Université Paris Descartes

Paris 5 – Faculté des Sciences pharmaceutiques

Année universitaire 2012 – 2013

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université

Santé Publique en Milieu Pénitentiaire

ETAT DE SANTÉ DES DÉTENUS MIGRANTS AU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE MARSEILLE: PREMIERS CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Présenté le 19 juin 2013

Par Dr Reem MANSOUR

Jury : Professeur Dominique BEGUE
Docteur Laura HARCOUËT
Docteur PAILLET
Docteur Patrick SERRE

REMERCIEMENTS

Je remercie Christine Barbier et Nathalie Goyaux à la Direction Générale de la Santé ainsi que Florence Lot à l'Institut National de Veille Sanitaire pour les orientations qu'elles m'ont données.

Je tiens également à remercier Marie-Claude LAGOUANELLE-SIMEONI au CHU Timone à Marseille pour ses conseils méthodologiques.

Je remercie aussi chaleureusement Arnaud Veïsse, directeur du Comede ainsi que l'équipe du service socio-juridique pour leur aide précieuse quant à la mise en place des items de mon questionnaire.

Merci aux surveillants de l'infirmerie du bâtiment A et de la MAF pour m'avoir facilitée la tâche en convoquant les patients à ma demande.

Merci à mon chef de service Christophe Bartoli pour m'avoir encouragée à participer à ce DU et enfin merci à Laura Harcouët pour son accompagnement tout au long de ce DU.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 4
PREMIERE PARTIE 9
I. LE CENTRE PENITENTIAIRE DE MARSEILLE, LES BAUMETTES 10
II. METHODOLOGIE 11

II.1 ***Matériel de recueil des données*** 11
II.2 ***Description du questionnaire*** 12
II.3 ***Constitution de l'échantillon et réalisation sur le terrain*** 14
II.4 ***Remarques / Difficultés rencontrées*** 15

DEUXIEME PARTIE 16
I. RESULTATS 17
II.DISCUSSION 21

II.1 ***Validité interne*** 21
II.2 ***Validité externe*** 22

III. RECOMMANDATIONS 24

III.1 ***La consultation à l'arrivée*** 24
III.2 ***Pendant le temps de la détention*** 25
III.3 ***La consultation de sortie*** 29

CONCLUSION 31
Bibliographie 33
Annexes 35

INTRODUCTION

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France datant de juin 2000, fait le constat suivant: "la commission a constaté que les étrangers étaient particulièrement défavorisés en prison", "pour la plus grande part, ils sont indigents et n'ont que la ressource de travailler au service général ou de dépendre du bon vouloir de leurs codétenus, moyennant compensations de toutes sortes...Pour beaucoup, ils sont illettrés, ne maîtrisent pas la langue française, et encore moins l'écrit, alors que la prison est bureaucratique, paperassière et ne fonctionne que par le formulaire..."[1] Les migrants constituent alors le quart de la population pénale en France. Cette surreprésentation a atteint son apogée en 1993, avec 31% de détenus migrants dans les prisons françaises de la métropole[2]. Depuis, ces chiffres sont en baisse et ont tendance à se stabiliser à partir de 2009: selon un recensement de l'INSEE en 2009, "17 % des prisonniers sont de nationalité étrangère contre 6 % de la population habitant en France"[3].

Au 1er janvier 2012, le nombre de détenus de nationalité étrangère représente environ 18 % de la population carcérale selon les chiffres de l'administration pénitentiaire. De fortes disparités existent sur le plan national entre établissements pénitentiaires: une enquête ponctuelle réalisée le 22 janvier 2013 auprès du greffe du centre pénitentiaire de Marseille, les Baumettes, montre que les détenus de nationalité étrangère constituent 25% de la population carcérale; Dr Anne LECU, médecin au centre pénitentiaire pour femmes de Fleury Mérogis évoque le chiffre de 70% de détenues de nationalité étrangère début 2013 dans cet établissement.

Notons dès à présent que nous avons décidé d'utiliser le terme migrants et non étrangers pour désigner les détenus de nationalité étrangère qui sont l'objet de ce mémoire. Un migrant est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France; ce terme est utilisé notamment en santé publique[4].

La question de la surreprésentation des migrants dans la population carcérale française par rapport à la population libre a été étudiée par ailleurs et a fait l'objet d'un certain nombre d'écrits parmi lesquels nous pouvons citer un numéro des Cahiers d'études pénitentiaires et

---

[1]HYEST J-J., G-P CABANEL, « Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », Sénat, n° 449, juin 2000, p. 34.
[2]Hazard A., « Etrangers incarcérés », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 25, octobre 2008.
[3]Pirou D., N. Poullain, S. Rochelle, « La vie en communauté: 1,6 million de personnes en France », *Insee Première*, n° 1434, février 2013, 4 p.
[4]Stanojevich E. A., Veïsse A., "Repères sur la santé des migrants", *La Santé de l'homme*, n° 392, nov-déc 2007, p.21-24.

criminologiques en octobre 2008 sur les "Etangers incarcérés"[5], un numéro spécial de "Dedans Dehors" édité par la section française de l'Observatoire international des prisons (OIP) en décembre 2005 et consacré aux "étrangers en prison[6]" et un dossier spécial dans le numéro de janvier 2011 Causes Communes[7], journal trimestriel publié par la Cimade.

L'OIP et la Cimade mettent l'accent sur des problématiques spécifiques auxquelles peuvent faire face les migrants incarcérés telles que l'isolement, la méconnaissance de la langue, les difficultés d'accès aux droits et aux informations, la menace de l'expulsion du territoire français qui peut peser sur eux...

En ce qui concerne l'état de santé de cette population, notre recherche bibliographique nous a permis de constater qu'il n'existe aucune recherche en France autour de la santé des migrants en prison et de l'impact possible de l'incarcération dans un pays qui n'est pas le leur sur leur santé physique et mentale. Toutefois, des éléments pratiques et spécifiques pour leur prise en charge sont mentionnées dans le nouveau guide méthodologique[8]. Il insiste sur la possibilité d'accès à un service d'interprétariat professionnel en cas de barrière de la langue[9], sur la possibilité pour le médecin de l'unité sanitaire de saisir le médecin de l'Agence régionale de santé face à un "étranger malade atteint de pathologie grave" qui se trouve en situation irrégulière et qui risque l'expulsion du territoire français[10] à sa libération. Le guide insiste aussi sur la coordination nécessaire entre unités sanitaires et centres de rétention administrative pour assurer la continuité des soins en cas de menace d'expulsion du territoire français[11], et enfin sur la question de la protection sociale de la personne détenue en situation irrégulière au moment de sa libération[12].

Sur le plan international, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) a édité un manuel de "bonnes pratiques" auprès des détenus ayant des besoins particuliers et quelques auteurs au Royaume-Uni se sont récemment intéressés à la question de la santé des migrants incarcérés.

---

[5] Hazard A., « Etrangers incarcérés », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 25, octobre 2008.

[6] « Dossier : Etrangers en prison aux confins de l'absurde », *Dedans Dehors*, OIP, novembre-décembre 2005, p. 11-27.

[7] « Etrangers en prison: à l'ombre du droit », *Causes communes*, La Cimade, n° 67, janvier 2011, 36 p.

[8] Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, *Guide méthodologique Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, novembre 2012, 364 p.

[9]" Lorsque les circonstances l'imposent, il peut être utile de recourir à l'interprétariat professionnel, en particulier au regard des exigences de confidentialité", p.91 du guide méthodologique.

[10] "Le droit au séjour pour raison médicale, parfois appelé « régularisation médicale » est défi ni par l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Ce droit permet l'accès à une carte de séjour « vie privée et familiale » avec droit au travail à une personne étrangère «dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner [pour elle] des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elle] est originaire", p.93 à 96 du guide méthodologique.

[11] "Les centres de rétention administrative (CRA) peuvent être amenés à recevoir des personnes venant d'établissement pénitentiaire. Une liaison entre les équipes médicales de l'établissement pénitentiaire et du centre de rétention doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes", p.95 du guide méthodologique.

[12]" Le maintien de droit n'est pas applicable aux personnes de nationalité étrangère qui ne satisfont pas aux conditions de régularité au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France. Il est proposé à l'intéressé de remplir une demande d'Aide Médicale de l'État et de l'accompagner dans la constitution de son dossier. Cependant celui-ci ne pourra pas être complet tant que la personne ne sera pas en possession de son bulletin de sortie. Ce n'est qu'à ce moment que le dossier pourra être déposé à la caisse compétente qui devra l'instruire en priorité", p. 148 du guide méthodologique.

En effet, dans un manuel datant de 2009 consacré aux détenus ayant des besoins particuliers[13], l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) propose dans un chapitre des recommandations pour la prise en charge des détenus migrants. Le terme de "foreign national prisoners" y est utilisé pour désigner les détenus qui n'ont pas la nationalité du pays dans lequel ils sont incarcérés; ce terme concerne aussi bien les détenus ayant vécu pour une longue période dans le pays de l'incarcération mais dont ils ne sont pas naturalisés que ceux qui sont arrivés récemment. Le manuel déplore l'absence de stratégie en place pour la prise en charge des détenus migrants dans la grande majorité des pays malgré leur forte proportion. En septembre 2006, on estime à 21% la proportion de détenus migrants dans les pays de l'Union Européenne mais il existe de fortes disparités entre les pays : en Italie par exemple, les chiffres sont de 35,9% au 31 août 2012[14], en Suisse 70,2%[15] en 2011.

Le manuel insiste sur un certain nombre de facteurs de vulnérabilité dont il faut tenir compte: l'isolement et la rupture des liens familiaux pour certains, la barrière de la langue et ses effets potentiellement discriminatoires, le statut administratif et l'absence de droit au séjour avec l'angoisse d'être expulsé et renvoyé dans son pays, l'accès parfois difficile aux travaux ou activités en détention en raison de la barrière de la langue...

L'ensemble de ces facteurs a un effet négatif sur la santé mentale des détenus pouvant entrainer des réactions d'isolement et de retrait jusqu'aux comportements agressifs liés aux incompréhensions et à l'impossibilité de communiquer.

En matière d'accès aux soins, il est rappelé qu'en prison toute demande se fait par écrit notamment pour consulter un médecin ou tout autre soignant; le manuel insiste sur la nécessité d'un interprétariat professionnel lors de toute consultation avec un soignant afin de conserver le secret médical et de favoriser l'échange. Il faut éviter de faire intervenir un codétenu pour la traduction.

Par ailleurs, dans un article récemment publié au Royaume Uni, dans la revue "Agression and Violent Behavior"[16], les auteurs décrivent les besoins spécifiques des détenus migrants et l'impact de la détention dans un pays qui n'est pas le leur sur leur santé mentale: ils

[13]United Nations Office on Drugs and Crime, *Handbook on Prisoners with Special Needs*, Criminal Justice Handbook Series United Nations, New York, 2009, 190 p.

[14] "Politique de réduction des risques aujourd'hui en Italie", E. PONTALI et R. MONARCA, Congrès national des UCSA, Montpellier 2013, http://www.santeprison.com/web/images/library/File/janv%20a%20juin%202013/23%20Montpellier%20-%20Pontali.pdf

[15] "Réduction des risques. Evidence, situation en Suisse et à la prison", H. WOLFF, Congrès national des UCSA, Montpellier 2013, http://www.santeprison.com/web/images/library/File/janv%20a%20juin%202013/22%20Wolff%20%20RdR%20Suisse%20UCSA%20Montpellier%202013.pdf

[16]Barnoux M., J. Wood, « The Specific Needs of Foreign National Prisoners and the Threat to their Mental Health from Being Imprisoned in a Foreign Country », *Aggression and Violent Behavior*, n° 18, 2013, p. 240-246.

rappellent que la nécessité de porter une certaine attention à cette frange de la population carcérale fut récemment démontrée dans deux rapports d'inspection datant de 2006 et 2007. Il fut alors reproché à l'administration pénitentiaire de ne pas suffisamment se préoccuper de difficultés liées à la barrière de la langue, à l'isolement social et culturel, à l'absence de soutien familial, ainsi qu'à l'incertitude du droit au séjour.

Avec 13% de détenus migrants en Grande-Bretagne et au Pays de Galles, les auteurs insistent sur la nécessité de prendre en compte leurs besoins spécifiques, pour éviter la détérioration de leur santé mentale, elle-même souvent fragilisée par la violence dans le pays d'origine, le parcours de l'exil et la vie souvent précaire avant l'arrivée en prison.

D'autres difficultés y sont également citées: l'absence d'informations suffisantes pour comprendre le système judiciaire du pays, des difficultés économiques en l'absence de liens familiaux à l'extérieur, peu ou pas de préparation à la sortie...

L'ensemble de ces éléments semble indiquer que les détenus migrants ont des besoins spécifiques et des expériences parfois communes dont il faut se préoccuper en tant que soignant en prison; on connait maintenant le poids des déterminants sociaux sur les états de santé et on ne peut plus aborder la santé d'un individu sans tenir compte des conditions socio-économiques de sa vie quotidienne ainsi que de son accès effectif ou non aux droits et aux soins.

La question de la santé des migrants en général est un objet de recherche plutôt récent en France; les études montrent que les migrants constituent une population à risque, vulnérable sur le plan de la santé. Elles s'accordent à dire qu'il est nécessaire de mettre en place des messages de prévention parfois spécifiques, que les migrants souffrent de certaines pathologies dont la prévalence est parfois plus élevée selon les régions de provenance. Ces études insistent sur l'importance de l'interprétariat professionnel, lorsque cela est nécessaire, pour une relation de soin dans des conditions optimales et sur la fragilité de leur santé mentale entre traumatisme de l'exil, violences subies dans le pays d'origine ou en France et difficultés administratives auxquelles ils peuvent faire face.

Qu'en est-il de l'état de santé des migrants en détention en France? Est-il différent de celui de la population générale des migrants? Existe-t-il des facteurs de vulnérabilité spécifiques à prendre en compte? Les détenus migrants présentent-ils des problèmes de santé spécifiques? Y-a-t-il des recommandations spécifiques concernant leur prise en charge sanitaire, en matière de prévention, de dépistage ou de suivi?

Pour tenter de donner une première réponse, nous avons décidé de mener une enquête au centre pénitentiaire de Marseille, les Baumettes, sous la forme d'une étude de faisabilité à petite échelle qui concerne trente détenus migrants arrivant de liberté sur une période

donnée. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale pour laquelle nous avons mis en place un questionnaire pour tenter une première évaluation des caractéristiques des détenus migrants.

Dans un premier temps, nous décrirons l'organisation des soins au centre pénitentiaire des Baumettes et nous donnerons quelques chiffres de l'administration pénitentiaire concernant la population pénale de l'établissement. Après une présentation du matériel de recueil des données, nous ferons une analyse descriptive de nos résultats et nous tenterons dans la discussion qui suivra de faire émerger des recommandations pratiques qui pourraient contribuer à une amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus migrants.

PREMIÈRE PARTIE

I. LE CENTRE PENITENTIAIRE DE MARSEILLE, LES BAUMETTES

Le centre pénitentiaire de Marseille, les Baumettes, comprend une maison d'arrêt pour hommes (MAH)[17] avec quatre bâtiments, une maison d'arrêt pour femmes, un centre de détention pour femmes, et un centre de semi-liberté. La maison d'arrêt pour hommes a une capacité théorique de 1190. Le centre pénitentiaire pour femmes (CPF) est composé de 128 cellules dont quatre dédiées au secteur nursery et six cellules pour les détenues mineures. La capacité théorique au CPF est de 160 femmes.

L'unité sanitaire dispose de locaux dans trois bâtiments de la MAH (A, B+C et D) et d'un local au CPF permettant les soins sur place[18]; l'organisation des soins est telle que l'unité sanitaire est ouverte 365 jours par an. L'amplitude horaire est la suivante :
- à la MAH de 7h30 à 18h30 en semaine, de 8h à 18h les samedis, dimanches et jours fériés,
- au CPF de 8h30 à 16h18 en semaine ; les samedis, dimanches et jours fériés il y a une permanence sur place le matin, et le reste de la journée la permanence se fait à la MAH.

Un médecin du service assure une permanence des soins pendant les heures d'ouverture de l'unité sanitaire. En dehors de celles-ci, la continuité des soins est assurée par le centre 15. Une consultation médicale systématique est réalisée pour chaque entrant venant de liberté ou arrivant d'un autre établissement.

Le centre pénitentiaire de Marseille dispose par ailleurs d'un Service Médico Psychiatrique Régional (SMPR) avec quinze cellules et trente lits ainsi que d'une Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) située à l'hôpital Nord de Marseille

En 2012, l'effectif moyen était de 2042 personnes détenues[19]; 3891 entrées ont été dénombrées sur l'année et 3927 sorties; la durée moyenne de séjour a été de 192 jours. Au premier janvier 2013, 1902 personnes sont écrouées dont 74,40% de condamnés et 25,60% de prévenus. La tranche d'âge de 21 à 25 ans est la plus importante (21,50%) et 55% de la population détenue a entre 18 et 30 ans.

Au premier janvier 2013, selon le rapport d'activité 2012 du centre pénitentiaire de Marseille, les détenus de nationalité étrangère constituent 23,55% de la population pénale (23,70% pour les hommes et 27,20% pour les femmes).

[17] La MAH accueille les détenus prévenus, les détenus condamnés définitifs à une peine dont le reliquat n'excède pas deux ans et ceux condamnés à une peine supérieure à deux ans en attente d'une orientation vers des établissements pour peine.

[18] Le service médical de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille n'intervient pas au centre de semi-liberté.

[19] Ce chiffre est en augmentation, il était de 1998 en 2011 selon le rapport d'activité de l'administration pénitentiaire.

II. METHODOLOGIE

II.1 *Matériel de recueil des données*

Il repose sur l'utilisation d'un questionnaire individuel[20] destiné aux détenus migrants hommes et femmes arrivants de liberté au centre pénitentiaire de Marseille, Les Baumettes, et n'ayant pas la nationalité française[21].

Une fiche "arrivant"[22] existe déjà à l'Unité Sanitaire des Baumettes mais il nous a semblé qu'il manquait des questions notamment en lien avec de potentiels facteurs de vulnérabilité sociale et administrative pour permettre d'évaluer l'état de santé de notre population migrante.

Pour cela, nous avons établi un questionnaire en reprenant certains items relevés par le centre de soins du Comité Médical pour les Exilés (Comede) pendant les consultations médicales dans le centre de santé, mais également dans le cadre des permanences téléphoniques d'accès aux soins et aux droits des patients et partenaires qui appellent le centre. Après plus de trente ans de sa création, le centre de santé du Comede[23] a accueilli et pris en charge sur le plan médico-psycho-social plus de 100 000 patients de 150 nationalités différentes et a ainsi acquis une expertise en matière de santé des exilés en France. Devenu un poste d'observation de leur santé et un centre ressource, il produit des données d'épidémiologie médico-sociale qui ont conduit notamment à la réalisation du Guide Comede[24] avec le concours du Ministère de la santé (Direction générale de la santé) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Un bilan de santé recommandé selon le pays d'origine est proposé à tous les patients qui consultent au Comede[25] permettant le dépistage de trois grands groupes pathologiques: syndromes psychotraumatiques graves, maladies infectieuses et parasitaires, autres affections chroniques et risques médicaux graves. Ce bilan réalisé par au moins 80% des patients permet au Comede d'avancer des données significatives sur l'épidémiologie et la prévalence de certaines pathologies selon les pays de provenance et de porter des recommandations en matière de santé publique des migrants en France.

---

[20] Voir Annexe 1.
[21] Nous avons décidé d'exclure de cette étude les détenus migrants transférés d'une autre prison et ceux ayant une double nationalité française et étrangère.
[22] Voir Annexe 2.
[23] Le Comede se situe à l'hôpital de Bicêtre, au Kremlin-Bicêtre, au sud de Paris.
[24] Comede, *Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire*, Saint-Denis : INPES, 2008, 568 p.
[25] Comede, *La santé des exilés : Rapport d'activité et d'observation*, Le Kremlin-Bicêtre: Comede, 2011, 70 p.

II. 2 *Description du questionnaire*

Après les questions relatives à l'âge et à la nationalité de la personne interrogée, nous nous intéressons au mois et à l'année d'entrée en France.

Pour évaluer la maîtrise de la langue française, nous avons considéré que celle-ci n'est pas suffisamment maitrisée lorsque la personne interrogée ne nous semble pas capable de demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan ou effectuer une demande de droits[26].

Pour déterminer le statut administratif en France de la personne interrogée, nous avons séparé trois situations: le séjour stable concerne les personnes qui disposent d'une carte de séjour d'une durée de validité supérieure ou égale à un an, le séjour précaire concerne les personnes qui disposent d'un droit au séjour en France strictement inférieur à un an. Cette deuxième situation met la personne dans une situation de grande vulnérabilité car elle n'est pas certaine d'une part que le droit au séjour sera maintenu, et d'autre part qu'elle puisse bénéficier de certaines prestations de l'Etat, qu'elle puisse rechercher un travail ou qu'elle puisse maintenir un contrat de travail en cours. La troisième situation concerne les personnes sans droit au séjour (sans permis de séjour en France).

La question de l'hébergement[27] concerne le lieu où la personne interrogée a dormi la veille de l'incarcération ou la veille de la garde à vue: il peut s'agir de la rue, d'un squat, d'un centre d'hébergement d'urgence à travers le Samu social, d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile[28] (CADA), d'un particulier (membre de la famille, ami, connaissance ou compatriote) ou encore d'un chez soi.

Pour les ressources financières, nous avons repris trois seuils choisis par le Comede: le premier de 336 euros correspond à l'allocation temporaire d'attente (ATA), allocation versée par Pôle emploi aux demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur demande d'asile, à certaines catégories de ressortissants étrangers et à des personnes en attente de réinsertion[29]. Le deuxième de 483 euros correspond au revenu de solidarité active (RSA), prestation destinée à assurer à des personnes sans ressource ou disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu[30].

Le troisième seuil de 661 euros correspond aux ressources mensuelles à ne pas dépasser pour une personne seule pour une demande d'Aide Médicale de l'Etat (AME): celle-ci permet

[26] Nous avons repris les critères du Comede.
[27] Critère du Comede.
[28] Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) offrent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pendant la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Cet accueil prévoit leur hébergement, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (accès aux soins, scolarisation des enfants, etc.) et une aide financière alimentaire.
[29] Détails disponibles sur: *http://vosdroits.service-public.fr/F16118.xhtml#N10133*
[30] Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes âgées d'au moins 25 ans et aux personnes âgées de 18 à 25 ans si elles sont parents isolés ou si elles justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle.

aux personnes en situation irrégulière d'avoir une couverture maladie[31]. Les conditions permettant d'y avoir accès sont la condition de ressource et la condition de résidence, c'est-à-dire vivre en France de façon stable et ininterrompue depuis plus de trois mois. Notons que le paiement d'un droit d'entrée de 30 euros pour l'AME introduit par la loi de finances rectificative de 2010 a été annulé en 2012. Par ailleurs, les conditions de ressources pour l'obtention de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire sont les mêmes que pour l'AME.

La question en lien avec la famille présente en France[32] sert à évaluer si la personne interrogée a la possibilité de communiquer avec un membre adulte de sa famille en France: dans le cas des détenus, cela est utile pour connaitre le degré d'isolement de la personne et donc la possibilité ou non d'avoir des parloirs.

La question de l'accès à une protection maladie avant l'arrivée en détention permet de se faire une idée sur l'accès aux soins dehors: la personne bénéficie de la sécurité sociale de base, de l'Aide Médicale de l'Etat en l'absence de titre de séjour et à certaines conditions (voir plus haut), de la CMU complémentaire ou n'a pas de protection maladie en France.

L'accès aux soins avant l'incarcération est évalué par l'existence ou non d'un médecin généraliste traitant ou d'un médecin hospitalier et par le type de recours aux soins, si cela a été nécessaire, durant les deux dernières années.

L'accès à la prévention et plus spécifiquement aux dépistages est évalué par la question des test de dépistage pour le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C pratiqués ou non depuis l'arrivée en France.

La réponse à la question en lien avec l'existence d'une pathologie chronique éventuelle est purement déclarative; nous avons décidé de la formuler selon l'existence ou non d'une maladie chronique connue et non sous forme de symptômes ou de plaintes en lien avec un appareil donné (appareil digestif, neurologique, respiratoire...).

En ce qui concerne la santé mentale des personnes interrogées, nous avons voulu savoir s'ils avaient déjà été suivis ou étaient suivis par un psychiatre, s'ils s'étaient déjà automutilés, ou s'ils avaient déjà eu des idées suicidaires à un moment de leur vie.

En ce qui concerne les addictions, nous avons repris quelques "items" de la circulaire du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention[33] afin d'évaluer la consommation de tabac et l'utilisation éventuelle prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois précédant l'incarcération.

---

[31] Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas à faire d'avance de frais pour les soins et les médicaments sauf si les médecins pratiquent des dépassements d'honoraires ou prescrivent des médicaments non remboursés.
[32] Critère du Comede.
[33] « Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention », Annexe 1.
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32159.pdf

Pour faciliter la question en lien avec la consommation d'alcool, nous avons pris pour repère les seuils définis par l'Organisation Mondiale de la Santé: soit pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) et pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

La santé bucco-dentaire déclarée est estimée à partir d'une seule question qui rend compte de la dernière visite chez le dentiste: nous l'avons choisie dans le questionnaire utilisé pour réaliser le rapport de l'eurobaromètre 2009 sur la santé dentaire[34].

II.3 *Constitution de l'échantillon et réalisation sur le terrain*

Etant donné le peu de temps qui nous était imparti pour mener notre enquête et la rédaction du mémoire, il nous a semblé plus pertinent de cibler les arrivants de liberté car nous étions certains de pouvoir les interroger durant leur présence au quartier arrivant: il s'agit d'un quartier distinct du reste de la détention spécifiquement destiné aux nouveaux arrivants durant 5 à 7 jours avant qu'ils ne soient affectés dans une cellule ordinaire.

L'enquête a eu lieu dans l'unité sanitaire de la maison d'arrêt des femmes et dans l'unité sanitaire du bâtiment A où se trouve le secteur arrivant des hommes aux Baumettes, dès qu'un arrivant migrant était repéré par l'infirmière.

Il suffisait au surveillant affecté à l'unité sanitaire du bâtiment de demander à ses collègues du secteur arrivant de permettre aux personnes à interroger de se rendre à l'infirmerie. Nous avons fait le choix de ne pas convoquer les personnes par courrier en raison de la barrière de la langue possible. Il est vrai qu'aucune explication n'était donnée par le surveillant sur la raison de leur convocation à l'infirmerie. Nous précisions au moment de l'entretien qu'il s'agit d'une étude anonyme pour évaluer l'accès aux soins et l'état de santé des personnes migrantes au moment de leur incarcération.

Le recueil de données s'est effectué entre le 4 mars et le 4 avril 2013, jusqu'à l'obtention d'un échantillon de 30 personnes de nationalité étrangère; durant cette période, 155 hommes sont arrivés de liberté et 13 femmes soit 168 personnes au total. 17,8% d'entre eux sont des migrants (ce qui correspond au pourcentage national).

Nous avons nous-mêmes mener les entretiens auprès des personnes.

[34] Eurobaromètre Spécial 330, *La santé dentaire : Rapport*, Bruxelles : Commission européenne, Direction générale de la Santé et des consommateurs, octobre 2009, 110 p.

II.4 *Remarques / Difficultés rencontrées*

Nous avons noté une grande coopération de la part des personnes interrogées; une seule personne ne semblait pas en confiance au moment de l'entretien et une personne a refusé de venir à l'unité sanitaire lorsque le surveillant du quartier arrivant le lui a proposé. L'unité sanitaire des Baumettes ne faisant pas appel à un interprétariat professionnel par téléphone au moment de l'enquête, si la personne ne parlait pas le français mais était arabophone, l'auteur arabophone a pu effectuer l'entretien. Nous notions que la langue française n'était pas maitrisée mais nous avons tout de même obtenu des informations pour notre analyse. Nous avons par ailleurs volontairement décidé de ne pas faire appel aux codétenus pour une traduction éventuelle.

L'entretien fut l'occasion pour certains d'évoquer leurs problèmes depuis leur incarcération: un homme, père de famille, nous a fait part de son désarroi et de sa grande inquiétude car il n'avait toujours pas pu appeler sa femme pour la prévenir qu'il se trouvait en prison et il s'est mis à pleurer pendant l'entretien.

Ce fut également une opportunité pour d'autres de sortir de leur cellule et de leur isolement pour communiquer et pouvoir être entendu.

DEUXIÈME PARTIE

I. RESULTATS

L'ensemble des données a été introduit sur un tableau Excel[35]. Notre analyse est purement descriptive puisque le nombre de personnes interrogées ne nous permet pas de croiser les données pour en tirer des conclusions significatives.

Pour la période de l'étude, les hommes sont plus nombreux (90%) que les femmes[36]. Ces dernières sont au nombre de trois.

Les détenus interrogés sont jeunes : la moyenne d'âge est de 33 ans, l'âge médian est de 32 ans. Aucun n'a plus de 60 ans. Le plus jeune a 19 ans et le plus âgé 52 ans.

Quatorze nationalités différentes sont représentées dans notre échantillon, l'Algérie étant le pays le plus représenté.

Pays	Nombre
Algérie	8
Cameroun	1
Cap Vert	1
Espagne	1
Ex-Yougoslavie	1
Kosovo	1
Maroc	4
Moldavie	1
Palestine	1
Pologne	1
Roumanie	2
Sénégal	1
Tunisie	5
Turquie	2

Les personnes interrogées sont principalement originaires d'Afrique du Nord pour 57% d'entre elles (Algérie, Tunisie, Maroc) et d'Europe de l'Est pour 20% (Roumanie, Kosovo, Pologne, Moldavie, Ex-Yougoslavie).

Elles sont arrivées en France depuis 12 ans et demi en moyenne ; la médiane est de 10 ans. 20% sont en France depuis trois mois ou moins.

[35] Voir Annexe 3.

[36] Au 1er mars 2013, les chiffres clés de l'administration pénitentiaire montrent que 3,26 % des personnes écrouées détenues sont des femmes: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_mars_2013.pdf

Maîtrise de la langue française:

9 personnes sur 30 ne maîtrisent pas le français soit 30% de notre échantillon. Nous avons pu communiquer avec les arabophones d'entre eux (au nombre de 5) car il se trouve que nous maitrisons la langue arabe. Il nous fut impossible d'aller au-delà de la question 5 avec une seule personne, une femme qui venait d'arriver de Pologne. Pour les trois autres, en prenant notre temps, nous avons pu remplir le questionnaire. Notons que 100% des femmes interrogées ne maîtrisent pas le français.

Droit au séjour:

Le titre de séjour stable fut dans tous les cas une carte de séjour de 10 ans, permettant théoriquement à son détenteur de travailler et de bénéficier de la sécurité sociale: 40% des personnes sont concernées, ce qui signifie que 60% de notre échantillon se trouve dans une grande précarité administrative.

Le séjour précaire concerne des personnes porteuses d'un permis de séjour de quelques semaines ou quelques mois dont le renouvellement ou la stabilisation ne sont pas certains, de ressortissants communautaires en situation régulière pendant les seuls trois premiers mois de leur arrivée en France (exemple : une roumaine en France depuis une semaine le jour de son incarcération), de personnes ayant une carte de séjour dans un pays européen tiers en situation régulière pendant les trois premiers mois de leur arrivée en France (exemple: un marocain qui a déclaré avoir une carte de séjour en Allemagne, arrivé en France un mois avant son incarcération) : 20% des personnes sont concernées.

37% des personnes interrogées n'ont pas de titre de séjour au moment de leur incarcération, une seule personne déclare ne pas avoir de nationalité (il s'agissait d'un rom né en ex-Yougoslavie).

Hébergement :

60% des personnes déclarent avoir un chez soi et 20% sont logés chez un particulier; deux personnes ont déclaré vivre dans un squat, deux dans la rue et un en foyer d'hébergement d'urgence grâce au Samu social, soit 17% vivant dans des conditions d'extrême précarité.

Ressources :

50% déclarent gagner en moyenne moins de 483 euros par mois dont environ la moitié (53%) gagnent moins de 336 euros; 37% déclarent avoir plus de 661 euros pour vivre par mois.

Liens sociaux :

67% des personnes interrogées peuvent communiquer avec un membre adulte de leur famille en France, 30% des personnes déclarent ne pas le pouvoir.

Protection maladie :

30% ne disposent d'aucune protection maladie[37]; 13% déclarent bénéficier de l'Aide médicale de l'Etat, ce qui représente quatre personnes qui sont bien sans titre de séjour. Sur l'ensemble des personnes sans titre de séjour, 36% seulement ont l'AME avant leur incarcération.

20% des personnes interrogées ont la CMU complémentaire ; 27% déclarent avoir uniquement la sécurité sociale de base. Trois personnes ont été classées "autre", l'une étant marocaine avec une carte de séjour en Allemagne où il bénéficie d'une protection maladie, la deuxième personne de nationalité espagnole avec une protection maladie dans son pays. La troisième personne est un jeune homme de 20 ans, de nationalité camerounaise qui ne savait pas s'il avait une protection maladie ou pas.

Suivi médical et accès aux soins:

67% des personnes interrogées déclarent avoir un médecin traitant généraliste. Personne n'a de médecin spécialiste référent ; 30% n'ont pas de médecin traitant. Deux personnes sur les 20 ayant un médecin traitant n'ont pas de protection maladie.

A la question du recours aux soins durant les deux dernières années, un quart des personnes interrogées n'y a pas eu recours ; 20% ont eu recours à un service d'urgences, 27% ont consulté un médecin généraliste, 20% ont consulté un médecin spécialiste. Une seule personne déclare avoir eu recours à des soins au sein d'une unité sanitaire lors d'une

[37] Une personne sur les huit concernées déclare ne pas disposer de protection maladie alors qu'elle possède une carte de séjour de 10 ans.

précédente incarcération et enfin une autre à l'occasion de son passage au centre de rétention administrative du Canet à Marseille.

53% des personnes interrogées n'ont pas fait de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France; parmi les 43% qui en ont réalisé un, la majorité a un médecin traitant (11 personnes sur 13). Seuls 23% ont réalisé un dépistage du VHB et du VHC.

Il s'agit d'une population a priori en bonne santé puisqu'à la question concernant l'existence ou non d'une pathologie chronique, seuls 20% déclarent souffrir d'une pathologie chronique : quatre personnes sur 6 souffre d'asthme, une souffre à la fois d'un asthme et d'une épilepsie, une souffre d'une pancréatite chronique et enfin une dernière souffre d'un ulcère gastrique. Notons qu'aucune femme n'est concernée par une maladie chronique.

Sur le plan psychiatrique, 27% déclarent avoir déjà eu envie de mourir ; 13% ont des traces d'automutilations ; 20% déclarent être suivis ou avoir déjà été suivis par un psychiatre.

Addictions :

70% déclarent consommer du tabac tous les jours ; 23% consomment de l'alcool de manière excessive. 50% déclarent avoir consommé des drogues illicites durant les 12 derniers mois : pour 87% d'entre eux il s'agit de cannabis ; pour 20%, de médicaments utilisés de façon toxicomaniaque (deux personnes sur les trois ont cité le Rivotril). Une même personne déclare consommer de la cocaïne, de l'héroïne, des médicaments (utilisés de façon toxicomaniaque), du tabac et du cannabis et enfin une seule personne déclare s'être déjà injectée par voie intraveineuse. Aucune des deux femmes avec lesquelles nous avons pu communiquer[38] ne déclarent avoir consommé des drogues illicites; une seule consomme du tabac tous les jours.

Personne n'est sous traitement substitutif aux opiacés.

Santé bucco-dentaire:

En ce qui concerne la dernière visite chez le dentiste, 17% déclarent ne jamais avoir consulté de dentiste, 20% ont consulté un dentiste il y a plus de 5 ans, 33% ont consulté un dentiste il y a moins d'un an et enfin 27% déclarent avoir consulté un dentiste depuis plus d'un an et moins de cinq ans.

[38] Rappelons que nous n'avons pas pu interroger la troisième femme de nationalité polonaise à cause de l'absence d'interprète professionnel.

II. DISCUSSION

Nous allons dans ce qui suit, discuter la qualité de la méthodologie employée: est-ce que notre échantillon est représentatif de la population étudiée? Est-ce que nos premières conclusions se rapprochent des résultats observés dans la revue de la littérature française en sachant qu'elle ne concerne que la population générale de migrants?

II.1 *Validité interne*

Nous pouvons nous demander si notre échantillon est représentatif de la population migrante détenue mais compte tenu du temps limité dont nous disposions, nous n'avions pas trop de choix. Nous aurions pu réaliser une étude transversale un jour donné pour atteindre un plus grand nombre de détenus, mais cela aurait nécessité l'investissement de plusieurs enquêteurs, un tirage au sort, des moyens pour expliquer un peu à l'avance aux détenus le but de leur convocation à l'unité sanitaire et l'autorisation de l'administration pénitentiaire pour faire circuler un nombre important de détenus.

Les femmes sont peu nombreuses dans notre échantillon mais on repère déjà quelques facteurs de vulnérabilité dont la barrière de la langue; aucune ne maîtrise la langue française. Nous pouvons supposer que l'isolement social et notamment l'éloignement des enfants lorsqu'elles en ont doit affecter leur santé mentale. D'ailleurs, un article récent paru dans la Revue Européenne des Migrations Internationales[39] montre une sur-déclaration d'une santé altérée par les femmes migrantes comparativement aux hommes en raison des conditions souvent plus difficiles de leur migration. Nous n'avons pas évoqué avec elles des problématiques de santé plus spécifiques aux femmes telles que les affections gynécologiques et notamment les dépistages des cancers.

Est-ce que le questionnaire était le meilleur outil pour mener notre recherche? Il nous semble qu'une étude à partir de dossiers médicaux aurait été insuffisante car nous ne disposons pas suffisamment d'informations administratives et sociales sur nos fiches "arrivant" pour décrire notre population cible. Cette étude sera peut-être l'occasion d'y rajouter quelques items ayant un intérêt pour une recherche à plus grande échelle.

Les réponses à la question en lien avec le droit au séjour n'ont pas été simples; nous avons fait appel dans certaines situations au service socio-juridique du Comede pour ne pas faire

[39] COGNET M., C. HAMEL, M. MOISY., « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, p. 11-34.

d'erreur. Il nous a semblé que la question concernant le recours aux soins durant les deux dernières années était trop vaste et nous n'avons pas pu porter de conclusions particulières. Pour la question en lien avec les tests de dépistage, plusieurs personnes ne semblaient pas savoir ce que sont les hépatites B et C et à défaut, nous avons noté qu'ils n'avaient pas pratiqué leur dépistage.

Une des limites de l'étude est le mode déclaratif, notamment en ce qui concerne l'existence ou non d'une pathologie chronique, puisque nous ne savons pas s'il y a eu confirmation du diagnostic avancé par la personne interrogée.

II.2 *Validité externe*

Les résultats principaux de l'étude montrent qu'il s'agit d'une population relativement jeune (moyenne d'âge de 33 ans) avec 14 nationalités différentes représentées dans un échantillon de 30 personnes, où les hommes sont majoritaires. La moitié est en France depuis plus de 10 ans avec tout de même un cinquième arrivé en France depuis moins de trois mois.

Les personnes interrogées cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale et administrative: barrière de la langue pour 30% d'entre eux, statut administratif précaire pour 60%, isolement social pour 30%, faibles ressources à l'extérieur avec 50% des personnes interrogées vivant avec moins que le RSA tous les mois et enfin logement très précaire pour 17%.

En matière de santé et d'accès aux soins, 30% ne disposent d'aucune protection maladie avant leur incarcération, 77% déclarent ne pas avoir fait de dépistage pour le VHB ou le VHC depuis leur arrivée en France et 53% ne l'ont pas fait pour le VIH; 30% n'ont pas de médecin traitant et au moins 37% nécessitent une consultation dentaire.

En ce qui concerne les pathologies, 20% déclarent souffrir d'une pathologie chronique et 20% déclarent être ou avoir été suivis par un psychiatre. En ce qui concerne les addictions, 70% de notre échantillon consomment du tabac tous les jours; pour ceux qui ont consommé des drogues illicites au cours des douze derniers mois, le cannabis arrive en tête avec 87%. Notons qu'une seule personne a déclaré avoir déjà pris une drogue par injection.

Malgré la petite taille de notre échantillon, nous nous rapprochons des principales conclusions des quelques études récentes réalisées en France sur la santé des migrants. En effet, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 17 janvier 2012[40] a fait le point sur l'état

[40] « Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, 17 janvier 2012/n° 2-3-4.

de santé et l'accès aux soins des migrants ainsi que sur les pathologies les plus fréquentes parmi la population migrante résidant en France. Dans ce numéro thématique, une étude récente portant sur une synthèse des travaux français en matière d'état de santé et de recours aux soins des immigrés depuis une trentaine d'années en France[41] montre l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et aux conditions socio-économiques défavorables dans lesquelles ils vivent souvent. Il en résulte une détérioration de leur état de santé majorée par les difficultés rencontrées pour l'accès aux droits et à l'assurance complémentaire ainsi que la moindre connaissance du système de santé et parfois la barrière de la langue.

Par ailleurs, un certain nombre de pathologies infectieuses et non infectieuses plus fréquemment rencontrées chez les migrants font également l'objet d'articles. Pour les pathologies infectieuses, il s'agit de l'infection à VIH, la tuberculose et l'hépatite chronique B. La prévalence du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite B est élevée dans certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie. "Parmi les 6700 découvertes de séropositivité à VIH et les 5276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009 en France, environ la moitié concernait des migrants. Parmi les 1715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique en 2008-2009, les trois quarts étaient migrants[42]".

Rappelons que dans notre échantillon, seuls 43% ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France et seulement 23% ont réalisé un dépistage du VHB et du VHC. Ce faible taux de dépistage avait été noté dans une étude sur le recours aux soins de ville des immigrés en France[43] qui montrait que ces derniers recouraient moins fréquemment que les Français aux tests de dépistage. Notons que la tuberculose est systématiquement dépistée en détention lors de la consultation "arrivant" grâce à une radiographie du thorax.

Pour les pathologies non infectieuses, il s'agit de celles liées à la santé périnatale, à la santé mentale, du diabète et du cancer du col de l'utérus. Dans notre questionnaire, nous n'avons pas du tout abordé les problématiques de santé plus spécifiquement liées aux femmes[44]. Aucune des personnes ayant déclaré avoir une pathologie chronique ne souffrait de diabète. Pourtant, une étude sur la prévalence du diabète dans les populations migrantes[45] ainsi que les observations du Comede montrent une prévalence très élevée chez les personnes originaires d'un pays du Maghreb vivant en France par rapport à celles d'origine française.

---

[41] Berchet C., F. Jusot, « Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 172, 2012, p. 1-7.

[42] Lot F., Antoine D., Pioche C. et coll. "Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France: le VIH, la tuberculose et l'hépatite B", BEH, 2-3-4, 2012, p. 25-30.

[43] Dourgnon P., F. Jusot, C. Sermet, J. Silva, « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 146, 2009, p. 1-6.

[44] Pour mémoire, elles ne sont que trois dans notre échantillon, dont une que nous n'avons pas réussi à interroger en raison de la barrière de la langue.

[45] « Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, 17 janvier 2012/n° 2-3-4, p.35.

Dans le rapport d'activité du Comede de 2011[46], à âge comparable, le diabète est en effet plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord, mais aussi d'Afrique australe, des Caraïbes et d'Asie du Sud. Une glycémie à jeun est systématiquement demandée pour les patients originaires de ces régions consultant dans le centre de santé.

Enfin, les pathologies mentales représentent également un enjeu majeur de santé chez les migrants. "Le déracinement et l'exil ont des conséquences physiques et psychologiques considérables chez de nombreux migrants"[47]. Pour mémoire, dans notre échantillon, 27% des personnes déclarent avoir déjà eu envie de mourir, 13% ont des traces d'automutilations et 20% déclarent être suivis ou avoir déjà été suivis par un psychiatre. Même si la moitié de notre échantillon est en France depuis plus de dix ans, certains restent marqués par le traumatisme de l'exil, dont le parcours réalisé pour arriver en Europe, avec souvent des sentiments de culpabilité d'avoir laissé des membres de la famille derrière soi. Tout cela ne peut qu'être majoré par des facteurs de vulnérabilité supplémentaires dont l'isolement social[48], la précarité du statut administratif et les difficultés de communication pour les personnes non francophones.

III. RECOMMANDATIONS

Nous pouvons déjà émettre un certain nombre de recommandations ou de pistes de prise en charge aux différentes étapes de la détention: la consultation à l'arrivée en détention, la prise en charge sanitaire pendant le temps de la détention et la préparation à la sortie avec la consultation de sortie.

III.1 *La consultation à l'arrivée*

Cette consultation médicale destinée à faire un premier point sur les antécédents médico-chirurgicaux de la personne, les pathologies et/ou les traitements en cours pour assurer la continuité des soins, doit se faire dans de bonnes conditions; pour cela, il est recommandé de faire appel à un service d'interprétariat professionnel par téléphone[49] lorsque la barrière de la langue empêche toute communication avec le patient. Cela permet, dès l'arrivée, la mise en confiance de la personne d'une part, et d'autre part, un premier examen clinique, la continuité des soins, l'information, la prévention et la proposition de dépistage tout en préservant le secret médical. C'est aussi l'occasion d'informer le détenu sur les moyens de solliciter le service médical dans son ensemble (infirmier, dentiste, médecin généraliste,

[46] Comede, *La santé des exilés : Rapport d'activité et d'observation*, Le Kremlin-Bicêtre: Comede, 2011, 70 p.
[47] Veïsse A., "Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil", *La Santé de l'homme*, n° 392, novembre-décembre 2007, p. 17-19.
[48] 30% ne peuvent communiquer avec un membre adulte de leur famille en France.
[49] Ce service est dorénavant disponible à l'unité sanitaire des Baumettes grâce à une convention signée entre l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et ISM Interprétariat (Inter Services Migrants) à Paris.

service de psychiatrie). Lorsque la personne ne sait pas écrire le français, nous proposons de lui donner des feuilles pré-imprimées avec des dessins reconnaissables du médecin/dentiste/infirmier/psychiatre pour l'aider à formuler sa demande et éviter la dépendance vis à vis des codétenus.

Notons que la consultation à l'arrivée doit déboucher sur une radiographie du thorax quasi-systématique pour le dépistage de la tuberculose ainsi que sur la proposition du dépistage des hépatites B et C, du VIH et de la syphilis.

Un premier bilan dentaire est également fortement recommandé; nous avons vu que dans notre échantillon, au moins 37% des personnes rencontrées en auraient besoin (pour mémoire, 17% ont déclaré ne jamais avoir consulté de dentiste et 20% ont consulté un dentiste il y a plus de 5 ans).

L'interrogatoire médical permet également le repérage des addictions et l'orientation vers le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Rappelons que 50% des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé des drogues illicites durant les 12 derniers mois; pour la plupart, il s'agit de cannabis. Une orientation vers le SMPR après la consultation à l'arrivée peut s'avérer nécessaire devant des signes de souffrance psychologique ou en cas de pathologie ou d'antécédents psychiatriques.

L'absence de médecin traitant à l'extérieur et notamment d'examen médical récent signifie qu'il s'agit bien sûr d'une population cible en terme de prévention; il serait intéressant de proposer systématiquement une consultation de médecine générale une fois qu'ils sont affectés dans une cellule ordinaire, après le quartier arrivant, pour faire le point sur leur santé.

III.2 *Pendant le temps de la détention*

Le recours à un interprétariat professionnel peut s'avérer nécessaire à chaque consultation pour certains patients qui ne maitrisent pas la langue française.

Pour des personnes en situation de précarité, la consultation médicale est une opportunité d'échange autour des questions de prévention; en l'absence de protection maladie à l'extérieur, elles ont souvent renoncé aux soins pour des raisons financières. La détention peut être l'occasion d'un premier contact pour certains avec des professionnels de la santé qui doivent se tenir prêts à répondre à leurs besoins. En effet, la santé n'est pas toujours une priorité lorsqu'il faut penser à sa survie: la charte d'Ottawa[50] pose dès 1986 "les conditions préalables à la santé: la paix, un abri, de la nourriture et un revenu".

[50] La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa a adopté le 21 novembre 1986 une « charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé en vue de l'an 2000 et au-delà.

Cette démarche de prévention et de "bilan de santé" que nous proposons peut être rapprochée du principe "d'examen périodique de santé" pratiqué par les centres d'examen de santé des caisses primaires d'assurance maladie. En effet, le code de la sécurité sociale prévoit dans l'article L321.3 que les assurés sociaux peuvent bénéficier d'un bilan de santé dans l'un des centres d'examens de santé des caisses primaires d'assurance maladie. Ce bilan s'adresse aux personnes à considérer comme particulièrement prioritaires du fait de leur situation sociale[51]: population en situation de précarité, populations qui ne bénéficient pas, peu ou mal de la démarche de prévention du médecin traitant, faute de l'avoir désigné ou de le consulter.

Il s'agit bien là d'une approche de prévention chez des personnes vulnérables qui cumulent les facteurs de risque précédemment décrits et chez qui certaines pathologies sont plus fréquentes selon la région de provenance.

Après l'examen clinique complet qui permet parfois à lui seul de dépister certaines pathologies[52], le Comede préconise un bilan de santé ciblé selon la région d'origine de la personne[53]. La prise de sang doit comporter pour tous une numération formule sanguine (NFS): l'anémie est fréquente chez les femmes d'Afrique subsaharienne, l'hyperéosinophilie peut être en lien avec des helminthiases intestinales[54]. Le bilan de santé doit comporter une glycémie à jeun pour les patients originaires d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud, le diabète étant plus fréquent à âge comparable dans ces régions par rapport à la population générale en France. Nous ne reviendrons pas ici sur le dépistage des hépatites virales chroniques, du VIH et de la tuberculose (par la radiographie du thorax) ainsi que sur la vaccination contre l'hépatite B en cas de sérologie négative.

La consultation médicale est également le moment propice pour repérer des signes de souffrance psychologique et savoir référer au psychologue et/ou au psychiatre. En effet, nous avons constaté dans nos résultats des facteurs de vulnérabilité multiples susceptibles d'affecter la santé mentale des détenus migrants:

- L'absence de source de revenus suffisants à l'extérieur pousse souvent les personnes à s'en remettre aux commissions d'indigence et à "survivre" avec les moyens du bord.

- L'isolement social et notamment l'absence de communication possible avec un membre adulte de la famille en France (pour 30% de notre échantillon) signifie qu'il n'y a pas de perspectives de visites et donc de parloirs. L'absence d'opportunités ou de lieux de paroles

[51] Il s'agit des bénéficiaires de la CMU et du RSA, des jeunes de 16/25 ans en stage de formation, des personnes âgées de 60 à 75 ans, des chômeurs, et des invalides, handicapés et bénéficiaires d'une rente d'accident du travail.

[52] Nous pouvons citer les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle plus fréquentes au Comede parmi les personnes originaires d'Afrique Centrale et d'Afrique du Nord.

[53] Comede, *Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire*, Saint-Denis : INPES, 2008, p. 237-240.

[54] Le bilan pourra être complété d'un examen parasitologique des selles.

aura un effet néfaste sur la santé mentale de l'individu surtout s'il est condamné à une longue peine. Le maintien du lien familial est vital pour le bien-être psychologique et émotionnel; toute rupture de liens (sociaux, familiaux, environnementaux) est un facteur de risque de passage à l'acte.

- L'avenir incertain qui attend certains détenus migrants au moment de leur libération est également source d'angoisse et d'isolement supplémentaire, avec notamment pour les personnes en situation irrégulière la menace de l'expulsion vers le pays d'origine. L'impossibilité de se projeter et le risque pour certains de devoir laisser derrière eux conjoint et parfois enfants ne fait qu'exacerber le risque d'auto-agression et de comportement agressif ou inadapté.

- La frustration et l'impossibilité d'exprimer ses besoins ou d'atteindre ses droits en raison de la barrière de la langue participent aussi à l'isolement de la personne.

Rappelons enfin que dans notre échantillon, 27% déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires et 20% sont ou ont déjà été suivis par un psychiatre.

Il nous faut évoquer ici la possibilité pour le médecin de l'unité sanitaire de saisir le médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (ou à Paris, le médecin chef du service médical de la préfecture de police) lorsqu'il se trouve face à un patient de nationalité étrangère malade en situation irrégulière ou en situation de renouvellement de son titre de séjour menacé d'expulsion du territoire français.
En effet, l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) permet l'accès à une carte de séjour « vie privée et familiale » avec droit au travail à une personne étrangère «dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner [pour elle] des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elle] est originaire". Le médecin de l'unité sanitaire peut être amené à lancer cette procédure lorsqu'il se trouve en présence d'un patient sans titre de séjour, menacé d'expulsion du territoire et souffrant d'une pathologie grave pour laquelle il estime qu'il existe un risque de ne pas avoir le traitement (et/ou la prise en charge) approprié dans le pays d'origine; en d'autres termes, si le médecin estime qu'il existe un risque de conséquences graves pour la santé de son patient en cas de défaut de prise en charge médicale. A ce sujet, nous recommandons aux médecins des unités sanitaires de se référer à une brochure mise en place en juillet 2012 par l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers[55] qui explique en détail la marche à suivre pour déclencher cette procédure. L'évaluation de l'opportunité d'une telle démarche ne va pas de soi, notamment en ce qui

[55]Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE), " *Etrangers malades résidant en France : démarches préfectorales et accès aux droits après la loi sur l'immigration du 16 juin 2011*", Brochure détaillée, juillet 2012, 12 p. http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/Brochure_ODSE_version_finale.pdf

concerne la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine. Certaines indications sont données pour le VIH, les hépatites et autres pathologies lourdes et/ou chroniques par la Direction Générale de la Santé[56]. Il est également possible de joindre la permanence téléphonique médicale du Comede[57] pour obtenir expertise et conseils sur une situation donnée.

Le signalement de la situation administrative du patient au médecin de l'unité sanitaire peut être le fait des visiteurs bénévoles de la Cimade: en effet, il existe une convention nationale entre la Cimade et l'administration pénitentiaire centrale qui permet aux intervenants de la Cimade de rencontrer les personnes étrangères, prévenues ou condamnées, titulaires d'un titre de séjour ou non, pour leur apporter une information précise sur leur situation administrative (séjour, expulsion et protections…), quelquefois judiciaire (interdiction du territoire français et protections). Lorsque cela est possible, leur action peut consister en un accompagnement dans les démarches à entreprendre auprès des services compétents pour la création de ces droits. Le signalement peut également venir du Point d'accès au Droit qui est une permanence d'information et d'orientation juridique à la disposition de la population pénale, ou du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Dans tous les cas, une coordination est nécessaire entre les différents services compétents car les procédures ne sont pas simples et peuvent varier selon les départements[58].

Enfin, nous évoquerons dans ce chapitre l'éducation à la santé à destination des migrants; de plus en plus de messages de prévention sont destinés spécifiquement aux migrants, notamment de la part des pouvoirs publics en charge de cette thématique. Nous ne pouvons que recommander d'avoir à disposition des documents d'éducation à la santé traduits en plusieurs langues dans les unités sanitaires et de développer des initiatives locales selon les pays et langues représentés dans un établissement donné. Notons que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a lancé un nouveau site internet afin d'apporter des informations pratiques et des réponses concrètes sur l'ensemble des questions de santé spécifiques de la population migrante[59]; l'institut met également en ligne un livret de santé bilingue (22 langues) consacré à la prévention et à la promotion de la santé.

[56]"Instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves" http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/11/cir_34054.pdf

[57] Permanence téléphonique Médicale : 01 45 21 38 93 (les lundis, mardis et mercredis de 14h30 à 17h30).

[58] Nous constatons des disparités dans la prise en charge des dossiers selon les préfectures.

[59] http://www.lasantepourtous.com/

III.3 *La consultation de sortie*

Les consultations de sortie ont été mises en place au centre pénitentiaire de Marseille, progressivement en 2010, conformément aux dispositions de la loi pénitentiaire de 2009. Pour cela, la liste des personnes libérables est fournie tous les 15 jours à l'unité sanitaire par le greffe, et une consultation de sortie est systématiquement proposée au moyen d'un formulaire explicatif.

Le but de cette consultation est de favoriser la continuité des soins par l'information sur l'accès aux droits en termes de protection maladie et pour assurer le relais médical lorsqu'il est inexistant à l'extérieur.

Lorsque la personne détenue est en situation régulière à sa libération, il faut l'informer qu'il y a maintien de droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité pendant 12 mois[60]. Ce maintien de droit n'est pas applicable aux détenus migrants sans permis de séjour à leur libération; le guide méthodologique préconise à ce sujet qu'il soit "proposé à l'intéressé de remplir une demande d'aide médicale de l'État et de l'accompagner dans la constitution de son dossier. Cependant celui-ci ne pourra pas être complet tant que la personne ne sera pas en possession de son bulletin de sortie. Ce n'est qu'à ce moment que le dossier pourra être déposé à la caisse compétente qui devra l'instruire en priorité"[61].
A ce sujet, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé des personnes placées sous main de justice encourage l'élaboration de convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les Caisses primaires d'assurance maladie de rattachement "afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues". "Pour les détenus étrangers en situation irrégulière, la demande d'AME pourrait être préparée en amont, afin qu'ils bénéficient de ce dispositif dès leur sortie[62]".

Notons ici une initiative locale au centre pénitentiaire d'Angers où une convention a été signée entre la CPAM et le centre pénitentiaire[63]: le référent de la CPAM organise des séances collectives d'information aux arrivants et aux sortants et accompagne les demandes de CMUc et d'AME. A sa sortie de prison, la personne en situation irrégulière va récupérer sa carte d'AME à la CPAM.

Rappelons que nous avons noté dans notre échantillon que seuls 36% des personnes sans titre de séjour bénéficiaient de l'AME avant leur arrivée en détention, ce qui conforte l'idée

[60] "si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie à un autre titre". Voir guide méthodologique, p.148.
[61] Voir guide méthodologique p. 148.
[62] Ministère de la justice et Ministère de la santé, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé des personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, p. 75.
[63] "Accompagnement et accès aux droits des personnes détenues". Mme Jouin Legagneux, référente CPAM Angers, 10ème congrès national des UCSA, 7-8 février 2013, Montpellier.

de la méconnaissance de leurs droits à l'extérieur ou de la complexité des démarches administratives lorsque la personne ne bénéficie pas d'un certain soutien.

Lorsqu'il n'y a pas de conventions mises en place avec les caisses primaires d'assurance maladie, il ne faut pas hésiter à orienter les patients vers des structures particulières facilitatrices telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ou PASS. En attendant l'accès effectif aux droits, le patient peut être orienté vers la PASS de proximité pour permettre la continuité des soins notamment en cas d'existence d'un traitement au long cours pour éviter toute rupture de celui-ci. En effet, les hôpitaux publics ont dans leurs missions l'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale. La circulaire du 17 décembre 1998 dispose que "les établissements publics de santé mettent en place les Permanences d'Accès aux Soins, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes".

La PASS doit normalement pouvoir délivrer gratuitement le traitement éventuel en cours au patient, le temps de l'instruction du dossier d'AME ou de CMUc; en attendant, le patient peut accéder au plateau technique de l'hôpital public en termes de radiologie, laboratoire d'analyses et consultations de médecine générale et spécialisées selon les besoins.
Dans tous les cas, il nous semble important de remettre à la personne une copie de tout élément important de son dossier médical pour la continuité des soins à l'extérieur surtout lorsqu'il existe une pathologie qui nécessite un traitement ou un suivi particulier; ce dossier sera utile au médecin traitant, à la PASS ou à l'unité médicale du centre de rétention administrative si la personne est en situation irrégulière et menacée d'expulsion du territoire.

CONCLUSION

La taille de notre échantillon était réduite étant donné les conditions pratiques de l'exercice, on ne peut donc prétendre à une représentativité de celui-ci. Toutefois, les résultats sont concordants avec les quelques éléments présents dans la littérature et avec les constatations que peut faire le médecin dans l'exercice de son travail quotidien en milieu pénitentiaire.

Le questionnaire mis en place a été bien reçu par les participants et il ne prend pas beaucoup de temps à être administré. Le but de cette étude pilote était de le tester et de voir dans quelle mesure certains items pourraient être repris pour faire partie intégrante de la fiche "arrivant", en y ajoutant notamment des questions spécifiques à la santé des femmes.

Il nous semble d'après cette première étude qu'il existe bien des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux détenus migrants dont il faut savoir tenir compte en tant que soignant en milieu carcéral. Ils représentent une proportion non négligeable de l'ensemble de la population pénale, il nous parait important d'y être sensibilisé en tant qu'intervenant en milieu pénitentiaire. Il ne s'agit en aucun cas ici de dire que les migrants souffrent de pathologies spécifiques mais bien de souligner le fait qu'ils cumulent des facteurs de vulnérabilité sociale et administrative qui rendent leur prise en charge spécifique.

En effet, pour une prise en charge optimale, il faut prendre en considération la barrière de la langue, la précarité de la situation administrative pour certains, l'isolement social dans lequel ils peuvent se retrouver en détention, la prévalence de certaines pathologies selon le pays de provenance et la fragilité de leur santé mentale. La plupart des démarches en prison se font par écrit; la barrière de la langue est la première cause de sensation d'isolement, de malentendus avec les codétenus ou le personnel de l'administration pénitentiaire. Certains n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir car ils sont menacés d'une mesure d'expulsion du territoire français ou ne sont pas sûrs du renouvellement de leur titre de séjour. Avec peu de revenus à l'extérieur, ils s'en remettent souvent aux commissions d'indigence; une indigence rendue parfois plus difficile par l'absence de famille en France donc par l'absence de parloirs.

Il y a par ailleurs un besoin de faire des études similaires à plus grande échelle pour tenter d'aboutir à une stratégie nationale cohérente qui réponde aux besoins des détenus migrants en matière de santé publique. Plus spécifiquement, les femmes migrantes devraient

également faire l'objet de recherches car elles sont non seulement potentiellement mères mais elles sont aussi susceptibles de présenter plus souvent certaines pathologies dont les affections gynécologiques. Les effets possibles de la situation de vulnérabilité sur la santé mentale des migrants devraient également être étudiés à travers des enquêtes épidémiologiques et des études qualitatives. Les anglais notent à ce sujet qu'il manque des études sur l'impact de la détention sur la santé mentale des détenus migrants.

Au centre pénitentiaire de Marseille, nous avons dorénavant accès au service d'interprétariat professionnel par téléphone qui permet un échange à trois avec le patient. On ne peut qu'insister sur le rôle majeur de l'interprétariat pour la prévention, l'information sur l'accès aux soins en détention, les dépistages et le bilan de santé.

"Les exilés ne souffrent ni de "pathologie exotique", ni de "pathologie de la rue", comme on l'entend encore parfois. Mais les traumatismes qu'ils ont subis, les particularités épidémiologiques observées et l'exclusion dont ils sont victimes renforcent les effets de la maladie chronique, dont le dépistage précoce reste à la base d'une prise en charge médico-psycho-sociale efficace"[64].

[64] Comede, « Un bilan de santé pour protéger les migrants », *Maux d'exil*, n° 22, 2008, p. 9.

BIBLIOGRAPHIE

Barnoux M., J. Wood, « The Specific Needs of Foreign National Prisoners and the Threat to their Mental Health from Being Imprisoned in a Foreign Country », *Aggression and Violent Behavior*, n° 18, 2013, p. 240-246.

Berchet C., F. Jusot, « Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 172, 2012, p. 1-7.

Cassan F., A. Kensey, L. Toulemon, « L'histoire familiale des détenus », *Insee Première*, n° 706, avril 2000, 4 p.

COGNET M., C. HAMEL, M. MOISY., « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, p. 11-34.

Comité médical pour les exilés (Comede), « Un bilan de santé pour protéger les migrants », *Maux d'exil*, n° 22, 2008, p. 1-8.

Comede, « Migrants et infections sexuellement transmissibles », *Maux d'exil*, n° 39, 2013, p. 1-8.

Comede, *Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire*, Saint-Denis : INPES, 2008, 568 p.

Comede, *La santé des exilés : Rapport d'activité et d'observation*, Le Kremlin-Bicêtre: Comede, 2011, 70 p.

Conseil de l'Europe, Strasbourg, 17 février 2012, « Projet de recommandation relative aux détenus étrangers », Comité européen pour les problèmes criminels, Conseil de coopération pénologique.

« Dossier : Dedans les étrangers! Racisme ordinaire de la justice française », *Passe-Murailles*, GENEPI, n° 38, septembre-octobre 2012, p. 18-79.

« Dossier : Etrangers en prison aux confins de l'absurde », *Dedans Dehors*, OIP, novembre-décembre 2005, p. 11-27.

« Dossier : La santé des migrants », *La Santé de l'homme*, n° 392, novembre-décembre 2007. p. 14-41.

« Dossier : Quelle éducation pour la santé des migrants ? », *La Santé de l'homme*, n° 357, janvier-février 2002. p. 14-42.

Dourgnon P., F. Jusot, C. Sermet, J. Silva, « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 146, 2009, p. 1-6.

« Etrangers en prison: à l'ombre du droit », *Causes communes*, La Cimade, n° 67, janvier 2011, 36 p.

Eurobaromètre Spécial 330, *La santé dentaire : Rapport*, Bruxelles : Commission européenne, Direction générale de la Santé et des consommateurs, octobre 2009, 110 p.

Hazard A., « Etrangers incarcérés », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 25, octobre 2008.

HYEST J-J., G-P CABANEL, « Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », Sénat, n° 449, juin 2000, 223 p.

« Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention »
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32159.pdf

"Instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves"
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/11/cir_34054.pdf

Liger D., « Les étrangers en détention », Commission Liberté et Droits de l'Homme, 2003.

Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France : Rapport 2011*, Octobre 2012, Paris, 218 p.

Ministère de la justice et Ministère de la santé, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé des personnes placées sous main de justice*, octobre 2010, 86 p.

Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, *Guide méthodologique Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, novembre 2012, 364 p.

« Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, 17 janvier 2012/n° 2-3-4.

Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), " *Etrangers malades résidant en France : démarches préfectorales et accès aux droits après la loi sur l'immigration du 16 juin 2011*", Brochure détaillée, juillet 2012, 12 p. http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/Brochure_ODSE_version_finale.pdf

Pirou D., N. Poullain, S. Rochelle, « La vie en communauté: 1,6 million de personnes en France », *Insee Première*, n° 1434, février 2013, 4 p.

United Nations Office on Drugs and Crime, *Handbook on Prisoners with Special Needs*, Criminal Justice Handbook Series United Nations, New York, 2009, 190 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

1- Sexe:

- M
- F

2- Age:

3-Nationalité:

4- En France depuis? (*mois et année d'entrée en France*):

5- Maîtrise de la langue française *(Pas de maîtrise orale suffisante du français pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits) :*

- OUI
- NON

6- Droit au séjour:

- séjour stable (supérieur ou égal à un an),
- séjour précaire (strictement inférieur à un an),
- sans droit au séjour

7- Hébergement (*la nuit précédente ou la nuit précédent la garde à vue*):

- Rue,
- Squatt
- 115
- Cada
- Autre organisation
- Particulier
- Chez soi

8- Ressources:

- < 336
- < 483
- < 661
- > 661

9- Famille en France (*communication possible avec un membre adulte de la famille*):

- NON
- OUI

10- Protection maladie:

- Sécu
- AME
- CMUc
- sans
- autre

11- Suivi médical:

- Sans
- médecin généraliste
- médecin hospitalier

12- Avez-vous eu recours à des soins au cours des 2 dernières années?

- NON
- OUI
    - service d'urgences
    - CDAG
    - médecin généraliste
    - médecin spécialiste
    - autre

13 - Avez-vous déjà pratiqué en France:

- un test de dépistage pour le VIH ? NON / OUI
- pour le VHB ? NON / OUI
- pour le VHC ? NON / OUI

14- Pathologie chronique:

- NON
- OUI Laquelle?

15- Pathologie psychiatrique:

- suivi psychiatrique NON / OUI
- traces d'automutilation NON / OUI
- antécédent d'idées suicidaires NON / OUI

16- Addictions:

16 a- Fumez-vous du tabac tous les jours? NON / OUI

16 b- Alcool: consommation excessive NON / OUI

16 c- Utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération: NON / OUI

- la(les)quelle(s):
    - cannabis NON / OUI
    - héroïne ou autres opiacés NON / OUI
    - cocaïne NON / OUI
    - médicaments utilisés de façon toxicomaniaque NON / OUI
    - amphétamines ou hallucinogènes NON / OUI

16 d- Avez-vous déjà pris une drogue par injection? NON / OUI

16 e- TSO prescrit en cours : NON / OUI

- buprénorphine NON / OUI
- méthadone NON / OUI

17 - Quand avez-vous été chez un dentiste pour la dernière fois pour vos dents, vos prothèses dentaires ou vos gencives?

- il y a moins d'un an
- il y a entre un et moins de deux ans
- il y a entre deux et moins de cinq ans
- il y a cinq ans ou plus
- jamais

ANNEXE 2

Fiche médicale « arrivant » U.C.S.A du Centre Pénitentiaire de Marseille - Les Baumettes -

date : ……/……/…… médecin :……

NOM :……

Prénom :……

N° d'Ecrou……

Date de naissance : ……/……/……

Lieu de Naissance…… **M** ☐ / **F** ☐

Carte de Séjour : ☐ Non / ☐ Oui AME : ☐ Non / ☐ Oui

N° sécurité sociale :

☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Hébergement : ……

nombre d'incarcération(s) :……
(en comptant la présente)

dernière incarcération :

lieu :……

date de libération :……/……/……

situation famille :…… enfant(s) : ……

profession :……

nationalité : ☐ **Fr** / ……

Pathologie actuelle :……

……

……

Traitement en cours :……

……

……

……

Med. traitant / service hosp. :……/ **tel** :……

Antécédents médicaux :……

……

……

……

Suivi psychiatrique : ☐ **Non** / ☐ **Oui** :……

……

Antécédents chirurgicaux :……

……

……

……

Allergies : ☐ **Non** / ☐ **Oui** :……

Tabac : ☐ **Non** / ☐ **Oui** : Nbre cigarette /jour :……/ Nbre Année :……

Alcool : ☐ **Non** / ☐ **Oui** : Nbre VS/jour :…… / **Moins de 2 H après le réveil** : ☐ Tous les jours ☐ Quelquefois ☐ Non

Fréquence plus de 6 VS/jour : F1☐ 1 fois/mois /**F2**☐ 1 fois/semaine /**F3**☐ 4 fois ou + /semaine / **F4**☐ Jamais

……

Produits illicites ou Médicaments détournés dont TSO (hors prescription ou dose supérieure à la prescription) :

Produits illicites ou Médicaments détournés	Fréquence	Mode de consommation	Niveau de consommation	Age de début

(**Fréquence** : F 1-2-3-4 / **Mode de Consommation** : O=Per Os / F=Fumé ou inhalé / S=Sniff / IV=Injection)
(Niveau: O= Occasionnel / R= Usage à Risque / D= Abus ou Dépendance)

Substitution : ☐ Non / Oui : ☐ Subutex……mg/24h, ☐ Méthadone……mg/24h ; prescripteur……

Suivi CSAPA ou autre : ☐ Non / Oui ☐ Lequel :……

Vaccins

D / T / P :…… ☐ **ne sait pas**

BCG :…… ☐ **ne sait pas**

hépatite B :…… ☐ **ne sait pas**

SM effectué ? ☐ **Non** / ☐ **Oui**, année :……

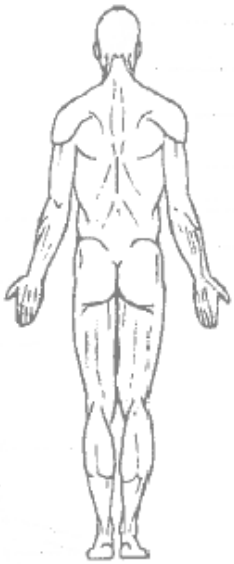
Autres / remarques :……

……

Examen clinique

Poids :.....kg **Taille** :.....cm **T.A.** : .....

Examen :.....



Remarques :.....

Orientations / conduite à tenir ☐ **aucune**

Prescription(s) / soin(s) :.....

☐ **Vaccination: vaccin(s) / rappel(s)**: D / T / P ; autre(s) : .....
☐ **Biologie** :.....
☐ **Surveillance** :.....
☐ **Consultation généraliste** :.....
☐ **Consultation SMPR** :.....
☐ **Consultation CSAPA** :.....
☐ **Consultation substitution** : ☐ **Subutex** / ☐ **Méthadone** .....
☐ **Consultation(s) spécialisée(s)** :.....
☐ **Radiographie(s)** :.....
☐ **Examen(s) exploratoire(s)** :.....
☐ **Dépistage réalisé (VIH/Hépatites)** : ☐ **Oui** / ☐ **Non**.....
☐ **Hospitalisation** :.....