

En pratique, l'accès, et par conséquent les actions des ONG qui peuvent en découler sont beaucoup plus limités que le texte ne le laisse entendre.

2.2. Accessibilité de l'information

La direction et le service social des centres ne sont pas toujours transparents en ce qui concerne les statistiques et les données générales sur le nombre de personnes qui se trouvent à un moment donné dans le centre. Une information difficile à obtenir est celle de savoir quand et sur la base de quelle décision juridique un détenu a quitté le centre.

MSF a demandé les derniers rapports annuels verbalement, par téléphone et par fax (11/08/2006). Huit mois plus tard, nous attendons toujours celui du CIV et du 127bis. On peut encore ajouter à cela qu'à chaque visite au centre 127bis, MSF a redemandé le rapport annuel et que dans le cadre de cette demande, les membres de la direction adjointe nous ont toujours renvoyés à la direction et la direction nous a systématiquement répondu que pour cela, il fallait demander l'autorisation au responsable de la Cellule coordination générale et contrôle.

Après la publication, en octobre 2006, du rapport "La situation dans les centres fermés pour étrangers"⁷², l'obtention des informations et des statistiques est devenue nettement plus difficile.

Communication de l'Office des Etrangers

La communication externe de l'Office des Etrangers relative aux centres fermés est floue et n'est pas toujours correcte. Dans un communiqué de presse du 19/10/2006⁷³, l'Office des Etrangers écrit que 'les personnes gravement malades et les femmes en stade de grossesse avancée ne sont pas retenues'. Les constatations de MSF sont en contradiction avec cette déclaration. MSF a transmis ses constatations et demande une concertation à ce sujet. Jusqu'à présent l'Office n'a pas réagi.

72 Version en français: <http://www.cire.irisnet.be/publications/rapports/etat-des-lieux-centres-fermes.pdf>. Version en néerlandais: <http://www.vluchtelingenwerk.be/>

73 www.dofi.fgov.be. Le rapport : "La situation dans les centres fermés pour étrangers". Ce communiqué n'est plus on-line.

V. ANNEXES

A. Mode de fonctionnement de MSF sur la base d'un témoignage

L'équipe de MSF, composée d'un médecin, d'un psychologue et d'un assistant social, a esquissé la manière dont elle fonctionne sur la base du témoignage suivant.

Jour 1

Nous recevons par téléphone une demande d'un homme dont la sœur se trouve dans un centre fermé. Il nous demande d'aller rendre visite à sa sœur. Selon lui, elle souffre de problèmes médicaux. Depuis plusieurs années, elle aurait un problème chirurgical et ne pouvait pas être opérée dans son pays d'origine. Selon lui, sa sœur ne va pas bien : elle serait fortement marquée par son séjour dans une prison dans leur pays d'origine. Elle aurait fait part à son frère de pensées suicidaires, elle crie et pleure parfois comme une folle et souffre de cauchemars. En concertation avec son avocat, son frère demande si sa sœur ne pourrait pas être vue par un médecin indépendant, de MSF.

Jour 2

Le psychologue de MSF rend visite à X dans son centre fermé pour la première fois. Là, il constate clairement que cette femme a été arrêtée il y a déjà 43 jours à l'aéroport et amenée au centre 127. De là, elle a ensuite été transférée un peu plus tard vers un autre centre fermé.

Jour 3

Le psychologue de MSF établit un rapport pour le médecin attaché au centre, dans lequel elle consigne ses principales constatations. Il lui demande d'organiser rapidement une consultation avec un psychiatre et de nous tenir au courant.

Avec l'accord oral de la patiente et après concertation avec son frère, ce rapport est également transmis à l'avocat.

Le psychologue prend contact avec le frère et propose de discuter ensemble de la situation et d'essayer de se faire une meilleure idée des antécédents psychiques et médicaux de X.

Jour 8

Le frère de X appelle, paniqué. Leur avocat serait en vacances et ne pourrait donc pas participer à l'audition prévue le jour suivant. Le confrère qui le remplace ne pourrait pas non plus y participer. Il demande si MSF peut l'aider. L'assistant social de MSF lui conseille de recontacter l'avocat et de lui rappeler ses responsabilités, et par conséquent, de prévoir un collègue pouvant le remplacer. Si aucun avocat ne peut venir à l'audition, nous lui conseillons de le signaler au barreau des avocats. Finalement, l'avocat organise son remplacement.

Jour 9

Madame X est revue par le psychologue et le médecin de MSF.

Il la rencontre dans sa chambre sur un matelas au sol, entièrement enroulée dans ses draps, en train de marmonner au-dessus d'une bible, entièrement repliée sur elle-même et à peine ouverte à n'importe quelle forme de communication. Il n'est pas possible de ramener cette patiente dans le présent, ni d'entrer dans son monde.

Elle a le regard fixe et bouge tout le temps les mains. Elle ne peut pas répondre de manière sensée. Elle comprend difficilement ce qu'on lui explique, parle par demi-phrases et donne l'impression d'être à ce point peu autonome qu'elle n'a pas réussi à avoir accès au service médical.

Nous insistons pour que le médecin attaché au centre voie X.

Jour 15

MSF a essayé pendant des jours – en vain – d'atteindre l'avocat par fax et par téléphone. L'avocat qui le remplace nous a déclaré qu'il ne suivait plus lui-même l'affaire, que le premier avocat était à nouveau accessible et avait repris la défense des intérêts de X.

Etant donné que nous doutons du fait que X soit capable de prendre une décision réfléchie, nous appelons son frère en lui demandant s'il est d'accord de changer d'avocat.

Nous faisons intervenir une autre ONG à laquelle nous demandons de trouver un autre avocat. Après différentes recherches, un nouvel avocat peut prendre l'affaire.

L'assistant social arrive enfin à joindre le premier avocat et lui demande s'il a introduit une demande de régularisation pour raisons médicales. Celui-ci nous répond qu'il n'a pas introduit de demande de ce type, mais que le document que nous avons vu était une demande de mise en liberté à laquelle était jointe une demande de meilleurs soins médicaux. Il a introduit ce document auprès de l'Office des Etrangers. Une demande de libération doit toutefois être introduite à la Chambre du Conseil. Logiquement, il n'a pas été accédé à cette demande.

Au jour 15, une concertation est organisée entre le médecin et la psychologue de MSF, le médecin attaché au centre et la directrice adjointe, également psychologue. Cette dernière déclare qu'elle ne veut pas organiser de consultation psychiatrique auprès d'un psychiatre externe, pour des raisons financières. Il est décidé que la directrice adjointe psychologue demanderait une consultation au psychologue conseil de l'Office des Etrangers.

Jour 16

MSF reçoit un coup de téléphone de la directrice adjointe psychologue, qui lui explique qu'elle n'est pas autorisée à demander l'avis du psychologue conseil. Elle nous explique que si nous voulons que cette femme soit vue par un psychiatre, c'est possible, mais uniquement si MSF trouve un psychiatre externe prêt à assurer cette consultation et que MSF en supporte le coût.

Nous trouvons un psychiatre qui accepte de voir X sans être payé. Une consultation est organisée le jour 22.

Jour 22

Le matin, nous recevons un coup de téléphone du frère de X. Il a appris qu'un vol est réservé le jour suivant. Nous prenons contact avec le centre : ni le médecin attaché au centre, ni le psychologue ne sont au courant de cette décision. Le médecin attaché au centre est fâché et estime que l'Office des Etrangers aurait au moins dû attendre l'avis du psychiatre, par simple respect collégial. Le psychologue du centre déclare que les informations communiquées à l'Office des Etrangers mentionnent qu'elle avait un rendez-vous avec un spécialiste, mais que cette mention n'est pas suspensive. Dans l'urgence, toutes les parties sont mobilisées : le médecin attaché au centre ne signe pas le 'fit-to-fly', l'avocat est informé, après la consultation, le psychiatre prend contact par téléphone avec nous et le service médical du centre. Le psychiatre estime que cette femme se trouve dans un état

psychiatrique grave et estime qu'il est impossible pour l'instant qu'elle soit refoulée. Le vol n'a pas lieu.

Une semaine plus tard, X revient en consultation chez le psychiatre externe. Voici le contenu de la deuxième attestation médicale :

"L'intéressée est venue à une deuxième consultation. Malgré le traitement instauré, son angoisse est encore fort marquée. Cette angoisse s'inscrit dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique grave mais est déclenché et maintenu par les circonstances dans lesquelles se trouve la patiente. Un transfert vers un environnement plus sûr, éventuellement un centre d'accueil à plus petite échelle sans surveillance, est souhaitable d'urgence pour que le traitement puisse avoir un sens." Soudainement, la directrice adjointe psychologue s'avère autorisée à demander une contre-expertise au psychologue conseil. Lorsque MSF met cette compétence en question, nous recevons pour réponse : le médecin attaché au centre et moi-même ne sommes pas d'accord avec le diagnostic du psychiatre et voulons donc une contre-expertise.

Jour 36

X est vue par le psychologue conseil.

Jour 41

Le psychiatre externe nous contacte : X ne s'est pas rendue à la consultation. Il ressort d'un contact avec le centre fermé qu'en raison d'une erreur interne de communication, la consultation chez le psychiatre n'a pas eu lieu. Le médecin du centre fermé nous communique que pendant le week-end, X a dû être emmenée aux urgences, mais qu'aucun problème grave n'a été constaté.

Jour 45

Le rapport du psychologue conseil est disponible, en voici un résumé :

'Difficultés de l'examen : la cliente ne répond pas aux questions, tentative consciente d'influencer la demande d'asile, il est possible que le tableau clinique spectaculaire soit dû à une personnalité fortement névrotique. Il est possible que la patiente ne puisse pas réagir autrement en raison d'un trouble de la personnalité prémorbide. Très bonnes capacités cognitives.

Conseils thérapeutiques :

- Il se peut que ce tableau clinique pathologique soit utilisé pour obtenir une autorisation de séjour.
- Le traitement a peu de chance de réussir aussi longtemps que la personne ne pourra pas résider en Belgique de manière permanente.
- Possibilité que cette pathologie spectaculaire diminue spontanément et rapidement'.

Le même jour, nous recevons un coup de téléphone du psychiatre externe : l'expert conseil ne se sent pas certain de son rapport – qu'il a déjà toutefois envoyé – et demande une concertation avec le psychiatre externe.

Le même jour, le psychologue de MSF se rend au centre fermé. Là, il s'avère qu'un vol est déjà réservé pour X le jour ouvrable suivant. En concertation, le médecin attaché au centre confirme que les symptômes psychotiques ne constituent pas une contre-indication au 'fit-to-fly'.

A ce moment, ni le directeur, ni la directrice adjointe psychologue ne se trouvent au centre. Finalement, avec l'aide d'un autre membre de la direction, nous arrivons à téléphoner à un des responsables de la Cellule coordination générale et contrôle.

Nous expliquons la situation et nous demandons d'au moins suspendre le vol jusqu'à ce que le psychologue conseil et le psychiatre externe soient arrivés à un accord. Le responsable de la Cellule coordination générale et contrôle nous dit que ce vol n'aura pas lieu. Il n'a en effet pas encore été clairement défini ce qui se passe exactement. Etant donné qu'on est vendredi soir et que le vol est prévu le lundi matin, nous informons plusieurs membres du personnel du centre de l'annulation du vol pour éviter que X ne soit malgré tout mise dans un avion le lundi matin.

Le vendredi soir, vers huit heures, nous recevons encore un coup de téléphone du responsable de la Cellule coordination générale et contrôle qui nous communique que X a été libérée avec un OQT⁷⁴ de 30 jours, prolongeable pour raisons médicales. X se trouve encore physiquement au centre jusqu'à ce qu'une autre solution soit trouvée et il est également demandé à MSF si l'organisation peut proposer une solution.

Vers 20h, le psychologue de MSF contacte le frère de X en lui demandant s'ils ont de la famille ou des amis en Belgique qui pourraient héberger sa sœur et la soigner pendant un certain temps.

Jour 48

MSF informe aussi bien le psychiatre externe que l'avocat de la situation. Le psychiatre se déclare d'accord avec le suivi ambulatoire de X, son admission dans un hôpital ne semble pas une bonne solution en raison de ses symptômes d'angoisse et obtenir une place dans une institution psychiatrique pour une longue durée ne peut pas se faire aussi rapidement.

Jour 49

MSF envoie un fax avec l'adresse à laquelle X peut séjourner à la Cellule coordination générale et contrôle de l'Office des Etrangers.

Jour 50

Le psychologue de MSF se rend au centre fermé. Pour des raisons pratiques – la patiente concernée n'a encore jamais été en Belgique et se trouve dans un état mental qui ne lui permet absolument pas de prendre seule des transports en public – il est demandé si X – qui a déjà été libérée sur le plan administratif le vendredi soir – peut retourner au centre de Bruxelles dans la voiture de MSF, où on viendra la chercher. Dans le cadre de la procédure administrative, l'inspection des douanes doit encore signer un formulaire, ce n'est donc pas possible.

Jour 51

MSF est contacté par un assistant social du centre qui lui dit que X a été libérée vers 16h30 – qu'elle doit d'abord être emmenée par la police à l'aéroport – et que nous devons ensuite aller la chercher.

Nous rencontrons X au centre. Elle est dans un tel état psychique qu'elle ne semble pas se rendre compte de ce qui lui arrive et semble très angoissée par la situation. Elle a reçu suffisamment de médicaments et son dossier médical. Elle est finalement libérée.

⁷⁴ Ordre de quitter le territoire.

B. Principaux diagnostics médicaux et psychiques

MSF a vu 167 personnes et posé 112 diagnostics médicaux⁷⁵. Les principales catégories de diagnostics ont été : maladies infectieuses, gynécologie-traumatologie-rhumatologie et autres. Voici un rapport détaillé des principaux diagnostics.

Tableau 1 : Diagnostic psychique

DIAGNOSTIC PSYCHIQUE	Nombre	Remarques
Stress chronique	33	
Stress associé à des troubles du sommeil	18	
PTSD	15	dont 3 diagnostics provisoires
Dépression	9	dont 1 avec admission psychiatrique
Trouble psychotique	5	
Trouble d'anxiété	5	
Problématique de suicide	5	dont 1 avec admission psychiatrique
Débilité mentale	4	
Trouble de l'adaptation	3	
Trouble développemental avec éléments autistes	2	
Trouble de la personnalité	2	
Schizophrénie avec psychose paranoïde	1	
Trouble cognitif	1	démence due à la maladie de Parkinson
Autres	6	automutilation, deuil, agression, énurésie, cauchemars
TOTAL	109	

Un psychologue a posé un diagnostic psychique chez 109 personnes (65 %) et chez 46 (28 %) d'entre eux un double diagnostic psychique.

⁷⁵ Le reste des dossiers ne concernait qu'une problématique psychique (45 dossiers) ou n'a pas mené à un diagnostic (8 dossiers).

Tableau 2 : Diagnostics médicaux

Diagnostics	Nombre
Cardiovasculaire	9
Endocrinologie	8 dont 7 diabètes
Gastro-entérologie	8
Maladies infectieuses	15 dont 9 VIH/SIDA
NGO-Broncho-pulmonaire	2
Gynécologie	15 dont 10 grossesses
Neurologie	9
Dermatologie	1
Chirurgie	1
Orthopédie-Traumatologie- Rhumatologie	18 dont 6 coups et blessures
Ophthalmologie	2
Stomatologie	3
Autres	21 dont 11 grèves de la faim
TOTAL	112

C. Bref rappel historique de la création des centres fermés

La récession économique et l'augmentation du chômage ont entraîné l'arrêt officiel de l'immigration depuis 1974, les seuls étrangers autorisés au séjour sont ceux concernés par le regroupement familial, les études et l'asile.

L'asile devient la porte principale d'entrée en même temps que la préoccupation majeure des autorités belges et européennes. A partir des années 80, la politique d'asile devient de plus en plus restrictive dans un contexte de lutte contre l'immigration illégale. Jusqu'à cette période, les personnes non autorisées au séjour en Belgique se voyaient délivrer un ordre de quitter le territoire qu'elles étaient censées exécuter d'elles-mêmes.

En 1987, réforme de la procédure d'asile et suppression de l'accès automatique au territoire pour les candidats réfugiés. Ceux-ci doivent d'abord être admis au territoire par l'OE avant de voir examiner leur demande d'asile. C'est le premier pas vers les centres fermés.

C'est en 1988 que la Belgique crée son premier centre fermé qui est le Centre de Transit 127 situé sur le territoire de l'aéroport militaire de Melsbroek.

Au départ ce centre était destiné à héberger les personnes se déclarant réfugiées aux frontières portuaires et aéroportuaires en attendant que leur demande d'asile soit déclaré recevable ce qui leur permet d'accéder au territoire.

En 1991 : ajout à la loi de 1980 un titre intitulé «dispositions particulières relatives à certains étrangers qui se trouvent à la frontière ». Ce texte légalise l'enfermement en cours depuis 1988.

En 1993 : la naissance officielle des centres fermés. La détention ne concernera plus uniquement les demandeurs d'asile à la frontière mais également les étrangers et demandeurs d'asile entrés ou séjournant irrégulièrement dans le pays.

Avec le temps, la population des centres fermés se diversifie. D'autres catégories d'étrangers sont maintenues en détention.

1. Les centres fermés en général

1.1. Définition centre fermé

Il existe parfois au sein de l'opinion publique une confusion entre les centres fermés et ouverts. Les **centres ouverts** sont les différentes structures d'accueil qui ont comme but de proposer une aide matérielle sous forme d'hébergement, de suivi médical et social, principalement à des demandeurs d'asile mais également à des familles avec enfants en séjour illégal. Plusieurs personnes ont été hébergées dans une structure ouverte avant de se retrouver dans un centre fermé. Il arrive également qu'une personne soit libérée d'un centre fermé pour raisons médicales et qu'elle soit prise en charge par une structure d'accueil ouverte⁷⁶.

⁷⁶ Voir : www.fedasil.be

1.2. Objectif des centres fermés

"L'objectif des centres fermés est le traitement humain et respectueux des étrangers qui sont retenus en vue de leur éventuel éloignement du territoire".⁷⁷

Seules, les personnes non autorisées au séjour et qui sont effectivement éloignables peuvent être maintenues dans ces endroits. Le contrôle du respect de ce principe est une des missions que se donne le Centre Pour l'Égalité des Chances et de Lutte Contre le Racisme⁷⁸. Les centres fermés ne peuvent être un outil de contrôle de l'immigration.

1.3. Population

La population des centres fermés peut être scindée en deux grands groupes : les demandeurs d'asile et les personnes sans papiers.

Les demandeurs d'asile qui sont arrivés par les frontières portuaires et aéroportuaires.

Ces personnes ne disposent généralement pas d'un passeport et ou d'un visa valable pour accéder au territoire. Elles n'ont pas d'autre choix que de faire leur demande d'asile auprès de la police des frontières avant d'être emmenées vers un centre fermé. La recevabilité de la demande d'asile signifie l'autorisation d'accéder au territoire belge. Une décision négative entraîne un retour vers le pays de provenance. Certaines de ces personnes débarquent d'un avion, restent en centre fermé le temps de la procédure d'asile et se font rembarquer.

Les demandeurs d'asile arrivés par voie terrestre dont la demande est déclarée irrecevable.

Il s'agit généralement de personnes ayant fait une deuxième ou troisième demande d'asile et de personnes dont la demande est supposée non fondée. (Le pays d'origine est un des critères retenus lors de la prise de décision) L'OE considère que la procédure d'asile peut être poursuivie en centre fermé. En cas de réponse positive les personnes sont autorisées au séjour provisoire. Par contre en cas de réponse négative, l'OE procède à l'éloignement des personnes.

Les personnes qui ont fait une demande d'asile en Belgique et pour laquelle la Belgique ne se déclare pas compétente sur base des accords de Dublin.

La demande d'asile se fait dans la plupart des cas à l'intérieur du pays. Les intéressés doivent se présenter régulièrement à des convocations de l'OE, qui à un certain moment peut décider de procéder à leur enfermement jusqu'au jour où les personnes sont expulsées vers le pays compétent pour traiter le dossier. Il se peut que les personnes soient encore en procédure d'asile dans ce pays mais il est également possible qu'elles en soient déboutées. Elles sont généralement très réticentes à rejoindre le pays en question, soit parce qu'elles craignent une expulsion vers le pays d'origine, ou parce que l'accueil y est moins bien organisé, soit parce qu'elles ont un lien avec la Belgique (famille, amis,...).

⁷⁷ Rapport d'activité 2005 de l'Office des Etrangers, p. 96.

⁷⁸ Voir www.diversiteit.be

Les personnes sans papiers et donc sans autorisation de séjour.

Victimes d'un contrôle d'identité sur la voie publique et/ou dans une situation de travail au noir, les personnes sont généralement arrêtées, se voient délivrer un OQT avant d'être renvoyées dans un centre fermé dans le but d'organiser leur éloignement le plus rapidement possible.

Jusqu'en 2002, les étrangers en séjour illégal pouvaient être détenus dans les prisons pour raisons administratives. Suite à un changement de loi en 2002 cette situation n'est plus possible.

Les personnes sans autorisation de séjour ayant purgé une peine de prison.

Après avoir commis un délit pour lequel une peine de prison a été purgée, des ex-prisonniers sont directement transférés d'une prison vers les centres fermés en attendant leur éloignement du territoire belge. Bon nombre de ces personnes se trouvent dans les centres fermés de Bruges et de Merksplas mais pas exclusivement.

Les personnes qui tentent d'accéder au territoire belge sans y être autorisées.

Lorsque les documents de voyage ne sont pas en ordre, ou parce qu'il y a un manque de moyens financiers ou encore parce que la police des frontières considère que le but du voyage des personnes n'est pas clair, une décision de refoulement est prise à l'aéroport même.

Ces personnes sont maintenues au Centre INAD en attendant leur refoulement vers le pays de provenance.

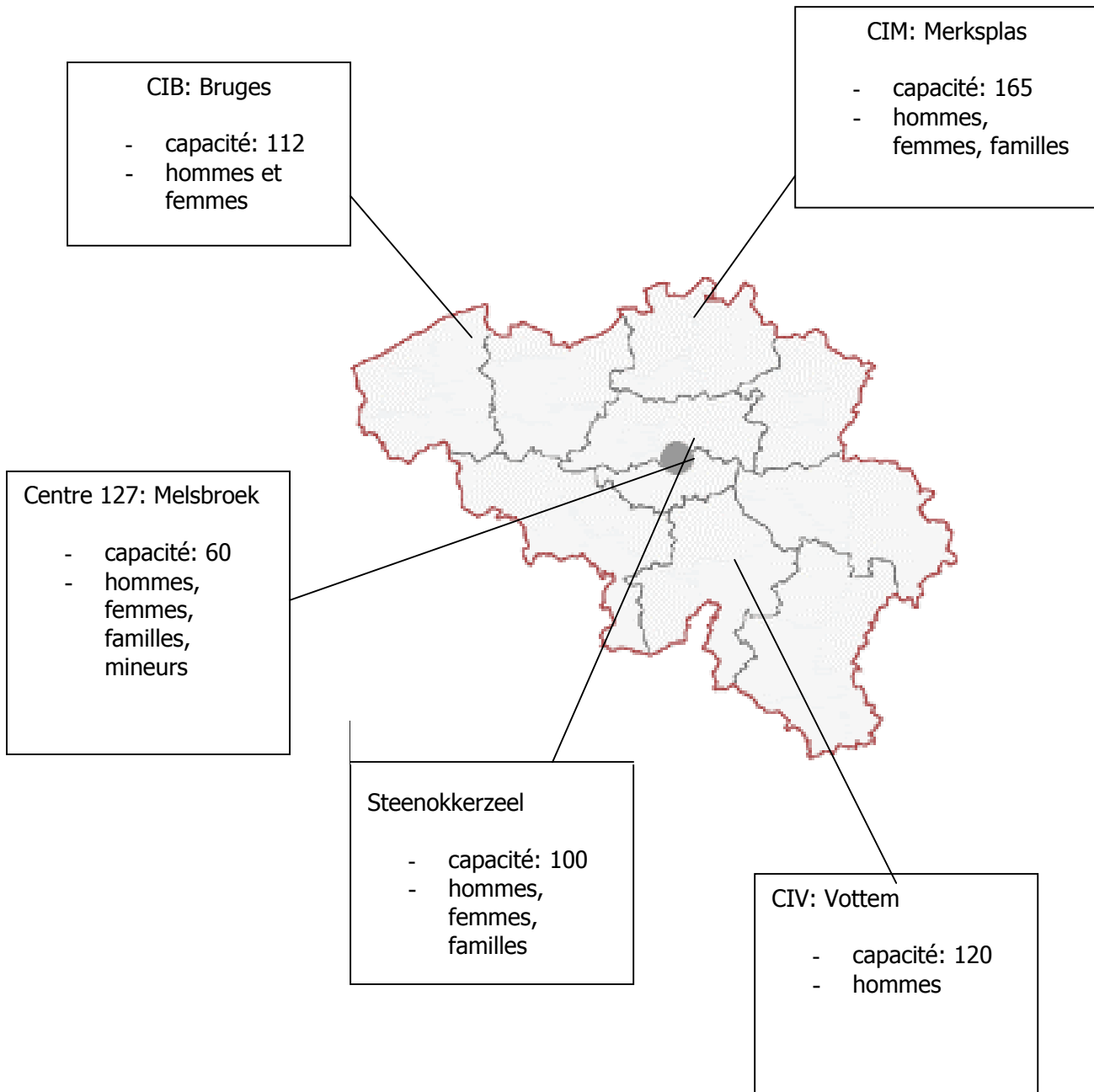
1.4. Durée du séjour

Dans la loi de 15/12/1980 il est indiqué que l'étranger ne peut être détenu que pendant la durée 'stricte nécessaire à l'exécution de la mesure d'expulsion'. Le texte de loi précise que la durée de la détention est limitée à cinq mois. Toutefois si le Ministre évoque un problème d'ordre public la détention peut aller jusqu'à huit mois.

Si la personne refuse son rapatriement, une nouvelle décision d'enfermement peut être prise qui n'est pas considérée comme une prolongation. Dans ce cas, les compteurs sont remis à zéro, ce qui signifie en pratique une durée d'enfermement indéterminée.

5 % des personnes détenues visitées par MSF l'étaient depuis plus de 150 jours.

2. Centres fermés en Belgique⁷⁹



⁷⁹ Les informations concernant la capacité ont été obtenues via le site Web de l'Office des Etrangers http://www.dofi.fgov.be/index_1024.htm le 13/06/2006. Au moment de la publication de ce rapport, cette information avait été supprimée du site, mais des changements ont peut-être eu lieu depuis au niveau de la capacité. Les chiffres reflètent toutefois la capacité actuelle.

D. Bibliographie : autres documents sur les centres fermés

Pour éviter de répéter des informations déjà clairement reprises ailleurs, nous préférons fournir au lecteur qui souhaite en savoir plus sur les centres fermés une série de documents :

- L'AR du 12/09/2002
www.staatsbladclip.be/wetten/2002/09/12/wet-2002000655.html
- Le site Web de l'Office des Etrangers
<http://www.dofi.fgov.be/>
- Etat des lieux. Centres fermés. www.cire.irisnet.be. La situation des centres fermés pour étrangers. Rapport 2006.
www.vluchtelingenwerk.be;
- L'arbitraire de l'enfermement en centre fermé. Rapport 2003.
www.cire.irisnet.be
- Le site Web du Jesuit Refugee Service: <http://www.detention-in-europe.org/>
- Alternatives to immigration detention of families and children. Rapport 2006.
http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/no_place_for_child_full.pdf
- Situation des mineurs en détention en Grande-Bretagne, en Belgique, en Espagne, en France, en Italie et aux Pays-Bas
<http://www.nominorsindetention.org>

E. Interventions de MSF en chiffres

Tableau 1 : Nationalités

Nationalité			
Albanie	4	Macédoine	1
Algérie	7	Maroc	10
Angola	2	Mongolie	1
Arménie	9	Nigéria	4
Azerbaïdjan	1	Ukraine	2
Bolivie	1	Pakistan	2
Bosnie-Herzégovine	2	RDC	18
Brésil	1	Roumanie	7
Bulgarie	2	Russie	4
Colombie	1	Rwanda	3
Congo Brazzaville	1	Sénégal	3
Equateur	1	Serbie/Monténégro	9
Gabon	1	Sierra Leone	1
Géorgie	3	Slovaquie	2
Ghana	1	Soudan	1
Guinée	7	Somalie	2
Inde	2	Syrie	1
Irak	4	Tchéchénie	10
Côte d'Ivoire	6	Togo	3
Cameroun	9	Tunisie	1
Kenya	1	Turquie	4
Kosovo	8	Etats-Unis	1
Liban	1	Inconnu	1
Libye	1		

Tableau 2 : Centres visités

Centre	Nombre
127 bis	68
CIMerksplas	16
CIBrugge	15
CIVottem	13
127	12
Autres	43
TOTAL	167

Tableau 3 : Age

Age	Nombre
<1	3
1-5	8
>5-18	13
>18-55	97
>55	4
Inconnu	42
Total	167

Tableau 4 : Sexe

Sexe	
M	91
F	76
TOTAL	167

Tableau 5 : Nombre de consultations par détenu

Nombre de consultations par détenu	
0	46
1	84
2	16
3 ou plus	21
TOTAL	167

Tableau 6 : Demandes de visites

Demande	
Avocat	11
BCHV	3
Médecin attaché au centre	11
Centre fermé	3
Famille	1
Connaissance	4
Codétenu	4
MSF	16
ONG	97
La personne directement	13
La personne directement + ONG	1
UDEP	1
TOTAL	167

Tableau 7 : Contact avec des avocats

Contact avocats	
oui	101
non	65
inconnu	1

Tableau 8 : Séjour en famille/isolé

Famille	
isolé	famille
101	66

Tableau 9 : Arrivée en Belgique

Arrivée en Belgique (en années)	
<1	47
1--3	24
>3--6	32
>6--10	11
>10	6
inconnu	47

TOTAL 167

Tableau 10 : Circonstances de l'arrestation

Circonstances de l'arrestation	
à l'arrivée en Belgique	15
Office des Etrangers	24
prison	4
centre ouvert	11
lieu public	26
lieu public : occupation d'église	18
bureau de police	2
à domicile	14
inconnu	53
TOTAL	167

Tableau 11 : Procédure

Procédure	Nombre
Plus de procédure	38
Demandeur d'asile (Dublin, Conseil d'Etat, ...) ⁸⁰	82
Art. 9,3 ⁸¹	21
Art. 9,3 raisons médicales	6
Inconnu	20
TOTAL	167

Tableau 12 : Dossiers de la convention de Dublin par pays

Dossiers de la convention de Dublin par pays	
Chypre	1
Pays-Bas	2
Allemagne	4
Grèce	2
France	1
Pologne	10
Portugal	1
Autriche	3
Espagne	1
Tchéquie	2
TOTAL	27

Tableau 13 : Durée de l'enfermement

Durée de l'enfermement	de	Nombre
<2 jours		0
3 - 10 jours		7
10 - 30 jours		22
1 mois - 2 mois		37
2 mois - 4 mois		50
4 mois - 5 mois		9
> 5 mois		9
inconnu		33
TOTAL		167

⁸⁰ Nous avons traité 27 dossiers dans le cadre de la convention de Dublin.

⁸¹ Art 9,3 : dossier de régularisation.

A titre de comparaison :

Tableau 14 : Durée de séjour moyenne en jours par centre selon l'Office des Etrangers⁸² :

Centre	Durée du séjour
127	10,83
127bis	17,72
CIB	39,08
CIM	45,08
CIV	41,12

Tableau 15 : Raisons de clôture du dossier par MSF

Fin du dossier	
inconnu	18
Dublin	16
encore au centre	7
échappé	2
rapatriement	34
transfert en prison	1
transfert vers un centre ouvert	1
départ avec IOM	3
départ avec IOM uniquement l'homme, pas le reste de la famille	1
libre	84
libre avec demande d'asile recevable	20
libre par décision de la Chambre du Conseil	2
libre avec ordre de quitter le territoire de 30 jours	3
libre avec ordre de quitter le territoire de 5 jours	15
libre avec ordre de quitter le territoire de 8 mois	1
libre avec ordre de quitter le territoire de durée inconnue	13
libre déclaré mineur	1
libre pour raisons médicales	10
libre pour raisons inconnues	14
libre sans plus	5
TOTAL	167

⁸² Rapport annuel 2005 de l'Office des Etrangers, p. 99. Il est à noter qu'il est possible qu'un même détenu séjournait dans plusieurs centres fermés et que les chiffres de l'Office des Etrangers ne reflètent donc pas la durée totale d'enfermement par personne.

Tableau 16 : Nombre de rapatriements par pays

Rapatriements par pays	34
Albanie	1
Angola	1
Arménie	3
Bolivie	1
Bosnie	1
Brésil	1
Bulgarie	1
RDC	3
Egypte	1
Géorgie	1
Guinée Conakry	1
Côte d'Ivoire	1
Kenya	1
Liban	1
Macédoine	1
Maroc	2
Monténégro	1
Nigéria	1
Ukraine	1
Roumanie	2
Rwanda	1
Serbie	3
Slovaquie	1
Etats-Unis	1
Destination inconnue	2
TOTAL	34

Tableau 17 : Grossesses : risque et durée

Nombre de mois de grossesse	Grossesse à risque	Déroulement	Durée de la détention (en jours)
5	Inconnu	Refoulement	Inconnu
7	Inconnu	Inconnu	Inconnu
6	Oui, douleur abdominale et hémorragie	Libre, ordre de quitter le territoire	94
7	non	Inconnu	Inconnu
> 4	Oui, cerclage prévu	Inconnu	Inconnu
3	non	Refoulement	21
2	non	Dublin	46
2	Oui, déjà 2 fausses couches	Libre, déclaré recevable	30
2	Oui, perte de sang	Libre, raisons inconnues	41
4	Oui, 1 fœtus perdu dans une grossesse gémellaire	Libre, ordre de quitter le territoire dans les 8 mois	35

Tableau 18 : Enfants dans les centres fermés

Diagnostic psychique	Nombre	Age	Durée de la détention
Stress	4	2-16 ans	Entre 72 et 120 jours
Trouble de l'adaptation	2	1-11 ans	Entre 15 et 60 jours
Trouble développemental	2	3-5 ans	Entre 93 et 105 jours
Trouble du développement avec symptômes autistes	2	5-16 ans	Entre 22 et 120 jours
Enurésie	6	5-14 ans	Entre 40 et 109 jours
Tentative de suicide	1	17 ans	167 jours
Psychose	1	17 ans	167 jours
Trouble anxio-dépressif	1	1 an	15 jours
Retard mental	3	1-16 ans	Inconnu
PTSD	4	13-14 ans	Entre 34 et 93 jours
DP PTSD	1	17	167 jours
Déficience émotionnelle	1	3 ans	34 jours
Pas de diagnostic ⁸³	6	X	X

Tableau 19 : Problèmes psychiques liés à un traumatisme avant la détention

Diagnostic	Nombre
Tentative de suicide / PTSD	1
Trouble d'anxiété / stress chronique	1
Trouble d'anxiété / trouble d'adaptation	1
Anxio-dépressif	1
Stress chronique	32
Dépression liée à un traumatisme	4
Stress lié à un traumatisme	1
Trouble de la personnalité lié à un traumatisme	3
Psychose liée à un traumatisme	3
Psychose avec diagnostic provisoire de PTSD et de tentative de suicide	1
PTSD	12
DP ⁸⁴ PTSD	3
Tendance suicidaire liée à un traumatisme	3
TOTAL	66

⁸³ Pas de diagnostic psychique. Pour ces 6 enfants, seul un diagnostic médical a été posé.

⁸⁴ Diagnostic provisoire : selon le manuel DSM-IV, ce diagnostic est posé lorsque des raisons fondées font supposer qu'il sera finalement satisfait à tous les critères d'un trouble, mais qu'on ne dispose pas de suffisamment de données pour poser le diagnostic en tant que tel.