

Maux d'Exil

LA LETTRE DU COMEDE AUX MEMBRES DU RESEAU

BILLET

Et si c'était vrai ?

Celui-ci, ce Tchétchène, il pourrait bien faire partie de ceux qui, par centaines de milliers, sont contraints à l'exil par un conflit dont Samuel Marie-Fanon nous relate le chaos. Ce n'est pas impossible.

Russe, Guinéen, Congolais « Démocratique » ou Tamoul, cet adolescent en exil, isolé en France grâce aux « bons soins » d'un passeur, pourrait être l'un de ces mineurs étrangers dont Reem Mansour raconte la très grande vulnérabilité.

Sans-papiers, il peut être interpellé et conduit dans l'un de ces centres de rétention dont Marie Hénocq nous montre les dégâts et les limites. Il peut être relâché dans certains cas, comme en cas de maladie grave.

Diabétique, asthmatique, porteur de l'hépatite C ou du VIH, malade dont la précarité naît de l'exclusion, il doit survivre au quotidien tout en réduisant les risques de complication. Alain Krivitzky explique comment la prise en charge médicale d'un diabète peut néanmoins être efficace et permettre de ménager l'avenir.

Mineurs ou majeurs, malades ou « simplement » vulnérables, les exilés parvenant dans l'Union Européenne espèrent-ils un bénéfice économique ? Sans aucun doute. En sont-ils moins réfugiés ?

Angélisme, dira-t-on. C'est vrai, le proverbe est formel : un Tchétchène peut en cacher un autre. En l'absence de « preuve », comment savoir si ce migrant économique certain est un possible réfugié ? Déboutons, excluons, et laissons sans-papiers pendant une dizaine d'années. S'il résiste, régularisons. Dans le doute. ■

Arnaud Veïsse

Directeur du Comede

AU PAYS

Tchétchénie : état des lieux d'un conflit en déshérence

Par **Samuel Marie-Fanon**, coordinateur général de Médecins du Monde en Russie et Tchétchénie.

Retour en arrière : en septembre 1999, les troupes russes envahissent la Tchétchénie de facto indépendante, depuis deux ans, à la suite d'accords de paix entre les séparatistes tchétchènes et le Kremlin, qui avaient mis fin à la première guerre de 1994-96.

Tchétchénie. Mais ils ne cessent pas pour autant leur combat.

Les autorités russes parlent alors « d'opération de police anti-terroriste ». En réalité, c'est l'interprétation de la loi qui est en jeu, car les autorités politiques fédérales, en réfutant la qualification de « conflit » ou de « guerre » pour la crise tchétchène, se



Le prétexte est double : plusieurs attentats à Moscou et en province sont attribués aux Tchétchènes, tandis que combattants radicaux tchétchènes et islamistes daghestanais envahissent le Daguestan. En janvier 2000, au bout de quatre mois d'une guerre à grande intensité, les combattants tchétchènes abandonnent le front de la capitale, et trouvent refuge dans leurs villages, dans les montagnes, pour certains quittent la

sont ainsi a priori protégées des accusations de violation des conventions de Genève de 1949 et de leurs protocoles additionnels, notamment ceux ayant trait à la protection de la population civile lors d'un « conflit armé non international ». Pourtant la jurisprudence internationale et les faits, documentés par les Organisations non gouvernementales présentes sur place, prouvent bien que la crise tchétchène présente toutes les caractéristiques d'un conflit armé non international.

téristiques d'un « conflit armé non international ».

Une guerre sans fin

Depuis lors, la situation n'a pas dramatiquement changé. D'une part, la population civile, exsangue, survit difficilement. Il y a certes des améliorations matérielles : les salaires des fonctionnaires et les retraites sont payés, les écoles fonctionnent ainsi que les hôpitaux, malgré un grand dénuement. Mais l'économie des ménages reste une économie de subsistance. La capitale, Grozny, demeure détruite à 80%. Rien n'y fait : une visite à Grozny suffit pour se convaincre que cette république est toujours en guerre : le nombre impressionnant de colonnes militaires, les tirs d'artillerie, la permanence des check points contredisent le discours officiel de normalisation, de pacification.

Par ailleurs, l'insécurité est absolue. La répression se traduit par la tactique de tchéchénisation de l'appareil répressif : la mise en avant du clan Kadyrov (l'ancien président prorusse, tué dans un attentat en mai 2004), avec ses propres milices supplétives, fait régner, en parallèle aux troupes fédérales russes, une atmosphère de terreur, avec la pratique d'enlèvements, de commerce des morts et des vivants. En cela, la Tchétchénie fait penser à ces pays d'Amérique latine en proie aux pires dictatures dans les années soixante-dix. Médecins du Monde, comme d'autres organisations, est un témoin de longue date de la situation en Tchétchénie, y opérant sans interruption depuis fin 1995. Dans l'exercice de son mandat médical, l'association rencontre de nombreuses personnes victimes de violations des droits humains, commis principalement par les forces russes ou leurs milices supplétives tchéchènes, de façon plus marginale par la mouvance hétéroclite de la « résistance ».

La Tchétchénie devient donc un ghetto, où l'Etat russe n'assume pas ses fonctions sociales et de protection, tandis que ses habitants partent peu à peu en exil, souvent en Europe occidentale. L'immense majorité des

LA GUERRE DE TCHETCHENIE

■ Principales dates :

- 1^{er} novembre 1991 : déclaration d'indépendance de la Tchétchénie.
- 11 décembre 1994 : intervention de l'armée russe, début de la première guerre.
- 31 août 1996 : accord entre le Conseil de sécurité russe et les indépendantistes tchéchènes, fin de la première guerre.
- 7 août 1999 : raid des islamistes tchéchènes sur le Daghestan. Le 25, bombardement par l'armée russe.
- 1^{er} octobre 1999 : intervention de l'armée russe, début de la deuxième guerre.

■ Pour en savoir plus :

- Anne Le Huérou, Aude Merlin, Amandine Regamey, Silvia Serano, *Tchéchénie : une affaire intérieure ? Russes et Tchétchènes dans l'étau de la guerre*, Paris, CERI-Autrement, 2005.
- Isabelle Astigarraga, *Tchéchénie, un peuple sacrifié*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Comité Tchétchénie, *Tchéchénie, Dix clés pour comprendre*, Paris, la Découverte, 2003.
- Anna Politkovskaïa, *Tchéchénie, le déshonneur russe*, Buchet-Chastel, Paris, 2003 ;
- *Dossiers Tchétchénie* disponibles sur le site de MDM : www.medecinsdumonde.org

gens est confrontée à l'absolue nécessité de la survie, socio-économique et physique, prise en étau entre les forces fédérales russes, les milices supplétives prorusses et la nébuleuse très hétéroclite des rebelles. Ces derniers ont repris l'initiative au cours des derniers mois, multipliant en Tchétchénie des opérations de guérilla contre les unités russes et les Tchétchènes prorusses. Cependant, leurs desseins et leur structuration sont très divers : avec l'élimination physique des chefs de guerre historiques, on assiste à la montée en puissance de petits groupes très localisés, faibles en

nombre, et bien intégrés à la population, qui se battent à la fois par vengeance, par intérêt économique ou par idéologie. Ces groupes sont donc de plus en plus illisibles, autonomisés, morcellisés, et donc susceptibles de travailler pour les deux parties opposées du conflit. En cela, la logique chaotique de la guerre l'a emporté en Tchétchénie, d'une guerre aux acteurs multiples, souvent mafieux, souvent privatisés. Une petite partie d'entre eux, sans pour autant avoir de liens organiques avec les mouvances islamistes transnationales, entretient une communauté de perception, avec ceux qui se battent sur les autres terrains du Jihad. Certains reçoivent l'argent de charités islamiques. Mais bien souvent, le financement de la guerre, côté tchéchène, est endogène, provient du commerce avec... les forces russes, provient des autorités prorusses (qui veulent acheter leur sécurité) et aussi de l'effort de guerre de la population.

L'hémorragie migratoire des population civiles

La deuxième guerre a débuté soudainement avec une extrême violence par des bombardements massifs. Grozny s'est vidée de sa population en un mois. Les Tchétchènes se sont réfugiés en Ingouchie (jusqu'à 300 000 personnes). Il y a également eu des mouvements migratoires vers le sud Caucase (Azerbaïdjan, Géorgie), et en Russie.

La fin de l'année 2000 marque l'arrêt des grandes opérations militaires, avec la mise en place d'un régime tchéchène prorusse, ce qui permet à la Russie de parler de « normalisation politique ». Néanmoins, un régime de terreur est instauré, avec de multiples exactions, enlèvements (294 personnes auraient été enlevées au cours des 9 premiers mois de l'année 2004 et sur 25% du territoire d'après l'association Mémorial), tortures, violations quotidiennes des droits de l'homme. La violence et la dangerosité de la vie quotidienne en Tchétchénie depuis le début de cette deuxième guerre a entraîné de façon massive, pour la première fois de leur histoire, le départ de nombreux Tchét-

Une adolescence en exil

Par **Reem Mansour**, Médecin du Suivi médical au Comede.

chènes. Il faut comprendre que dans la culture tchéchène, il y a un attachement extrêmement profond à leur terre : « quitter le territoire tchéchène » est un dernier recours, et signifie leur incapacité à se projeter désormais dans l'avenir, en Tchétchénie ou même en Russie.

Si on compte maintenant environ 800 000 personnes en Tchétchénie, plus de 400 000 Tchétchènes vivent hors de leur territoire d'origine. On distingue ainsi, des foyers primaires de migration, en Ingouchie : 40 000 personnes, en Russie même : 200 à 300 000 personnes. Mais aussi des foyers secondaires que sont les lieux de transit, des lieux où sont implantées des diasporas tchéchènes (dans le sud Caucase principalement). Ces foyers diasporiques d'immigration n'offrent ni statut ni perspectives à long terme, beaucoup sont aussi sous la pression russe qui tente de supprimer les relais tchéchènes sur les pays voisins. Ces pays constituent donc des lieux de transit vers une émigration vers l'Europe de l'Ouest.

Ainsi, au niveau international, on voit peu d'arrivées directes. En général, les réfugiés ont recours à des réseaux de passeurs qui empruntent les voies terrestres pour des prix moyens variant de 1000 à 3000 \$ par personne. Les départs du parcours se font depuis l'Ingouchie et la Tchétchénie vers la Biélorussie, l'Ukraine, la Pologne, la Slovaquie, ou la République tchèque, puis vers l'Autriche, l'Allemagne, la France et la Belgique. Les passages d'un pays à l'autre sont extrêmement complexes, presque toujours illégaux avec le risque à tout moment d'être arrêté, détenu ou renvoyé sans avoir pu déposer de demande d'asile. Les flux migratoires tchéchènes augmentent donc, au fur et à mesure que les ménages se paupérisent en Tchétchénie, et que les perspectives d'une amélioration de la situation sécuritaire pour les individus deviennent de plus en plus ténues ; et il est plus que probable que cette hémorragie de la population civile, population victime d'une insécurité absolue, ne cessera pas à moyen et long terme ■

Ils ont moins de 18 ans, ils sont arrivés en France seuls sans leurs parents, ils sont ceux qu'on désigne comme les « mineurs étrangers isolés ». Leur nombre est en nette augmentation depuis la fin des années 90 et intrigue la plupart des structures qui sont amenées à les prendre en charge.

Certains ont tenté de les répartir en catégories selon les raisons du départ de leur pays : les « mandetés », « exploités », « fugeurs », « errants », « demandeurs d'asile »...¹ Dans tous les cas une chose est certaine, ce sont de jeunes exilés qui se retrouvent brutalement seuls, loin de leurs proches et de leur environnement habituel. Leur situation de mineurs isolés évoque l'idée de l'existence d'un danger et le besoin d'une protection de l'enfance, avec la désignation d'un représentant légal.

Malheureusement, une fois en France, ces jeunes vont se retrouver le plus souvent pris entre deux logiques politiques divergentes, où les objectifs de lutte contre l'immigration s'opposent aux principes de la protection de l'enfance.

Depuis environ deux ans, le nombre des mineurs isolés qui consultent au Comede a presque doublé. Même si les chiffres ne dépassent pas une centaine par rapport aux 5 000 patients reçus par an au Comede, les intervenants se trouvent ainsi confrontés à une situation qu'ils ne connaissaient pas auparavant.

1. Etienne Angelina, *Les mineurs isolés étrangers en France. Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. Les termes de l'accueil et de la prise en charge*, Migrations Etudes, N° 109, septembre octobre 2002, 16 p.

En plus de leur vulnérabilité en tant qu'adolescents, il s'agit de prendre en compte le fait qu'ils soient exilés, isolés, sans leurs proches, dans un pays dont ils ne parlent parfois pas la langue, et que leur protection est incertaine.

Ils font partie des « patients à suivre » par un médecin référent au Comede car ils constituent une population fragile, cette fragilité résultant de leur vécu avant l'arrivée en France (dans leur pays, durant le périple de l'exil) mais également du parcours jonché d'obstacles une fois arrivés sur le territoire français.

La plupart sont des garçons et nous les voyons peu de temps après leur arrivée en France. Ils sont principalement originaires d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud.

Dans la majorité des cas, le recours aux soins n'est pas une initiative des jeunes. Ils consultent au Comede pour un bilan de santé à la demande de la structure qui les a pris en charge (les services de l'Aide Sociale à l'Enfance - ASE, une association). Le plus souvent, ils ne savent pas pourquoi ils se retrouvent face à un médecin, mais en fin de consultation ils sont toujours d'accord pour réaliser ce bilan qui permettra de rassurer chacun sur leur santé physique. Ces examens sont réalisés gratuitement par les laboratoires de la DASES de Paris.

Maux d'exil

LE COMEDE

Comité Médical pour les Exilés
Hôpital de Bicêtre - BP 31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Email contact@comede.org
Site www.comede.org

Directeur de la publication : Jean-Yves Fatras.

Comité de rédaction de ce numéro :
Patrick August, Gabrielle Buisson-Touboul,
Françoise Fleury, Reem Mansour, Arnaud Veïsse.
Imprimerie Grenier, Gentilly.

C'est le cas de H. adressé au Comede par l'association Enfants du Monde - Droits de l'Homme pour un bilan de santé. H. a 15 ans, il est venu du Mali où il vivait avec sa grand-mère ; c'est elle qui l'a encouragé à partir en France où elle espère qu'il trouvera une vie meilleure. H. raconte comment il est arrivé en Espagne par la mer, comment leur embarcation a perdu 4 personnes pendant le trajet. H. pleure pendant la consultation, sa grand-mère lui manque. En fin de consultation, il est d'accord pour réaliser un bilan.

Nous apprendrons par la suite qu'il a été placé par l'ASE dans une famille d'accueil en Dordogne. Son bilan de santé s'est avéré normal et nous en transmettons les résultats au médecin traitant de la famille après avoir été contactés par une éducatrice de l'ASE. H. a eu de la chance...

Les choses ne se déroulent pas toujours aussi bien. En effet, à toutes les étapes de leur parcours en France, les mineurs peuvent être soupçonnés de ne pas donner leur âge véritable et voir leur minorité contestée, cela même s'ils disposent d'une pièce d'état civil. Ils sont alors soumis à une expertise médicale fondée sur des bases scientifiques très discutées, qui consiste notamment en une détermination de l'âge osseux².

Le mineur déclaré « majeur » ne peut plus obtenir la protection à laquelle il a pourtant droit et cela déclenche des situations absurdes. C'est l'exemple d'un jeune Mauritanien,

2. La méthode la plus utilisée comporte une radiographie de la main et du poignet gauche que l'on va comparer à « un atlas de références établi en 1935 à partir d'une population de race blanche, née aux Etats-Unis, d'origine européenne et de milieu familial aisé, destiné non pas à déterminer avec précision un âge civil mais à déceler certaines pathologies notamment des retards de croissance de l'enfant ou adolescent (Atlas de Greulich et Pyle). Cette méthode est fiable à plus ou moins 18 mois pour la tranche d'âge comprise entre 15 et 18 ans » (O. Diamant-Berger et J. Nauwelaers, Détermination médico-légale de l'âge du sujet jeune, Dossier Le mineur étranger en exil, XI^{ème} colloque de droit des étrangers du Syndicat des Avocats de France, 22 mars 2003, Lille). Cette méthode ne prend pas en compte tous les facteurs qui interviennent dans le développement somatique d'un individu.

adressé par le service « mineurs » d'une association parisienne, qui nous apprend en fin de consultation qu'il n'a pas de lieu d'hébergement en sortant du Comede. Il avait en sa possession une pièce d'identité, en l'occurrence un acte de naissance montrant qu'il était mineur; il avait subi une expertise osseuse qui retenait qu'il était majeur mais dont le résultat écrit ne lui avait pas été remis. Le service pour mineurs le considérant « majeur », il ne pouvait bénéficier d'un hébergement par son intermédiaire et le Samu social ne pouvait l'héberger car pour lui, il était mineur !

Bilan de santé et suivi médical

Si la plupart sont en bonne santé physique, ils ont tous quitté une situation familiale fragile conséquence d'une guerre, de conflits intrafamiliaux, de difficultés économiques... Plus de la moitié des mineurs ont subi des violences ou des tortures au pays d'origine. Comme pour les adultes, tous souffrent à des degrés divers du traumatisme de l'exil, conséquence d'un départ brutal et imprévisible, de ruptures et de deuils multiples. La consultation médicale est l'occasion de dépister une névrose post-traumatique à travers l'interrogatoire des jeunes, leurs plaintes et parfois les remarques des accompagnateurs s'il y en a (un éducateur par exemple). En tout cas, il importe que le mineur sache qu'il pourra toujours trouver aide et soutien au sein du Centre de santé, qu'il s'y sente en confiance pour venir ultérieurement chercher refuge en cas de nécessité et mettre en mots les expériences douloureuses vécues.

Lorsqu'une pathologie grave est diagnostiquée et qu'une prise en charge spécialisée doit être instaurée, toute la difficulté réside dans l'accès aux soins spécialisés, c'est-à-dire l'obtention préalable d'une protection maladie. Pour cela, le mineur a besoin d'un représentant légal, ce qui n'est pas acquis d'avance comme nous l'avons vu précédemment.

Les pratiques des caisses de sécurité sociale sont très diverses face aux autres situations ; plus les obstacles

sont nombreux, plus le risque pour le médecin référent de perdre de vue le mineur malade est grand.

Les incertitudes sur l'identité du mineur ne doivent d'aucune façon venir troubler la relation médecin malade. A partir du moment où le bilan de santé est abordé dans un climat de confiance et de respect et si les conditions de communication sont remplies (présence d'un interprète si le patient est non francophone), toutes les barrières « culturelles » s'atténuent. La consultation peut être l'occasion d'accompagner l'adolescent à un âge où il cherche à acquérir une autonomie ; en exil, il se retrouve dans cette situation de manière très brutale.

Chez ces très jeunes exilés, la protection due aux réfugiés se double de la nécessité de protection de l'enfance. Or trop souvent à l'heure actuelle, le mineur étranger isolé est d'abord perçu comme un étranger auquel s'applique la politique de lutte contre l'immigration avant d'être considéré comme un enfant ■

LES SERVICES DU COMEDE

■ Permanence téléphonique du Suivi médical ☎ 01 45 21 39 59

Soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé et certification médicale pour la demande d'asile et le droit au séjour

■ Permanence téléphonique de l'Accès aux soins ☎ 01 45 21 63 12

Conditions d'accès aux dispositifs de soins et procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME)

■ Mise à jour mensuelle du Guide 2005 sur le site www.leguideducomede.org

■ Pour commander le Guide 2005, s'adresser à l'INPES (diffusion gratuite)

Par fax au 01 49 33 23 91
Par courrier : Inpes, service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex

Rétention administrative des étrangers : la machine s'emballe

Par Marie Hénocq, Coordination du Service DER, Défense des Etrangers Reconduits, à la Cimade.

Depuis 1984, la Cimade a une mission confiée et financée par l'Etat pour apporter un soutien aux étrangers faisant l'objet d'une procédure d'éloignement du territoire français et, de ce fait, privés de liberté dans les Centres de rétention administrative.

En vingt ans, la durée maximum de la rétention administrative est passée de 7 à 32 jours.

En vingt ans, l'enfermement des étrangers en instance d'expulsion, à l'origine prévu comme l'exception, est devenue la règle.

En vingt ans, la mission de la Cimade a glissé d'une nature sociale à un soutien juridique : « aide à l'exercice effectif des droits ».

Il est important de rappeler que la rétention administrative se définit comme une privation de liberté « pour le temps strictement nécessaire à l'organisation du départ » des étrangers. Pourtant, plus le temps passe et plus elle s'apparente à une peine d'enfermement réservée à des hommes et des femmes qui n'ont commis aucun délit, sinon celui de vivre sans titre de séjour ; la question de la possibilité de les reconduire hors de France ne se pose que dans un deuxième temps.

La loi du 26 novembre 2003 relative à « la maîtrise de l'immigration », dite loi Sarkozy, a triplé la durée maximum de la rétention, la faisant passer de 12 à 32 jours. Dans le même temps, en octobre 2003, le ministère de l'Intérieur adressait aux préfets la consigne de doubler le nombre des reconduites à la frontière. Depuis, c'est régulièrement que le même ministère adresse à l'opinion publique des bilans chiffrés attestant



Centre de rétention administrative du Mesnil-Amelot, près de l'Aéroport de Roissy-CDG.

de l'« efficacité » de sa politique « ferme » en matière de « lutte contre l'immigration irrégulière ». Cette culture du chiffre appliquée à l'éloignement d'hommes et de femmes, comme un directeur d'usine peut fixer un objectif de production à ses employés, conduit à des pratiques aveugles de la part des services de police et des préfectures qui, pour répondre à la « commande », perdent de vue les protections dues aux personnes et rompent le fragile équilibre entre respect de la dignité et usage de la contrainte.

Les interpellations se multiplient : de l'impossibilité de se marier sans craindre des poursuites du procureur de la République au risque réel de se faire arrêter au guichet de la préfecture, des opérations d'envergure d'expulsion de squats entiers aux dénonciations anonymes suivies de convocations au commissariat...

Des familles sont séparées - conjoint de français éloigné vers son pays

d'origine - ou placées tout entières en rétention, enfants mineurs compris.

Les personnes exprimant des craintes en cas de retour dans leur pays sont sommées de rédiger leur demande d'asile en français sans interprète alors qu'elles sont privées de liberté contre leur gré.

Les malades se voient affirmer qu'ils auront accès au traitement nécessaire dans des pays dont le système de santé est notoirement défaillant.

La satisfaction affichée par le ministère de l'Intérieur au vu de l'augmentation des « résultats » dissimule le sens réel des chiffres : le nombre de renvois effectifs du territoire peut passer de dix mille à vingt mille par an - et à quel prix ? On est loin, et heureusement, des centaines de milliers de personnes qui vivent en France sans papier.

Alors à quoi bon cette casse humaine ?

Pour marquer autrement le premier anniversaire de la loi Sarkozy, la Cimade a choisi de publier un recueil d'histoires vécues dans les centres de rétention qui illustrent la dégradation alarmante du dispositif d'éloignement du territoire¹. Morceaux choisis :

● Le 19 octobre 2004, la préfecture de Seine-Saint-Denis prend un Arrêté de reconduite à la frontière à l'encontre d'une personne de nationalité camerounaise et la place en rétention au centre de Bobigny. Cette personne, séropositive au VIH, suivie par un médecin traitant, n'a parlé de ses problèmes de santé dans le centre qu'au service médical qui n'a pas saisi la DDASS. L'Arrêté de reconduite n'a pas été contesté dans le délai de 48 heures imparti. Alertée quelques jours plus tard de l'état de santé de cette personne incompatible avec son renvoi au Cameroun, la Cimade a dû récupérer un certificat médical auprès du médecin traitant pour saisir la préfecture d'une demande d'abrogation de la mesure de reconduite. Il aura fallu plusieurs jours avant que la préfecture ne libère cette personne.

● Le 17 août 2004, Madame S., de nationalité ivoirienne, fait l'objet d'un Arrêté de placement en rétention prononcé par la préfecture de Seine-et-Marne. Enceinte de sept mois, elle est emmenée à l'hôpital de Meaux aussitôt après la notification de ses droits au poste de gendarmerie du Centre de rétention du Mesnil-Amelot car le médecin du centre a établi un certificat d'incompatibilité de son état de santé avec la rétention. Madame S. est donc placée en rétention à l'hôpital.

Devant le juge des libertés et de la détention, il est invoqué que Madame S. a été privée de ses droits à l'hôpital où elle n'avait accès direct ni à un téléphone, ni à un fax, et qu'un hôpital n'est pas un lieu de rétention administrative (en tout état de cause, son état de grossesse était incompatible avec un vol en avion). Le juge accorde tout de même la prolongation de la rétention. La Cour d'appel décide de l'assigner à résidence.

Quelques jours plus tard, la police se rend à son domicile pour mettre la mesure d'éloignement à exécution. Madame S. n'est pas montée dans l'avion ; la préfecture l'a déférée devant le juge pénal pour refus d'embarquement.

● Monsieur Z., de nationalité géorgienne, se voit notifier un Arrêté de reconduite à la frontière par la préfecture des Ardennes le 4 août 2004. Il arrive au Centre de rétention du Mesnil Amelot le 6 août, et signale sa demande d'asile le 9 août. La demande est transmise à la préfecture par le greffe du centre, accompagnée d'une demande d'interprète pour rédiger le récit. Le lendemain, la préfecture des Ardennes fait savoir qu'elle n'est pas en mesure de fournir l'interprète demandé.

Dans l'incapacité de remplir le formulaire OFPRA en français, Monsieur Z. formule sa demande en géorgien. Le 20 août, l'OFPRA renvoie le dossier au Centre de rétention en demandant à ce qu'il soit rédigé en français. Devant le blocage de la situation, la préfecture décide de passer outre la demande d'asile. Monsieur Z. est présenté à l'embarquement le 25 août. Après un refus d'embarquer, il passe en comparution immédiate au Tribunal correctionnel de Bobigny qui le relaxe ■

1. Cimade, Rétention administrative des étrangers un an après la loi Sarkozy, une déshumanisation croissante des pratiques, décembre 2004, 44 p, www.cimade.org/JIM/histoire.htm



Centre de rétention administrative de Vincennes.

Diabète et précarité

Par **Alain Krivitzky**, Chef du service de Médecine Interne et Endocrinologie, Hôpital Avicenne APHP, Bobigny Paris XIII.

Si toutes les affections médicales aiguës ou chroniques sont plus graves chez les personnes en état de précarité sociale, ceci est particulièrement vrai au sujet du diabète et des circonstances de son diagnostic.

Le diabète de type 1, auparavant appelé diabète insulino-dépendant, qui touche avant tout le sujet jeune, peut se révéler par un coma inaugural avec forte hyperglycémie, déshydratation, acidocétose, hyper ou hypokaliémie, parfois insuffisance rénale aiguë et collapsus cardiovasculaire, le tout évoluant dans un contexte souvent infectieux accompagné d'un amaigrissement progressif, d'une grande asthénie, de soif et de polyurie. Ce tableau conduit naturellement aux urgences, à une hospitalisation et à la prescription obligatoire et définitive d'insuline. Le problème du suivi ultérieur sera majeur pour éviter la récurrence de coma ou d'autres complications aiguës ou chroniques. Si ce diabète de type 1 n'est pas plus fréquent au sein d'une population précaire, cette entrée bruyante dans la maladie est souvent l'apanage de personnes non suivies médicalement, où le diagnostic est retardé dans un contexte de difficultés alimentaires et d'infections de rencontre.

Le diabète de type 2, beaucoup plus fréquent en général, frappe tout particulièrement les personnes en état de précarité sociale chronique, non pas celles qui sont dénutries, mais celles qui pour des raisons économiques et parfois culturelles ont une alimentation inadaptée, déséquilibrée, au profit de sucres rapides avec surpoids, voire obésité.

Si ces sujets sont en principe à l'abri des complications aiguës de type coma, acidocétose et déshydrata-

tion, ils sont par contre menacés à terme par les complications chroniques du diabète, au niveau des micro vaisseaux de la rétine, du rein et des nerfs périphériques, ou du système artériel avec hypertension, insuffisance coronaire, artérite des membres inférieurs et accidents vasculaires cérébraux.

Une forme intermédiaire peut être observée chez des patients Africains à la suite de l'ingestion massive et répétée de boissons sucrées : au début leur état évoque un diabète de type 1, nécessitant une insulinothérapie, mais au bout de quelques mois en général, l'insulinothérapie peut être arrêtée et leur maladie évolue ensuite comme un diabète de type 2. Le diabète de type 2 ne signifie pas toujours absence d'insulinothérapie car celle-ci peut devenir nécessaire, soit à l'occasion d'infections ou de complications, ou parce que les médicaments antidiabétiques ne normalisent plus la glycémie.

On comprend que le diabète de type 1 ou de type 2 dans une situation de précarité ne sera souvent diagnostiqué que trop tardivement, lors d'une complication aiguë, mais aussi chronique : baisse de la vision, hypertension artérielle, neuropathie douloureuse, accident coronarien ou cérébral, mal perforant plantaire, infection voire gangrène des orteils.

Le pied est un organe particulièrement vulnérable chez le diabétique et d'autant plus menacé en situation de précarité que coexistent l'impossibilité d'assurer l'hygiène correcte, des chaussures mal adaptées, une gêne à la marche non ressentie du fait de la neuropathie, des déformations, enfin des troubles ischémiques liés à l'artériopathie proximale ou/et distale.

Prise en charge du diabétique précaire

On a vu que le diagnostic de diabète se posait souvent dans des conditions dramatiques, conduisant à une hospitalisation d'urgence. Celle-ci a le mérite de faire le diagnostic, le bilan des complications, d'instituer le traitement d'urgence et de définir pour la suite un programme thérapeutique à la fois médicamenteux, diététique, reposant notamment sur une éducation et une prise en charge de l'affection et de ses contraintes par le patient lui-même.

Toutes ces données, qui sont la base d'un projet, sont contradictoires avec tout le vécu quotidien d'un patient en situation précaire : difficultés sociales, situation irrégulière, désinsertion familiale, troubles dépressifs, difficultés de compréhension et de langue, convictions alimentaires particulières, tout ou partie de ces handicaps pouvant être groupés.

Comment organiser le traitement et le suivi ? Une première étape est celle de la reconnaissance des droits sociaux, rendue plus difficile actuellement par les nouvelles contraintes ou délais pesant sur l'attribution de l'AME pour le patient en situation irrégulière sur le territoire : c'est donc au niveau des consultations dites de précarité¹ que devront être délivrés au début les moyens du traitement. Pour les patients assurés sociaux, la demande d'ALD 30 est le premier geste à faire dès le diagnostic confirmé : glycémie à jeûn > à 1.26 g/l (7 mmol/l) à 2 reprises.

L'objectif thérapeutique doit naturellement rester le même que chez un patient non précaire : les glycémies doivent être de l'ordre de 0.8 à 1.20 g/l avant les repas et < 1.60 à 1.8 g/l en post prandial : ceci permet à l'HbA1C, reflet stable de la moyenne des glycémies au cours des 8 semaines précédentes, d'être maintenue à un taux < à 7%.

DIABETE ET PRECARITE : LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

■ Le traitement insulinique

Dans le diabète de type 1, il est indispensable. Les présentations actuelles en stylos jetables contenant 300 unités d'insuline l'ont simplifié. Chez un patient qui mange à des heures variables, le mieux serait d'associer une petite quantité d'insuline rapide (Humalog, Novorapid) juste au début de chaque repas à une injection le soir d'une dose fixe d'insuline de durée d'action de 24h (*Lantus), ou de 12 à 16h (*Insulatard). Les aiguilles pour stylos doivent être prescrites à part, les injections doivent se faire en alternant les sites, sur un territoire propre sans avoir besoin d'alcool. Un équilibre correct peut être obtenu, si l'alimentation et les glycémies sont plus stables, par 2 injections d'insuline semi lente, type *Insulatard, ou d'insuline mixte, type *Mixtard 30 ou *Humamix 25 ou 50, l'ensemble existant en stylos jetables, et le chiffre indiquant la proportion d'insuline rapide au sein du mélange.

Enfin, dans quelques cas, on devra se limiter à une injection/jour qui peut être de *Lantus, dont l'avantage est de donner un taux stable d'insuline et de ne pas avoir besoin d'être agitée avant l'injection pour la rendre homogène.

Une éducation simple est nécessaire sur la pratique des injections et la mesure de la glycémie capillaire sur les appareils de mesure, qui sont devenus très simples de maniement (*One Touch ou *Glutotrend). Le mieux est de faire inscrire les glycémies sur un carnet avant chaque injection d'insuline, en notant la date et l'heure, tout en sachant que les appareils actuels disposent d'une mémoire. La plupart des services de diabétologie disposent d'un hôpital de jour et/ou d'une infirmière d'éducation qui permettront d'enseigner ces données afin de savoir adapter les doses d'insuline à la glycémie, à l'activité et à l'alimentation. On est parfois surpris de voir que des patients précaires, non francophones, ayant des difficultés de lecture, peuvent adhérer rapidement à cette pratique.

■ Le traitement par antidiabétiques oraux

Il est réservé au diabète de type 2 non équilibré par des mesures diététiques. On dispose de 3 types de traitements :

- Les sulfamides et glinides (*Daonil, *Diamicron, *Amarel, *Novonorm), médicaments bien tolérés mais pouvant entraîner des hypoglycémies, car ils stimulent la sécrétion d'insuline. Le *Diamicron 30 LM et l'Amarel doivent être donnés en une fois le matin, les autres à chacun des repas. Ils ont tendance à faire prendre du poids.
- Les biguanides (*Glucophage, *Stagid) sont les médicaments de choix du diabète de type 2 avec excès de poids. L'inconvénient majeur est la possibilité de troubles digestifs, notamment de diarrhée. Le générique le plus utilisé est la *Metformine 850 à la dose de 2 à 3 cps/j à répartir aux repas.
- Les Glitazones (*Actos, *Avandia). Cette nouvelle classe est bienvenue dans le diabète de type 2 puisqu'elle combat l'insulinorésistance et améliore le pronostic métabolique et vasculaire. Il n'est plus nécessaire de les prescrire sur des ordonnances spéciales. Ils ont une pleine action au bout de plusieurs semaines, sont contre indiqués en cas d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance hépatique caractérisée et ne doivent pas actuellement être associés à l'insuline. On peut les utiliser en monothérapie, ou associés aux biguanides, ou en cas d'intolérance à ceux-ci à un sulfamide, sans doute bientôt à ces deux classes (trithérapie). Un type de prescription peut par exemple être *Metformine 850 un cp matin et soir associé à un cp d'*Actos 30 un cp/j ou bien *Avandamet dont chaque comprimé contient 1 ou 2 mg d'*Avandia et 500 mg de *Metformine, la posologie étant de 2 cps matin et soir.

Dans certains cas, le traitement anti diabétique oral doit être remplacé par l'insuline au moins temporairement, en cas de complication aiguë ou d'insuffisance rénale ou en cas de grossesse. Parfois, on peut associer les anti diabétiques oraux à une injection d'insuline retard type *Lantus ou *Insulatard le soir, à une dose de 12 à 16 unités.

Dans le diabète de type 2, l'autosurveillance est utile et peut se faire quatre fois/semaine (à jeûn et après un repas). On doit fournir des bandelettes urinaires afin de déceler l'acétone, en cas de troubles digestifs, neurologiques, d'amaigrissement ou de glycémie > 2.5 g/l.

Les bilans et la périodicité des consultations

Dans le cas d'un patient précaire, il faut grouper les bilans et la recherche de complications, notamment ophtalmologique(s), neurologique(s), rénal(es) et cardiovasculaire(s), sous forme d'un bilan hospitalier au moins annuel en hôpital de jour.

Les propositions diététiques

Il s'agit manifestement d'un sujet important et difficile, quelques soient les habitudes et contraintes alimentaires ou culturelles. La plupart des problèmes diététiques peuvent être résolus grâce à des explications permettant une relative hygiène alimentaire équilibrant les nutriments et choisissant, à valeur énergétique et glucidique égale, les moins coûteux. L'essentiel est d'éviter dans la mesure du possible les erreurs majeures que

sont l'abus de sucres rapides et de graisses. Des fiches peuvent être demandées au CERIN (*Bien manger sans trop dépenser*, 45 rue St Lazare, 75009 Paris). Le principe général est d'assurer au petit déjeuner pain ou autres céréales, lait ou fromage ou yaourt, boisson sans sucre ; au déjeuner et au dîner un plat de féculents et/ou du pain, un plat de légumes verts crus ou cuits, de la viande ou du poisson ou des œufs, un produit laitier, un fruit, un peu de matière grasse et globalement un litre et demi d'eau/jour. L'évaluation du prix de revient d'une alimentation équilibrée apportant 1700 à 2000 calories/jour représente 3 à 4 €/j. On comprend que toutes les ressources médicales et sociales doivent être sollicitées pour la prise en charge d'un patient diabétique en situation de précarité.

Les objectifs doivent être les mêmes que chez un patient non précaire et on devra souvent s'adapter avec réalisme en simplifiant au maximum du raisonnable les modalités thérapeutiques, l'autosurveillance et les bilans.

Le patient diabétique est par ailleurs particulièrement exposé à d'autres anomalies métaboliques et vasculaires et à des facteurs de risque tels que la dyslipidémie, l'hypertension artérielle et bien entendu le tabagisme. Si le diabète, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires sont plus fréquents et plus graves parmi les patients précaires, c'est aussi au sein de ces groupes que les mesures de prise en charge donnent des résultats presque immédiatement visibles ■

1. PASS : Permanences d'accès aux soins de santé