

suivi. Ils alertent sur la place importante probable des violences dans le couple au sein de l'ensemble des violences sexuelles perpétrées, confirmant à cet égard les résultats mis en évidence dans la dernière décennie par les enquêtes statistiques menées en population générale. L'intérêt et la faisabilité d'une intervention addictologique brève chez les victimes de violences sexuelles restent à préciser.

Références

[1] Jaspard M, Brown F, Condon S, Fougereyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris : La Documentation Française, 2003.

[2] Bajos N, Bozon M, Prudhomme A. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. In : Enquête sur la sexualité en France. Bajos N, Bozon M (dir). Paris : La Découverte, 2008:381-407.

[3] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Bulletin pour l'année 2009. Criminalité et délinquance enregistrées en 2009. Paris, 2010.

[4] Danet S, Olier L (dir). La santé des femmes en France. Paris : La Documentation Française, 2009.

[5] Observatoire national de la délinquance. Les résultats de l'enquête de victimation 2007 : les victimes de vio-

lences physiques et de violences sexuelles en 2005 et 2006. In : Rapport annuel 2007:29-61.

[6] Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:125-30.

[7] Saint-Martin P, Bouyssi M, Jacquet A, O'Byrne P. Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007;36:588-94.

[8] Darvez-Bornoz JM, Pierre F, Lépine JP, Degiovanni A, Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;77:71-5.

[9] Chariot P, Rey C, Werson P. Pitfalls in the diagnosis of child sexual abuse. *J Clin Forensic Med.* 1999;6:35-8.

[10] Tedlaouti M, Boraud C, Benmakroha S, Addouche M, Boughida A, Chariot P. L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006. *Bull Épidemiol Hebd.* 2008;1(9):160-4.

[11] Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Can J Psychiatry.* 2003;48(1):56-61.

[12] Bolognini M, Bettschart, Zehnder-Gubler M, Rossier L. The validity of the French Version of the GHQ-28 and PSYDIS in a community sample of 20 year olds in Switzerland. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci.* 1989;238(3):161-8.

[13] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. Circulaire interministérielle N°DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

[14] Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000;35(4):358-62.

[15] Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schultz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* 2010;124(3):227-35.

[16] Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. *Actualité Juridique-Pénal (Daloz).* 2006;7-8:300-3.

[17] Moncrieff J, Farmer R. Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol Alcoholism.* 1998;33(6):592-601.

[18] Acierno R, Resnick HS, Flood A, Holmes M. An acute post-rape intervention to prevent substance use and abuse. *Addict Behav.* 2003;28(3):1701-15.

[19] Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-29.

Étrangers placés en rétention administrative : constats médicaux, approche sanitaire et socio-économique. Bobigny (France), 2008-2009

Cyril Boraud¹, Catherine Dang¹, Alain Brouard¹, Manuela Durigon¹, Julie Durieux¹, Patrick Chariot^{1,2} (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)

1/ Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP), Bondy, France

2/ Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Paris 13, Bobigny, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les centres de rétention administrative (CRA) reçoivent les étrangers en situation irrégulière en attente d'une décision concernant leur maintien ou leur éloignement du territoire. Cette étude avait pour but d'évaluer la santé des personnes retenues.

Méthodes – Recueil systématique prospectif sur une année (24/09/2008-23/09/2009) de données sanitaires auprès des personnes retenues au centre de Bobigny (Seine-Saint-Denis), lors de leur examen médical. Entretien approfondi et questionnaire standardisé chez 100 personnes.

Résultats – 1 733 personnes sur 2 072 (83%) ont été examinées (âge médian : 31 ans). Sur les 100 personnes soumises au questionnaire et à l'entretien, seules 37 (37%) percevaient leur état de santé physique et psychique comme bon. Parmi 1 675 personnes, 991 (59%) n'ont mentionné aucun antécédent, 485 patients (29%) avaient des antécédents médicaux et 288 (17%) des antécédents chirurgicaux. La prescription de traitements a concerné surtout des antalgiques (2 550 consultations sur 6 154, 41%), des hypnotiques (1 238, 20%) et des anxiolytiques (858, 14%). Cinq cas d'hypertension artérielle et 4 cas de diabète ont été découverts.

Conclusion – La fréquence de symptômes multiples, l'anxiété et les troubles du sommeil peuvent témoigner du caractère anxiogène du placement en rétention et de l'inquiétude liée à une expulsion, ou d'un état préexistant lié à la précarité sociale.

Migrants under administrative detention: medical data and socioeconomic perspective. Bobigny (France), 2008-2009

Introduction – Undocumented migrants can be detained under administrative detention in France until the administrative court has stated about a decision of forced return to the boarder. The present study described health characteristics of persons under administrative detention.

Methods – Prospective study over one year (24/9/2008 – 23/9/2009) in persons detained in Bobigny (Seine-Saint-Denis, France), at the time of their medical examinations. We also conducted a detailed interview in a sample of 100 persons.

Results – 1,733 persons out of 2,072 (83%, median age: 31) were examined. Of 100 interviewed persons, only 37 (37%) considered their health state as good. 991 of 1,675 patients (59%) did not mention any medical history, 485 patients (29%) had medical problems and 288 (17%) had past surgery or ongoing surgical problems. Prescribed medications mainly included analgesics (2,550 of 6,154 examinations, 41%), sleeping pills (1,238, 20%), and tranquilizers (858, 14%). Five cases of arterial hypertension and 4 cases of diabetes mellitus were discovered.

Conclusion – The frequent finding of multiple symptoms, anxiety and sleep disorders in examined persons can be related to psychological distress induced by arrest and administrative detention or to a preexisting state, that could be related to social precariousness.

Mots clés / Keywords

Rétention administrative, immigration, étrangers, migrants, médecine légale / Administrative detention, immigration, foreigners, migrants, forensic medicine

Introduction

Le séjour irrégulier en France est réprimé par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Ces dernières années, les réformes et directives gouvernementales françaises et euro-

péennes ont intensifié les moyens de lutte contre l'immigration irrégulière, et des ONG et des professionnels de santé ont attiré l'attention sur l'accès et le droit aux soins des étrangers qui semblent de plus en plus restrictifs [1,2].

Les centres de rétention administrative (CRA) reçoivent les étrangers en situation irrégulière en attente d'une décision administrative concernant leur autorisation de maintien ou leur éloignement du territoire. En 2008, 35 000 personnes ont été retenues

dans les 22 CRA de France métropolitaine, pour une durée maximale légale de 32 jours [3]. Le taux d'exécution des mesures d'éloignement forcé était de 19,4% [4].

Le centre de Bobigny (Seine-Saint-Denis), ouvert en 2003, a une capacité de 55 places, pour des hommes âgés de plus de 18 ans. Il est rattaché à la Direction de la police aux frontières (Police nationale). Son fonctionnement sanitaire est établi par convention entre la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (Ddass)¹ et l'hôpital Jean-Verdier (Bondy). L'intervention médicale consiste en la venue quotidienne d'un médecin hospitalier et d'une infirmière, qui examinent les personnes en faisant la demande et, de façon systématique depuis septembre 2008, toutes les personnes à leur arrivée au centre. Une psychologue assure une permanence hebdomadaire. Le médecin peut signaler par écrit au médecin inspecteur de la Ddass l'existence de problèmes de santé susceptibles d'interdire l'éloignement du territoire français. En effet, le Ceseda (art. L313-11) accorde une protection contre une mesure d'éloignement aux étrangers malades « dont le défaut de prise en charge médicale pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

En l'absence de données disponibles, cette étude avait pour but de cerner les problèmes de santé des personnes placées en rétention administrative en s'appuyant sur les informations médicales recueillies en consultation, et d'avoir une représentation plus précise de leurs caractéristiques sanitaires et socio-économiques prenant en compte les circonstances de la rétention, leur situation sociale, leur contact avec le système de soins, dans la perspective d'une meilleure connaissance de la situation sanitaire des étrangers en situation irrégulière en France.

Méthodes

Les données administratives générales ont été obtenues auprès du chef de centre. Un recueil systématique prospectif pendant un an (24/09/2008-23/09/2009) a été réalisé auprès des personnes retenues au centre de Bobigny (Seine-Saint-Denis), lors de leur examen médical. Les antécédents médicaux, les doléances et demandes de soins, les traitements prescrits et l'intervention du médecin auprès du médecin inspecteur de santé publique sur les risques sanitaires d'une mesure d'éloignement du territoire français, ont été analysés.

Un questionnaire, adapté de la fiche de recueil de données épidémiologiques collectées à l'entrée en détention [5], relatif aux motifs et modes d'entrée sur le territoire, hébergement, environnement familial, revenus, couverture sociale et recours aux soins depuis l'arrivée en France, a été élaboré. Deux questions concernaient l'état de santé perçue, physique et psychique, chacun étant qualifiable de bon, moyen ou mauvais. Ce questionnaire a été administré de manière anonyme par deux médecins de l'unité médico-judiciaire à 100 personnes retenues, non sélectionnées mais volontaires pour répondre. Chaque questionnaire était administré individuellement lors d'un entretien unique en dehors de la consultation médicale, dans les limites des possibilités linguistiques (réponse en entretien singulier ou en présence d'un co-retenue servant d'interprète).

Un examen dentaire (inspection simple ou utilisation d'un miroir endobuccal) était réalisé à l'issue de l'entretien. Il a permis d'établir un indice carieux

(indice CAO, nombre total de dents cariées, absentes pour cause de caries, et obturées ou remplacées par des prothèses), rapporté au nombre de personnes examinées [6;7], reflet de l'état de santé bucco-dentaire.

Résultats

Sur l'ensemble des personnes examinées sur l'année de l'étude

Activité administrative et médicale

L'autorité administrative a comptabilisé 2 072 placements en rétention sur la période de l'étude (durée moyenne : 8,3 jours), 12% des personnes ayant été renvoyées dans leur pays d'origine à l'issue de la retenue.

Parmi ces 2 072 personnes, 1 733 (83%) ont été examinées au moins une fois. L'absence d'examen s'explique par une libération ou un transfert dans les premières 24 heures, ou par un refus d'examen exprimé par la personne.

Sur 1 654 personnes entrées à partir du premier jour de l'étude et sorties du centre avant la fin de l'étude, 740 (45%) n'ont vu le médecin que lors de la visite d'entrée. Les examens d'entrée, puis à la demande, représentaient 6 154 consultations, soit 17 par jour en moyenne. Le nombre médian de consultations était de 2 par patient (extrêmes : 1-29).

Caractéristiques épidémiologiques

Sur 1 708 dossiers médicaux dans lesquels la nationalité de la personne était précisée, 79 nationalités étaient répertoriées, dont 6 représentaient 50% des personnes retenues (Tunisie 11%, Algérie 9%,

Mali 9%, Égypte 8%, Maroc 8%, Chine 5%). L'âge médian était de 31 ans (extrêmes : 18-64, figure 1). La durée médiane de séjour en France était de quatre ans (extrêmes : un jour - 38 ans). Une difficulté de communication entre le patient et le médecin, liée à la langue, était mentionnée dans 482 dossiers sur 1 241 (39%).

Antécédents médicaux

Lors de la visite systématique d'entrée, 991 personnes sur 1 675 (59%) n'avaient mentionné aucun antécédent, 485 patients (29%) avaient rapporté des antécédents médicaux (figure 2) et 288 (17%) des antécédents chirurgicaux (figure 3). Pour les antécédents médicaux, 215 patients sur les 300 dossiers renseignés sur ce point (72%) avaient déjà consulté en France. Quarante vingt dix huit patients ayant rapporté des antécédents chirurgicaux (sur les 179 dossiers renseignés sur ce point, 50%) avaient déjà consulté ou été traités en France.

Pratiques addictives

Huit cent trente-huit personnes (51% des 1 628 dossiers exploitables) fumaient du tabac, 155 du cannabis (10%). Cinq cent quatre patients (31%) disaient consommer de l'alcool, dont 39 (8% des consommateurs d'alcool, 2% de l'ensemble des consultants) tous les jours. Vingt patients ont rapporté consommer de la cocaïne et 21 de l'héroïne. Soixante-six patients (4%) ont déclaré prendre des benzodiazépines au long cours, le plus souvent du clonazepam (Rivotril®) (44 ; 66% d'entre eux), acheté dans la rue (21 patients sur 29 interrogés sur ce point). Les polyconsommations déclarées sont présentées dans le tableau 1.

Figure 1 Âge des personnes retenues, Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Figure 1 Age of migrants under administrative detention, Bobigny, France, 2008-2009

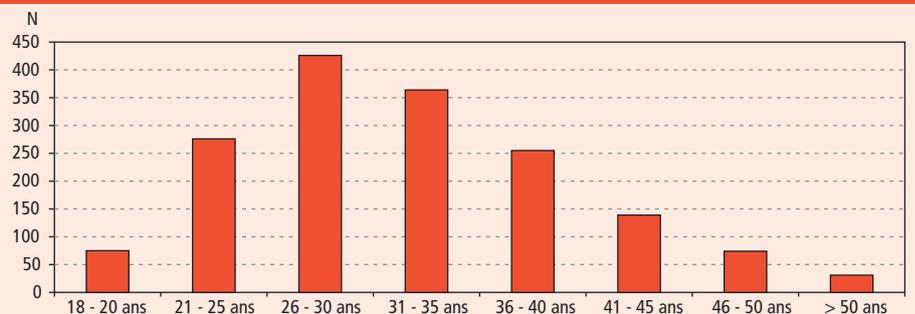
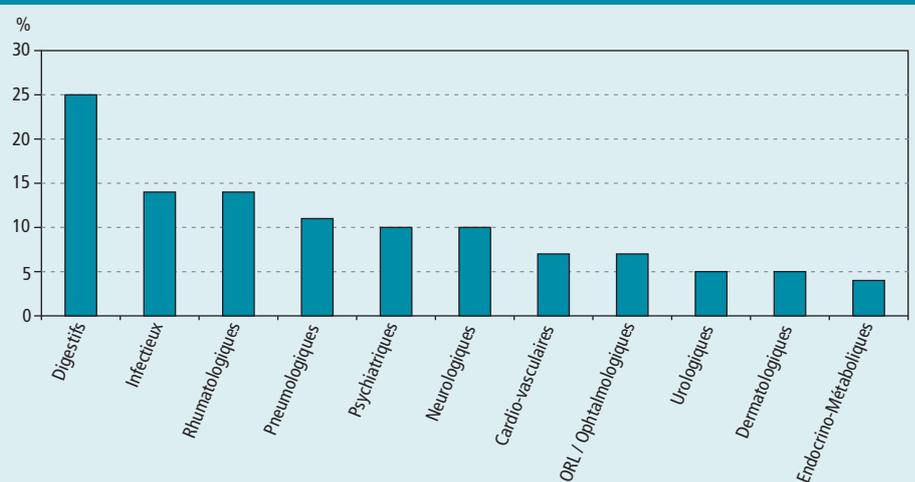


Figure 2 Antécédents médicaux des personnes retenues (485 dossiers renseignés), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Figure 2 Medical history of examined persons under administrative detention (485 documented files), Bobigny, France, 2008-2009



¹ Remplacées à partir de 2010 par les Délégations territoriales (DT) des Agences régionales de santé (ARS).

Figure 3 Antécédents chirurgicaux des personnes retenues (288 dossiers renseignés), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Figure 3 Surgical history of examined persons under administrative detention (288 documented files), Bobigny, France, 2008-2009

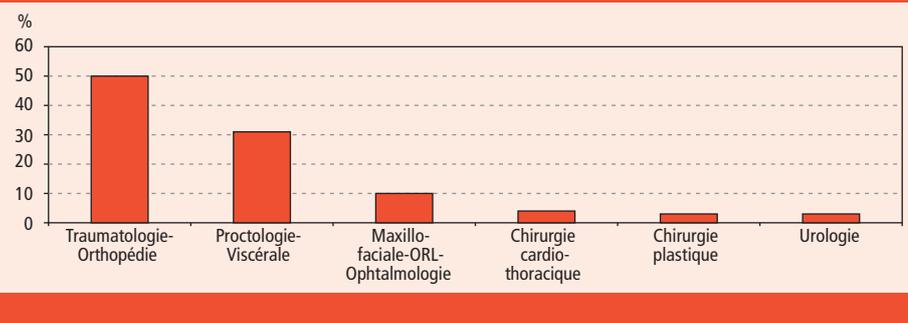


Tableau 1 Pratiques addictives déclarées : place des polyconsommations (1 612 dossiers exploitables), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Table 1 Addictive disorders of examined persons under administrative detention (1,612 documented files), Bobigny, France, 2008-2009

Consommation	Nombre	%
4 catégories de produits Alcool, tabac, drogues illicites, psychotropes	20	1
3 catégories de produits Alcool, tabac, drogues illicites	82	5
Alcool, tabac, psychotropes	15	1
2 catégories de produits Alcool, tabac	241	15
Tabac, drogues illicites	53	3
Tabac, psychotropes	13	1
1 catégorie de produits Alcool	140	9
Tabac	399	25
Psychotropes	8	0,5
Drogues illicites	0	0
Aucun produit	633	39
Autres consommations	8	0,5

Maintien sur le territoire pour raisons médicales

Compte tenu des antécédents et d'un suivi médical attesté en France, 18 courriers rédigés par le médecin du CRA ont été envoyés au médecin inspecteur de santé publique, interlocuteur direct des instances décisionnaires quant au retour de la personne dans son pays d'origine. Les 18 personnes ont été libérées et maintenues en France pour raisons médicales, selon les informations recueillies auprès du chef de centre.

Symptômes et traitement

Lors de la visite médicale systématique à l'entrée, 515 patients (31% des 1 654 dossiers médicaux) ne se plaignaient de rien.

– *Symptômes rapportés au cours du suivi médical*
Trois cent soixante-dix-sept patients (sur les 684 ayant rapporté des antécédents, soit 55%) ont présenté des symptômes ou fait des demandes en rapport avec leurs antécédents. Les patients ont exprimé des symptômes multiples, parfois très variables d'un examen à l'autre, dont les plus fréquents étaient les troubles du sommeil (422, soit 24% des 1 733 patients examinés), les céphalées (410 ; 24%) et les douleurs abdominales (226 ; 13%) (figure 4).

– Traitement instaurés

Parmi les personnes retenues, 393 personnes (23%) n'ont reçu aucun traitement. La prescription de traitements oraux concernait surtout des antalgiques (2 550 consultations sur 6 154 ; 41%), des hypnotiques, (1 238 ; 20%), des anxiolytiques (858 ; 14%), des inhibiteurs de la pompe

à protons (464 ; 8%), des antiallergiques (356 ; 6%) et des antispasmodiques (228 ; 4%).

Sur les 1 733 patients examinés, 33 (2%) ont reçu un traitement antihypertenseur, 13 un traitement de substitution aux opiacés (8 de la buprénorphine haut dosage et 5 de la méthadone), 57 (3%) une antibiothérapie, l'observance et la durée du traitement étant respectées dans 23 cas (42%).

Suivi médical

– Grève de la faim

Sur 1 733 personnes, 14 (1%) ont déclaré au médecin entamer une grève de la faim, dont 8 ont repris une alimentation avant leur sortie du centre.

– Transferts en urgence

À la demande du médecin, 84 patients (5%) ont été transférés vers une structure hospitalière d'urgences psychiatriques ou médico-chirurgicales. Treize patients (15% des transferts en urgence) n'ont jamais revu le médecin du centre.

– Consultations spécialisées

Compte tenu de la spécificité de symptômes rapportés par les personnes retenues ou de diagnostics établis par le médecin du CRA, des consultations spécialisées étaient programmées dans les hôpitaux avoisinants, selon la nécessité de matériels adaptés. Au total, 80 rendez-vous ont été programmés (5% des personnes retenues), en majorité pour extraction dentaire. Seule une personne sur deux s'est présentée aux consultations, les autres ayant été libérées avant. Quatre-vingt-sept personnes (5%) se sont entretenues avec la psychologue (132 consultations sur l'année), lors de sa consultation hebdomadaire au centre de rétention.

– Intérêt diagnostique

Cinq cas d'hypertension artérielle, 4 cas de diabète et un cas d'hyperthyroïdie ont été découverts. Quatre interventions chirurgicales à froid ont été programmées ; une seule a été réalisée avant la sortie du patient.

Sur les 100 personnes volontaires pour répondre au questionnaire

Caractéristiques socio-économiques

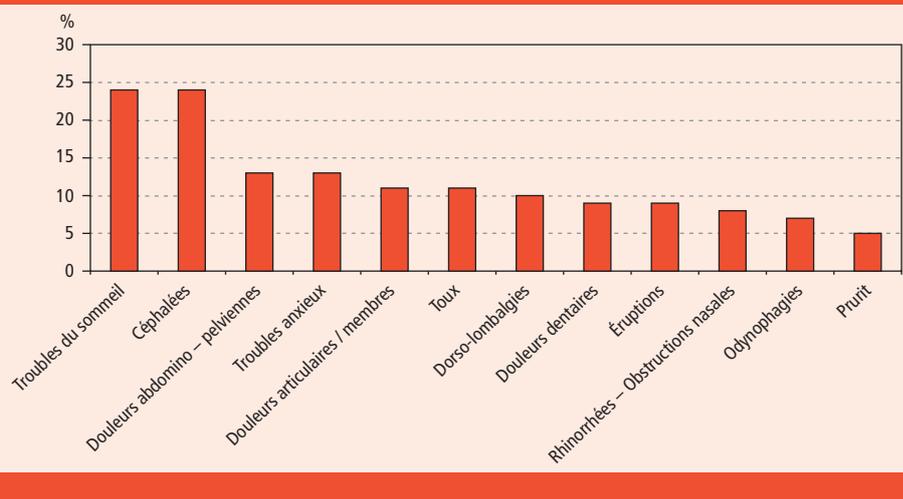
Sur les 100 personnes ayant répondu au questionnaire, 65 (65%) étaient placées en rétention pour la première fois. Soixante-six avaient quitté leur pays à la recherche d'un travail ou d'une meilleure qualité de vie, 15 fuyaient des conflits ou des menaces. Quarante personnes étaient entrées clandestinement en France, et 53 n'avaient entrepris aucune démarche administrative (demande d'asile ou titre de séjour). Ces personnes avaient été interpellées dans les transports en commun ou dans une gare (46%), lors d'un contrôle d'identité dans la rue (26%), lors d'un contrôle routier (10%), sur leur lieu de travail (7%). Presque toutes (94%) exerçaient une activité professionnelle en France, non déclarée pour les trois-quarts. 78% avaient pour seule source de revenu leur travail, 40% n'avaient aucune famille en France, 12% avaient un enfant en France.

Caractéristiques sanitaires

Sur les 100 personnes, seules 37 (37%) percevaient leur état de santé physique et psychique comme bon. Un mauvais état de santé était rapporté par 10% d'entre elles pour leur santé physique et par 16% pour leur santé psychique. Pour les personnes séjournant depuis plus de 3 mois en France (98 ; 98%), 52% déclaraient n'avoir aucune couverture médicale. Pour les autres, 9% cotisaient au régime général de la sécurité sociale et 39% avaient bénéficié de l'aide médicale d'État ou de la Couverture maladie universelle. Mais pour ces derniers, la validité en était expirée dans 42% des cas.

Quarante-huit pour cent avaient consulté un médecin en France dans l'année précédente, principalement un généraliste en ville (53%), ou aux urgences (38%). Un tiers des patients interrogés avaient renoncé à consulter un médecin malgré des problèmes de santé, souvent pour des raisons financières (57%), plus rarement par peur de l'interpellation (17%). Parmi ces 100 personnes, 62% obtenaient leurs médicaments régulièrement sur prescription médicale, 30% sur les conseils du pharmacien, 12% évoquaient une automédication.

Figure 4 Symptômes présentés par les personnes retenues (1 733 dossiers), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Figure 4 Medical symptoms of examined persons under administrative detention (1,733 documented files), Bobigny, France, 2008-2009



Pour les 82 personnes en France depuis au moins deux ans, 53 (65%) n'avaient pas consulté de dentiste ces deux dernières années, malgré une gêne bucco-dentaire pour 23 d'entre elles (43%). À l'examen dentaire, 65% présentaient au moins une dent cariée, 41% au moins une dent absente et 33% au moins une dent soignée ou remplacée. L'indice CAO global était de 3,95.

Discussion

Dans cette étude, nous avons recueilli des données médicales chez les 1 700 personnes examinées ainsi que, de manière anonyme chez 100 d'entre elles, des données socio-économiques et concernant le contexte du placement en rétention. Nous avons constaté la réticence des personnes retenues pour s'exprimer devant nous : le médecin du centre est en effet parfois perçu comme « le médecin de la police » par des personnes en attente d'une décision de l'autorité rétentionnaire. Ainsi, l'anonymat des réponses n'a pas permis de croiser les informations socio-économiques recueillies avec les informations médicales obtenues lors des consultations. La position du médecin, soumis aux intérêts divergents des personnes examinées et de l'autorité administrative ou judiciaire, est source de difficultés habituelles dans l'exercice de la médecine légale, question déjà soulevée à l'occasion des interventions médicales en garde à vue [8]. La compréhension de l'état de santé des migrants doit intégrer des notions complexes, difficilement mesurables, culturelles, ethniques et socio-économiques. Dans cette étude, les données recueillies permettent une première approche de l'état de santé des étrangers en situation irrégulière en France ; on ignore sa représentativité nationale. Par ailleurs, les données recueillies reposent souvent sur des éléments déclaratifs, dont la validité est incertaine et dépend des représentations du rôle du médecin pour les personnes retenues, dans une situation de fragilité psychique et d'incertitude concernant le rôle exact de chaque intervenant au centre. La barrière linguistique semble être une difficulté d'intégration majeure de cette population jeune, plus du tiers ne pouvant s'exprimer en français malgré un séjour prolongé sur le territoire (médiane : 4 ans). Cela pourrait contribuer au retard ou à l'abandon de démarches de régularisation. La perception d'un bon état de santé chez seulement 37% des personnes interrogées est, sans surprise, moins répandue que dans les enquêtes en population générale, où cette proportion peut dépasser 75% [9]. Une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé psychologique pour la moitié des personnes retenues, la fréquence de symptômes multiples exprimés lors des consultations, l'anxiété et les troubles du sommeil souvent rapportés, peuvent témoigner du caractère anxiogène du placement en rétention et de l'inquiétude liée à une possible expulsion, ou d'un état préexistant lié à la précarité sociale. Nous n'avons pas réalisé d'approche plus précise de l'état de santé psychique : les réponses aux questions d'ordre psychologique nous apparaissent ininterprétables au plan statistique. Cette difficulté à exprimer un état psychique pourrait contribuer à la faible proportion de patients s'étant entretenus avec la psychologue.

Les enquêtes de l'Insee ont confirmé la valeur de l'état de santé comme indicateur de souffrance ou mal-être, davantage influencé par des caractéristiques sociales et économiques que par des morbidités déclarées [9]. Par ailleurs, un mauvais état de santé perçu est associé à une plus grande prévalence de maladies. L'effet de sélection à la migration – les personnes bien portantes migrent plus – est compensé à terme par un effet délétère de la migration lié à l'isolement et à la perte du réseau social, associés à une dégradation de la santé [10]. De fait, les personnes en grande précarité seraient deux fois sur trois des étrangers [11]. Notre étude montre, pour la majorité des personnes retenues, des ressources liées à un travail non déclaré, donc précaire et incertain, une absence de couverture sociale et un renoncement aux consultations médicales pour des raisons financières.

L'indice carieux total, sous réserve de l'absence de données accessibles sur des groupes d'âges similaires, semble meilleur que dans la population française, ce qui est cohérent avec les résultats publiés par Médecins du Monde [6;7;12]. Les étrangers en situation irrégulière auraient moins de problèmes dentaires à court terme, du fait de la particularité de leur précarisation et non par un mode de vie délétère pour la santé dentaire, aux effets plus tardifs [7]. Les douleurs dentaires rapportées, la présence majoritaire de dents cariées non soignées et les demandes nombreuses de soins dentaires confirment des conditions sanitaires et socio-économiques précaires. Les services médicaux prenant en charge des migrants en situation précaire ont constaté que plus de 80% des affections étaient dépistées en France, les psychotraumatismes, les infections virales chroniques, les maladies cardio-vasculaires et le diabète étant les plus fréquentes. Ils rappellent l'importance du dépistage précoce [13]. Cette vulnérabilité médicale conforte l'intérêt d'une visite systématique d'entrée en rétention. Plus des deux tiers des patients exposent des doléances au médecin lors de leur première consultation.

La courte durée de suivi et le faible nombre de consultations par personne retenue limitent le médecin dans ses capacités d'action sanitaire, comme en témoigne la majorité de traitements symptomatiques et la difficulté de coordonner les explorations complémentaires et les avis spécialisés. L'absence d'informations après la sortie des personnes retenues entraîne d'autres difficultés. Le médecin ne peut accompagner vers un suivi ultérieur les patients pour lesquels un diagnostic a été posé ou un traitement au long cours prescrit. La difficulté se pose également pour les antibiothérapies non poursuivies à la sortie, avec les conséquences éventuelles de rechute et de résistance bactérienne induite.

Le faible nombre de courriers médicaux transmis au médecin de la Ddass pourrait se justifier par le petit nombre de rétentionnaires ayant pu porter à la connaissance du médecin sur la courte durée du suivi médical, leurs antécédents médicaux évolutifs. L'autorité rétentionnaire rapporte un nombre beaucoup plus important de libérations et de maintiens sur le territoire français pour raisons médicales, compte tenu des éléments et certificats médicaux présentés au tribunal administratif par la personne

retenue. Quelles que soient les contraintes de son intervention, exposées dans cet article, le médecin, témoin de situations de vulnérabilité médicale, doit défendre les intérêts des patients qui lui sont confiés. La Cimade, assurant une permanence au centre pour la défense des droits des étrangers, a déploré le manque de transparence et de visibilité des avis transmis par la Ddass et le manque de réactivité du service médical du CRA face à l'urgence constituée par la situation de rétention [14].

Les personnes placées en rétention administrative représentent une minorité des étrangers en situation irrégulière. L'ancienneté de leur séjour en France, très variable, rend ce groupe hétérogène. La précarité de leurs conditions de vie, leurs difficultés d'accès aux soins laissent envisager un haut risque sanitaire. Un tel risque est potentiellement majoré par la situation même du placement en garde à vue, puis en rétention. Les conséquences sanitaires du placement en garde à vue, puis en rétention administrative, restent à évaluer.

Références

- [1] Editorial. Access to health care for undocumented migrants in Europe. *Lancet* 2007;370:2070.
- [2] Arnold F, Chalmers I, Herxheimer A, Lewith G, Kennedy S, Kandela P, et al. Medical justice for undocumented migrants. *Lancet* 2008;371:201.
- [3] Arrêté du 27/07/2009 en application de l'article R.553-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
- [4] Bernard-Reymond P. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'enquête de la Cour des comptes relatives à la gestion des centres de rétention administrative. Paris : Sénat, 3 juillet 2009.
- [5] Arrêté du 30 avril 1997 relatif au modèle de fiche de recueil de données épidémiologiques collectées par l'établissement public de santé lors de l'examen médical d'entrée des arrivants en établissement pénitentiaire. *Journal Officiel*, 24 mai 1997:7827.
- [6] Azogui-Lévy S, Boy-Lefevre ML. La santé bucco-dentaire en France. *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)* 2005;51:4-8.
- [7] Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. *Questions d'économie de la santé (Credes)* 2002; 48:1-6.
- [8] Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M. Guidelines for doctors attending detainees in police custody: a consensus conference in France. *Int J Legal Med*. 2008;122:73-6.
- [9] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Études et Résultats (Drees)* 2005;436:1-12.
- [10] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé (Irdes)* 2008;146:1-6.
- [11] Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risqué et santé – Enquête menée auprès des consultants des centres de soins gratuits. *Questions d'économie de la santé (Irdes)* 2003;63:1-6.
- [12] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2008. Disponible à : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Observatoire-de-l-access-aux-soins/Rapports>
- [13] Comité médical pour les exilés (Comede). Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Saint-Denis : Inpes, 2008.
- [14] Cimade. Centres et locaux de rétention administrative. Rapport annuel 2008. Disponible à : <http://www.cimade.org/publications/38>

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Île-de-France ; Philippe Guilbert, Inpes ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Éric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Sandra Simo-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N° AIP : AIP0001392 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tarifs 2010 : France et international 62 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Imprimerie : Bialec
95, boulevard d'Austrasie - 54000 Nancy