

26 octobre 2010 / n° 40-41

Numéro thématique – Médecine légale et santé publique : quelques éléments d'illustration *Special issue – Forensic medicine and public health: some documenting elements*

- p.409 **Médecine, normes et société : la médecine légale, discipline de santé publique** / *Medicine, norms, and society: forensic medicine as a public health specialty*
- p.412 **Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008** / *Role of forensic medicine and complementary examinations performed in Bas-Rhin (France) during the year 2008 in the investigation of violent deaths*
- p.415 **Encadré 1 – Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France** / *Box 1 – Importance of information from the forensic units for the knowledge of deaths by suicide in France*
- p.416 **Encadré 2 – Drames (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) : outil d'identification des décès liés à la drogue en France** / *Box 2 – DRAMES' (Deaths related to drug and illegal substance abuse): an identification tool of drug-related deaths in France*
- p.417 **Encadré 3 – Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès** / *Box 3 – Coroner's data in Quebec: useful for research, surveillance and prevention of deaths*
- p.418 **Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France)** / *Sexual assaults: medical examination of victims who filed complaints in Seine-Saint-Denis (France), 2009*
- p.421 **Étrangers placés en rétention administrative : constats médicaux, approche sanitaire et socio-économique. Bobigny (France), 2008-2009** / *Migrants under administrative detention: medical data and socioeconomic perspective. Bobigny (France), 2008-2009*

Coordination scientifique / *Scientific coordination of the issue* : Patrick Chariot, Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France, et pour le comité de rédaction du BEH, Isabelle Grémy, Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, Paris, France et Hélène Therre, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Médecine, normes et société : la médecine légale, discipline de santé publique

Christian Hervé¹, Patrick Chariot (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)²

1/ Réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et éducation à la santé), Hôpital Corentin Celton (AP-HP), et Université Paris Descartes, Issy-les-Moulineaux, France

2/ Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean Verdier (AP-HP), Bondy et Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Paris 13, Bobigny, France

Résumé / Abstract

Historiquement, la médecine légale est une discipline médicale située à l'interface de la médecine et de la justice, le médecin légiste étant identifié comme spécialiste des situations de violence. Aujourd'hui, la médecine légale est mieux définie par l'interface médecine-société, ce qui peut apparaître comme un renouveau de la médecine sociale.

La médecine légale recouvre trois cercles concentriques d'activités : thanatologie, médecine judiciaire dans ses deux dimensions cliniques et biologiques, et un troisième ensemble d'activités, dont les contours « médecine, normes et société » représentent une ouverture vers d'autres champs disciplinaires.

Medicine, norms, and society: forensic medicine as a public health specialty

Forensic medicine has long been a medical specialty at the interface of medicine and justice. Forensic physicians are considered as specialists of violent situations. Forensic medicine is now best defined as the interface between medicine and society, representing the renewal of social medicine. It includes three circles of activity: thanatology, forensic medicine including clinical forensic medicine and biology, and a third pool of medical fields, i.e. "medicine, norms, and society" that extend to other specialties.

Les principaux champs de la médecine légale sont la prise en charge et l'épidémiologie des situations de violence ; l'identification des causes de décès ; la médecine des personnes privées de liberté ; l'étude des conduites addictives ; l'accès aux soins et les vulnérabilités ; la connaissance et le respect des normes dans l'activité médicale et la réflexion éthique sur les pratiques médicales.

The broad spectrum of forensic medicine includes the support and the epidemiology of violent situations, causes of death identification, medical care of detainees, the study and care of addictive disorders, access to care and vulnerabilities, knowledge of norms in medicine, and ethical reflection on medical practices.

Mots clés / Keywords

Médecine légale, médecine sociale, épidémiologie, violence, décès, éthique médicale / *Forensic medicine, social medicine, epidemiology, violence, death, medical ethics*

La construction de la médecine légale

Historiquement, la médecine légale est une discipline médicale située à l'interface de la médecine et de la justice. Spécialiste des violences, le médecin légiste avait vocation à répertorier et décrire les conséquences des violences et les auteurs d'agressions. Désormais, la médecine légale est mieux définie par l'interface médecine-société, ce qui peut apparaître comme un renouveau de la médecine sociale. En effet, actuellement, la médecine légale recouvre trois cercles concentriques d'activités : thanatologie, médecine judiciaire dans ses deux dimensions cliniques et biologiques, et un troisième ensemble d'activités, dont les contours « médecine, normes et société » représentent une ouverture vers d'autres champs disciplinaires (figure 1).

L'importance historique et symbolique de l'autopsie, en tant que premier cercle, est illustrée par l'image du médecin légiste autopsieur, volontiers transmise par les médias et la littérature policière. Cette représentation donne une place centrale à l'autopsie médico-légale, bien que l'activité thanatologique (autopsies et levées de corps, c'est-à-dire examens externes de personnes décédées, pratiqués sur le lieu de découverte du corps) ne représente que 5% de l'activité médico-judiciaire. Ainsi, cette place est centrale mais non prédominante. En 2004, les unités de médecine légale ont réalisé environ 8 000 autopsies et 12 000 levées de corps, à rapporter aux 400 000 actes médico-judiciaires sur des personnes vivantes [1].

Cette activité médico-judiciaire, qui définit le deuxième cercle, concerne les violences donnant lieu à dépôt

de plainte, qui ne représentent qu'environ un dixième des situations de violence. Le médecin légiste est requis par l'autorité judiciaire pour pratiquer l'examen des personnes se présentant comme victimes de violences et déterminer la durée de l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme. Il est également fait appel à lui pour évaluer la compatibilité de l'état de santé des personnes placées en garde à vue avec leur maintien dans les locaux de police ou de gendarmerie. Le médecin légiste est alors garant des droits des victimes et des personnes mises en cause (encadré), puisqu'il produit la preuve des lésions et en organise la prise en charge sur les plans médical, psychologique et social afin d'aider à la réparation du dommage subi. Ainsi, la médecine légale est un service dû à chaque citoyen. La biologie médico-judiciaire, quand à elle, concerne principalement la toxicologie analytique et l'identification génétique.

La médecine légale, dans sa dimension fondamentale de santé publique et d'éducation à la santé (troisième cercle), est centrée sur la connaissance et la prévention des violences et de leurs conséquences, ainsi que l'accompagnement des personnes fragilisées et vulnérables dans l'exercice de leurs droits. Elle est alors une activité qui dépasse largement les seules situations où une plainte a été déposée auprès des services de police ou de gendarmerie. À ce niveau, la médecine légale bénéficie du progrès scientifique, notamment de la génétique. C'est dans cet état d'esprit qu'a été proposée la notion de « santé publique clinique » [2], associant à la fois le préventif et le curatif, mais aussi les règles et normes de santé publique dans la consultation individuelle.

La dynamique actuelle de la médecine légale doit contribuer à permettre la reconnaissance et la valo-

risation de cette chaîne d'activités et d'interventions, au-delà du constat médical établi sur réquisition suite à un dépôt de plainte, du rapport d'autopsie ou du résultat d'investigations toxicologiques. Le présent article prend en partie sa source dans un rapport du groupe de travail sur la médecine légale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris [3], et prolonge des réflexions récentes sur les développements et les contours de cette spécialité à l'hôpital [4-6]. La présentation en trois cercles concentriques (figure 1) permet une mise en perspective historique et dynamique de la médecine légale, dans le cadre d'une stratégie d'offre de soins et d'une vision à moyen terme. Une telle représentation est cohérente en termes d'ouverture vers les différents champs disciplinaires, et souligne à la fois l'existence d'un *continuum* entre les formes d'activité d'une discipline mixte par essence et les différences d'ordre de grandeur, en termes de nombres d'actes ou de situations cliniques.

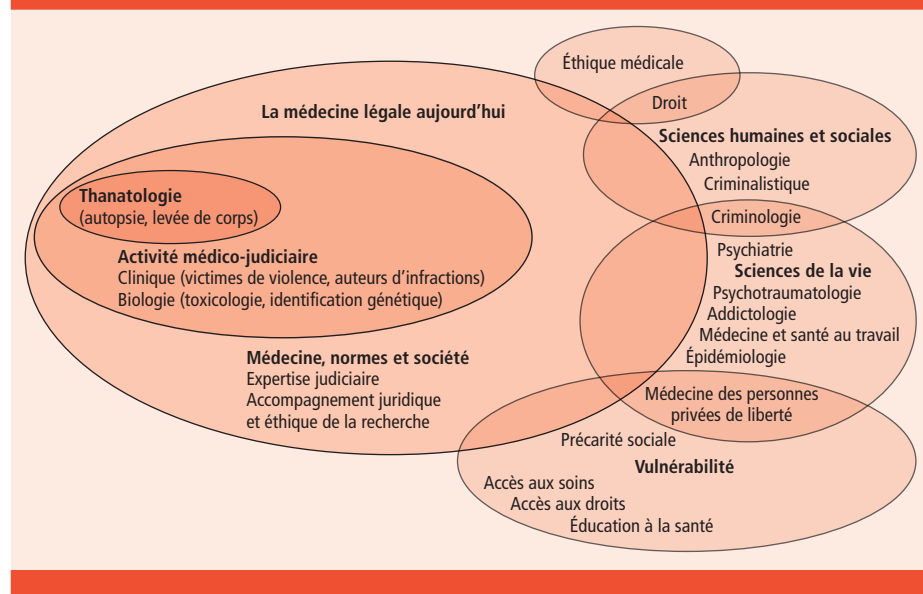
Les champs actuels de la médecine légale

Dans une perspective d'épidémiologie et de santé publique, une certaine insuffisance des données descriptives quantitatives concernant les situations de violence et les personnes privées de liberté a été déplorée, notamment celles concernant les personnes placées en garde à vue [5;7]. Les quelques études publiées ces dernières années ne couvrent pas, loin s'en faut, tout le champ de la médecine légale et se limitent, pour la plupart, à la description de situations locales ou régionales [8-11].

Épidémiologie et prise en charge des situations de violence

L'organisation de l'accueil des victimes et des auteurs d'agression sous forme d'unités médico-judiciaires date des années 1980. Elle permet un meilleur repérage des situations de violence et l'orientation des personnes dans un circuit judiciaire où le médecin est auxiliaire de justice en tant qu'expert, dissocié de sa fonction de soin. Dans ce cadre, une orientation sanitaire en termes de prévention ou de traitement peut se révéler nécessaire et rendre la prise en charge plus complexe et la description épidémiologique d'autant plus difficile. Bénéficiant de financements différents puisque mêlant au judiciaire le préventif et le social, la transcription des activités en termes médico-économiques de telles organisations est particulièrement difficile. Ainsi, ces services de médecine légale contribuent à formaliser le parcours des victimes de violences dans les établissements hospitaliers [12]. Par cette orientation sanitaire et médico-sociale, dans l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et le suivi, les personnes sont globalement prises en charge dans leurs vulnérabilités. De tels services tirent profit d'une autonomie vis-à-vis des urgences, leurs missions correspondant rarement à l'urgence sanitaire.

Figure 1 Les trois cercles d'activité de la médecine légale / *Figure 1 The three circles of activity of forensic medicine*



Niveau 1 – Praticiens isolés, hospitaliers ou plus souvent libéraux, payés à l'acte et répartis sur l'ensemble du pays :

- Examens des personnes placées en garde à vue
- Examens des victimes de violences et détermination de l'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme
- Examens externes des personnes décédées (levées de corps)
- Expertises judiciaires

Niveau 2 – Unités hospitalières de médecine légale d'effectifs limités, répartis dans les CHU et les centres hospitaliers généraux de taille moyenne :

- Actes réalisés par les praticiens au niveau 1
- Examens de victimes d'agressions sexuelles
- Autopsies médico-légales

Niveau 3 – Unités hospitalo-universitaires dans les plus grosses villes de faculté de médecine :

- Actes réalisés dans les unités de niveau 2

– Médecine en milieu pénitentiaire, médecine dans les centres de rétention administrative, estimation d'âge, toxicologie analytique médico-légale, identification génétique, anthropologie, entomologie légale

– Unités ayant une activité transversale : addictologie, réseau de santé, d'accès aux soins et aux droits des patients, éthique médicale, précarité sociale, médecine dans les centres de rétention administrative et en prison

– En Île-de-France, spécialisation des unités ayant les plus importants volumes d'activité : autopsies (Institut médico-légal de Paris), examens de victimes de violences, examens en garde à vue

La frontière entre les niveaux 2 et 3 est parfois difficile à tracer. Un projet de réforme de la médecine légale, comptant parmi ses objectifs la constitution de pôles de référence universitaires régionaux, pourrait faire évoluer cette organisation.

Connaissance des causes de décès

La diminution de l'autopsie hospitalière participe à la méconnaissance des causes de décès [13]. Face au déclin de ce type d'autopsie, la relative stabilité du nombre d'autopsies judiciaires accroît la place relative de la médecine légale dans la connaissance des causes de décès. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), laboratoire de l'Inserm chargé de la production de la statistique des causes de décès en France à partir des certificats de décès et des bulletins de décès, est un interlocuteur habituel des services de médecine légale.

Les personnes privées de liberté

Interface spécifique avec l'institution judiciaire, une médecine des personnes privées de liberté présente des problématiques communes à différents types d'exercice : médecine en milieu pénitentiaire, durant les gardes à vue, lors des rétentions administratives. Les questions de responsabilité médicale et de secret professionnel sont alors posées, toujours dans une forme d'équilibre instable où la médecine légale oscille entre le cautionnement de l'autorité, par définition coercitive, et la défense des personnes [1;14;15]. Cette instabilité explique les difficultés rencontrées pour l'obtention de données épidémiologiques. L'absence d'un système d'information sanitaire continu pour les personnes détenues, prenant en compte leurs nombreux transferts, entretient le manque actuel de données fiables. La généralisation d'une formation épidémiologique chez les médecins intervenant auprès des personnes privées de liberté, non encore acquise, permettrait le dépassement de ces difficultés méthodologiques.

Conduites addictives et usages détournés de substances psychoactives

La part des problèmes légaux dans la prise en charge des addictions est importante : conduite en état d'ivresse ou sous l'effet de stupéfiants, violences familiales dans un contexte d'alcoolisation, soumissions chimiques [16;17]. On peut citer l'exemple du Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) de l'hôpital Fernand-Widal (Paris), dit Espace Murger, pour lequel 30% des malades suivis sont adressés par la justice [2]. À l'échelon national, 20% des patients reçus dans les centres de cure ambulatoires en alcoologie et dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2006 étaient adressés par la justice [18]. Lors de la prise en charge des violences subies ou infligées, il semble y avoir un déficit d'orientation, peu documenté, des patients par les médecins vers les structures d'addictologie, [3;19]. La victime violentée alcoolisée consulte rarement ; ainsi, des patients en souffrance n'ont pas accès aux soins.

Les conduites addictives chez les personnes privées de liberté les rendent plus vulnérables, et pourraient être mieux prises en compte si elles étaient mieux décrites. Ces personnes pourraient bénéficier d'un meilleur accompagnement, notamment à la sortie, vers les structures d'addictologie.

Accès aux soins et vulnérabilités

La précarité sociale est une véritable violence. La prise en compte des déterminants sanitaires et sociaux, priorité de santé publique selon la loi du 9 août 2004, a montré tout son intérêt chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale. La nécessité d'une approche transversale et multidisciplinaire pour le recueil de ces données met en évidence la pertinence, chez ces personnes, d'une pratique médicale incluant la prévention (addictologie, cardiovasculaire, psychosociale ou cancérologique). Par des prises en charge du secteur privé et du service public (Permanences d'accès aux soins de santé [PASS]), quelquefois conjointes, dans le cadre d'un réseau de santé, l'évaluation de cette pratique de « santé publique clinique » est possible à partir d'un dossier commun et informatisé [20]. Dans l'optique d'une lutte contre les actes médicaux injustifiés et redondants et d'une mise en évidence des besoins exprimés par ces personnes, des actions de type communautaire peuvent être envisagées : thérapeutiques, sociales, d'information et de sensibilisation.

Connaissance des normes dans l'activité médicale

La déontologie médicale évolue avec la législation depuis un demi-siècle : contraception, interruption volontaire de grossesse, recherche biomédicale, droits des patients, bioéthique et santé publique... Ces lois utilisent des concepts juridiques que les médecins légistes doivent expliciter en termes de pratiques de soin et de recherche.

Leur rôle est autant celui de l'expertise que de l'explication. Il est également d'accompagner les investigateurs et promoteurs de recherches biomédicales lors de la soumission des projets aux comités de protection des personnes (CPP). Il peut être aussi d'aider à la compréhension des informations données aux patients afin d'obtenir un véritable consentement.

Les conflits d'intérêts sont patents en médecine mais insuffisamment perçus par les praticiens, dans la recherche et dans le soin. La médecine légale, sensibilisée à la séparation entre les activités d'expertise et celles de soin, peut contribuer à la prise de conscience, par les professionnels, des situations qui les exposent aux conflits d'intérêts [21].

Réflexion éthique sur les pratiques médicales

L'éthique médicale repose sur l'évaluation, par les professionnels eux-mêmes, de leurs pratiques de soin et de recherche. Cette évaluation peut mettre en évidence d'éventuels décalages entre la théorie et les pratiques : résultats en contradiction avec les hypothèses formulées, bouleversant le sens de l'action médicale, ou persistance de pratiques sans fondement scientifique. De même, cette éthique se préoccupe des conséquences potentiellement délétères des pratiques sur les équilibres sociétaux. C'est ainsi que les procréations médicalement assistées remettent en question les bases juridiques de la filiation et de la paternité et la notion de couple. La lutte contre la pénurie d'organes peut également induire un changement de la définition de la mort : la réflexion sur les prélèvements avec donneur à cœur arrêté en témoigne [22].

La réflexion éthique en médecine produit une pensée critique sur des faits avérés et évite que la société n'utilise des représentations fausses du soin ou de la recherche dans le débat bioéthique [23]. Par la mise en évidence que 50% des patients décédaient en réanimation d'arrêts ou de limitations des soins [24], le concept d'obstination déraisonnable a été développé dans la loi dite Leonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, fondant une véritable éthique de la fin de vie en réanimation.

Conclusion

La présentation structurée d'une discipline protéiforme est-elle possible ? Sa dynamique s'inscrit dans l'interface médecine société en investissant simultanément un lieu autrefois négligé : l'hôpital. Transversale, la médecine légale concerne les autres disciplines par son approche et sa connaissance des normes, notamment juridiques. Elle apporte une réponse à l'inquiétude des professionnels quant aux conséquences médico-légales de leurs actes.

Ce descriptif de la médecine légale n'est pas un tableau idéalisé ; il se situe à mi-chemin entre l'existant et le souhaitable. Les multiples tentatives pour harmoniser le fonctionnement de la médecine légale ont abouti à des échecs depuis 30 ans [1]. Cette présentation permet de substituer, à une classique juxtaposition d'actions hétérogènes, une vision dynamique et sociétale, dans une perspective commune : médecine et société.

Elle s'appuie sur des éléments de réflexion collective, internes [3;5;6] et extérieurs [1;4;7] à la médecine légale. S'inspirant du concept de réflexivité – qui fait référence à la démarche des sciences sociales d'appliquer leurs propres outils d'analyse à leur travail, dans un effort de meilleure compréhension des distorsions introduites dans la construction de l'objet – la médecine légale devrait développer une auto-analyse sur son état, son positionnement et son devenir.

Dans certains pays, tels les États-Unis, la médecine légale repose sur son ouverture à des professions non médicales, impliquées totalement dans l'expertise, valorisant préférentiellement la criminalistique, et limitant les champs de la médecine légale à leur versant judiciaire. En France, la médecine légale rejoint la médecine sociale et développe à l'hôpital un exercice transversal, qui ne doit pas s'opposer à une nécessaire cohérence entre les professions impliquées (figure 1). Cette volonté de cohérence ne s'oppose pas à la préservation d'un équilibre instable entre les aspects sanitaires et les aspects judiciaires de la médecine légale. En ce sens, la médecine légale éprouve déjà l'exercice de la multiprofessionnalité, rendant nécessaire les transferts de formation et de responsabilité qui lui sont consécutifs.

Enfin, certaines dispositions juridiques très récemment mises en œuvre contribuent au renforcement de la dimension de santé publique de la médecine légale. Ainsi, par la structuration du dispositif de toxicovigilance et des réseaux prévus dans la loi du 21 juillet 2009, dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), la médecine légale est désormais incitée de manière plus visible à contribuer au recueil d'informations toxicologiques d'intérêt collectif.

Références

- [1] Desportes F, Lorrain F, Crosnon du Cormier R, Picard S, Reitzel P. Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale. Paris : La Documentation Française, 2006. Disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000359/index.shtml>
- [2] Hervé C, Moutel G. Éthique de la recherche et santé publique : où en est-on ? Paris : Dalloz, 2006:165-72.
- [3] Chariot P, Calenge L (coord.). La médecine légale à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Rapport du groupe de travail dans la perspective du plan stratégique 2010-2014. Paris : AP-HP, 2009. Disponible à : <http://cme.aphp.fr/docs-raps/folder.2008-06-09.2256396194/folder.2009-09-07.6879762710/folder.2009-11-17.7410952475/>
- [4] Hecketsweiler P. La trajectoire de la médecine légale. Gestions Hospitalières 2006;460:657-64.
- [5] Penneau M. La médecine légale, une discipline hospitalière. Gestions Hospitalières 2006;460:665-9.
- [6] Debout M. Médecine légale, médecine humaine et sociale. Gestions Hospitalières 2006;460:680-1.
- [7] Fagot-Largeault A. L'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Quelle conduite médicale dans des situations particulières ? In : P. Chariot (dir). Actes de la conférence de consensus. Paris : Dalloz, 2006:384-5.

- [8] Chariot P, Landman H. Pratique des examens médicaux de garde à vue dans les locaux de police à Paris. In : P. Chariot (dir). Garde à vue : réalités médicales. Paris : Glyphe & Biotem 2004:135-47.
- [9] Tedlaoui 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 Epidemiol Hebd. 2008;(19):160-4.
- [10] Bazex A, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence. Encéphale 2010;36:62-8.
- [11] Disponible à : <http://reseauprevios.fr/8.html>
- [12] Thomas A, Bazex H, Trape F, Oustrain M, Rougé D. Réflexions pour la constitution d'un chemin clinique des victimes au sein des établissements de santé. J Med Leg – Droit Med. 2008;51:71-80.
- [13] Chariot P, Witt K, Pautot V, Porcher R, Thomas G, Zafrani ES, et al. Declining autopsy rate in a French hospital: physician's attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. Arch Pathol Lab Med. 2000;124(5):739-45.
- [14] Chabrol A. La grande misère de la médecine pénitentiaire. Bulletin de l'Ordre des Médecins, mai 2008:8-12 (dossier).
- [15] Direction des affaires criminelles et des grâces, Ministère de la justice. Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. 2009.
- [16] Richard N. Du médicament aux drogues... Les risques liés aux stupéfiants et psychotropes. Exemples sur 10 ans. (MEDEC, 11/03/2009). Disponible à : <http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-d-application/offset/2>
- [17] Beck F, Legleye S, Spilka S, Briffault X, Gautier A, Lamboy B, et al. Les niveaux d'usage des drogues en

France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (OFDT) 2006;48:1-6. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>

[18] Palle C, Lemieux C, Prisse N, Mortini H. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2008. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08.html>

[19] Chariot P. Addictions et violences. In : Traité de médecine légale et de droit de la santé. Chariot P, Debout M, eds. Paris : Vuibert, 2010:500-4.

[20] Moutel G, Hervé C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients. Presse Med. 2001;30:740-4.

[21] Pitak-Arnnop P, Sader R, Hervé C, Dhanuthai K, Bertrand JC, Hemprich A. Reporting of ethical protection in recent oral and maxillofacial surgery research involving human subjects. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38:707-12.

[22] Commission d'éthique de la SLRF. Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. Réanimation 2007;16:428-35.

[23] Hervé C. Vers une éthique de la bioéthique In : L'humain, l'humanité et le progrès scientifique. Paris : Dalloz, 2009:173-92.

[24] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French Latarea Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. Lancet 2001;357:9-14.

Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008

Audrey Farrugia (audrey.farrugia@unistra.fr), Bertrand Ludes

Institut de médecine légale, Université de Strasbourg, France

Résumé / Abstract

En France, les cas de morts violentes ont fait l'objet de peu d'études antérieures par les instituts médico-légaux et sont sous-estimés par les statistiques du Cépidec. Notre étude rétrospective a porté sur l'ensemble des autopsies médico-légales réalisées en 2008 à l'Institut de médecine légale de Strasbourg (soit 149 autopsies). Il s'agissait de déterminer, pour chaque cas autopsié, le rôle de l'activité médico-légale associant la réalisation de l'autopsie médico-légale aux différents examens complémentaires dans la détermination de la cause du décès lorsque celle-ci n'est pas connue avant l'autopsie.

Au total, sur 149 cas autopsiés, 64% ont pu être classés en mort violente : 26% au terme de la seule levée de corps, 2% au terme de l'autopsie, 26% après les analyses toxicologiques, 5% après les analyses anatomopathologiques et 5% une fois les analyses limnologiques réalisées. Malgré la réalisation de l'ensemble des examens complémentaires, aucune cause de décès n'est déterminée dans 3% des cas. Dans 6% des cas, ni les analyses toxicologiques dans un contexte d'intoxication létale, ni les analyses limnologiques pour des individus dont le corps avait été retrouvé dans l'eau n'ont été demandées par les magistrats : aucune cause formelle de décès n'a donc pu être établie.

En conclusion, notre étude souligne le rôle fondamental des investigations médico-légales dans la connaissance des morts violentes. Une majoration des indications des autopsies et des examens complémentaires permettrait d'améliorer cette connaissance et, par là même, d'authentifier des homicides passés inapercus.

Role of forensic medicine and complementary examinations performed in Bas-Rhin (France) during the year 2008 in the investigation of violent deaths

In France, studies on violent deaths cases have rarely been conducted by the Institutes of Legal Medicine, and the number of violent deaths is underestimated by the national statistics of Cépidec. Our retrospective study was carried out on 149 cases of autopsies performed during the year 2008 of the Institute of Legal Medicine of Strasbourg. Its goal was to emphasize the role of forensic autopsy and complementary examinations to determine the circumstances and cause of death. Over 149 cases autopsied, 64% were categorized as violent death within, 26% after the external examination, 2% after the autopsy, 26% after toxicological investigations, 5% after anatomological examinations and 5% after limnological examinations. Despite complementary, toxicological and pathological investigations, the cause of death remained unspecified for 3% of the cases. In 6% of the cases, neither toxicological examination in the context of lethal intoxication nor limnological examinations in a context of drowning were requested by the judge. So no cause of death was clearly established.

In conclusion, our study underlined the preponderant role of forensic autopsy and complementary examinations in the investigation of violent death. The increase of indications for forensic investigations will permit to diagnose unsuspected cases of homicides.

Mots clés / Keywords

Autopsie médico-légale, mort violente, levée de corps, anatomopathologie, toxicologie / Medico-legal autopsy, violent death, external examination of the body, anatomopathology, toxicology

Introduction

En France, la responsabilité de constater la mort incombe cliniquement au médecin et juridiquement à l'officier d'état-civil. L'obstacle médico-légal doit être coché par le médecin sur le certificat de décès lorsque la mort survient de manière inattendue et inexplicable ou en cas de mort violente ou suspecte. La mort violente survient suite à l'intervention d'une force ou d'un agent extérieur à la personne, comme par exemple une corde (pendaison), un liquide (noyade) ou un empoisonnement [1]. La mort violente peut être d'origine accidentelle, délictuelle, suicidaire ou criminelle. La mort naturelle se définit comme une mort survenant suite à un processus purement endogène et donc sans intervention de facteurs extérieurs [1].

La loi prévoit qu'une levée de corps est obligatoire en cas de signes ou d'indices de mort violente (article 81 du Code civil) ou en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, si la cause en est inconnue ou suspecte (article 74 du Code de procédure pénale). Les autorités judiciaires peuvent demander, en complément de la levée de corps, encore appelée examen externe du cadavre, une autopsie judiciaire afin d'établir les circonstances et causes de la mort.

La recommandation (R99) relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe, adoptée le 2 février 1999, établit une liste des situations devant lesquelles une autopsie judiciaire est préconisée (tableau 1) [2]. Cette recommandation n'a pas de caractère obligatoire et une grande disparité des pratiques dans les indications de l'autopsie, les procédures scientifiques et les modalités de recueil des prélèvements est notée sur le territoire français et en Europe [3]. Les principaux buts de l'autopsie médico-légale sont d'évaluer le délai *post-mortem*, d'identifier un corps lorsque le cadavre n'a pas été identifié préalablement, et de déterminer la cause du décès en faisant notamment la distinction entre mort naturelle et mort violente.

La simple levée de corps, réalisée dans les locaux de l'Institut de médecine légale (IML), associant un examen externe et une radioscopie du corps en entier permet dans certains cas d'orienter la cause de décès. Il s'agit des cas de pendaison, de chute d'une grande hauteur, de plaies par arme à feu, de plaies par arme blanche ou d'accidents de la voie publique. La réalisation d'une autopsie permet dans ces cas de confirmer le diagnostic suspecté et de rechercher des lésions associées.

Lorsque le corps ne présente pas de lésions externes visibles susceptibles d'orienter ou d'expliquer le décès, seule la réalisation d'une autopsie judiciaire et d'examen complémentaires permet de caractériser la forme naturelle ou violente du décès. En cas de mort violente, ces investigations permettent également de déterminer l'origine accidentelle, délictuelle, suicidaire ou criminelle de la mort.

Parmi les différents examens complémentaires on distingue principalement :

- les analyses toxicologiques, réalisées à partir de substrats tels que le sang, l'urine, la bile, le contenu gastrique ou les cheveux ;
- les analyses anatomopathologiques correspondant à l'examen microscopique de coupes de tissus ;
- les analyses limnologiques correspondant à la recherche d'algues silicieuses microscopiques (diatomées) dans différents organes tels que les poumons, le foie, le cerveau ou la moelle osseuse. Ces algues constituent d'excellents marqueurs de la noyade en eau douce.

Notre étude a pour objectif de décrire le rôle de l'activité médico-légale de l'IML de Strasbourg (Bas-Rhin) au cours de l'année 2008 dans la détermination de la cause du décès, lorsque celle-ci reste indéterminée à l'issue de la seule levée de corps.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a été effectuée sur les 149 cas d'autopsies médico-légales réalisées pendant l'année 2008 à l'IML de Strasbourg. La grande majorité de ces autopsies (87%) a été effectuée sur réquisition des Tribunaux de grande instance de Strasbourg, Colmar et Saverne. Une minorité (13%) a été effectuée sur ordonnance de commission d'expert émanant d'un magistrat, le plus souvent le juge d'instruction. Pour chaque cas, l'ensemble des données suivantes ont été analysées : l'âge, le sexe, la présence ou l'absence de lésions externes ou de lésions osseuses permettant d'orienter la cause du décès à l'issue de la levée de corps, le diagnostic retenu à l'issue de l'autopsie, les examens complémentaires réalisés ainsi que leur rôle dans la détermination des causes et circonstances du décès.

Résultats

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 40,8 ans (extrêmes : 0 - 86 ans). Le ratio hommes/femmes, toutes causes de décès confondues, était de 2,4.

Parmi les 149 cas autopsiés à l'IML de Strasbourg, 26% des cas (n=39) présentaient des lésions externes visibles ou des lésions osseuses visibles en radioscopie permettant d'orienter la cause de décès vers une mort violente. Il s'agissait de cas présentant des plaies par projectiles d'arme à feu (n=11), des plaies par arme blanche (n=8), un sillon cervical de pendaison (n=11), des brûlures cutanées étendues (n=2), des lésions cutanées et osseuses compatibles avec une chute d'une grande hauteur (n=5) ou un accident de la voie publique (n=2).

Dans 74% des cas (n=110), il n'avait été retrouvé, lors de la levée de corps, aucune lésion permettant de préjuger d'une cause de décès particulière. Au sein de cette population, il a été retrouvé au cours de l'autopsie des lésions macroscopiques incompatibles avec la survie dans 10% des cas (n= 15). Si, pour 12 individus, le diagnostic de mort naturelle a été retenu devant la découverte d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale ou encore d'une perforation du myocarde avec tamponnade, pour trois individus, le diagnostic de mort violente par traumatisme crânio-encéphalique (n=2) et hémopéritoine d'origine traumatique (n=1) a pu être établi.

Les investigations toxicologiques ont permis de retenir un diagnostic de mort violente dans 26% des cas (n=39), avec notamment un diagnostic d'intoxication mortelle au monoxyde de carbone dans 3% des cas (n=4) et un diagnostic d'intoxication aiguë par des médicaments psychotropes et/ou des stupéfiants et/ou de l'alcool éthylique à des taux susceptibles d'expliquer le décès dans 23% des cas (n=35).

Les investigations anatomopathologiques ont permis de retenir le diagnostic de mort naturelle dans 18% des cas (n=27), correspondant à des cas d'infarctus du myocarde, de myocardite, de pancréatite et de mort violente dans 5% des cas (n=8). Parmi les étiologies de morts violentes, on notait des cas d'asphyxie mécanique par strangulation manuelle, suffocation ou obstruction interne des voies aéro-digestives supérieure par corps étrangers. Les analyses limnologiques (à savoir la recherche des diatomées effectuées lors d'une suspicion de noyade vitale) ont permis de confirmer le diagnostic de noyade vitale dans 5% des cas (n=7).

Aucune cause formelle de décès n'a pu être retenue dans 6% des cas (n=9), qui correspondent à des cas pour lesquels des investigations complémentaires recommandées par le médecin légiste n'ont pas été ordonnées par le magistrat en charge de l'affaire. Il s'agissait d'analyses limnologiques pour des individus dont le corps avait été retrouvé dans l'eau (n=4) et d'analyses toxicologiques dans un contexte de suspicion d'intoxication létale.

Enfin, malgré la réalisation de l'ensemble des investigations autopsiques, toxicologiques et anatomopathologiques, aucune cause de décès n'a pu être établie dans 3% des cas (n=5). Il s'agissait d'une population jeune qui comptait notamment 3 nourrissons pour lesquels le diagnostic de mort inexplicable du nourrisson a été retenu.

Au total, sur 149 cas autopsiés au cours de l'année 2008, 64% ont pu être classés en mort violente avec un ratio hommes/femmes de 2,2. Le diagnostic de mort violente a été retenu dans 26% des cas au terme de la seule levée de corps, 2% au terme de l'autopsie, 26% après l'autopsie et les analyses toxicologiques, 5% après l'autopsie et les analyses anatomopathologiques et 5% une fois

Tableau 1 Indications des autopsies médico-légales listées dans la Recommandation européenne R99 [2] / Table 1 Indications of forensic autopsies listed in the European Recommendation R99 [2]

Homicide ou suspicion d'homicide
Mort subite inattendue y compris la mort subite du nourrisson
Violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute forme de mauvais traitement
Suicide ou suspicion de suicide
Suspicion de faute médicale
Accident de transport, de travail ou domestique
Maladie professionnelle
Catastrophe naturelle ou technologique
Décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires
Corps non identifié ou restes squelettiques

Tableau 2 Distribution et nombre de morts violentes diagnostiquées en 2008 à l'Institut de médecine légale de Strasbourg (France) selon le type d'examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) / *Table 2 Distribution and number of violent deaths diagnosed in 2008 at the Institute of Legal Medicine of Strasbourg (France) by type of complementary investigation*

Examen(s) réalisé(s)	Mort violente		Mort naturelle		Diagnostic indéterminé	
	N	%	N	%	N	%
Levée de corps seule	39	26				
Autopsie seule	3	2	12	8		
Analyses complémentaires demandées après l'autopsie	54	36			5	3
– toxicologiques	39	26				
– anatomopathologiques	8	5	27	18		
– limnologiques	7	5				
Absence d'analyses complémentaires demandées après l'autopsie					9	6
TOTAL N=149	96	64	39	26	14	9

l'autopsie et les analyses limnologiques réalisées (tableau 2). La cause de la mort reste indéterminée dans 9% des cas, dont 6% en raison de l'absence d'analyses complémentaires demandées par le magistrat.

Discussion et conclusion

Notre étude montre le rôle décisif de l'autopsie et des investigations complémentaires afin de différencier les cas de mort naturelle des cas de mort violente. Plus de la moitié (64%) des 149 autopsies a pu être classée en mort violente avec un ratio hommes/femmes déséquilibré qui se retrouve dans la majorité des études nationales et internationales portant sur les morts violentes [4;5].

Il est cependant difficile de replacer ces résultats dans un contexte national. En effet, les résultats des autopsies, qu'elles soient médicales ou médico-légales, ne sont pas systématiquement communiqués au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm (cf. article de A. Ouba et al., p. 415 dans ce même numéro). De ce fait, on ne dispose pas d'étude statistique précise sur ces décès notamment violents ou inattendus, qui justement font l'objet d'autopsies [6]. L'amélioration de la connaissance des causes de morts violentes lors de la transmission des données médico-légales à l'Inserm a pourtant été soulignée dans une étude lyonnaise réalisée en 1996 [5]. Les chiffres de l'Inserm pour les décès classés « de cause inconnue » étaient en effet largement améliorés après transmission des données autopsiques de l'IML de Lyon, notamment pour les suicides, les intoxications éthyliques aiguës, les overdoses et les homicides. L'incidence de l'étude sur la connaissance des causes de morts naturelles restait cependant infime.

Notre étude permet de souligner que, si la présence de lésions traumatiques décelables à la levée de corps peut parfois orienter la cause de décès (sillon de pendaison, brûlure thermique), l'absence de lésion traumatique décelable n'exclut pas une mort violente et de ce fait un éventuel homicide [7]. En effet, l'absence de lésion externe d'origine trauma-

tique n'exclut pas la possibilité de lésions traumatiques internes pouvant à elles seules expliquer le décès. C'est le cas par exemple des lésions crânio-encéphaliques majeures (n=3) ou de l'hémorragie intra-péritonéale secondaire à la rupture traumatique d'un viscère plein (n=1) qui sont passées inaperçues à l'examen externe du cadavre dans notre étude. Il s'agit typiquement de causes de mort souvent non décelées par l'examen externe du cadavre auxquels se rajoutent les manœuvres de suffocation ou de strangulation manuelle ou encore l'empoisonnement [8].

Pour ce qui est de l'empoisonnement et des intoxications létales de manière plus générale, seules les investigations toxicologiques complémentaires permettent d'affirmer le diagnostic. Il en est de même pour le diagnostic de noyade vitale qui ne peut être établi que par la mise en évidence de diatomées dans différents organes en quantité suffisante. Or, comme nous avons pu le constater, il s'avère que dans certains cas (6% dans notre étude), les magistrats n'ordonnent pas d'analyses toxicologiques ou d'analyses limnologiques. En l'absence de ces investigations, il apparaît alors parfois difficile d'affirmer une cause exacte de décès et notamment de différencier une origine accidentelle, suicidaire, délictuelle ou criminelle. Ces constatations rejoignent celles émises par les Pr Quatrehomme et Rougé en France [3] ou encore celles du Pr Brinkmann en Allemagne [9]. Ce dernier conclut, suite à la comparaison des causes de décès énoncées après l'examen médico-légal sur place et des causes de décès argumentées et affirmées après autopsie, que certains homicides passent totalement inaperçus et sont classés en morts naturelles ou en suicides.

Le dépistage d'homicide derrière une apparence d'accident, de suicide ou de mort naturelle devrait pourtant constituer la priorité des autorités judiciaires en raison des conséquences morales et financières pour les ayants droits mais, surtout, pour permettre aux proches de connaître la vérité et d'effectuer un travail de deuil.

En Europe, la grande difficulté est que l'autopsie ainsi que les investigations complémentaires peu-

vent être proposées par le médecin légiste mais que seul le magistrat peut en ordonner la réalisation. Les dépenses impliquées par la réalisation de ces examens étant non négligeables, le magistrat refuse parfois des autopsies ou un complément d'investigations sur la foi de l'enquête initiale concluant rapidement à une mort naturelle ou un suicide [3]. Ainsi, en France le taux d'autopsie médico-légale est encore très bas, compris entre 1 et 2% de l'ensemble des décès annuels (soit environ 7 000 autopsies par an sur le territoire français) contre 15% en Finlande [7].

Enfin, malgré l'ensemble des investigations, la cause exacte du décès ne peut être précisée dans 3% des cas et le diagnostic de mort subite d'étiologie inconnue est retenu. Ce taux se rapproche de celui décrit dans la littérature internationale qui est évalué entre 4 et 10% [10;11].

En conclusion, notre étude souligne le rôle fondamental de l'autopsie médico-légale et des investigations complémentaires dans la connaissance des morts violentes. Une majoration des indications d'autopsies et des examens complémentaires en se basant sur la recommandation R99 permettrait d'améliorer cette connaissance et par là même d'authentifier des homicides passés inaperçus. Enfin il serait souhaitable, dans une démarche de santé publique, que les médecins légistes transmettent au CépiDc les causes de décès établies au terme de leurs investigations afin que ces données apportent des précisions pour les études épidémiologiques et non plus seulement pour la justice.

Références

- [1] Beauchier JP. Traité de médecine légale. Définition de la mort. Édition De Boeck, 2007;2:21-4.
- [2] Recommandation n° R(99)3 du Comité des ministres aux États membres du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie légale, 1999.
- [3] Quatrehomme G, Rougé D. La recommandation N°R99(3) du Comité des ministres aux États membres du Conseil de l'Europe relatives à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie légale. J Méd Lég Droit Méd. 2003;46:249-60.
- [4] Hemenway D, Barber CW, Gallagher SS, Azrael DR. Creating a National Violent Death Reporting System: a successful beginning. Am J Prev Med. 2009;37(1):68-71.
- [5] Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C, Pequignot F, Miras A, Jacquart C, et al. Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. Presse Médicale 2000;29:181-5.
- [6] Manaouil C, Decourcelle M, Gignon M, Chatelain D, Jardé O. Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ? Ann Fr Anesth Reanim. 2007;26:434-9.
- [7] Lorin de la Grandmaison G, Sibille I, Durigon M. La levée de corps peut-elle être un substitut de principe à l'autopsie médico-légale ? J Méd Lég Droit Méd. 2001;44:271-4.
- [8] Lorin de la Grandmaison G, Lasseugette K, Bourokda N, Durigon M. Des dangers de la levée de corps : étude des discordances retrouvées par la confrontation de la levée de corps et de l'autopsie sur 200 cas. J Méd Lég Droit Méd. 2004;47:115-22.
- [9] Brinkmann B. Errors in autopsy in Germany. Results of a multicenter study. Arch Kriminol. 1997;199(3-4):65-74.
- [10] Behr ER, Casey A, Sheppard M, Wright M, Bowker TJ, Davies MJ, et al. Sudden arrhythmic death syndrome: a national survey of sudden unexplained cardiac death. Heart. 2007;93:601-5.
- [11] Jouven X, Escande D. Sudden cardiac death: toward the identification of susceptibility genes. Arch Mal Coeur Vaiss. 2006;99:806-12.

Encadré 1 – Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France /

Box 1 – Importance of information from the forensic units for the knowledge of deaths by suicide in France

Albertine Aouba (albertine.aouba@inserm.fr), Gérard Pavillon, Éric Jouglà

Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès, Inserm-CépiDc, Le Vésinet, France

Selon l'article L2223-42 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (extrait) :

« L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la Santé, précise la ou les causes de décès [...].

Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique :

1. À des fins de veille et d'alerte, par l'État et par l'Institut de veille sanitaire
2. Pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès et pour la recherche en santé publique par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ».

Les données épidémiologiques sur le suicide en population générale sont en grande partie basées sur les statistiques nationales de mortalité élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm [1]. Ces statistiques permettent de conduire des analyses détaillées sur les caractéristiques démographiques des populations concernées (sexe, âge, statut matrimonial...), sur les modes de décès (pendaison, arme à feu, médicaments...), sur les lieux de suicide (domicile, voie publique...), sur les évolutions temporelles et sur les disparités géographiques (niveau régional, départemental ou à des échelles plus fines). Sur la base de ces mêmes données, l'État peut initier des programmes de prévention et les évaluer. En outre, la standardisation des méthodes de production (référence communes aux règles de codage de la Classification internationale des maladies [2]) et de diffusion des données dans de nombreux pays (en particulier dans les pays européens), permet de situer la position de la France par rapport à des pays de niveau de développement comparable. Les taux de décès masculins par suicide en France en 2006 sont 2,3 fois supérieurs à ceux des hommes du Royaume-Uni [3].

Des sources de biais potentiels

Parallèlement au traitement et à l'analyse des données, il s'avère essentiel de s'assurer de la fiabilité des informations produites. Des biais peuvent survenir aux cours des deux étapes du processus d'enregistrement des causes de décès : la certification médicale et la codification. Les biais principaux

sont à appréhender au niveau de la certification médicale. En effet, des causes de décès définies comme « concurrentes » peuvent « masquer » un suicide dans les statistiques. C'est en particulier le cas des morts violentes indéterminées quant à l'intention et des causes inconnues de décès. Une enquête, réalisée en 2003 auprès d'un échantillon de médecins certificateurs, avait permis d'estimer à 35% la part des causes indéterminées étant en fait des suicides [4]. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, a souvent pour origine une absence de retour d'information à la suite d'une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux (IML) de Paris et de Lyon dans les années 1990 ont permis d'estimer, pour cette période, qu'environ 25% de ces cas étaient des suicides [5].

Une analyse récente des décès enregistrés en 2006 par le CépiDc en « causes inconnues » (2%, soit 12 057 des décès de l'année) a permis de distinguer différentes catégories de décès, et en particulier les décès pour lesquels le CépiDc n'avait reçu aucun certificat de décès (ou avait reçu un certificat de décès non rempli) et ceux pour lesquels une procédure judiciaire en cours a été signalée. Les premiers résultats d'une recherche d'informations complémentaires pour ces cas, à travers une étude en cours au CépiDc, révèlent que l'information manquante concerne dans 40% des cas des IML, la région Île-de-France étant la plus concernée (69% des cas). Seulement un tiers des demandes sur les causes du décès a reçu une réponse. L'analyse de ces réponses a montré que 42% des causes inconnues étaient en fait des suicides.

Une sous-déclaration des suicides

Ces résultats, ainsi que les études précédemment effectuées, permettent de préciser le niveau de sous-déclaration des suicides lié au non retour d'informations de certains IML, qui mettent fréquemment en avant le secret de la procédure judiciaire pour justifier la non transmission à l'Inserm des informations sur les causes de décès. Dans d'autres pays de développement comparable (Royaume-Uni, Allemagne, Australie...), les enquêtes médico-légales n'empêchent pas de rendre disponible les causes médicales de décès aux offices de statistiques nationaux [6-8].

Au contraire, ces enquêtes permettent de disposer de données plus fiables sur la nature des morts violentes.

La confidentialité des données transmises à l'Inserm en France est assurée par les principes d'anonymat attachés à la partie médicale du certificat de décès. Dans ce contexte, aucun obstacle ne devrait s'opposer à la rédaction d'un certificat médical de décès après une enquête médico-légale. La transmission de ces données médicales est essentielle pour le suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique (la réduction du suicide constitue l'objectif 92 de cette loi). En outre, la mise en place depuis 2006 de la certification électronique des décès renforce encore la confidentialité de l'enregistrement des données et les expériences menées à cet égard avec plusieurs IML n'ont pas posé de problèmes spécifiques de confidentialité. En outre, elles se sont révélées très positives en ce qui concerne les échanges conduisant à une amélioration de la qualité des données obtenues. Ce système permettra en particulier un suivi rapide des évolutions et l'évaluation rapide des programmes de prévention mis en place.

Références

- [1] <http://www.cephdc.idf.inserm.fr/>
- [2] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision, volume 2. Genève 1995.
- [3] Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- [4] Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglà E. Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Drees série Études, avril 2003 ; 45 p.
- [5] Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C, Pequignot F, Miras A, Jacquart C, et al. Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. Presse Médicale, 2000;29:181-5.
- [6] Belanger F, Ung AB, et al. Analyse de la mortalité par traumatisme en Europe. Projet Anamort. Rapport d'activité final. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008 ; 16 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort/index.html>
- [7] Jönsson AK, Spigset O, Tjäderborn M, Druid H, Hägg S. Fatal drug poisonings in a Swedish general population. BMC Clin Pharmacol. 2009;9:7.
- [8] Walker S, Chen L, Madden R. Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia. Aust N Z J Public Health. 2008;32(2):126-30.

Encadré 2 – Drames (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) : outil d'identification des décès liés à la drogue en France / Box 2 – 'DRAMES' (Deaths related to drug and illegal substance abuse): an identification tool of drug-related deaths in France

Nathalie Richard (nathalie.richard@afssaps.sante.fr)¹, Jocelyne Arditti², Gilbert Pépin³, Michel Mallaret⁴, Anne Castot¹

1/ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Saint-Denis, France

3/ Laboratoire d'expertises Toxlab, Paris, France ; Compagnie nationale des biologistes experts

2/ Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, Marseille, France

4/ Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, CHU de Grenoble, France

Une des missions de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), définies dans la loi du 1^{er} juillet 1998, est d'évaluer et de contrôler les substances psychoactives, médicamenteuses ou non, à l'exclusion de l'alcool et du tabac. Cette évaluation, réalisée à l'aide du réseau des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) se base à la fois sur les cas d'abus et de dépendance notifiés par les professionnels de santé, mais aussi sur des enquêtes annuelles, spécifiques de la pharmacodépendance.

Deux de ces enquêtes font appel à des données médico-légales : l'enquête nationale sur la soumission chimique (administration à des fins criminelles ou délictuelles d'un produit psychoactif à l'insu de la victime) et l'enquête Drames (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances).

Il existe en France trois sources d'information sur les décès liés aux usages de drogues [1] : la base de données sur les causes médicales de décès (CépiDc de l'Inserm) qui s'appuie sur les certificats de décès adressés par le médecin ayant fait le constat du décès, le fichier de l'Office central pour le trafic illicite des stupéfiants (OCTIS) qui recense les cas de décès par overdoses déclarés par les services de police ou de gendarmerie, et l'étude Drames.

Méthodologie de l'étude Drames et exemple de résultats

Drames est une étude annuelle prospective qui recueille, auprès d'experts toxicologues analystes médico-légaux volontaires et de CEIP, des cas de décès liés à une surdose de substances psychoactives, médicamenteuses ou non, survenant dans un contexte d'abus ou de pharmacodépendance. Ces experts réalisent ainsi l'identification et le dosage des substances présentes dans les prélèvements *post mortem*, avec des techniques analytiques de référence. Ces analyses toxicologiques sont effectuées dans le cadre d'une recherche des causes de la mort à la demande des autorités judiciaires. Les experts, inscrits auprès d'une Cour d'appel, exercent dans une grande variété d'environnements : soit dans un cadre hospitalier ou universitaire, dans les laboratoires de police scientifique, ou dans celui de la gendarmerie nationale, ou encore dans le secteur privé.

Le recueil des données est effectué pour chaque cas sur une fiche totalement anonymisée, validée par le Conseil supérieur de médecine légale et ayant fait l'objet d'une déclaration à la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Les données collectées concernent les caractéristiques socio-démographiques des sujets, le stade de l'abus

au moment du décès (sujet naïf ou faisant un abus intermittent ou permanent de substance, en cours de sevrage ou en cours de traitement de substitution de la dépendance aux opiacés), les résultats de l'autopsie, les substances retrouvées dans les prélèvements biologiques et leur quantification dans le sang. Les données sont centralisées, évaluées, validées et synthétisées par le CEIP de Marseille.

Après deux études rétrospectives en 1998 et 2000, Drames est réalisée chaque année depuis 2002. Sept experts ont participé à l'étude de 2002 à 2005, puis 16 en 2006, 18 en 2007 et 19 en 2008. Il est à souligner un accroissement important puis une stabilisation du nombre d'experts à partir de 2006, lié à la formalisation de la collaboration avec les experts.

Il est indispensable de tenir compte de cette évolution pour expliquer l'augmentation des décès liés à la drogue par rapport aux années précédentes.

Actuellement, il y a en France une quarantaine d'experts toxicologues analystes et ceux participant à Drames représentent environ 60% de l'activité d'expertise en toxicologie médico-légale.

En 2008 [2], 217 cas de décès directement liés aux produits ont été rapportés dont 113 incriminant des stupéfiants illicites, principalement l'héroïne (62 cas) et la cocaïne (16 cas) et une association des deux dans 18 cas. Drames indique ainsi une augmentation des cas de surdoses liés à l'héroïne puisque celle-ci est impliquée dans 22,6% des 168 cas de surdoses mortelles en 2006. En 2007, ce chiffre est passé à 29,2% sur 192 cas et en 2008 à 28,5% sur 217 cas. Concernant les traitements de substitution de la dépendance aux opiacés, une surdose de méthadone est en cause dans 58 décès en 2008 (26,7%) et 55 décès (28,6%) en 2007 ; la buprénorphine est, quant à elle, retrouvée dans 9,2% des cas (20 cas dont 13 cas où elle est associée à des benzodiazépines ou des médicaments psychotropes).

Apports spécifiques de l'étude Drames et contribution aux données nationales et européennes sur les décès par surdose

Actuellement, Drames ne permet pas de dénombrer la totalité des décès par surdose en France puisque sa couverture géographique est incomplète du fait notamment d'une sous-représentativité du Sud-Est. Néanmoins, cette étude constitue un outil précieux qui permet d'identifier d'une façon sûre les substances, médicamenteuses ou non, impliquées dans les décès par surdoses dans un contexte de toxicomanie. Elle permet de plus de comparer, d'une année

sur l'autre, l'évolution de l'implication d'une substance dans ce type de décès [1].

Les résultats de Drames sont fournis annuellement à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui les transmet à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), tout comme les données du CépiDc et de l'OCTIS.

Les données sur les décès par surdoses sont collectées au niveau européen par l'OEDT et constituent l'un de ses cinq indicateurs clés. La France occupe une position privilégiée : il y a 4 à 5 fois moins de décès par surdose répertoriés en France qu'en Allemagne et 6 à 7 fois moins qu'au Royaume-Uni. Une des explications est la mise à disposition très large en France des traitements de substitution de la dépendance aux opiacés, en particulier de la buprénorphine haut dosage (Subutex® et génériques). Cependant, on ne peut exclure une sous-estimation des chiffres : selon les résultats préliminaires d'une étude de recoupement des trois sources françaises réalisée par l'OFDT sur l'année 2007, cette sous-estimation serait d'environ 30%.

Perspectives

La possibilité d'avoir accès à des données médico-légales est le fruit de nombreux échanges entre les autorités sanitaires et judiciaires. La Chancellerie a ainsi donné son accord sur le principe d'une communication directe par les experts des données issues de l'expertise pour alimenter une enquête de santé publique, dans la mesure où les éléments transmis ne permettent en aucun cas d'identifier les personnes concernées. Par ailleurs, la collaboration avec les experts biologistes toxicologues médico-légaux a été formalisée par une convention de partenariat entre l'Afssaps et la Compagnie nationale des biologistes experts (CNBAE), ce qui a permis d'améliorer quantitativement et qualitativement la notification des cas. Il reste nécessaire d'atteindre une meilleure couverture nationale, ce qui nécessite d'inclure de nouveaux experts. Une telle extension permettra à l'étude Drames de tendre vers l'exhaustivité du recueil des cas de décès par surdose.

Références

[1] Janssen E, Palle C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. Tendances (OFDT). 2010(70):1-4.

[2] Drames (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Résultats de l'enquête 2008. Afssaps. Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP – Addictovigilance). Afssaps, Saint-Denis. Mars 2010 (4 pages). Disponible à : <http://www.afssaps.fr/content/download/25214/3339771/version/1/file/enquete-drames-2008.pdf>

Encadré 3 – Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès / *Box 3 – Coroner's data in Quebec: useful for research, surveillance and prevention of deaths*

Rédigé à partir d'un texte de Paul-André Perron (paul-andre.perron@msp.gouv.qc.ca), Bureau du coroner en chef du Québec, Canada

En 1986 au Québec (Canada), une loi a dévolu aux coroners¹ le rôle de déterminer les causes et les circonstances des décès survenus dans des circonstances violentes ou obscures et d'en retirer des recommandations pour la prévention. Ceci a permis l'établissement de collaborations très fructueuses entre médecine légale, veille épidémiologique et prévention.

Les décès soumis au coroner

Les coroners doivent être avisés et ont l'obligation de mener une investigation pour tout décès d'origine traumatique ou de cause inconnue, ou lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue, ou encore lorsque le décès survient dans certains milieux fermés (détention, garderie, centre de réadaptation ou cure fermée). Ainsi, sur les quelque 55 000 décès survenant annuellement au Québec, environ 4 000 font l'objet d'une investigation pour en déterminer les causes et circonstances, dans une perspective de prévention.

Le processus d'investigation

Le coroner peut pratiquer ou faire pratiquer un examen externe du cadavre, ordonner une autopsie, des tests toxicologiques ou toute autre expertise qu'il juge nécessaire. Il peut saisir les objets ou documents utiles à son investigation, y compris le dossier médical du défunt, et demander une enquête policière aux fins de sa propre investigation. À l'issue de cette dernière, il établit un rapport, où figurent l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, la cause et la description des circonstances du décès. Ces rapports, ainsi que tous les documents recueillis lors de l'investigation, sont conservés dans un dépôt d'archives. Les rapports sont publics, quiconque en fait la demande peut en obtenir une copie.

La banque de données des coroners

La banque de données (BDD) des coroners se constitue en deux temps : saisi d'un cas, le coroner transmet dans les 48 h les premiers renseignements sommaires concernant le décès sur un formulaire standardisé. Ces renseignements sont alors saisis dans la BDD, ce qui permet de produire presque en temps réel des estimations sur l'évolution des principales causes de décès traumatiques. Lorsque le coroner dépose son rapport quelques mois plus tard, les renseignements provisoires déjà saisis sont validés et enrichis de toute la documentation figurant au dossier.

Les principales variables retenues dans la BDD sont : l'âge et le sexe de la personne décédée ; la cause de décès codifiée selon la CIM-10 ; le lieu du traumatisme ; la municipalité de résidence du défunt ; l'alcoolémie et les substances détectées par les analyses toxicologiques.

Pour mieux soutenir la recherche, la surveillance et la prévention, certaines variables complémentaires sont recueillies pour des décès particuliers :

- par exemple, la nature des véhicules impliqués dans les traumatismes non-intentionnels associés au transport terrestre est systématiquement décrite par des catégories beaucoup plus fines que celles de la CIM-10. Ceci permet d'en pallier quelques lacunes, comme l'absence de distinction entre les différents véhicules hors route. Dans une contrée nordique comme le Québec, il est indispensable de pouvoir surveiller les traumatismes associés à l'usage de motoneiges ;

- de la même manière, d'autres variables complémentaires permettent de regrouper tous les décès par agression dans un contexte de violence intrafamiliale, les suicides associés au jeu pathologique et les intoxications médicamenteuses non intentionnelles causées par une erreur de prescription ou d'administration. La BDD des coroners est largement utilisée par les professionnels impliqués dans la veille épidémiologique et la prévention. La combinaison des variables collectées au début et la fin de l'investigation (9 à 10 mois plus tard) permet de produire des données solides assez rapidement. Ainsi, chaque année, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) utilise cette BDD pour dresser un bilan de l'évolution récente des suicides au Québec [1]. Périodiquement, les Centres de prévention du suicide reçoivent aussi un bilan provisoire des suicides dans leur région. Cette BDD est d'autant plus utile que son accès est facile : les données qui la composent provenant pour la plupart de documents publics, aucune démarche juridique n'est requise pour en obtenir des extractions.

Les archives des coroners

La BDD des coroners ne peut pas répondre à tous les besoins. Lorsqu'une collecte de données plus précises est nécessaire, les chercheurs peuvent accéder aux archives des coroners : leurs rapports sont accessibles sans restriction et les autres documents (dossiers médicaux, rapports d'autopsie, de toxicologie, etc.) peuvent être consultés sur autorisation du coroner en chef. Il est même possible de consulter les rapports de police à des fins de recherche, sur autorisation du ministre de la sécurité publique. Plusieurs recherches dans des domaines très variés ont été réalisées grâce à ces archives, notamment sur les morts subites et inexpliquées des nourrissons [2], les suicides dans différents milieux, la violence intrafamiliale [3], les collisions de véhicules hors route [4] et les traumatismes non intentionnels lors d'activités agricoles [5]. Chaque année, l'organisme canadien chargé de dresser un bilan national des noyades consulte les archives des coroners pour y colliger les données québécoises [6].

L'enquête publique

Une enquête publique peut être organisée sur un décès ou un ensemble de décès survenus dans des circonstances analogues. Elle permet d'attirer l'attention du grand public sur des enjeux de prévention particulièrement sensibles, de réunir toute l'expertise sur les connaissances les plus récentes et de favoriser un dialogue constructif entre les principaux acteurs impliqués dans la prévention. Elle s'achève également par

le dépôt d'un rapport public. Chaque année, 5 à 10 décès font l'objet d'une enquête publique au Québec.

Les recommandations

La loi confère au coroner le pouvoir de faire toute recommandation pour la protection de la vie humaine. Chaque année, de 200 à 300 décès donnent ainsi lieu à des recommandations de prévention. Ces recommandations ne sont pas exécutoires, mais on peut estimer qu'elles sont appliquées dans environ 60% des cas. Ainsi, l'interdiction réglementaire du téléphone cellulaire au volant et l'obligation de rouler avec des pneus à neige en hiver ont été recommandées à maintes reprises par des coroners, pour finalement être appliquées sous la pression des milieux œuvrant dans le domaine de la sécurité routière.

La majorité des recommandations concerne d'une part les traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre et, d'autre part, la qualité des soins médicaux. Certaines recommandations visent des cas particuliers, comme l'installation en 2004 de barrières anti-suicide sur le pont Jacques-Cartier à Montréal où, auparavant, une dizaine de personnes perdaient la vie chaque année en se jetant dans le vide. D'autres s'intéressent à des problèmes systémiques, comme la gestion sécurisée des narcotiques en milieu hospitalier.

Des pistes pour l'avenir

L'institution du coroner au Québec se distingue d'autres systèmes publics d'investigation des décès par ses liens avec la recherche, et par la facilité avec laquelle les rapports des coroners ainsi que les données des enquêtes et investigations peuvent être obtenus. Il sera bientôt possible d'aller encore plus loin : depuis 2006, tous les rapports des coroners sont numérisés et largement distribués sous cette forme au fur et à mesure de leur dépôt, entre autres à diverses composantes du réseau de la santé intéressées par tel ou tel type de décès. Dans un avenir assez proche, il est envisageable que ces documents numérisés soient versés progressivement sur un site web accessible sans aucune restriction. En diffusant aussi largement le résultat de l'investigation des décès violents et obscurs, le coroner accomplit une des dimensions essentielles de sa mission : scruter la mort pour mieux protéger la vie.

Références

- [1] Gagné M, Saint-Laurent D. La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009.
- [2] Dancea A, Côté A, Rohlicek C, Bernard C, Oligny LL. Cardiac pathology in sudden unexpected infant death. *J Pediatr*. 2002;141(3):336-42.
- [3] Bourget D, Gagné P, Labelle ME. Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35(3):306-12.
- [4] Gagné M, Légaré G. Étude comparative de la gravité des blessures chez les utilisateurs de véhicules hors route et de motocyclettes au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- [5] Paré L, Tran, CD. Portrait des blessures mortelles en milieu agricole, Québec, 1989-2003. Lévis : Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis, 2008.
- [6] Water Incident Research Alliance (WIRA). <http://www.waterincident.ca>

¹ Officier public de formation médicale ou juridique. Au nombre d'environ 70, ils couvrent l'ensemble du territoire du Québec.

Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France)

Patrick Chariot (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)^{1,2}, Marie Scius¹, Anne-Sophie Lorin¹, Otmane Belmenouar¹, Menouar Tedlaoui¹, Cyril Boraud¹

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 – Au moins 50 000 viols seraient commis chaque année en France, dont une minorité fait l'objet de plaintes. L'objectif était ici d'évaluer les caractéristiques des victimes, des agresseurs et de ce type de situation de violence à partir des comptes rendus d'examen des personnes ayant consulté dans l'unité médico-judiciaire de Bondy (Seine-Saint-Denis) en 2009.

Méthodes – Recueil prospectif de données sur l'ensemble des examens pratiqués en 2009 et, pour les adultes et adolescents, leur évolution un mois plus tard.

Résultats – Au total, 572 personnes (enfants et adultes) ont été examinées (510 femmes [89%] et 62 hommes [11%]). L'agresseur était inconnu dans 29% des cas. L'agression comportait une pénétration vaginale (55%), orale (22%) ou anale (15%), ou des attouchements (17%). Les victimes ne rapportaient aucune violence physique autre que sexuelle dans 60% des cas. L'examen montrait des lésions traumatiques dans 21% des cas. Chez 239 adultes et adolescents de 15 ans et plus, 27% rapportaient avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois. Le conjoint auteur des violences ayant motivé la plainte était auteur de violences antérieures dans trois quarts des cas. Plus de 80% des 104 victimes revues à un mois présentaient un état de stress post-traumatique ; un tiers rapportaient une modification importante de leurs pratiques addictives.

Conclusion – Ces données décrivent des situations de violences sexuelles ayant donné lieu à dépôt de plainte, parmi lesquelles, dans cette population, les violences sur conjoint sont de plus en plus nombreuses.

Sexual assaults: medical examination of victims who filed complaints in Seine-Saint-Denis (France), 2009

Background – At least 50,000 rapes are committed each year in France, of which only a minority is reported to the police. Our objective was to characterize victims, assailants and sexual assaults, from the medical reports of persons who were examined at the medico-legal ward of Bondy hospital (near Paris) in 2009.

Methods – We prospectively collected data concerning all examinations performed in 2009, and for adolescents and adults, the trends one month later.

Results – A total of 572 patients (children and adults) were examined (510 women [89%], 62 men [11%]). The assailant was unknown to the victim in 29% of the cases. The assault consisted in a vaginal (55%), oral (22%), or anal (15%) penetration, or stroking (17%). No physical assaults were reported by the victims in 60% of the cases. Physical injuries were observed in 21% of the cases. Of 239 adults and adolescents aged 15 and more, 27% reported previous physical or sexual assault in the last 12 months. In the case of intimate partner sexual assault, the assailant was also the author of previous assaults in 75% of cases. Over 80% of the victims examined one month after the first examination had post-traumatic stress symptoms, and one third markedly changed their addictive behaviours.

Conclusion – These data describe situations of sexual violence involving a complaint, including increasing spouse abuses in this population.

Mots clés / Keywords

Aggression sexuelle, médecine légale, violences conjugales, stress post-traumatique, conduites addictives / Sexual assault, forensic medicine, intimate partner violence, post-traumatic stress disorder, addictive behaviours

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la connaissance statistique des agressions sexuelles en population générale a progressé en France et, malgré des écarts subsistant sur certains résultats, quelques données sont disponibles, permettant notamment de décrire le profil des victimes, le contexte et les conséquences des atteintes. Au moins 50 000 viols seraient ainsi commis chaque année en France, dont 10 000 suivis d'une plainte [1-3]. L'ensemble des violences sexuelles, incluant attouchements, rapports sexuels forcés et tentatives de viols, concernerait 800 000 personnes chaque année, les femmes trois fois plus souvent que les hommes [2;4]. Lors d'une enquête démographique, 16% des femmes et 5% des hommes interrogés déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie [2]. La grande fréquence de liens étroits entre victime et agresseur a été soulignée [1-3;5].

Les données médicales sur les violences sexuelles demeurent, quant à elles, fragmentaires. Elles concernent surtout la description de lésions traumatiques, de résultats biologiques [6;7] et de syndromes psychotraumatiques [8] ou des situations exceptionnelles [9].

Chez l'enfant examiné, il s'agit habituellement de violences par des personnes connues, dans le cercle familial, ou d'examen demandé lors d'enquêtes familiales. La verbalisation des violences par l'enfant est inconstante et la plainte parfois portée lors de séparations conjugales conflictuelles. Les violences sexuelles chez l'adolescent et l'adulte constituent un ensemble plus homogène [7].

En analysant les cas de près de 600 enfants, adolescents et adultes adressés chaque année pour agression sexuelle à l'unité médico-judiciaire de Bondy après dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, l'étude avait pour objectif de préciser le contexte de ces violences, de décrire l'état somatique et psychique des consultants lors de l'examen à l'hôpital, de déterminer la fréquence des violences physiques associées et d'analyser la nature des traitements administrés. Nous avons particulièrement étudié les violences exercées par le conjoint ou l'ex-conjoint, de reconnaissance encore difficile mais dont la connaissance constitue un enjeu de taille, étant donné la grande fréquence des agressions commises par des proches.

Méthodes

Patients

Les patients étudiés étaient l'ensemble des victimes se présentant sur réquisition judiciaire à l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Jean-Verdier (Bondy, Seine-Saint-Denis), pour des violences sexuelles, après dépôt de plainte, sur une durée d'un an (1^{er} janvier-31 décembre 2009).

Données recueillies

Nous avons recueilli de façon prospective : 1) les caractéristiques des victimes ; 2) les caractéristiques des agresseurs et leurs liens éventuels avec la victime ; 3) les caractéristiques de l'agression (lieu de survenue, circonstances, nature des actes, réactions de défense, suites de l'agression) ; et 4) les résultats de l'examen clinique et le traitement administré. Les données ont été recueillies auprès des victimes ou, dans le cas de très jeunes enfants, auprès du parent accompagnateur. Le compte-rendu d'examen, transmis à l'autorité judiciaire requérante, comportait dans sa conclusion le nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT) au sens du code pénal, la connaissance de cette durée pouvant

éclairer les décisions judiciaires qui suivront [10]. En cas d'agressions sexuelles répétées, l'examen médical était rattaché à l'agression ou aux agressions ayant motivé la plainte, les antécédents de violences faisant également partie des informations recueillies lors de l'examen.

Approche particulière des violences chez l'adolescent et l'adulte

Dans le cadre d'une étude centrée sur les violences sexuelles dans le couple chez les adultes et les adolescents âgés de 15 ans et plus au moment des violences rapportées, nous avons recueilli de manière standardisée (questionnaire fermé délivré en face à face), lors de l'entretien, des données concernant l'existence éventuelle d'antécédents de violences et de pratiques addictives de la victime et de l'agresseur. Nous avons constitué trois groupes : les victimes de violence par leur conjoint ou ex-conjoint (groupe 1), par des inconnus (groupe 2) et par des personnes connues autres qu'un partenaire intime (groupe 3). La notion d'inconnu s'appliquait aux personnes rencontrées par la victime pour la première fois dans les 24 heures précédant les faits. Nous proposons systématiquement une deuxième consultation un mois après la première, afin d'évaluer l'apparition de symptômes de stress post-traumatique, la persistance d'une perturbation notable de la vie courante pouvant justifier un accompagnement médical, psychologique, social ou juridique particulier. Ces consultations étaient effectuées par les deux mêmes médecins, à la différence des premiers examens, pratiqués par les 23 médecins du service. Les signes de stress post-traumatique étaient évalués au moyen de la version française de l'*Impact of Event Scale – revised* (IES-R), en utilisant le seuil habituellement retenu de 33 sur 88 [11]. Les symptômes psychiatriques, en particulier d'anxiété et de dépression, étaient évalués par la version française du *General Health Questionnaire* (GHQ-28) [12], coté en réponse bimodale, en utilisant le seuil habituellement retenu de 4 sur 28 [8]. L'évolution des pratiques addictives depuis l'agression était évaluée lors de la deuxième consultation. Nous avons pris en compte les débuts et arrêts de consommation d'alcool, tabac, cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines et tranquillisants, ainsi que les modifications notables de consommation (augmentation d'au moins 50% ou diminution de moitié).

Analyse statistique

Nous avons comparé les données observées dans les trois groupes par les tests du Chi2 ou de Fisher, ou par le test de Kruskal-Wallis suivi du test *post hoc* de Dunn, selon la nature des variables étudiées (logiciel InStat® 2.0). Nous émettions l'hypothèse d'éventuelles caractéristiques particulières des victimes de violences sexuelles par un conjoint ou ex-conjoint, en termes de caractéristiques de la victime, de la situation de violence et des suites des violences. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats

Caractéristiques des victimes

Ont été étudiées : 572 situations d'examen, correspondant à 572 personnes (enfants et adultes), les femmes représentant 89% des cas (510) et les hommes 11% (62). Les femmes représentaient 98% des victimes majeures (238 sur 244) et 83% des victimes mineures (272 sur 328) et le pourcentage de victimes féminines augmentait avec l'âge (tableau 1), lorsque l'on distinguait des tranches d'âge plus fines.

Tableau 1 Répartition des victimes déposant plainte pour violences sexuelles selon l'âge et le sexe, Seine-Saint-Denis, France, 2009 / Table 1 Victims reporting sexual assaults, according to age and gender, Seine-Saint-Denis, France, 2009

Âge*	Femmes (%)	Hommes (%)	Total (%)
<10 ans	72 (69)	32 (31)	104 (100)
[10-13[	44 (83)	9 (17)	53 (100)
[13-18[	156 (91)	15 (9)	171 (100)
[18-25[	90 (98)	2 (2)	92 (100)
≥25 ans	148 (97)	4 (3)	152 (100)
Total	510 (89)	62 (11)	572 (100)

* L'âge indiqué est l'âge au moment de l'examen, peu après le dépôt de plainte. Il peut différer notablement de l'âge lors des faits rapportés.

Caractéristiques des agresseurs

L'agresseur était inconnu dans 29% des cas (151 sur 520 où un agresseur était désigné). Il s'agissait du conjoint dans 31% des cas d'agressions chez l'adulte, d'une personne ayant autorité (hors du cercle familial) dans 1% des cas (7 sur 572), d'un voisin dans 2% des cas. Il y avait plusieurs agresseurs dans 17% des cas.

Caractéristiques des agressions

L'agression était souvent commise à domicile (32% des cas), rarement dans les parties communes d'un immeuble (8%), dans un lieu public (6%) ou sur la voie publique (6%). Les violences consistaient en une pénétration vaginale (55% des cas, 283 sur 510, dont 3% (18 cas) de pénétration digitale et non pénienne), anale (15% des cas, 84 sur 572, représentant 29% des hommes (18 sur 62) et 13% des filles (66 sur 510)), ou orale (22% des cas, 125 sur 572, représentant 26% des hommes (16 sur 62) et 21% des filles (109 sur 510)), ou en attouchements sans pénétration (17% des cas, 100 sur 572 représentant 26% des hommes (16 sur 62) et 16% des filles (84 sur 510)). Il existait une suspicion de viol mais une amnésie des faits dans 4% des cas (22 sur 572). Dans 10% des cas (55 sur 572), les violences sexuelles étaient accompagnées d'une séquestration. Il s'agissait d'une enquête sur mineur ou sur une personne vulnérable sans violence rapportée dans 9% des cas (50 sur 572). L'agresseur avait utilisé un préservatif dans 12% des cas où la victime rapportait une pénétration ou une tentative de pénétration pénienne (51 sur 421).

Les violences sexuelles étaient accompagnées de violences physiques dans 37% des cas (212 sur 572) et de menaces par arme blanche sans violence physique directe dans 3% des cas (17 sur 572), les 60% de cas restants concernant des victimes ne rapportant aucune violence physique associée (343 sur 572). L'examen clinique montrait des lésions traumatiques dans 21% des cas (118 sur 572) : ecchymoses dans 13% des cas (76 sur 572), plaies, le plus souvent érosives, dans 9% des cas (49 sur 572), fractures dans 1% des cas (3 sur 572), hématomes dans 1% des cas (5 sur 572), et 2 cas d'excision. Une ITT a été déterminée dans 58% des cas (334 sur 572), de durée comprise entre 0 et 30 jours (médiane : 3 jours). Dans 42% des cas (238 sur 572), le médecin ne s'est pas prononcé sur la durée d'ITT, considérant que celle-ci n'était pas évaluable (19% des cas, 109 sur 572) ou parce que la demande de détermination d'ITT n'était pas mentionnée dans la réquisition (6% des cas, 36 sur 572) ou encore sans justification explicite (16% des cas, 93 sur 572). Dans 3% des cas (18 sur 572), la deuxième consultation, un mois après la première, était l'occasion

d'une réévaluation de la durée d'ITT, aboutissant à des durées de 8 à 60 jours (médiane : 30 jours, contre 4 jours pour ces personnes lors de la première consultation).

L'examen médical et ses suites

L'examen médical a eu lieu dans les 6 heures suivant l'agression dans 12% des cas (67 sur 572), dans les 12 heures dans 20% des cas (114), dans les 24 heures dans 30% des cas (173), dans les 48 heures dans 38% des cas (233). Le délai d'examen médian était de 3 jours (extrêmes : 1 h-15 ans). L'examen a eu lieu plus d'une semaine après les faits dans 34% des cas (192), et plus d'un mois après dans 25% des cas (141). Un traitement antirétroviral a été prescrit dans 17% des cas (96). L'absence de prescription était due dans 4 cas (1%) au refus de la victime.

Contexte et conséquences des violences chez les adultes et adolescents

Les 239 adultes et adolescents de 15 ans ou plus (236 femmes (99%), 3 hommes (1%)) qui ont été examinés de façon protocolisée représentaient 74% (239 sur 321) des victimes âgées de 15 ans et plus au moment des faits (tableau 2). L'âge médian était de 23 ans, plus élevé dans le groupe 1. Trente-sept (37) personnes sur 239 (15%) avaient des conduites addictives, définies par une consommation d'alcool dépassant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé ou toute consommation de cannabis, cocaïne, opiacés ou amphétamines au cours du mois précédent. Au moment même des violences, 55 personnes sur 239 (23%) avaient consommé de l'alcool (46), du cannabis (15), des tranquillisants (3) ou de la cocaïne (1).

L'examen a eu lieu dans les 3 jours suivant les faits rapportés pour 64% des victimes. Les délais d'examen étaient plus longs dans le groupe 3 (8 jours) que dans les groupes 1 (23 h) et 2 (17 h).

Vingt pour cent (20%) des victimes (44 sur 221, renseignement non obtenu chez 18 sur 239) rapportaient avoir déjà subi des violences physiques au cours des 12 derniers mois et 33% (74 sur 221) au cours de leur vie (incluant les 12 derniers mois), plus souvent dans le groupe 1 (tableau 2). Seize pour cent (16%) des victimes (36 sur 220) rapportaient avoir déjà subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois et 35% au cours de leur vie (76 sur 220, renseignement non obtenu chez 19 sur 239), également plus souvent dans le groupe 1. Vingt-sept pour cent (27%) des victimes (60 sur 221) rapportaient avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois et 54% (119 sur 221) au cours de leur vie.

Dans le groupe 1, de façon cohérente avec la plus forte exposition à des violences antérieures, le conjoint auteur des violences ayant motivé la plainte était l'auteur des violences antérieures dans 79% (34 sur 43, violences physiques) et 75% des cas (27 sur 36, violences sexuelles).

La moitié des victimes (49%, 118 sur 239) rapportaient avoir subi des violences physiques associées aux violences sexuelles, plus souvent dans le groupe 1 et moins souvent dans le groupe 3. Il existait des lésions traumatiques récentes plus souvent dans le groupe 1 et moins souvent dans le groupe 3. Les durées médianes d'ITT étaient respectivement de 4 jours (groupe 1) et 6 jours (groupes 2 et 3). La durée d'ITT n'était pas évaluable dans des proportions variables selon les groupes : moins souvent dans le groupe 1 et plus dans le groupe 3 (13 cas sur 84, 15% du groupe 1 ; 27 cas sur 95, 28% du groupe 2 ; 30 cas sur 60, 50% du groupe 3). Un traitement antirétroviral a été prescrit chez 72 patients sur 239 (30%).

Tableau 2 Données concernant les victimes de violences sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint (groupe 1), par des inconnus (groupe 2) et par des personnes antérieurement connues (groupe 3), Seine-Saint-Denis, France, 2009 / **Table 2** Victims assaulted by intimate or ex-intimate partner (Group 1), by unknown assailants (Group 2), or by previously known persons other than (ex-)intimate partners (Group 3), Seine-Saint-Denis, France, 2009

	Groupe 1 (n=84)	Groupe 2 (n=95)	Groupe 3 (n=60)	
Répartition F/H	84/0	93/2	59/1	
Âge médian [extrêmes]	27*** [15-62]	20 [15-55]	20 [15-53]	#
Délai médian d'examen	23 h	17 h	8 j**	#
Antécédents de violences physiques (%)	54***	18	28	##
Antécédents de violences sexuelles (%)	46**	24	34	##
Violences physiques associées (%)	61**	48	35**	###
Lésions traumatiques (%)	44*	37	20***	###
ITT (nombre de jours)	4 [0-30]	6 [0-30]	6 [0-30]	P=0,06 (NS)
Suivi à 1 mois (%)	43	36	60*	##
IES-R médian (extrêmes)	50 (3-85)	67 (2-87)	54 (6-82)	P=0,36 (NS)
GHQ-28 médian (extrêmes)	17 (1-28)	20 (2-28)	20 (5-27)	P=0,16 (NS)
Modifications de conduites addictives	8/36 (22%)	15/37 (41%)	11/31 (35%)	P=0,23 (NS)

Les dénominateurs inférieurs à 239 dans la colonne de droite correspondent, pour les antécédents de violences, à la prise en compte de données non renseignées par le médecin, et pour les modifications de conduites addictives, aux victimes s'étant présentées à la deuxième consultation, proposée et programmée un mois après la première. Les antécédents de violence concernent la vie entière. Les données sur l'IES-R, le GHQ-28 et les modifications de pratiques addictives ne concernent que les patients revus à un mois. Tests statistiques : *P<0,05 ; **P<0,01 ; ***P<0,001 ; # : test de Kruskal-Wallis suivi du test post hoc de Dunn ; ## : test de khi-2 suivi du test de Fisher (groupes 1 vs. 1+3), la valeur de P présentée est celle du test de Fisher ; ### : test de khi-2 suivi du test de Fisher (groupes 1 vs. 2+3 et 3 vs. 1+2), les valeurs de P présentées sont celles des tests de Fisher.

Un mois après le premier examen, 107 des 239 victimes (45%) à qui elle avait été proposée sont venues à la consultation de suivi. Les victimes de violences par une personne connue (groupe 3, 35 sur 60, 58%) tendaient à revenir plus fréquemment que les autres (groupe 1, 36 sur 84 (43%), groupe 2, 36 sur 95 (36%)).

À un mois, les scores médians pour l'IES-R étaient de 50 (groupe 1), 67 (groupe 2) et 54 (groupe 3). Les proportions de victimes dans chaque groupe ayant un score ≥ 33 étaient de 76% (19 sur 25), 84% (26 sur 31) et 86% (24 sur 28). Le score médian pour le GHQ-28 était de 17 (groupe 1), 20 (groupe 2) et 20 (groupe 3). Les proportions de victimes ayant, dans chaque groupe, un score ≥ 4 , étaient de 88% (22 sur 25), 93% (28 sur 30) et 100% (27 sur 27). Pour les deux tests, les scores ≥ 33 (IES-R) ou ≥ 4 (GHQ-28) n'étaient pas significativement différents dans les trois groupes.

Un tiers des victimes revues à un mois (33%, 34 sur 104) rapportaient une modification importante de leurs pratiques addictives à la suite des violences. Il s'agissait d'une augmentation notable ou d'un début de consommation (tabac (17 sur 34, 50%), alcool (10 sur 34, 29%), cannabis (6 sur 34, 18%)), d'un changement de produit ou d'un arrêt de consommation (alcool (11 sur 34, 32%), cannabis (3 sur 34, 9%), cocaïne (2 sur 34, 6%)), en particulier lorsque les violences étaient survenues dans un contexte de conduite addictive au moment des faits. Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes.

Discussion

Si les données présentées dans cette étude ne peuvent être considérées *a priori* comme représentatives de l'ensemble des situations de violences sexuelles, elles peuvent l'être en revanche des personnes qui recourent au dépôt de plainte, les unités médico-judiciaires examinant les victimes sur réquisition, en règle après dépôt de plainte. Selon l'enquête CSF (contexte de la sexualité en France) réalisée en 2006, seuls 4% des femmes et 0,6% des hommes rapportant des agressions sexuelles en parlent à la police (avant d'en parler dans l'enquête elle-même) [2], ce qui signifie que la population, dont les données analysées ici sont représentatives,

constitue une petite minorité des victimes de violences sexuelles. Cette difficulté à parler des violences peut, dans les données elles-mêmes, être d'ailleurs reflétée par la proportion de victimes venues à la consultation de suivi, variable selon les groupes mais globalement faible (45% de l'ensemble des personnes concernées). L'origine de ces différences est incertaine ; elles peuvent dépendre des réactions de l'environnement de la victime après les violences et du lien préalable entre l'auteur et la victime. Parmi les victimes qui ne reviennent pas, certaines pensent probablement aller suffisamment bien pour ne pas avoir besoin de consulter et d'autres, à l'inverse, se sentent trop mal pour revenir évoquer les violences subies.

Les indications du traitement antirétroviral préventif de l'infection au VIH sont précisées par une circulaire interministérielle qui prend en compte le risque infectieux, l'efficacité prévisible et la balance bénéfice/risque [13]. Par conséquent, seule une minorité des victimes se sont vu prescrire un tel traitement, en raison d'un délai de plus de 48 heures entre l'examen médical et les faits, ou des caractéristiques de l'agression ou de l'agresseur, en particulier lorsqu'il s'agit du conjoint.

La part des violences exercées par le conjoint ou le partenaire dans les situations de violences sexuelles rapportées a atteint dans notre unité 31% des cas d'agressions sexuelles chez l'adolescent de 15 ans ou plus ou l'adulte en 2009 (23% en 2008, 17% en 2007), ces violences devenant plus nombreuses ou plus dicibles [2]. L'étude comparative des antécédents de violences montre que plus d'un tiers des victimes avaient déjà subi des violences sexuelles au cours de leur vie, en particulier dans les situations de violences sexuelles dans le couple, et que le conjoint violent était dans plus de trois quarts des cas l'auteur des violences antérieures, physiques ou sexuelles, subies par la victime. Ces données confirment la répétitivité des violences commises par les proches, montrées par les enquêtes récentes sur les violences envers les femmes [1-5].

L'étude des violences physiques associées souligne un élément bien connu des intervenants spécialisés : dans plus de la moitié des violences sexuelles, aucune violence physique autre que l'agression sexuelle elle-même n'est simultanément exercée, ce

qui ne devrait pas remettre en question la réalité de l'agression. Les menaces, avec arme ou seulement verbales, et l'existence de réactions de sidération peuvent en être la cause. Quoi qu'il en soit, près des deux tiers des victimes de violences sexuelles ne présentent aucune lésion traumatique récente au moment de l'examen. Ces résultats sont comparables à ceux observés dans les séries françaises [6;7]. Les lésions traumatiques sont plus fréquemment rapportées (64 et 70%) dans deux études publiées aux États-Unis et en Allemagne [14;15]. L'absence de lésion visible peut être due au caractère tardif de l'examen médical et au fait que l'absence de lésion visible ne signifie pas l'absence de traumatisme physique. Cette absence de violences physiques autres que les violences sexuelles et de lésions traumatiques récentes visibles comporte des enjeux importants, potentiellement lourds de conséquences pour la victime, en termes de culpabilité notamment. Elle constitue en effet une source de doute sur la réalité des violences, chez les enquêteurs (police, gendarmerie) et dans l'entourage même de la victime.

La détermination de l'ITT au sens pénal à la suite d'un viol, infraction criminelle, est controversée et prend en compte de manière hétérogène les dimensions physiques et psychiques des conséquences des violences [10;16]. L'ancienneté des faits rapportés et l'absence de constatation lésionnelle clinique sont des facteurs conduisant le médecin à ne pas être en mesure de déterminer une durée d'ITT. Le délai avant le dépôt de plainte est ici plus long dans les cas de violences exercées par des personnes connues, en dehors du couple. Une explication possible en est l'influence de l'environnement se révélant un obstacle à la divulgation, par rapport aux agressions par un inconnu. Pour les violences exercées dans le couple, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle des violences répétées ont lieu avant un dépôt de plainte, parfois pendant une période prolongée sur des mois ou des années, mais lorsque la victime est psychologiquement prête à porter plainte, par exemple lorsqu'elle a décidé une séparation, elle le fait rapidement après l'acte violent.

Les modifications de conduites addictives, observées un mois après le premier examen, concernent en premier lieu l'alcool, le tabac et le cannabis, produits d'usage le plus fréquent. Elles précisent les données antérieures sur l'association entre mésusage d'alcool et violences sexuelles [17], de même que la fréquence augmentée de conduites addictives après un événement traumatique, tel qu'une agression sexuelle [18]. Les deux tests psychométriques montrent une forte proportion de résultats évocateurs de troubles anxieux et dépressifs (GHQ-28) et de stress post-traumatique (IES-R). Ces résultats sont cohérents avec les données publiées : les victimes de violences sexuelles présentent dans leur grande majorité un état de stress post-traumatique [8]. Les situations de violences sexuelles dans le couple ne sont pas, sur ce plan, différentes des autres situations de violences sexuelles. Plus généralement, l'association entre violences sexuelles et la survenue ultérieure de troubles anxieux, d'états dépressifs, de troubles des conduites alimentaires et de troubles du sommeil est bien établie [19].

Conclusion

Si le rôle du médecin légiste comme auxiliaire de justice, le conduisant à effectuer les constatations et à pratiquer les prélèvements utiles à la manifestation de la vérité notamment en matière d'identification de l'auteur, est bien connu, les résultats présentés ici précisent les domaines d'intervention des unités médico-judiciaires auprès des victimes de violences sexuelles, lors de l'examen initial et du

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, Fougereyrolas-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 Obst 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 (Dalloz)*. 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] Aciero 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 Cesda (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

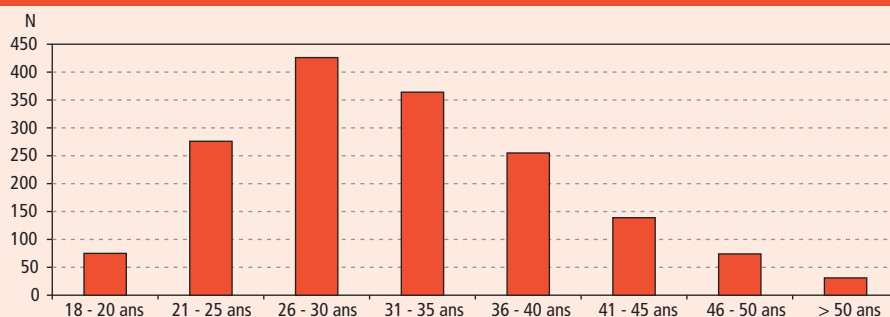
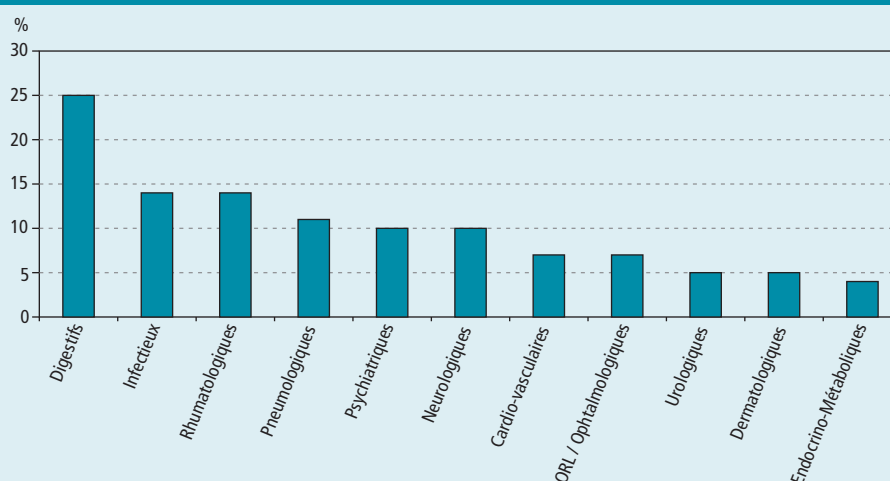


Figure 2 Antécédents médicaux des personnes retenues (485 dossiers renseignés), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / Figure 2 Medical history of examined persons under administrative detention (485 documented files), Bobigny, France, 2008-2009



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

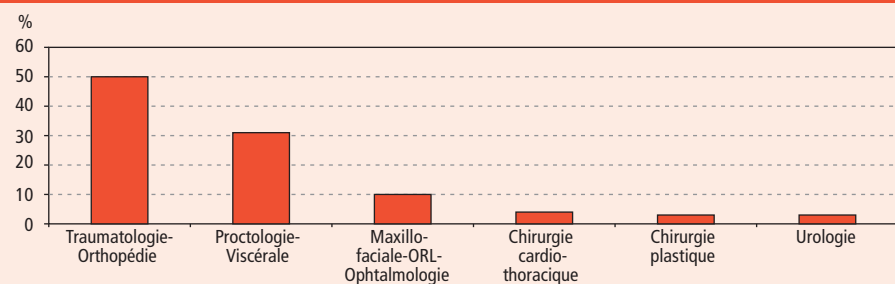


Tableau 1 Pratiques addictives déclarées : place des polyconsommations (1 612 dossiers exploitables), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / **Table 1** Addictive disorders of examined persons under administrative detention (1,612 documented files), Bobigny, France, 2008-2009

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

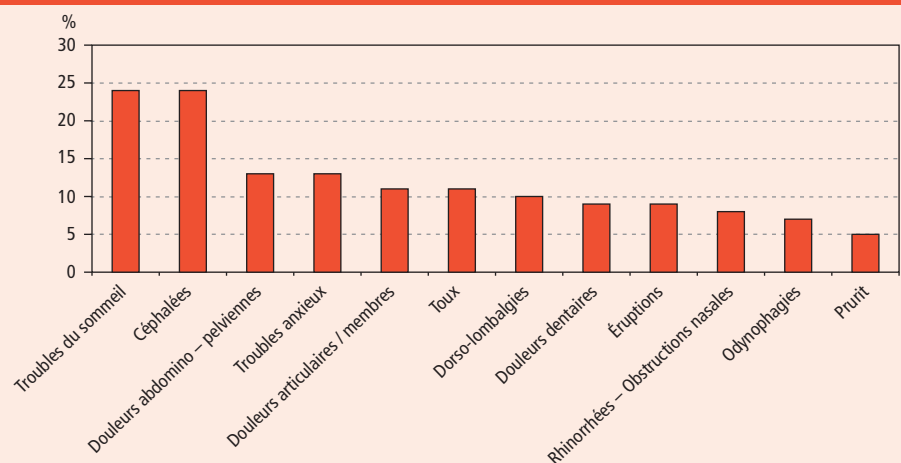
Sur les 100 personnes ayant répondu au questionnaire, 65 (65%) étaient placées en rétention pour la première fois. Soixante-six avaient quitté leur pays à la recherche d'un travail ou d'une meilleure qualité de vie, 15 fuyaient des conflits ou des menaces. Quarante personnes étaient entrées clandestinement 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, Kandel 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-acces-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 Sinno-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