

Table des matières

I – INTRODUCTION.....	3
II – LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE	5
1 – MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	5
1.1 – La médecine pénitentiaire sous l'Ancien Régime	5
1.3 – La médecine pénitentiaire et le régime cellulaire	12
1.4 – De la réforme Amor en 1945, à la réforme de santé de 1994.....	15
1.5 – De la réforme de 1994 à nos jours	24
2 – LES CONDITIONS DE VIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	32
2.1 – Caractéristiques générales	32
2.2 – Les maisons d'arrêt.....	33
2.3 – Les établissements pour peine	34
2.4 – Les centres pénitentiaires.....	35
2.5 – La surpopulation carcérale.....	35
3 – LE CENTRE PÉNITENTIAIRE D'AIX-LUYNES.....	42
3.1 – Caractéristiques générales	42
3.2 – Locaux et effectifs des unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP).....	43
3.3 – Organisation des soins de Médecine Générale	44
3.4 – La prise de rendez-vous médical	45
3.5 – Le déroulement des consultations de médecine générale	46
3.6 – La gestion des examens complémentaires sur place	47
3.7 – La gestion des consultations spécialisées et des examens complémentaires sur plateau technique hospitalier	48
3.8 – La gestion des hospitalisations	48
3.9 – La gestion des traitements	49
3.10 – Les consultations réglementaires.....	50
III – MATÉRIEL ET MÉTHODE	52
1 – ÉTUDE DE LA SATISFACTION.....	52
2 – MÉTHODOLOGIE	53
2.1 – Objectif et schéma d'étude	53
2.2 – Participants	54
2.3 – Recueil des données.....	55
2.4 – Outils d'évaluation : le questionnaire (ANNEXE 4).....	55
2.5 – Construction des scores de satisfaction	57
2.6 – Phase de pilotage du questionnaire.....	58
2.7 – Aspects éthiques et règlementaires.....	58
3 – ANALYSES STATISTIQUES	59
3.1 – Gestion des données manquantes des scores de satisfaction	59
3.2 – Analyse statistique des scores de satisfaction.....	60
IV – RÉSULTATS.....	61
1 – CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	61
1.1 – Caractéristiques sociodémographiques.....	61
1.2 – Caractéristiques des situations pénales	63
1.3 – Profil médical des participants	64
2 – ÉTAT DE SANTÉ PERÇU	71
3 – RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION	74
3.1 – Niveaux de satisfaction des participants concernant l'organisation et le fonctionnement de l'USMP	75
3.2 – Niveaux de satisfaction des participants concernant l'information délivrée par les médecins généralistes de l'USMP	81

3.3 – Niveaux de satisfaction des participants concernant le suivi et la qualité des soins délivrés par les médecins généralistes de l'USMP	84
3.4 – Niveau de satisfaction global.....	90
4 – ANALYSE DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION.....	92
4.1 – Analyse de la satisfaction relative au fonctionnement et à l'organisation des USMP	92
4.2 – Analyse de la satisfaction relative à l'information délivrée par les médecins généralistes.....	99
4.3 – Analyse de la satisfaction relative à la qualité des soins et du suivi médical	104
4.4 – Axes d'amélioration des parcours de soins pendant la période d'incarcération.....	114
4.5 – Axes d'amélioration des parcours de soin en sortie de détention.....	117
V – DISCUSSION.....	121
1 – INTÉRÊTS DE NOTRE ÉTUDE	121
2 – VALIDITÉ INTERNE DE L'ÉTUDE	122
2.1 – Biais et limites de l'étude	122
3 – VALIDITÉ EXTERNE DE L'ÉTUDE	125
3.1 – État des connaissances de la satisfaction des personnes détenues vis-à-vis des services de santé en milieu carcéral	125
3.2 – Comparaisons des caractéristiques de la situation pénale	127
3.3 – Comparaisons des caractéristique sociodémographiques.....	131
3.4 – Comparaisons des profils médicaux rencontrées en milieu carcéral.....	135
3.4 – La santé des personnes incarcérées à leur entrée en prison	136
3.5 – La santé mentale en milieu carcéral	139
3.6 – Maladies infectieuses en milieu carcéral	144
VI - CONCLUSION	147
VII – BIBLIOGRAPHIE	147
VIII – ANNEXES.....	159
1 – FEUILLE D'INFORMATION PATIENT	159
2 – FEUILLE DE RELÈVE DE L'EQUIPE SOIGNANTE SOMATIQUE	160
3 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCRIT.....	161
4 – LE QUESTIONNAIRE	162
IX – ABBRÉVIATIONS	180

I – INTRODUCTION

Le travail qui va suivre est le fruit d'une réflexion menée à la suite d'un stage de six mois en tant qu'interne de médecine générale au sein de l'unité de soin en milieu pénitentiaire (USMP) du centre pénitentiaire (CP) d'Aix-Luynes.

Les personnes incarcérées étant les premières concernées par le système de soin en milieu carcéral, nous avons voulu partir de leur point de vue afin d'apporter un éclairage différent sur les enjeux de santé en prison.

L'objectif était de pouvoir proposer au service de l'unité de soin en milieu pénitentiaire (USMP) du centre pénitentiaire (CP) d'Aix-Luynes, une évaluation de l'état de santé d'une partie de la population incarcérée, et de recueillir la satisfaction des participants vis-à-vis de l'offre de soin de médecine générale afin d'en dégager des axes d'amélioration au sein des différents parcours de soins.

Les questions relatives à la santé des personnes détenues alimentent un sujet historiquement ancien et relativement complexe, où la personne privée de liberté présente une double vulnérabilité tenant à la fois à sa qualité de détenu et à la pathologie dont elle est atteinte ou menacée.

Le monde carcéral est en effet un milieu créé de toute pièce par l'homme, pour l'homme, dont il est par conséquent seul responsable, notamment face aux contraintes qu'il exerce sur l'état de santé des personnes privées de liberté. Ainsi, lorsque Michel Foucault écrit dans son ouvrage *Surveiller et punir* en 1975 que : « *La prison ne peut pas manquer de fabriquer des délinquants* »(1), nous sommes aussi en droit de nous demander si la prison ne peut pas également manquer de fabriquer des malades ?

Si le préambule de la Constitution Française de 1946 (2), confirmé dès 1953 à l'échelon européen par la Convention européenne des droits de l'Homme (3) garantit à toute personne le droit à la protection de la santé, cette maxime juridique ne trouve pleinement sa place en milieu carcéral que quarante ans plus tard, c'est-à-dire hier, avec la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 Janvier 1994 (4). Ainsi, lorsque l'administration pénitentiaire confie l'ensemble des prises en charges sanitaires au service public hospitalier, ce sont plusieurs pans de l'ancienne organisation qui s'écroulent dans le but d'« *assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population* » . (5)

Depuis cette réforme, de nombreux rapports institutionnels français et européens ont continué à concourir à cet objectif d'amélioration des modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues (6–8). Cependant l'objectif d'équivalence des soins est loin d'être atteint (9), et sa mise en pratique reste un défi de taille qui justifie toute l'attention de notre société afin de garantir avec humanité, et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine, un droit à la protection de la santé en prison. (10,11)

En France, l'étude des soins en milieu carcéral fait l'objet de nombreuses publications scientifiques, notamment depuis les années 1990. Mais si ces études éclairent les dimensions épidémiologiques, psychologiques, sociologiques et structurelles des soins en milieu carcéral, elles n'abordent que très rarement leur aspect pratique dans ses dimensions organisationnelle, fonctionnelle, et relationnelle.

Devant le peu d'études disponibles sur ce sujet, il nous a semblé nécessaire de poursuivre les recherches sur un mode exploratoire, afin d'aborder la question des soins de la manière la plus large possible. Ainsi, pour répondre à notre problématique d'évaluation de l'aspect pratique des soins en prison, nous avons réalisé des entretiens à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu afin de réaliser une analyse systémique du système de soin en milieu pénitentiaire.

Le cumul de nombreuses difficultés sanitaires, sociales et psychologiques rendent particulièrement vulnérables les personnes incarcérées. L'environnement captif et ses conditions de vie s'avèrent peu propices aux actions de promotion de la santé. On relève ainsi en milieu carcéral une surreprésentation de certaines pathologies notamment infectieuses, chroniques, dermatologiques, sensoriels, traumatiques, et mentales. Ces états de santé dégradés sont souvent secondaires à des problèmes de santé préexistants à l'incarcération (pathologies psychiatriques, conduites à risque, addictions, faible accès aux soins, précarité). De plus, l'apparition ou l'aggravation de certaines pathologies en détention par le biais de conditions de détention parfois difficiles (surpopulation, confinement, hygiène défaillante, violence, sédentarité...) accentuent les problématiques de santé pour cette population.

II – LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

1 – MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

« Personne ne peut prétendre connaître vraiment une nation, à moins d'avoir vu l'intérieur de ses prisons. Une nation ne doit pas être jugée selon la manière dont elle traite ses citoyens les plus éminents, mais ses concitoyens les plus faibles ».

Nelson Rolihlahla Mandela.

Comprendre les évolutions des dispositifs de santé carcéraux pour penser la santé en prison me paraissait être une réflexion indispensable pour apprécier les contours actuels de la santé en milieu pénitentiaire.

L'histoire telle qu'elle est retracée dans ce chapitre a été réalisée à partir d'une revue de la littérature faite de travaux d'historiens (J-G Petit, R Badinter), médecins (Saint Vincent de Paul, Necker, Doublet, Colombier, Papelard, Milly, Vasseur), et d'analyses socio-philosophiques (M Foucault).

Il s'agissait d'éclairer les spécificités du dispositif actuel de soins au regard des particularités de ceux plus anciens et de découvrir tout un pan de l'histoire de la médecine, qui comme souvent, s'est révélée riche d'enseignements sur les formes de construction des professions de santé.

1.1 – « La médecine pénitentiaire » sous l'Ancien Régime

Les grandes politiques d'enfermement débutent en France sous le règne de Louis XIV notamment lorsqu'il crée en 1656 l'Hôpital Général de Paris. Il cherche alors à endiguer la progression de la pauvreté, en y rassemblant au sein de 5 établissements parisiens (Bicêtre, La Salpêtrière, La Pitié, Scipion et La Savonnerie), mendiants, vagabonds, vieillards, enfants orphelins, prostitués et malades, afin d'y être employés à divers travaux. (12)

Si dans ses premières années d'existence, l'établissement se dote d'une infirmerie, d'un médecin, d'un chirurgien, et d'un apothicaire, l'institution ne sera jamais considérée comme un lieu de soin à part entière, et les malades nécessitant une hospitalisation étaient officiellement transférés à l'Hôtel Dieu.(13)

Cette politique du « *Grand enfermement* », expression d'une volonté d'ordre public, gagne peu à peu les grandes villes de province et se met en place à travers toute l'Europe au cours du XVII siècle.

Peu à peu les Hôpitaux Généraux se remplissent d'invalides, et non de mendians bien portant capable de travail. Devant ce constat d'échec, certains sont finalement convertis en maison de force, autrement dit en prison, démontrant toute l'ambiguïté d'une institution qui au nom de l'extinction de la mendicité s'est manifesté au moyen d'actes répressifs. (14)

La plupart des maisons de force sont alors gérées par un ordre religieux et accueillent des personnes condamnées par la justice royale, et ses fameuses « *lettres de cachet* ». (15)

L'échec relatif des hôpitaux généraux et l'insuffisance des maisons de force amènent à la création en 1767 des dépôts de mendicité, qui donneront à l'enfermement, un caractère d'autant plus massif. (16) L'institution des dépôts concerne initialement tous les individus que l'on doit remettre en état de gagner honnêtement leur vie. Mais le caractère généralisé de l'enfermement conduit à recevoir une population des plus hétéroclites, semblable à celle présente dans les hôpitaux généraux. Aux côtés des pauvres, prostituées, mendians et vagabonds valides sont enfermés un nombre croissant de malades, notamment psychiatriques, que l'on ne peut transférer aux Hôtel-Dieu. À l'approche de la Révolution, et à l'instar des hôpitaux généraux, les dépôts de mendicité se transforment peu à peu en structure à mi-chemin entre la prison et l'hôpital. Dans les dernières années de l'Ancien Régime, la fonction « hospitalière » des dépôts prend de l'importance quand plusieurs établissements se dotent de quartiers réservés aux « aliénés ». Necker crée en 1781 une inspection générale des hôpitaux civils, des dépôts de mendicité et des maisons de force. À sa tête, il nomme trois médecins réputés : Colombier, Doublet et Thouret. Ces derniers insisteront sur la nécessité de traiter les aliénés dans des établissements spécialisés, et de les extirper des maisons de force, affirmant ainsi pour la première fois, l'idée que la prison n'est pas apte à traiter certaines pathologies mentales.(17)

En parallèle de ces politiques d'enfermement, l'histoire des pratiques pénales de l'Ancien régime reste surtout marquée par l'utilisation de peines afflictives destinées à faire souffrir le coupable, et de peines infamantes destinées à l'humilier. (1)

Les condamnés subissent alors des châtiments dont la hiérarchisation rend compte de la part importante liée aux supplices corporaux : peine de mort, question avec réserve de preuve, les galères, le bannissement, le fouet, l'amende honorable, le carcan, le pilori, etc. (18). L'arbitraire des peines se manifeste par l'application d'une justice royale aux méthodes inquisitoires qui diffère selon la qualité du coupable, le rang de la victime ou de l'offensé.

L'emprisonnement n'était alors pas considéré comme une peine.

Pour mieux comprendre jusqu'où a pu aller cette logique punitive, Michel Foucault ouvre le premier chapitre de son ouvrage « *Surveiller et punir* » par la lecture des pièces originales et des procédures du procès fait à Robert-François Damiens condamné en 1757 pour parricide dont voici un extrait :

« *Damiens avait été condamné, le 2 mars 1757, à faire amende honorable devant la principale porte de l'Église de Paris, (...) et sur un échafaud qui sera dressé, tenaillé aux mamelles, bras, cuisses et gras des jambes, sa main droite tenant en icelle le couteau dont il a commis le dit parricide, brûlée au feu de soufre, et sur les endroits où il sera tenaillé, jeté du plomb fondu, de l'huile bouillante, de la poix résine brûlante, de la cire et soufre fondus et ensuite son corps tiré et démembré à quatre chevaux et ses membres et corps consumés au feu, réduits en cendres et ses cendres jetées au vent* »

Les prisons proprement dites n'étaient pas faites pour les condamnés, mais servaient de lieux de garde où l'on déposait passagèrement les prévenus avant leur jugement, et les condamnés avant leur supplice.

Dans les locaux vétustes et insalubres de la plupart des prisons de l'Ancien Régime les prisonniers étaient mélangés, qu'ils soient coupables, suspects ou innocents. Très souvent, les hommes, les femmes et les enfants étaient mêlés, ce qui engendrait certains désordres. Dans leur grande majorité, ils n'avaient pour lit qu'une botte de paille « les pailleux », et pour nourriture du pain et de l'eau. Le linge, les vêtements, les soins et les remèdes étaient autant d'objets de luxe dont l'État ne s'occupait pas. Tout ce monde vivait sous l'autorité d'un geôlier souvent cruel et intéressé. Ainsi, pour améliorer leur sort, les détenus les plus riches pouvaient obtenir un lit hors des quartiers communs « à la pistole » et quelques vivres supplémentaires « cantines » moyennant paiement au geôlier.

Mais ce qui domine les prisons de cette époque, se sont surtout les mauvaises conditions d'hygiène et la nourriture insuffisante, qui rendait les prisonniers très vulnérables, notamment face aux épidémies fréquentes de typhus, scorbut, maladies vénériennes, etc. Les secours matériels et médicaux ne relevaient que de la charité chrétienne, car, en dehors de quelques initiatives comme à la Bastille, Rennes ou Nancy, l'organisation sanitaire des prisons était quasi inexistante. (19)

Jusqu'à cette époque, les médecins et infirmeries de prisons étaient rares, leurs moyens d'action réduits et peu efficaces, leur intervention entravée si ce n'est annihilée par les conditions de détention désastreuses des malades.

Cependant la fin du XVIII siècle voit l'influence de certains philanthropes, et philosophes du siècle des Lumières entamer le régime des prisons de l'Ancien Régime.

L'un d'entre eux, Cesare Beccaria, remet en cause dès 1764 dans son ouvrage « *des délits et des peines* » (20), le système judiciaire dans sa globalité, et fonde certains principes du droit pénal moderne. (21) Il y dénonce les lois injustes, prône le principe d'égalité devant les lois, réclame des peines sûres mais douces et pose le principe de séparation des pouvoirs religieux et judiciaire. Dénonçant la cruauté de certaines peines comparées au crime commis, il propose de mettre en place une correspondance ainsi qu'une proportionnalité entre les sanctions et les délits. Considéré par beaucoup comme le père de l'abolitionnisme, il s'oppose aux châtiments corporels et aux supplices, non seulement parce qu'ils sont cruels, mais aussi parce qu'ils sont inutiles sur le plan de la prévention.

1.2 – De la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 au régime parlementaire de la Troisième République Française

Avec la Révolution Française et la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, affirmant que : « *nul homme ne peut être accusé, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites* » (22), le déclin des spectacles punitifs s'amorce, mais les supplices ne disparaîtront pas complètement jusque dans la seconde moitié du XIX siècle. (15)

Si la peine de prison n'existe pas dans l'ancienne législation criminelle, l'Assemblée constituante, au contraire, l'adopte, sinon comme base unique, du moins comme base principale de son code. Inspiré du travail de Beccaria, le code pénal de 1791 place l'enfermement au centre du dispositif judiciaire, généralise la peine privative de liberté mais conserve la peine de mort et les travaux forcés qui ne seront abolis que deux siècles plus tard. (23)

Le rapport du Dr Doublet (24) sur l'état des prisons de Paris cette même année dresse des conclusions similaires à celle du philanthrope anglais John Howard (25). Tous les deux dressent un tableau sombre et accablant au sujet des conditions de détention, et insistent sur le nécessaire besoin d' « *humaniser* » les prisons.

En France comme dans les autres pays d'Europe la plupart des détenus manquent de tout : d'espace, d'air et de lumière, de nourriture, de vêtement et de chauffage. À cela s'ajoutent les chaînes et l'humidité, l'absence de lits et de latrines. La mort fauche donc largement : par la faim ou l'asphyxie, par la fièvre, en particulier par le typhus que l'on appelle alors « *fièvre des prisons* », et dont le danger de diffusion dans les villes provoque quelques campagnes en faveur de l'amélioration de l'hygiène des prisonniers. (26)

Tandis que les médecins les plus renommés préconisent une humanisation des conditions de détention (27), les « *officiers de santé* », sans renommée ni reconnaissance, gèrent un quotidien carcéral qui rime avec promiscuité, insalubrité, malnutrition, épidémies. Leur présence est réduite au strict minimum et leur autonomie est très tôt contestée à l'intérieur des prisons.

Les difficultés financières sous l'Empire de Napoléon Bonaparte limitent très vite les espoirs philanthropiques, et la deuxième version du code pénal promulguée en 1810 marque un retour en arrière notamment en matière de châtiments, avec la réapparition entre autres, du marquage au fer rouge des prisonniers.

Parallèlement, deux types de prisons émergent. Les maisons centrales sont choisies pour accueillir les condamnés à des longues peines supérieures à un an. L'accent sera mis sur le travail obligatoire, qui en association avec l'isolement, se doit d'être vecteur d'une « *transformation carcérale* ». Les autres prisons, maisons d'arrêt, de justice et de correction sont quant à elles, destinées aux personnes condamnées à un emprisonnement de courte durée.

Sous la Restauration, la création de la Société royale pour l'amélioration des prisons en 1819, annonce l'avènement d'un second courant philanthropique (28), dont les principaux représentants sont le duc Decazes, La Rochefoucauld-Liancourt, ou encore le comte Hervé de Tocqueville. Ils placent l'état de santé des personnes détenues parmi la liste des préoccupations importantes, et œuvrent pour « *adoucir le sort des détenus, rendre les prisons plus salubres, procurer aux prisonniers une nourriture plus abondante et plus substantielle ; leur fournir des vêtements, leur assurer du travail pour les arracher à l'oisiveté et leur procurer des ressources pour le jour de leur libération ; organiser des infirmeries ; empêcher que les prisonniers ne deviennent plus vicieux et les ramener à la morale par le secours de la religion.* ». (19)

Bien que ce mouvement d'amélioration s'inscrive à l'échelle nationale et récolte quelques bons fruits, les modes de fonctionnement des prisons de l'Ancien Régime ont la vie dure, et certaines vieilles pratiques subsistent. Du geôlier qui loue des chambres « *à la pistole* », et laisse dépérir les « *pailleux* » dans des quartiers communs redevenus mouroirs, au mélange entre adultes et mineurs, condamnés et prévenus, mais également mendians, infirmes et malades, la prison apparaît comme une institution qui ne reconnaît pas de « droit » à la santé et qui laisse peu d'autonomie à ceux qui en ont la charge.

Les premiers textes officiels portant sur la nomination des médecins et l'organisation sanitaire des prisons apparaissent à partir de 1819. (29) La présence d'une infirmerie devient obligatoire, essentiellement pour des raisons de sécurité et de lutte contre les évasions lors des transferts de personnes détenues dans les hôpitaux. Mais, dans la plupart des cas, leur implantation se montre insuffisante voire absente et rend les transferts hospitaliers nécessaires, ce qui ne manquera pas d'être source de tensions entre administrations et soignants. Pour les médecins, il est prévu une visite des malades une à deux fois par jour ainsi qu'une visite à l'entrée en détention.

De nouveaux règlements viennent progressivement étoffer et préciser l'organisation sanitaire des prisons. En 1831, les médecins sont priés de tenir un « *journal de clinique* » destiné à recevoir l'histoire des maladies survenues chez les personnes détenues. Les « *fiches de clinique* » feront l'objet d'un rapport annuel adressé aux préfets sur les maladies qui ont régné dans la prison et sur leurs causes. (30)

Le début du XIX siècle est aussi marqué par la lente dissociation des soins psychiatriques avec le milieu carcéral. L'enjeu principal est d'extirper la folie de la prison, en instaurant une nouvelle forme d'enfermement : l'asile.

En créant un internement proprement “médical”, les soins psychiatriques tendent à s'exclure de la prison, réservant la médecine pénitentiaire aux médecins somaticiens. La loi de 1838, réglementant la structure juridique et institutionnelle des soins aux malades mentaux (création des “asiles d'aliénés”) scelle la dissociation de la prison et de l'asile. Ainsi s'impose l'idée que les personnes détenues ne nécessitent pas de soins psychiatriques, et que la présence des aliénistes n'est jugée ni utile, ni nécessaire en milieu pénitentiaire. (17) L'absence des psychiatres dans les prisons du XIXème siècle, puis leur tardive implantation au XXème siècle, explique peut-être encore certains clivages actuels entre les services somatiques et psychiatriques.

Malgré sa marginalisation dans les débats pénitentiaires, la réflexion sur la médecine en prison reste prolifique au cours de cette période. Les ouvrages du médecin Guillaume Ferrus, adjoint de l'aliéniste Philippe Pinel à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris lui permettent d'accéder au tout premier poste d'inspecteur général des asiles à partir de 1836, puis d'inspecteur sanitaire des maisons centrales en 1842.

On note aussi dans cette période l'émergence de deux grandes écoles médicales qui renouvellent la réflexion sur la prison : la phrénologie et l'hygiénisme. La phrénologie, inspirée de F.G. Gall, consiste à expliquer les comportements criminels ou les dispositions à la criminalité par l'étude morphologique des cerveaux. Quant au courant hygiéniste, il s'organise autour des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, créées en 1829, qui rassemblent des disciples de Cabanis, tel Louis Villermé.

Dix ans après la création de la Société Royale pour l'amélioration des prisons, le Dr Louis René Villermé publie un mémoire sur la mortalité dans les prisons des débuts du XIX siècle (31). Il y dresse un tableau sombre des conditions sanitaires, dans la continuité de ses prédecesseurs et de ses contemporains. Pour mieux frapper l'opinion, il s'efforce d'appuyer ses propos en chiffrant un taux de mortalité annuel moyen pour les prisons françaises entre 25 et 30 %.

Très rapidement, il est rejoint par d'autres médecins qui dénoncent l'insalubrité, l'encombrement et surtout la nourriture insuffisante, comme causes de cette excessive mortalité.

Au côté de Villermé, le Dr Chassinat en 1844 puis le Dr Huet en 1857, médecin à la prison de la Roquette, dénonceront successivement des taux de mortalité jusqu'à 2 fois celui en milieu libre dans les maisons centrales, et l'influence majeure de l'alimentation tant en qualité qu'en quantité, sur la mortalité et les cas de maladies. En effet, jusqu'au second code pénal de 1810, le régime alimentaire se résumait au pain et à l'eau fournis à intervalles plus ou moins réguliers par l'administration ou la charité chrétienne. Seuls les détenus les plus aisés pouvaient s'offrir quelques agréments sous forme de « *cantines* » et « *buvettes* » payés au prix fort. Le code de 1810 ordonne que la nourriture des prisonniers soit « *suffisante et saine* ». Cette prescription restera théorique, car les années qui suivirent furent marquées par des périodes de disettes importantes, comme en témoigne le taux de mortalité chiffré à 39% par le Dr Toulmouche à la prison de Rennes au cours de l'année de famine 1813. (19) La viande ne rentre officiellement en prison qu'en 1830, où elle est distribuée une fois par semaine au même titre que la soupe grasse. Son introduction dans l'alimentation a rapidement été critiquée, constituant une sorte de luxe et formant un contraste fâcheux avec la nourriture des classes laborieuses. Toutefois, la codification du régime alimentaire dans les années 1830 conduit à une amélioration sensible de la santé des personnes détenues mais ne règle pas tous les problèmes de malnutrition. En effet, les punitions par privations alimentaires ne sont pas rares et tiennent une place importante jusque dans la seconde moitié du XIX siècle, entretenant le flot des épidémies de maladies carentielles comme le scorbut.

Les différentes épidémies qui régnait en prison au XIX siècle ont été décrites par plusieurs médecins qui n'ont jamais cessé d'alerter sur leurs causes. Parmi eux, le Dr Adolphe Toulmouche, médecin de la prison de Rennes, étudie les causes de mort au cours des années 1831 à 1833. Ses conclusions montrent que les affections les plus fréquentes sont surtout infectieuses et carentielles, touchant particulièrement les appareils digestifs et pulmonaires (choléra, typhus, tuberculose, dysenteries, etc.). (32)

Ainsi, dans la première moitié du XIX siècle, le rôle du médecin consistait certes à soigner les malades, mais surtout à convaincre l'administration de prendre des mesures d'amélioration hygiénico-diététiques. En effet, les thérapeutiques restaient empiriques et peu efficaces en rapport avec l'état des connaissances scientifiques de l'époque. Par contre, l'observation des lois de l'hygiène permettait d'obtenir des résultats satisfaisants. Les efforts entrepris dans ce domaine sous l'influence de la Société royale des prisons portèrent quelques bons fruits, mais les forts taux de mortalité resteront longtemps stationnaires même après 1875.

Au final, l'organisation sanitaire post révolutionnaire des prisons se sera donc constituée progressivement sur plus de 50 ans, et trouve fin en 1860 lors de la mise en place du règlement des services de santé des maisons centrales, fixant la compétence du médecin et du chirurgien. Ce règlement sera secondairement étendu aux maisons d'arrêt et de correction en 1885.

1.3 – La « médecine pénitentiaire » et le « régime cellulaire »

Les débats autour du mode d'enfermement au cours du XIX siècle cristallisent autour 2 modèles empruntés au système pénitentiaire américain. Le système de Philadelphie, défendu par Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville (33), repose sur le principe de la séparation absolue des personnes détenues de jour comme de nuit par un système d'emprisonnement cellulaire continu. Le système d'Auburn, alterne quant à lui, une phase d'isolement cellulaire la nuit et une phase de travail en commun avec une règle du silence le jour.(15)

Les médecins jouent d'ailleurs un rôle important dans ces débats par leur participation aux commissions parlementaires. Avec l'appui des psychiatres Esquirol et Ferrus, et du Dr Pariset, médecin de Bicêtre, le modèle Philadelphien prend l'ascendant dans les années 1830 avant un retour vers le modèle Auburnien sous le second Empire de Napoléon III. En réalité, ces deux systèmes préfigurent l'un et l'autre l'avènement de l'enfermement « *cellulaire* » individuel.

Sous la 3^{ème} République, la commission parlementaire de 1872, animée par Haussonville et Bérenger aboutit en 1875 à la loi prescrivant l'enfermement cellulaire dans les maisons d'arrêt (15). Elle prévoit un isolement total en cellule pour les prévenus et les condamnés à moins d'un an d'emprisonnement, en contrepartie d'une remise d'un quart de la peine. Cependant, du fait du coût des dépenses et des difficultés d'adaptation pour les prisons déjà construites, la généralisation de l'emprisonnement cellulaire ne se fait pas rapidement.

Par ailleurs, la prise en compte des problèmes de santé reste secondaire, voire mineure. La composition de la commission en est un indice symptomatique : on ne compte aucun médecin parmi les membres de la commission (34). Le fait que la loi ne modifie pas fondamentalement les modalités de prise en charge sanitaire des personnes détenues n'a donc rien d'étonnant. Pour les observateurs, l'évaluation de l'impact du régime cellulaire sur la santé des personnes détenues montre quelques signes encourageants, notamment dans la lutte contre la propagation des maladies contagieuses, mais fait naître par ailleurs les premières polémiques autour de son effet négatif chez les personnes détenues souffrant de troubles psychiques, faisant progresser l'incidence des suicides en prison.

Ainsi, à l'aube du XX siècle et de ses deux guerres mondiales, plusieurs prisons sont dans un état déplorable et loin d'avoir adopté le régime de l'encellulement individuel tant vanté mais si peu appliqué.

L'insalubrité et la promiscuité alimentent encore les épidémies, et poussent les médecins à orienter leurs efforts dans l'application des règles d'hygiène et de propreté. En 1873, le Dr Delabost, médecin chef de la prison de Rouen, initie pour la première fois l'implantation de bains-douche dans les établissements pénitentiaires (35). L'obtention quasi-immédiate de résultats positifs en matière de santé, permet d'ouvrir de nouveaux services de douche, notamment dans toutes les prisons cellulaires construites après 1888. Il faudra attendre un peu plus de trente ans, pour qu'un décret demande l'orientation systématique de chaque nouvelle personne détenue vers le service des douches, et prescrive un rythme théorique d'une douche par semaine. (19) Mais la réalité semble plus triste et l'insuffisance ou l'absence d'installation dans la plupart des établissements entrave les avancés en matière d'hygiène, multipliant les cas de maladies contagieuses.

Le combat du Dr Delabost se portera également sur le front de l'hygiène alimentaire. Elle obtiendra en 1890 que les médecins puissent réaliser des prescriptions de régimes alimentaires adaptés aux malades des infirmeries. Cependant, les appels visant à l'amélioration du régime alimentaire ordinaire resteront sans réponses. La polyvalence des rôles joués par les médecins exerçant en milieu pénitentiaire au début du XX siècle sont nombreux, mais les réformes opérées dans l'organisation sanitaire des prisons n'empêchent pas le maintien pendant plusieurs décennies d'un statut professionnel peu valorisé, peu rémunéré, et exercé dans des services sanitaires inadaptés ou défectueux.

La création en 1898 de l’infirmerie centrale de la prison de Fresnes marque le début de la spécialisation des établissements pour personnes détenues malades. Mais cette nouvelle entité peine à occulter les défaillances de la majorité des installations sanitaires des établissements pénitentiaires. Car si en théorie, toutes les prisons disposent d’un ou plusieurs médecins, et d’un pharmacien pour les plus importantes, dans les faits, les effectifs en personnels de santé sont très hétérogènes selon les établissements. De plus l’omnipotence de l’administration pénitentiaire laisse peu d’autonomie au corps médical qui reste gouverné par les impératifs de sécurité.

L’hémorragie de vies humaines résultant de la Première Guerre Mondiale ne marque pas de rupture dans l’histoire de la santé en milieu pénitentiaire. La précarité des installations sanitaires, couplée à des conditions de détention toujours peu satisfaisantes, expliquent la persistance d’une forte mortalité et la difficile prophylaxie des épidémies (notamment la tuberculose) dans les prisons françaises.

La tuberculose est en effet au début du XX siècle, la maladie par excellence des prisons, faisant jusqu’à trois fois plus de morts en prison qu’en population libre. L’isolement des malades n’est prescrit qu’en 1925 et l’année suivante, les mineurs atteints de tuberculose pulmonaire sont transférés au sanatorium de Bellevue. Mais malgré ces mesures, la tuberculose continuera à faire plus de victimes dans les prisons que dans la population libre, la plaçant au premier rang des causes de mortalité jusqu’à tard dans le XX siècle (56% en 1930, 30% en 1939). (36)

Par ailleurs, le désintérêt du corps médical pour l’exercice en milieu carcéral s’atténue avec la progressive revalorisation des rémunérations et des indemnités qui lui sont allouées. On voit même apparaître en 1922 un enseignement de psychiatrie des prisons et de médecine pénitentiaire à l’Université de Strasbourg preuve d’un timide début de décloisonnement de l’exercice. (17)

La psychiatrie reste par ailleurs à l’écart du milieu pénitentiaire même si l’on note la création en 1876 d’un quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques à la maison centrale de Gaillon dans l’Eure. Cependant, la vocation de l’établissement reste avant tout carcérale, et cette entreprise de transformation est supprimée en 1906 notamment en raison de difficultés budgétaires croissantes. En 1936, dans un contexte d’inflation du nombre des suicides en prison, un décret ouvre à but expérimental dans trois établissements parisiens (Fresnes, La Santé, La Roquette) des services d’examens psychiatriques.

Mais le constant à la veille du deuxième conflit mondial, fait surtout état d'une autonomie très limitée pour les personnels de santé, qui voit leurs pratiques contraintes par une administration pénitentiaire omnipotente à la marge des grandes évolutions sanitaires et hygiéniques de la première moitié du XX siècle. Plus largement, le droit à la santé n'est guère garanti, et la morbidité reste largement supérieure à celle en milieu libre.

1.4 – De la réforme Amor en 1945, à la réforme de santé de 1994

Au sortir de la deuxième Guerre Mondiale, le but de la prison doit être repensé. Le contexte est sans appel : dans une France à reconstruire, toutes les sources de main d'œuvre sont bonnes à prendre, et les prisons n'échappent pas à cette règle. Il est urgent de désengorger les prisons parfois endommagées par la guerre, mais surtout souffrant d'une population trois fois trop nombreuse, dans une promiscuité regrettable et avec des installations sanitaires pour le moins déficientes.

C'est sous l'impulsion de Paul Amor, nommé directeur de l'administration pénitentiaire, que s'effectue la transformation pénitentiaire de l'après-guerre. Il bâtit une réforme en 14 points, inspirée des principes de la défense sociale. (37) Cette rupture avec les principes beccariens amorce une révolution des prisons qui aspirent à devenir lieux de traitement plutôt que de punition. La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. Son parcours carcéral s'inscrit dans un régime progressif, modulé par son attitude, et son degré d'amendement, pouvant aller de l'encellulement à la semi-liberté.

Sur un plan médico-social, la prison s'ouvre à de nouveaux agents (assistantes sociales et éducateurs) et aux intervenants extérieurs : psychiatres, psychologues, enseignants, permettant de décloisonner un système de fonctionnement opaque à la société civile. (15) La volonté de faire fonctionner dans tous les établissements pénitentiaires un service médico-socio-psychologique esquisse les prémisses d'une autonomisation des soins. Mais malgré des résultats encourageants, la réforme se heurte rapidement à la création d'une France pénitentiaire à deux vitesses, avec des établissements « Amor » dotés de budgets confortables alors que $\frac{3}{4}$ des établissements soit 4/5 des détenus subsiste difficilement (15). Si cette réforme n'accouche pas de la « révolution » attendue, il convient de reconnaître que la médecine pénitentiaire tend à évoluer par la multiplication d'initiatives qui apparaissent comme le lit de changements plus importants.

Le préambule de la Constitution Française de 1946 fonde les droits fondamentaux d'après-guerre garantissant à toute personne le droit à la protection de la santé (2). Le Code de la Santé Publique de 1945 prévoit le dépistage des maladies contagieuses en milieu carcéral, mais il faut attendre 1959 pour voir le Code de Procédure Pénale modifier ses dispositions concernant l'hygiène et l'organisation sanitaire des établissements pénitentiaires.

Les dispositions concernant l'hygiène sont rassemblées aux articles D. 349 à D. 363, qu'il s'agisse de l'aménagement et de l'entretien des bâtiments, du fonctionnement des services économiques et de l'organisation du travail, ou de l'application des règles de propreté individuelle.

Il convient de relever l'instauration du fichier médical tenu à l'infirmérie qui permet en cas de transfert d'établissement d'instaurer un suivi médical des patients.

Outre le rappel des visites obligatoires qui incombent au médecin à l'article D.375, les praticiens peuvent également émettre un avis concernant les modalités du régime de détention. Ainsi, si le médecin estime que la santé physique ou mentale d'une personne détenue risque d'être affectée par le régime de détention qui lui est appliqué, il en avise par écrit le chef d'établissement qui en informe aussitôt l'autorité judiciaire compétente.

Des dispositions destinées à préserver le secret médical figurent, d'autre part, aux articles D. 371 et D. 372 qui posent les modalités de conservation, consultation et de transmissions des dossiers médicaux, ainsi que les possibilités de correspondance entre les médecins d'établissement et le médecin inspecteur.

Le principe de gratuité des soins dont bénéficient les détenus est introduit à l'article D. 380. Cet article fixe aussi l'impossibilité pour les personnes détenues d'être examinées ou traitées, même à leurs frais, par un médecin de leur choix, à moins d'une autorisation ministérielle. Cet article mentionne aussi l'interdiction de mener des expériences médicales ou scientifiques pouvant porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des personnes détenues.

L'administration des soins et des médicaments ne peut être effectuée que par l'infirmier ou l'infirmière, ou sous leur contrôle direct, excluant de facto la possibilité qu'une personne détenue puisse tenir cette fonction.

En matière de dépistage des maladies vénériennes et de la tuberculose, ce code introduit le principe d'une intervention régulière des services départementaux d'hygiène sociale. La réalisation d'une intradermo-réaction tuberculinique est alors proposée dans les plus brefs délais suivant l'incarcération, et sa positivité amène la réalisation d'examens radiologiques. En cas d'atteinte avérée, des mesures d'isolement et d'hygiène rigoureuses sont alors mises en place jusqu'à l'évacuation du patient vers un établissement pénitentiaire sanitaire.

Concernant les délicates questions soulevées par la maternité en prison, le code légifère pour plus de clarté et statue par exemple sur l'autorisation de laisser les nourrissons avec leur mère jusqu'à l'âge de dix-huit mois.

Sur le plan de la réglementation des hospitalisations, l'après-guerre voit se développer un véritable réseau d'établissements pénitentiaires à spécialisation sanitaire. Ainsi les personnes détenues malades ne pouvant être soignées directement sur leur lieu d'incarcération se voient transférées dans l'un des deux hôpitaux pénitentiaires de métropole (Fresnes pour la région parisienne, les Baumettes pour la région marseillaise), ou dans l'un des établissements spécialement aménagés pour accueillir ce type de patients. C'est par exemple le cas du sanatorium de Liancourt, qui accueillent des patients tuberculeux, ou le cas du centre des maladies chroniques de la maison centrale de Poissy recevant des patients-détenus diabétiques ou poly vasculaires. L'infirmérie spéciale de la maison d'arrêt de Bois reçoit quant à elle des personnes détenues en suite opératoire de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes tandis que celles des maisons centrales de Eysses et de Nîmes accueillent des personnes détenues handicapées physiques ne pouvant être mêlées à la population pénale ordinaire. Toutefois, si l'état de santé du patient interdit son transfèrement, ou s'il y a urgence, celui-ci doit être admis dans le service hospitalier le plus proche.

Dans le domaine psychiatrique, on note d'abord la création en 1950 de deux établissements spécialisés destinés à des condamnés : le centre d'observation de Château Thierry et le centre de réadaptation de Haguenau. Parallèlement sont créées quatorze annexes psychiatriques dans des maisons d'arrêt. Ces annexes sont chargées du dépistage et du traitement des délinquants souffrant de troubles mentaux. Cependant la nomination des médecins psychiatres reste sous le contrôle du ministère de la Justice et le manque de financements, couplé à une carence en personnel, aboutit dès le milieu des années 1950 à la fermeture de la plupart de ces annexes.

Malgré la volonté d'après-guerre de vouloir répondre de manière plus efficace aux besoins sanitaires des prisons, l'hospitalisation des personnes détenues malades demeure un des problèmes de la « *médecine pénitentiaire* ». Le transfèrement dans les hôpitaux de Paris et de Marseille étant difficile avec des délais d'admission souvent longs, beaucoup de malades — en particulier en cas d'urgence — sont hospitalisés dans les hôpitaux civils ayant un quartier pénitentiaire. Malheureusement, les locaux sont le plus souvent inadaptés et en fort mauvais état. Aussi, lors des Journées de médecine pénitentiaire de 1963, de nombreux médecins demandent la création d'infirmeries de prison suffisamment aménagées et équipées pour permettre d'y traiter des malades. (19)

Les prémisses d'une autonomisation des médecins intervenant en prison se fait sentir au travers de plusieurs fossés qui se creusent entre l'administration pénitentiaire d'une part, et les professionnels de santé exerçant en milieu libre d'autre part.

Les contraintes imposés par l'administration pénitentiaire sont de plus en plus difficile à tolérer, ce d'autant plus que les rémunérations allouées aux professionnels de santé restent largement inférieures à celles de leurs confrères hospitaliers ou libéraux qui voient leur autonomie, ainsi que leur reconnaissance sociale « professionnelle » croître à la suite de la création du Conseil de l'Ordre des Médecins en 1945. Les faibles rémunérations ne sont d'ailleurs pas étrangères à l'appauvrissement des effectifs de soins et à la faible attractivité de ce lieu d'exercice. Les professionnels de santé en milieu carcéral cherchent donc à se détacher de cette vision d'exercice charitable animé par une idéologie purement philanthropique et humaniste pour s'imposer comme des cliniciens doués de compétences techniques, et éligibles au même titre que leur confrère en milieu libre, à une meilleure reconnaissance et autonomie professionnelle.

L'après-guerre de la santé en milieu pénitentiaire ne s'inscrit donc pas dans la lignée du XIXème siècle et de la première moitié du XXème siècle. Certes, la prison reste un lieu quasi fermé sans autonomie laissée à ses tiers extérieurs et sans reconnaissance d'un réel droit à la santé des personnes détenues, mais les formes de professionnalisation du corps médical commencent à remettre en cause les dimensions totalitaristes de la prison. Les décennies suivantes seront donc l'occasion pour les personnels de santé pénitentiaires de tenter un rapprochement avec leur corps professionnel qui semble se construire sans eux.

Les années 1960 et 1970 voient alors se multiplier les initiatives, mais celles-ci n'amènent pas de modifications profondes dans l'organisation sanitaire carcérale. Au rang de ces initiatives, on peut placer la création en 1960 du poste d'Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire. Le choix du Docteur Georges Fully pour occuper ce poste de coordonnateur des médecins en prison apparaît comme particulièrement symbolique car ce dernier est un ancien résistant et déporté de Dachau. Dès sa nomination, Fully stigmatise les manques de moyens tant matériels que humains, et déplore le peu de temps médical ainsi que le manque de personnel paramédical qualifié pour assurer les soins élémentaires en prison. Il réclame donc une augmentation des budgets alloués au secteur médical, mais cette revendication n'aboutit pas et la réforme du secteur sanitaire n'apparaît toujours pas comme prioritaire. Au quotidien, l'insuffisance des financements de la santé en milieu carcéral se concrétise par une forme de sous-développement des secteurs de santé dans la plupart des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, l'autonomie des professionnels de santé ne s'améliore pas, et ces derniers restent soumis aux décisions de l'administration pénitentiaire. Au quotidien, cette subordination se concrétise par exemple par la présence de surveillants pendant les consultations, situation allant à l'encontre de plusieurs principes déontologiques de la profession de médecin.

La prison reste ainsi une institution omnipotente qui grève les avancées en termes de droit à la santé des personnes détenues dont elles ne sont pourtant pas privées juridiquement. Son emprise est totale et continue de creuser le fossé entre les professionnels de santé exerçant en milieu libre et ceux exerçant en milieu carcéral. Afin de lutter contre la formation progressive d'un segment professionnel au rabais, les discours s'orientent progressivement autour du respect des codes déontologiques. Le 19 décembre 1972, Fully et d'autres médecins intervenant en milieu pénitentiaire remettent au Garde des Sceaux une motion rappelant leur indépendance professionnelle et leur volonté de respecter la déontologie :

« Médecins des prisons, ils réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle. Compte tenu des données actuelles des sciences médicales qui intègrent les sciences humaines et relationnelles pour soigner le malade en tant qu'individu et en tant que membre du corps social, le médecin pénitentiaire, outre son rôle de soins et de prévention, se voit confronté à une exigence morale d'assistance à des problèmes humains et sociaux spécifiques aux détenus. Le médecin est aussi impliqué dans l'activité pénitentiaire. Il demande que son rôle nouveau soit reconnu et encouragé. »

Journées européennes de médecine pénitentiaire, Conseil de l'Europe, déc. 1972, in Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Études et Documents, 1974, p. 68

Quelques années plus tard, c'est le médecin Solange Troisier, qui a remplacé Georges Fully au poste d'inspecteur général de l'Administration Pénitentiaire en 1973, qui est à l'origine d'un serment professionnel propre aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire (le serment d'Athènes) :

« Nous, membres de professions de santé exerçant dans les prisons, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte au respect de nos éthiques professionnelles respectives. »

Solange Troisier, « Médecine pénitentiaire et Droits de l'Homme », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, tome 177, juin 1993, p. 1004

Ces discours déontologiques trouvent naissance dans un moment historique où l'écart entre les conditions d'exercice en milieu carcéral et celles en milieu libres apparaissent comme maximales, et de plus en plus visibles. En effet, les limitations d'autonomie, couplées aux écarts de rémunérations, et aux modes de recrutement opaques, amène les professionnels de santé en milieu carcéral à lutter face au développement d'une image de « sous médecine » aux yeux de leurs homologues en milieu libre. Ainsi, l'enjeu des discours déontologiques apparaît essentiellement identitaire pour des médecins qui se sentent marginalisés, et oubliés, ne souhaitant pas voir leur lieu d'exercice constituer un segment professionnel au rabais.

Si l'on se place maintenant du point de vue des médecins intervenant en milieu libre, peu de sources écrites permettent d'attester l'existence de fractures internes dans la confraternité de la profession. Autrement dit, l'absence de discours attestant de la dévalorisation de l'exercice en milieu pénitentiaire renvoie d'abord à l'image d'une profession que se veut une et indivisible. Néanmoins, l'apparition pour la première fois en 1979 dans Code de Déontologie d'un article visant spécifiquement l'exercice de la médecine en milieu carcéral signe peut-être l'intérêt croissant du corps médical pour cet exercice, mais peut également faire office de rappel à l'ordre implicite aux professionnels intervenant en prison, lieu propice aux dérives déontologiques.

« Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire. »

Article 8 du Code de Déontologie Médicale, Décret n° 79-506 du 28 juin 1979

Mais les années 1970 restent surtout marquées par le début d'émancipation du secteur psychiatrique vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, bien avant celui du secteur somatique. En effet, poussée par la dynamique de sectorisation des soins psychiatriques des années 1960, la création en 1967 des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), cherche à combler le déséquilibre entre les soins somatiques et les soins psychiatriques de la prison « moderne ». Cependant la résorption de ce déséquilibre ne dissipe pas pour autant la profonde dichotomie ces deux secteurs. Ainsi, les psychiatres engagent bien plus tôt que les somaticiens des conflits ouverts sur le terrain carcéral.

Si la résistance des psychiatres a été plus précoce que celle des médecins somaticiens, cela tient peut-être dans les différences d'approches thérapeutiques qui poussent les médecins psychiatres à refuser toute perturbation dans la relation qui les lie au patient. Quoiqu'il en soit, ces conflits avec l'administration pénitentiaire leur permettent d'obtenir en 1977 un nouveau décret les libérant de leur subordination hiérarchique au directeur d'établissement, sans modifier toutefois leur statut de vacataire de l'Administration Pénitentiaire.

Au travers d'une institution réfractaire aux évolutions de la société moderne, le bilan de la fin des années 1970 montre deux fractures importantes dans l'évolution de la santé en milieu pénitentiaire : la première entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique, la seconde entre les professionnels intervenant en prison et ceux qui interviennent en milieu libre.

Les années 1980 constituent assurément une rupture dans l'histoire de la santé en prison car elles ont été marquées par plusieurs décisions importantes qui indiquent un début de décloisonnement de la prison. Tout d'abord, il faut noter le renforcement des moyens financiers consacrés à la santé en milieu carcéral (38). En une décennie (de 1980 à 1990), les dépenses liées aux rémunérations des infirmières et des médecins ont doublé ; les dépenses globales ont même triplé, alors que le nombre de jours d'hospitalisation de personnes détenues a décrû. (17) Ce renforcement des moyens financiers s'accompagne de mesures statutaires “révolutionnaires”, au regard de l'histoire de la santé en milieu pénitentiaire.

La première “révolution” date de 1984 avec le transfert de la mission de contrôle sanitaire en milieu carcéral, de l'Inspection Générale de l'Administration Pénitentiaire à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Pour la première fois, ce sont des personnels indépendants de l'Administration Pénitentiaire qui sont chargés du contrôle de l'hygiène et de l'organisation générale des soins en milieu carcéral. Concrètement, le décret du 30 janvier 1984 semble autoriser un regard extérieur et “neutre”, enfin délivré de la tutelle d'une administration pénitentiaire omnisciente.

L'IGAS prend alors deux décisions essentielles qui symbolisent ses nouvelles compétences. Elle décide la fermeture de l'hôpital pénitentiaire des Baumettes à Marseille pour des raisons d'insalubrité, et la transformation de l'hôpital de Fresnes en Établissement d'Hospitalisation Public National de Fresnes (EHPNF) spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées, sous double tutelle, justice et santé.

Le personnel soignant est pour la première fois extérieur à l'administration pénitentiaire, et placé sous l'autorité du Ministère de la Santé.

Plusieurs autres avancées viennent renforcer ce début de décloisonnement. En 1986, c'est le secteur psychiatrique qui se trouve profondément réformé, avec la création des secteurs de psychiatrie pénitentiaire et des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) qui viennent remplacer les anciens CMPR.

« Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement hospitalier public (...). Chacun de ces secteurs comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et qui peut assurer en outre, par convention avec le représentant de l'Etat, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (...). Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier (...) assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement. »

Décret n° 86-802 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Les personnels des SMPR et des antennes de lutte contre la toxicomanie qui en dépendent ne sont plus vacataires de l'Administration Pénitentiaire, mais détachés par les hôpitaux publics psychiatriques de rattachement.

Dans une logique semblable, l'organisation des soins somatiques dans les nouveaux établissements pénitentiaires du programme « 13 000 » (lancé en 1987) est confiée à des personnels qui ne sont pas vacataires de l'Administration Pénitentiaire, prémisses de l'émancipation des soins somatiques.

Enfin, en 1988-1989, poussée par le développement dramatique du SIDA en prison, des conventions sont mises en place entre les établissements pénitentiaires et les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH). Ces conventions constituent la première manifestation d'une autonomie du secteur somatique. En effet, les CISIH ne dépendent que des hôpitaux publics et les consultations de leurs personnels en milieu carcéral sont financées par la Direction des Hôpitaux.

Ces différentes initiatives poussent l'administration pénitentiaire à un décloisonnement qui n'est absolument pas lié au hasard. En effet, les scandales liés aux affaires de sang contaminé et à l'épidémie de SIDA en prison agissent comme révélateur des incapacités de l'administration pénitentiaire à assurer convenablement une mission de soin auprès des personnes détenues. L'institution fait donc face à ses contradictions, et le développement de ces interventions innovantes constitue une amélioration significative de la qualité et de l'accès aux soins des personnes détenues.

Plusieurs aspects limitent cependant l'évolution des soins en milieu carcéral des années 1980. Le premier observé demeure celui de l'opposition entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique. Car si le pôle psychiatrique obtient en 1986 une réelle autonomie institutionnelle vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire en étant rattaché aux hôpitaux publics, les médecins – généralistes et spécialistes – ainsi que les infirmiers du pôle somatique restent en marge de cette "révolution statutaire", et conservent leur statut de vacataires de l'Administration Pénitentiaire qui se montre toujours fermée à plus d'autonomie des acteurs de ce secteur. Le second aspect concerne les rapports entre les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire et ceux qui interviennent en milieu libre. Malgré les bouleversements structurels des années 1980, les clivages restent fort en dépit des revendications d'appartenance à une médecine unique et indivisible ainsi que du refus d'étiquette porteuse de la mention « pénitentiaire ». Là encore, les critiques sont rarement explicites mais cette dévalorisation prend forme à travers certains débats, comme celui qui concerne l'hôpital de Fresnes. Sa double tutelle santé-justice fait naître chez les médecins de l'AP-HP un sentiment de soumission à l'administration pénitentiaire des médecins exerçant en prison, responsable d'un accès à des soins de qualité insuffisante. En effet, si les médecins intervenant en prison ont en théorie la possibilité de faire hospitaliser leurs patients dans les hôpitaux publics, dans les faits, les pressions exercées par les directions d'établissements, poussent le corps médical à adresser la grande majorité de leurs patients sur l'hôpital de Fresnes, qui présente des conditions de sécurité maximales. Dès lors, l'hôpital de Fresnes, devient un établissement plus sécurisé que médicalisé et se mue en symbole de la soumission du corps médical intervenant en prison à l'Administration Pénitentiaire.

Les années 1980 marquent donc des infléchissements notables par rapport à l'organisation mise en place dans les Trente Glorieuses. Si l'Administration Pénitentiaire est apparue depuis la Libération très réfractaire à l'idée de laisser une complète autonomie professionnelle à des tiers extérieurs, on voit dans cette décennie les premiers signes d'une émancipation des personnels chargés de la santé des personnes détenues, avec l'intervention croissante de professionnels qui ne sont plus vacataires de l'Administration Pénitentiaire, notamment dans le secteur psychiatrique.

Mais au-delà du statut, l'autonomie des professionnels de santé n'est toujours pas garantie, et les cassures entre le secteur somatique et psychiatrique ainsi que celle avec le milieu libre restent profondes. Par ailleurs, même s'il apparaît certain que la qualité et l'accès aux soins s'améliorent durant cette période, ces évolutions ne sauraient masquer certaines permanences, notamment dans le droit à la santé en milieu pénitentiaire qui reste encore souvent restreint par les conditions propres à la détention. Les problèmes relatifs au respect du secret médical, aux soins contraints, et à la prescription des médicaments, demeurent le quotidien d'une prison qui apparaît encore comme une institution hermétique aux évolutions de son temps.

1.5 – De la réforme de 1994 à nos jours

En 1993, le Haut Comité de la Santé Publique dresse un rapport sur les insuffisances de prise en charge sanitaire des personnes détenues et prône, sur la base des expériences de décloisonnement, pour un couplage de chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé. (38)

« Le dispositif sanitaire actuel n'est pas à la hauteur des exigences précédemment évoquées malgré des avancées notables intervenues depuis quelques années. (...) L'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration (Administration Pénitentiaire) à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement. »

Santé en milieu carcéral, Haut Comité de la Santé Publique, 1993, p. 23

Si c'est d'abord la responsabilité de l'Administration Pénitentiaire qui est mise en cause pour expliquer la faible qualité des soins en prison, une critique de la compétence des professionnels de santé intervenant en prison semble aussi émise par ce rapport. C'est donc la première fois qu'un rapport officiel, émanant de médecins, dresse un constat ouvertement critique envers les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral. Il faut dire que l'état des lieux au début des années 1990 est alarmant. Plusieurs rapports, articles, et témoignages, révèlent des pratiques archaïques, et des violations du secret médical. La médecine en prison apparaît comme une médecine aux activités « pénitentiarisées », exercée par des professionnels très peu autonomes voire peu compétents, parfois accusés d'avoir imposé des traitements sous pression de l'administration pénitentiaire.

La “pénitentiarisation” des activités médicales et soignantes atteint sans doute son paroxysme quand il est question de contention des personnes détenues “agités”, et de non-respect du refus de soins (alimentation forcée des grévistes de la faim) ou de “traitements inhumains et dégradants” évoqués par le Comité pour la Prévention de la Torture qui cite en exemple l'accouchement de femmes détenues menottées à leur lit. (39)

Autre symbole de la pénitentiarisation des activités sanitaires du début des années 1990, l'utilisation de « *fioles pénitentiaires* » qui permettaient de diluer les traitements dans la crainte de suicides médicamenteux et du trafic de médicaments. Ce symbole de l'archaïsme et de la soumission du dispositif de soin disparaîtra avec la loi de 1994.

En matière de respect du secret médical, de nombreuses situations sont aussi pointés du doigt au début des années 1990. Si les médecins et infirmiers réussissent globalement à imposer le colloque singulier, ils ne peuvent empêcher les pressions de surveillants, responsables pénitentiaires, et de personnes détenues, pour connaître par exemple les personnes séropositives ou atteintes de tuberculose. De plus, certains surveillants ou personnes détenues occupent encore des postes de manipulateurs-radio ou de préparateurs en pharmacie au sein des services médicaux, rendant la règle du secret médical peu applicable. La réforme de 1994, en interdisant à des personnels non médicaux d'occuper des tâches paramédicales, limitera cette source de violation du secret médical. Si l'administration pénitentiaire est souvent mise en cause dans les violations du secret médical, le rapport du Conseil National du SIDA de 1993 met également en lumière des négligences du côté des professionnels de santé notamment lorsque les dossiers médicaux ne sont pas toujours tenus à l'abri de l'investigation des personnels pénitentiaires. Il rappelle ainsi aux professionnels de santé leur devoir déontologique de préservation du secret médical. (40)

Pour le corps médical, et particulièrement chez les médecins pratiquant en milieu libre, le choix de travailler en prison couplé à la dépendance statutaire vis à vis de l'Administration Pénitentiaire renvoient à des “choix” de carrière peu valorisant, symbole d'une médecine au rabais, qu'elle relie au caractère peu prestigieux d'une institution contraignante et mêlée à des scandales sanitaires peu flatteurs. Cette vision assimilant les professionnels de santé intervenant en prison à des professionnels “inférieurs” ne pouvant pas travailler ailleurs qu'en milieu pénitentiaire se retrouve partagée par certaines personnes détenues ou représentantes de l'Administration Pénitentiaire.

On voit donc qu'au début des années 1990, malgré les évolutions des années 1980, la prison reste encore une institution dominatrice, où le droit des personnes détenues à la santé est très différent de celui des personnes en milieu libre. La fameuse "continuité des soins" entre milieu libre et milieu pénitentiaire apparaît comme un mythe, et l'asservissement des professionnels de santé à une logique pénitentiaire ne leur permet ni d'accéder à une meilleure autonomie professionnelle, ni de voir leur statut recevoir une revalorisation sociétale.

La réaction aux constats dressés par le rapport du Haut Comité de la Santé Publique intervient avec la loi du 18 Janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (4). Elle présente plusieurs modalités de réorganisation des soins en milieu carcéral.

D'une part elle transfert du service public pénitentiaire au service public hospitalier l'organisation et la prise en charge sanitaire des personnes détenues, et d'autre part elle permet l'affiliation de toutes ces personnes au régime général de la sécurité sociale dès leur incarcération.

Ce sont aussi plusieurs pans de l'administration pénitentiaire qui s'effondrent avec cette réforme censée « *assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population* ».

Cette loi concerne particulièrement la prise en charge des soins somatiques. L'organisation de la sectorisation psychiatrique reste conforme aux textes de 1986. Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme, chaque établissement pénitentiaire se voit rattaché à un établissement public hospitalier qui doit répondre à une double condition de proximité et de niveau technique. Les missions de l'établissement de santé s'organisent alors autour de quatre grands axes :

« - *la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire qui comprend : les visites et consultations médicales, dont la visite médicale d'entrée qui doit être l'occasion d'un véritable bilan de santé et permettre le recueil de données épidémiologiques, l'activité de soins infirmiers dans toutes ses composantes et avec son importante dimension relationnelle, les soins dentaires, les consultations de spécialistes réalisables à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et la permanence des soins en l'absence de personnel soignant.*

- *l'accueil et la prise en charge des détenus dans l'établissement public de santé pour des consultations ou des examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que les hospitalisations urgentes ou de courte durée.*

- *l'organisation du suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire.*

- *la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé (...).* »

Rapport annuel d'activité 1994 de l'Administration Pénitentiaire, p. 211

Concrètement, la loi permet la création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires qui remplacent les anciennes infirmeries de prison. Elle fait également paraître la première édition du guide méthodologique relatif à la « *prise en charge sanitaire des Personnes Placées Sous Main de Justice* ». (41)

Mais la principale nouveauté est d'ordre statutaire : les médecins et les infirmiers vacataires de l'Administration Pénitentiaire se voient proposés d'intégrer la fonction hospitalière. Les nouveaux intervenants sont directement recrutés par les hôpitaux publics au sein de leur personnel. Quant aux surveillants qui étaient affectés à des tâches d'infirmiers, de préparateurs en pharmacie ou de manipulateurs-radio, ils retrouvent des missions de surveillance.

Pour l'Administration Pénitentiaire, cette loi met ainsi fin à une forme de "confusion des rôles", et lui permet de se recentrer autour de ses missions de sécurité, de surveillance, et de réinsertion des personnes détenues. Ce transfert de tutelle est aussi l'occasion de voir s'opérer un transfert de charges financières relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Avec l'affiliation de tout détenu au régime générale de la sécurité sociale, l'administration pénitentiaire fait l'économie des frais d'hospitalisation (ticket modérateur, forfait journalier), des frais de transport et de matériels, mais aussi d'entretien des locaux.

Quant aux avantages, et inconvénients, tirés de cette réforme par le corps médical, l'aspect financier, bien qu'important, semble s'effacer devant ce besoin urgent d'absorber un segment professionnel aux souffrances profondes et anciennes, en manque de reconnaissance et d'autonomie.

L'objectif de réinsertion des personnes détenues dans la société civile n'est pas perdu de vue, et donne naissance en 1999 aux Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) qui regroupent désormais dans une structure unique à vocation départementale, les activités liées à la réinsertion, et à la mise à l'épreuve des personnes placées sous main de justice.

La parution en 2000 du livre « *Médecin-chef à la prison de la Santé* » par le Dr Véronique Vasseur où elle décrit le quotidien de la maison d'arrêt de la Santé, relance les débats sur les conditions de détention en France.

Deux commissions d'enquête parlementaires sont créées. L'une par l'Assemblée Nationale, l'autre par le Sénat, conduisant respectivement à deux rapports : « *La France face à ses prisons* » (42) et « *Prisons : une humiliation pour la République* ». (43) Ces rapports décrivent la réalité carcérale marquée par une surpopulation pénale en lien avec l'allongement de la durée des peines, mais aussi l'inégalité de traitement des personnes détenues, les difficultés rencontrées par l'administration pénitentiaire, etc.

Le rapport du Sénat s'inquiète et fait état d'une proportion importante d'étrangers au sein de la population carcérale (23,6 % en 1999, environ 12.500 personnes). La majorité d'entre eux sont « *indigents* » c'est-à-dire sans ressources financières. Pour s'en sortir, l'espoir d'obtenir du travail au sein du service général des prisons s'efface régulièrement derrière l'entraide entre codétenus. Cependant, cette dépendance engendre généralement un coût qui se paye au travers de compensations diverses, y compris les plus inavouables. Pour beaucoup, les indigents sont illettrés, ne maîtrisent pas la langue française, et encore moins l'écrit. Dans ce contexte ils doivent alors faire face à une institution bureaucratique, paperassière qui ne fonctionne que par le formulaire. Une demande écrite est toujours requise pour voir un médecin, rencontrer un travailleur social ou un visiteur, cantiner, revendiquer une formation ou un travail. Dans ces conditions d'infériorité, les personnes détenues étrangères, qui ne passent le plus souvent que quelques mois en maisons d'arrêt, sont celles dont les droits sont les moins respectés : parquées dans des quartiers "ethniques" comme à la Santé, regroupées indistinctement entre prévenus et condamnés, peu enclins à se révolter, chargées des plus basses besognes, elles sont les premières à être entassées dans les cellules les plus dégradées en cas de surpopulation conjoncturelle ou structurelle. (43)

Le rapport sénatorial souligne également la vétusté du parc pénitentiaire avec plus d'un établissement sur deux construit avant 1920, et 12% avant 1830. On comprend ainsi aisément que les conditions de vie et d'hygiène y étaient grandement délétères pour la santé des personnes détenues.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduit dans son article 10 une procédure particulière permettant de suspendre la peine d'une personne dont l'état de santé est incompatible avec la détention. (44)

« *La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.* »

T. II, chap. 1, art. 10 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Deux ans plus tard, la première Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) est inaugurée à Nancy. Elles sont créées dans le but de répondre aux problèmes de sécurité, d'organisation, et d'accessibilité aux soins posés par le système d'hospitalisation dans les hôpitaux publics depuis la loi de 1994. Les UHSI sont réparties selon un schéma national comprenant huit inter-régions et trouvent place au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ces unités sont ainsi placées sous une responsabilité tripartite : hospitalière pour les soins, pénitentiaire pour la garde des personnes détenues, policière pour la sécurité du périmètre extérieur.

Elles accueillent les personnes détenues requérant une hospitalisation programmée pour une durée de plus de 48 heures, et permettent aux patients de bénéficier d'un plateau technique hospitalier important. Néanmoins, les délais d'hospitalisation s'allongent rapidement du fait de contraintes sécuritaires, de manque de personnels, et de refus propres au patient. Ces refus s'expliquent en partie par des conditions de vie en UHSI plus difficile qu'en détention. En effet, l'impossibilité de se rendre dans un espace à l'air libre ainsi que la privation de tabac, représentent des restrictions fortes pour la plupart des patients détenus. Ces contraintes liées à la structure peuvent nuire à l'adhésion aux soins, jusqu'à entraîner chez certains patients des sorties précoces contre avis médical ou des refus de quitter la détention (45). Toutefois, les durées de séjour y sont souvent plus longues que dans les autres services, en raison d'un état de santé souvent dégradé et de conditions de détention ne permettant pas d'assurer une suite des soins dans des conditions satisfaisantes.

Parallèlement, la question des suicides en prison devient centrale face à la constante augmentation du taux de suicide, qui passe de 4 pour 10 000 détenus en 1960 à 22,8 en 2002, faisant de la France, le pays d'Europe de l'Ouest avec le taux de suicide en prison le plus élevé au milieu des années 2000. Cette problématique fait l'objet d'un rapport du Pr Jean-Louis Terra publié en 2003, qui évalue les actions mises en place et propose de développer un programme complet de prévention (46). Néanmoins, on continue d'observer au cours de la période 2005-2010 un taux de suicide jusqu'à sept fois supérieur à celui constaté en population générale. De plus, le taux de mortalité associé y est bien plus élevé qu'en population générale et près de la moitié des décès surviennent dans les prisons françaises à la suite d'un suicide. (47)

La forte prévalence des pathologies psychiatriques chez les personnes détenues fait naître à Lyon en 2010 la première Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Les UHSA sont implantées en milieu hospitalier, et permettent d'accueillir à temps complet (en soins libres ou sans consentement) les personnes détenues souffrant d'une pathologie psychiatrique décompensée nécessitant leur sortie du cadre de détention. L'objectif est de pouvoir offrir une prise en charge de la même qualité que dans les services de psychiatrie en milieu libre, tout en limitant les risques d'évasion avec des conditions de sécurité renforcées. Leurs missions de soins demeurent complémentaires de celles des SMPR et leurs rôles clefs dans le repérage et la prise en charge du risque suicidaire, de la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme souffre cependant d'une grande disparité d'effectif entre les établissements.

L'étude de satisfaction menée dans deux UHSA (Villejuif et Seclin) auprès de patients hospitalisés en 2017 conclue d'ailleurs à un intérêt majeur de ces structures dans le parcours de soins des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques (48).

En 2018, il existait 26 SMPR et 9 UHSA dotées de 440 lits en France métropolitaine. (49)

Le regard historique que nous venons de porter sur l'évolution de la santé au sein du milieu carcéral français, nous a permis de tirer quelques enseignements qui nous interroge maintenant sur l'état actuel de la situation sanitaire en milieu pénitentiaire. En termes d'enseignements, nous avons vu l'institution pénitentiaire lentement se transformer au fil des siècles, tout en faisant preuve d'une certaine inertie dans son décloisonnement et dans son ouverture à de nouveaux acteurs, notamment en matière de santé aux personnes détenues. Mais force est de constater que depuis 1994, et l'entrée des prisons dans le XXI siècle, les choses semblent moins immobiles. L'espoir suscité par la multiplication des interventions de tiers extérieurs à l'administration pénitentiaire au cours des dernières décennies laissent émerger une vision, et une analyse plus objective des rouages de la machinerie carcérale contemporaine, particulièrement en matière d'accès aux droits des personnes détenues. Ceci dit, il convient de ne pas exagérer cette ouverture qui pourrait laisser penser que l'accès aux soins des personnes détenues soit devenu semblable en tout point de vue à celui des personnes malades en milieu libre. Car malgré les progrès constatés en matière de prise en charge sanitaire des personnes détenues depuis la loi du 18 Janvier 1994, les besoins restent élevés et insuffisamment satisfaits. Cette situation n'est pas spécifique à la France et s'observe dans la majorité des institutions carcérales des pays occidentaux. Les études sur le sujet s'accordent sur le fait que les personnes incarcérées présentent un état de santé dégradé en comparaison de celui de la population générale rendant leur accès aux soins d'autant plus nécessaire. (9)

Le bilan des études publiées entre 2000 et 2012 sur la santé des personnes détenues, et établi par l'InVS en 2015¹, portait sur 13 pathologies², dans 20 pays susceptibles de présenter des caractéristiques carcérales et des profils sociodémographiques comparables³, dont la France (9). Ce bilan met en évidence, dans la population des personnes détenues, la surreprésentation des pathologies mentales et infectieuses, des addictions, de la souffrance psychique, des actes auto-agressifs, et des pathologies bucco-dentaires.

L'InVS précise toutefois que, si la santé mentale, les addictions, les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC) et la mortalité, sont relativement bien étudiées, les données sont moins nombreuses et moins solides s'agissant des autres thématiques de santé. Ainsi, les maladies chroniques (dont les cancers), le handicap et les déficiences, les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, ou bucco-dentaires n'ont fait l'objet que d'enquêtes sur de faibles échantillons, alors même que les retours des professionnels et des experts suggèrent que ces problèmes de santé sont prépondérants en milieu carcéral.

De même, seules quelques rares données sont actuellement disponibles sur l'état de santé de certains groupes de population tels que les femmes, les mineurs, les personnes âgées ou en situation de perte d'autonomie, et de manière plus large, sur les autres personnes placées sous main de Justice en milieu ouvert.

À l'échelle nationale, l'ancienneté des données scientifiques disponibles sur la santé des personnes détenues et leur faible reproductibilité est un fait reconnu et souligné par plusieurs avis émis par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) en 2012 et 2018 ainsi que par l'IGAS en 2015. (7 ; 50)

Les connaissances relatives à l'état de santé des personnes détenues sur le sol français reposent pour l'essentiel sur cinq enquêtes nationales ponctuelles, dont certaines sont déjà anciennes lors de l'élaboration de la synthèse de l'InVS. Ces études, toutes antérieures à 2011, fournissent des données nationales de référence convergentes avec celles obtenues dans la littérature internationale.

¹ En 2016, l'InVS, l'Inpes et l'Eprus ont été réunis au sein de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, créée par l'ordonnance 2016-462 du 14 avril 2016 et le décret 2016-523 du 27 avril 2016.

² Maladies chroniques et cancers ; maladies infectieuses ; santé bucco-dentaire ; addictions ; santé mentale ; conduites suicidaires ; le handicap et déficiences ; troubles digestifs ; pathologies ostéoarticulaires ; dermatologie ; pathologies génito-urinaires ; traumatismes ; mortalité.

³ France, Royaume-Uni, Irlande, Allemagne, Espagne, Italie, Belgique, Suisse, Autriche, Pays-Bas, Finlande, Suède, Norvège, Danemark, Portugal, Grèce, États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande

2 – LES CONDITIONS DE VIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

2.1 – Caractéristiques générales

En 2019, la France compte 188 établissements pénitentiaires qui diffèrent par une grande diversité de taille, d'architecture, et d'ancienneté. Ils se répartissent en deux principales catégories : les maisons d'arrêt, et les établissements pour peine. S'y adjoignent des centres pénitentiaires, qui regroupent des quartiers pouvant appartenir à ces deux catégories. (49)

Au 1^{er} Mars 2019, la France comptait dans ces établissements pénitentiaires 71 037 personnes détenues pour 60.867 places opérationnelles, soit une densité carcérale moyenne de 117% (51). Ces chiffres excluent les personnes écrouées mais non détenu, c'est à dire placées sous surveillance électronique (11.208 personnes) ou en placement à l'extérieur (607 personnes).

Au sein des établissements pénitentiaires, le terme « prévenu » désigne les personnes placées en « détention provisoire », à savoir celles qui n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive. Certaines ne sont pas encore passées en jugement : elles sont mises en examen et incarcérées en vertu d'une décision du juge des libertés et de la détention. D'autres ont déjà été jugées une première fois et exercent une voie de recours contre leur condamnation (opposition, appel ou pourvoi en cassation). Une personne détenue peut donc rester prévenu pendant plusieurs années. Au 1^{er} Mars 2019, les prisons françaises comptaient 20 475 personnes prévenues, soit environ 30% de la population carcérale. (51)

Toutes les personnes détenues qui ont fait l'objet d'une décision ayant acquis un caractère définitif sont désignés comme « condamné ». Une décision de justice devient définitive lorsque toutes les voies de recours prévues par la loi ont été utilisées ou lorsque les délais pour former ces recours sont écoulés. Au 1^{er} Mars 2019, les prisons françaises comptaient 48.368 condamnés en détention et environ 2000 condamnés en semi-liberté ou en placement à l'extérieur. (51)

Les personnes prévenues et les personnes condamnées à des courtes peines sont en principe incarcérées en maison d'arrêt, tandis que personnes condamnées à des peines plus longues sont plutôt incarcérées en maison centrale ou en centre de détention.

2.2 – Les maisons d’arrêt

Les maisons d’arrêt ont vocation à accueillir les personnes placées en détention provisoire (prévenus), et à titre exceptionnel, du moins en principe, les personnes condamnées définitivement à une peine inférieure ou égale à deux ans.

Cependant, ce qui devait être exceptionnel est devenu la norme. Il arrive même que des personnes condamnées à des peines plus longues y attendent plusieurs années, jusqu’à obtenir une affection dans un établissement pour peine ou parfois être libérées.

Les maisons d’arrêt et quartier « maisons d’arrêt » abritent la majorité de la population détenue (68,2%). On en compte 133 sur le territoire français, et 50 d’entre elles présentent une densité carcérale supérieure à 150%. (51)

Ce concept de densité carcérale représente le nombre de personnes détenues à la date “t”, rapporté à la capacité opérationnelle des établissements pénitentiaires. Cette dernière se calcule selon un barème au m² pour définir le nombre de places effectivement disponibles dans chaque établissement.

Lorsque cet indicateur dépasse 100 %, il y a alors moins en places de détention que de personnes détenues, on parle ainsi de surpopulation carcérale. Avec une densité carcérale moyenne de 139%, les maisons d’arrêt sont donc les établissements les plus exposés à ce phénomène qui contribue significativement à la dégradation des conditions de vie des personnes détenues.

Cette cohabitation forcée est d’autant plus contraignante que, dans une maison d’arrêt, les personnes détenues passent souvent l’essentiel de leur journée en cellule (parfois vingt-deux heures sur vingt-quatre). Il est en effet particulièrement difficile d’organiser des activités (travail, formation professionnelle, etc.), notamment pour les personnes en détention provisoire dont on ignore le plus souvent la durée d’enfermement car potentiellement libérable à tout moment. À l’inverse, dans les établissements pour peine, ne sont envoyés que des personnes détenues dont on connaît la condamnation. Il est donc plus facile de leur proposer des occupations.

Ainsi, les personnes détenues qui sont, selon la loi, « présumées innocentes » se trouvent, à bien des égards, moins bien traités que ceux qui ont été déclarés coupables : on leur propose beaucoup moins d’activités et, surtout, ils sont contraints de vivre en très forte promiscuité. La pratique juridico-pénitentiaire se révèle en complète opposition avec la morale (elle voudrait que le présumé innocent ne soit pas moins bien traité que le coupable) et avec la sécurité publique (elle voudrait qu’il soit au maximum isolé des repris de justice).

Le paradoxe est d'autant plus notable que la séparation entre maisons d'arrêt et établissements pour peine est destinée à éviter les rencontres entre « présumés innocents » et « vrais délinquants ». Or, en pratique, ces maisons d'arrêt sont des établissements qui accueillent les deux types de statut.

2.3 – Les établissements pour peine

Les établissements pour peine (EPP) sont réservés aux personnes définitivement condamnées, généralement à des peines supérieures à deux ans. Parmi ces établissements, il faut distinguer :

Les maisons centrales (MC) qui disposent d'une organisation avec un régime de sécurité renforcé. Elles accueillent les personnes condamnées aux plus longues peines, mais aussi les personnes détenues considérées comme « dangereuses » ou « difficiles » par l'administration pénitentiaire. Il existe 6 maisons centrales et 7 quartiers « maison centrale » dans le parc pénitentiaire (2.240 places). Dans ces établissements, les justiciables incarcérés sont en général seuls dans une cellule et, dans la mesure du possible, l'administration s'efforce de leur proposer du travail, s'ils le souhaitent, ce qui leur permet d'introduire quelques éléments de confort dans une situation d'autant plus pénible que les durées d'enfermement sont de plus en plus longues. Ces établissements sont les seuls à ne pas souffrir d'une surpopulation.

Les centres de détention (CD) accueillent pour leur part des personnes condamnées à des peines relativement courtes, ou qui, en fin de peine, bénéficient normalement d'un régime plus souple. Parfois les justiciables incarcérés peuvent librement circuler d'une cellule à l'autre dans la journée. Dans la mesure du possible, on met à leur disposition différentes activités destinées à préparer leur sortie de prison. Il existe 25 centres de détention et 42 quartiers « centre de détention » (20.252 places).

Les centres de semi-liberté (CSL) et les quartiers « centre pour peines aménagées » (QCPA) sont quant à eux réservés aux personnes détenues bénéficiant ou susceptibles de bénéficier à court terme d'une mesure d'aménagement de peine.

Les CSL sont réservés aux personnes bénéficiant de mesures de placement à l'extérieur ou de semi-liberté. Ils leur permettent d'exercer une activité professionnelle, ou de suivre une formation à l'extérieur de la prison, dans des conditions proches de la liberté. Sauf permissions accordées par le juge de l'application des peines, chaque fin de journée, ces personnes doivent réintégrer la détention.

Les QCPA sont eux destinés aux personnes volontaires, dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans. Leur objectif est de favoriser l'autonomie des personnes détenues, et leur permettre la mise en place d'un projet individuel de réinsertion dans la perspective d'obtenir un aménagement de peine.

Il existe actuellement 10 CSL et 20 quartiers « centre de semi-liberté » (1.352 places) ainsi que 9 quartiers « centre pour peines aménagées » (611 places). (51)

2.4 – Les centres pénitentiaires

La plupart des établissements construits ces dernières années sont des centres pénitentiaires. Ils rassemblent au sein d'une même structure, différents « quartiers » à régime de détention variable : maison d'arrêt, maison centrale, centre de détention, centre de semi-liberté. Il en existe actuellement 54.

2.5 – Les conditions de vie en milieu carcéral

La surpopulation carcérale est un phénomène en constante augmentation en France depuis une vingtaine d'années.

Au niveau national tout d'abord, c'est un constat d'échec qui doit être fait sur la lutte contre la surpopulation carcérale, car en dépit de l'effort immobilier inédit des trente dernières années ayant conduit à une hausse de 60% de la capacité d'accueil entre 1990 et 2018 (+23 324 places passant de 36 815 à 60 139 places), aucune amélioration n'est observable en termes de décroissance de la surpopulation carcérale. (52)

Actuellement, la surpopulation concerne principalement les maisons d'arrêt pour hommes, particulièrement celles d'Île-de-France, du Sud de la France, et d'Outre-mer. Au 1^{er} Mars 2019, 98 établissements dont sept des huit maisons d'arrêt d'Île-de-France présentaient une densité carcérale supérieure ou égale à 120 %. (51)

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) montre d'ailleurs dans son dernier rapport annuel de 2018 (10) que cette surpopulation continue, années après années, de porter préjudice à l'ensemble des droits fondamentaux constitutifs de la dignité de la personne humaine.

Les causes évoquées pour expliquer cette inflation carcérale semblent se trouver dans une accentuation de la sévérité du quantum des peines d'une part, et d'autre part, d'une plus grande rapidité dans l'exécution des réponses pénales. On note ainsi un alourdissement des peines consécutif à une plus grande fermeté des sanctions prononcées d'un côté, et de l'autre, l'extension du champ d'action de la procédure de comparution immédiate dans une

volonté d'accélération de mise à exécution des peines. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre de personnes placées en détention provisoire.

Face à ce constat, il semble tout de même important de se défaire de certaines idées reçues au sujet de la population carcérale. L'idée commune selon laquelle le nombre de personnes emprisonnées est lié à l'état de délinquance d'un pays est en réalité très indirecte et paralyse les velléités d'action politique par crainte de voir surgir une réaction négative de l'opinion publique. Les efforts entrepris en matière d'alternative à l'incarcération semblent nécessaires pour que la sanction pénale ne soit pas réduite dans l'imaginaire collectif à la seule peine d'emprisonnement, et puissent concourir un changement de paradigme dans le but de ramener la réalité à la théorie des textes du droit français, qui font de la peine privative de liberté « un principe de dernier recours ». (52)

Une autre idée reçue affecte la politique immobilière qui consiste depuis plusieurs années à construire toujours plus de places de prison pour répondre au problème de surpopulation. Si la construction de nouveaux établissements peut s'avérer nécessaire pour remplacer des établissements dont la rénovation est impossible, ou pour adapter le parc carcéral dans des régions où il est notoirement insuffisant, la résorption de la surpopulation pénale, et l'objectif d'encellulement individuel recherché depuis 1875 ne sauraient résulter exclusivement de mesures immobilières. De plus, les investissements massifs dans ces nouvelles constructions qui ne sortiront pas de terre du jour au lendemain présentent un danger dans le maintien des budgets alloués à la rénovation et l'entretien des établissements existants, faisant craindre une aggravation des conditions de vie déjà difficile dans certaines structures vétustes.

Au final, la surpopulation dénature le sens de la peine privative de liberté, et entraîne, outre une dégradation des conditions de travail, de lourdes conséquences sur les conditions de détention, sur l'accès aux soins, et sur le respect des droits fondamentaux.

Actuellement un certain nombre d'établissements vétustes ne répondent toujours pas aux normes en matière d'hygiène et participent à la dégradation des conditions de vie des personnes incarcérées. Si la fermeture pour travaux de la prison de la Santé en 2014, 147 ans après son ouverture, puis plus récemment celle des Baumettes en 2018 pour les mêmes raisons, vont dans le sens d'une amélioration des conditions de vie des personnes détenues, la réalité sonne encore plutôt en faveur du constat alarmant porté par le rapport du Sénat en 2000 (43) et qui semble confirmé par les derniers rapports du CGLPL (10).

Du fait de cette surpopulation carcérale, il est impossible de satisfaire l'obligation d'encellulement individuel prévu par la loi depuis 1875. Cet objectif a d'ailleurs été de nouveau repoussé par le gouvernement actuel à 2022. En 2019, les chiffres de l'administration pénitentiaire fournissent un taux d'encellulement individuel de 40,5% (49). Les maisons d'arrêt sont les structures qui respectent le moins cette règle. L'hébergement de la plupart des personnes détenues à deux, voire à trois, dans des cellules de 9m² est préoccupant et de nature à porter atteinte à la dignité des personnes. Cette critique avait d'ailleurs été émise à l'encontre du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes dans le deuxième rapport de visite du CGLPL en 2016, date à laquelle l'extension d'Aix-Luynes 2 n'était pas encore entrée en service (55).

La problématique de surpopulation carcérale au CP d'Aix-Luynes n'a pas connue d'amélioration spectaculaire suite à l'ouverture du CP d'Aix-Luynes 2. En effet, au 1^{er} Mars 2019, date à laquelle nous avons débuté notre recueil de données, les chiffres fournis par l'administration pénitentiaire faisaient état d'une densité carcérale de l'ordre de 120% au CP d'Aix-Luynes (51). Pour trouver une explication à la persistance de cette surpopulation carcérale malgré l'ouverture de plusieurs centaines de places supplémentaires, il faut probablement se tourner vers la mise en rénovation du CP des Baumettes de Marseille qui nécessite le transfert de nombreuses personnes détenues vers une nouvelle structure d'accueil.

Encore aujourd'hui, de nombreuses personnes détenues sont contraintes de dormir à même le sol dans les prisons françaises. À notre connaissance, il n'y avait pas de matelas installé au sol lors de la période d'inclusion des données de notre étude au CP d'Aix-Luynes. Au 1^{er} mars 2019, on comptait 1570 matelas installés au sol dans les prisons françaises. Les matelas sont d'ailleurs le plus souvent de simple bloc de mousse, posés au pied des autres lits, souvent à proximité des toilettes.

Ainsi, nombreuses sont les situations où ni les lois sur l'encellulement individuel, ni les normes relatives à l'espace vital par personne, telles que recommandées par le Comité européen de prévention de la torture (CPT), ne sont respectées.

Les personnes détenues doivent faire face à une absence totale d'intimité, qui est particulièrement mise à mal par la promiscuité des cellules surchargées et dégradées. Mais l'atteinte à l'intimité la plus fréquemment évoquée est relative aux toilettes en cellule. Elles ne sont isolées que par une cloison ou une porte battante n'atteignant ni le plafond ni le sol, et ce dans le but de pouvoir être vu à tout moment par le personnel de surveillance à travers les œilletons.

Dans le cadre d'un encellulement collectif, la personne détenue est obligée de faire ses besoins à proximité immédiate des autres codétenus, témoins bien malgré eux des bruits et des odeurs désagréables, dans l'unique pièce qui sert aussi de cuisine, salle à manger et de chambre. Cette promiscuité représente une véritable atteinte à la dignité par l'humiliation permanente qu'elle entraîne.

L'entassement des personnes détenues dans des cellules trop étroites entraîne une dégradation matérielle inévitable. Les insuffisances en termes d'éclairage, de chauffage, ou d'aération vont de paix avec la présence de fenêtres étroites, affublées de barreaux et doublées de « caillebotis » qui ne permettent ni à la lumière naturelle, ni à l'air, de rentrer et circuler convenablement dans la majorité des cellules.

D'une qualité initiale souvent moyenne, les murs, les sols, les fenêtres, le mobilier des cellules se dégradent proportionnellement de l'utilisation qui en est faite. Ce manque d'hygiène est trop souvent aggravé par l'insuffisance des produits d'hygiène et de nettoyage distribués aux personnes détenues qui a pour conséquence une prolifération des nuisibles (rats, puces, punaises de lit...). La présence de rongeurs, attirés par les détritus alimentaires jetés au travers des barreaux des fenêtres, a également fait l'objet de critiques de la part de l'Observatoire International des Prisons (OIP), notamment après la déclaration de deux cas de leptospiroses à la prisons de Fresnes en 2016 (56). Sur ce point, la rénovation des caillebotis aux fenêtres du CP d'Aix-Luynes 1 en 2013 a montré des résultats jugés spectaculaires par le CGLPL en 2016 (55) en venant supprimer l'accumulation de déchets en pieds de bâtiments qui était responsable d'odeurs pestilentielles et d'afflux de nuisibles potentiellement vecteurs de maladies. Par ailleurs, l'ouverture du CP d'Aix-Luynes 2 en 2018, permet aux personnes incarcérées sur ce centre de bénéficier de locaux encore quasi-neufs et dotés d'un certain nombre d'améliorations notamment en matière d'accès à l'hygiène avec l'installation de douches individuelles en cellule.

Encore bon nombre de prisons possèdent encore des douches collectives qui sont distribuées sur un rythme minimum de trois fois par semaine dans des locaux présentant souvent un état de dégradation et d'insalubrité manifeste. Rares sont les établissements à être pourvus de douches individuelles en cellule comme le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2. En 2016, le rapport de visite du CGLPL soulignait également les bonnes pratiques du CP d'Aix-Luynes 1 en matière d'accès aux douches collectives. À cette époque les personnes détenues avaient déjà la possibilité de bénéficier d'une douche quotidienne. En revanche, compte tenu de la surpopulation, du créneau durant lequel les personnes détenues peuvent accéder à la douche (de 7h à 9h) et de la présence régulière d'un sous-effectif de surveillants, le CGLPL avait demandé en 2016 à ce qu'on garantisse aux personnes détenues la possibilité de prendre leur douche dans de bonnes conditions de sécurité, regrettant que certaines personnes renoncent à leur hygiène par crainte pour leur intégrité physique.

Concernant la linge, le CP d'Aix-Luynes propose un ramassage une fois par semaine avec un délai de restitution théorique de l'ordre de 3 à 7 jours. La buanderie assure également le nettoyage quotidien des vêtements professionnels des travailleurs en cuisine, le lavage, le lavage des draps de toutes les personnes détenues théoriquement tous les quinze jours, et le nettoyage des couvertures tous les quatre mois. Néanmoins, des retards étaient signalés en 2016 concernant le renouvellement des draps.

Sur le plan alimentaire, de nombreuses cuisines sont dans un état d'hygiène peu satisfaisant, et délivrent des portions alimentaires insuffisantes (52). Au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes, chaque auxiliaire en cuisine travaille un jour sur deux de 8h à 18h30. Il est possible de se doucher avant et après le service dans des douches accessibles à partir d'un vestiaire, dont l'état de propreté était qualifié de déplorable par le CGLPL en 2016. Ce dernier notait en revanche un équipement et un état de propreté corrects de la cuisine. Excepté pour les surveillants en uniforme, l'exigence de revêtir les habits de protection jetables (masques, sur-chaussures et charlotte) s'impose à toute personne pénétrant et travaillant en cuisine. Des tests de sécurité alimentaire sont par ailleurs régulièrement effectués et aucune difficulté n'était signalée en 2016 par le CGLPL. Toutefois, depuis l'ouverture du CP d'Aix-Luynes 2, le fonctionnement des cuisines a quelque peu évolué pour répondre aux enjeux d'approvisionnement d'environ mille repas deux fois par jour. En 2016, le CGPLP regrettait également l'absence d'affichage des menus et la faible prise en compte de l'avis des personnes détenues lors des commissions-menus.

Compte-tenu des conditions de vie imposées, le temps d'enfermement dans les cellules devrait être limité au maximum, mais la réalité échappe bien souvent à ce constat. Les temps de promenade qui sont en théorie l'occasion pour tous de s'aérer, et de se dépenser, souffrent de superficies et d'équipements se révélant très souvent insuffisants au regard du caractère permanent de la surpopulation. Plus grave, certaines maisons d'arrêt, confrontées à la surpopulation et aux difficultés d'organisation des mouvements, ont renoncé à proposer deux promenades par jour, pour s'en tenir à une seule. Sur le CP d'Aix-Luynes, la possibilité de bénéficier de cinq heures de promenade quotidienne va bien au-delà du minimum fixé à l'article R.57-6-18 du code de procédure pénale (une heure par jour), et constitue une bonne pratique, permettant aux personnes détenues d'échapper à la forte promiscuité au sein des cellules. Cependant, le CGLPL alertait en 2016 des conséquences de la surpopulation carcérale et du sous-effectif en personnel pénitentiaire, incapable durant de longues périodes d'assurer une surveillance à tous les étages des bâtiments de détention, laissant les personnes détenues ne descendant pas en promenade sans interlocuteur rapidement joignable en cas de problème.

Un nombre accru de personnes détenues implique une augmentation quantitative de la prise en charge sanitaire : ouverture des droits sociaux difficilement traitée par des services pénitentiaires d'insertion et de probation débordés, augmentation du nombre de demandes de consultations médicales, difficultés liées à l'organisation des mouvements et à la disponibilité du personnel de surveillance. Cette augmentation des besoins de santé se traduit par des délais d'attente allongés, avec un nombre de professionnels de santé insuffisant pour faire face au nombre de demandes. De même, les besoins de consultations externes sont démultipliés, et s'accompagnent d'une augmentation du nombre d'exactions médicales qui mobilisent du personnel pénitentiaire pendant plusieurs heures.

Par ailleurs, les conditions matérielles de certaines unités sanitaires contribuent à aggraver la situation, avec l'utilisation de locaux qui apparaissent inadaptés pour recevoir un flux de personnes détenues aussi important. De même, les salles d'attente sont souvent en nombre insuffisant et de taille réduite. La gestion d'un flux quasi continu contribue souvent à ralentir l'organisation des mouvements et des consultations, créant des délais d'attente importants dans des locaux peu confortables. Au CP d'Aix-Luynes, le contraste est important entre les deux unités sanitaires. Ainsi, l'unité sanitaire du centre d'Aix-Luynes 1 présente une superficie de 430m², contre 1144m² pour celle au centre d'Aix-Luynes 2. Par ailleurs, elles ne jouissent pas du même état de vétusté du fait de l'écart des années de construction, 1990 pour la première, 2018 pour la seconde. De façon similaire, les salles d'attente du centre d'Aix-Luynes 2 sont plus nombreuses et présentent un meilleur état général que les deux salles d'attentes du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 1 où s'entassent les personnes détenues aux heures d'affluence.

La cadence des consultations médicales, en situation de surpopulation, génère un stress supplémentaire pour le personnel médical, et la délivrance des traitements représente dans ces conditions une charge de travail importante. Le CGLPL signale également que des consignes sont parfois données pour limiter les prescriptions de douches pour motif médical en raison de la difficulté de gestion des mouvements dans un contexte sur populationnel. De plus, dans de nombreux établissements, la charge de travail du personnel de santé est trop lourde pour pouvoir organiser un nombre suffisant des activités d'éducation et de prévention de santé. D'autres part, l'objectif des soignants visant à offrir aux personnes détenues une prise en charge sanitaire équivalente à celle des personnes en milieu libre se heurte régulièrement aux impératifs de sécurité de l'administration pénitentiaire qui couplés au phénomène de surpopulation carcérale reste grand pourvoyeur de retards et d'annulation de consultations compliquant l'accès aux soins en milieu carcéral. In fine, si la loi prévoit que les personnes détenues bénéficient d'un accès aux soins de santé équivalent à celui proposé au reste de la population, la réalité en demeure éloignée et ce constat reste aggravé par les conséquences de la surpopulation carcérale.

Ce bilan plutôt pessimiste de la situation des établissements surpeuplés pose la question de la représentativité de la France face à ses voisins européens, et de quand s'arrêtera cette fuite en avant carcérale. Car à l'heure où plusieurs de nos voisins européens ferment des prisons, où les États-Unis réalisent que l'incarcération de masse les a menés dans une impasse couteuse et inefficace, la France, elle, fait le choix d'une continuité aux coûts économiques, sociaux et humains exorbitants qui laissent peu de place à la recherche de moyens plus efficaces pour prévenir l'enlisement des trajectoires criminogènes et l'enrayement de la récidive.

En 2018, 38 établissements pénitentiaires français faisaient d'ailleurs l'objet d'une condamnation par la justice française ou par la Cour européenne des droits de l'homme pour exposition des personnes détenues à des traitements inhumains ou dégradants (106).

C'est donc d'un véritable plan d'action ambitieux et audacieux, visant à investir massivement dans la prévention, l'accompagnement et le suivi en milieu ouvert dont notre société semble avoir besoin. Surtout, construire plus de prisons, ne paraît pas être la solution pour mieux protéger la société. Au contraire. La prison produit ce qu'elle entend combattre : elle aggrave l'ensemble des facteurs de délinquance en fragilisant les liens familiaux, sociaux ou professionnels, favorise les fréquentations criminogènes, et n'offre qu'une prise en charge lacunaire face aux nombreuses problématiques rencontrées par la population carcérale en matière d'addiction, de troubles psychiatriques, d'éducation, de logement, d'emploi, etc. Conséquence statistique : 61% des personnes condamnées à une peine de prison ferme sont réincarcérées dans les cinq ans. Des chiffres qui tombent à 34 et 32% pour une peine alternative à la prison comme le travail d'intérêt général ou le sursis avec mise à l'épreuve. Et tandis que les moyens manquent cruellement aux structures qui assurent l'hébergement et l'accompagnement socio-éducatif des sortants de prisons et personnes condamnées suivis en milieu ouvert, le gouvernement prévoit d'injecter plusieurs milliards d'euros dans l'accroissement et la sécurisation du parc pénitentiaire en une décennie (52).

3 – LE CENTRE PÉNITENTIAIRE D'AIX-LUYNES

3.1 – Caractéristiques générales

Ce centre se classe comme le troisième plus grand établissement français en termes de capacité opérationnelle après la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et celle de Fresnes situées en région parisienne. L'une des particularités de cette structure réside dans son architecture en deux centres indépendants. Chaque centre abrite plusieurs bâtiments composés de plusieurs quartiers.

Le centre d'Aix-Luynes 1, mis en service en 1990 accueille majoritairement des personnes au statut pénal de condamné. La plupart des personnes détenues se répartissent au sein de quartiers au statut de «maison d'arrêt». Les autres types de quartiers regroupent : un quartier pour mineur de 26 places, un quartier d'isolement et un quartier disciplinaire tout deux constitués d'une dizaine de places. Le CPA (centre pour peines aménagées) d'environ 80 places, reçoit des personnes détenues en semi-liberté ou avec un projet d'aménagement de peine. Ce quartier est voué à se transformer en structure d'accompagnement à la sortie (SAS) à l'horizon 2021.

Le centre d'Aix-Luynes 2, mis en service en Avril 2018 accueille majoritairement des personnes au statut pénal de prévenu. Tout comme à Aix 1, la plupart des personnes détenues sont placées dans des quartiers « maison d'arrêt » et l'on note également la présence d'un quartier disciplinaire et d'un quartier d'isolement. Cependant les autres secteurs diffèrent par la présence d'un quartier arrivant à travers lequel transitent tous les arrivants au centre pénitentiaire, qu'ils viennent de liberté ou d'un transfert inter-établissement. À cela s'ajoute un quartier pour personnes détenues radicalisées, un centre national d'évaluation (CNE) destiné à évaluer sur six semaines l'aptitude des personnes condamnées à de longues peines à certains régimes de détention, et un quartier dit « de confiance » d'environ 300 places. Ce dernier est réservé à certains détenus sélectionnés selon leur profil d'évolution, et leur permet un accès à des activités en plus grand nombre en contrepartie de règles « plus strictes ».

Au premier Mars 2019, le CP d'Aix-Luynes comptait 1334 personnes détenues majeures en quartier « maison d'arrêt » pour une capacité opérationnelle de 1111 places, soit une densité carcérale de 120%. Les mineurs étaient quant à eux 27 pour une capacité opérationnelle de 26 places. Seul le CPA ne souffrait pas de surpopulation carcérale (51). Le quartier destiné aux personnes détenues radicalisées et le CNE n'étaient pas encore opérationnels lorsque nous avons effectué notre recherche.

Concernant l'accès aux soins, deux unités sanitaires rattachées au Centre Hospitalier du Pays d'Aix (CHIAP) sont implantées dans chacun des deux centres : l'USMP d'Aix-Luynes 1 et l'USMP d'Aix-Luynes 2.

3.2 – Locaux et effectifs des unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP)

Les locaux des unités sanitaires d'Aix 1 et Aix 2 sont situées au sein même des bâtiments de détention.

Au moment de la réalisation de cette recherche, les effectifs comptaient :
8 médecins généralistes : 3 Équivalent Temps Plein (normalement 5,5 ETP) dont 3 médecins urgentistes.

2 chirurgiens-dentistes (1,8 ETP)

1 médecin interniste spécialisé dans le suivi des infections VIH-VHB-VHC (0,3 ETP)

1 médecin ophtalmologue une demi-journée par mois.

16 infirmières et 2,3 aides-soignantes faisant fonction d'assistante dentaire

1 kinésithérapeute à 0,2 ETP et 1 podologue à 0,1 ETP

3 secrétaires

1 manipulateur en radiologie à 0,6 ETP (3 jours / semaine)

Cette équipe médicale dépend du Centre Hospitalier du Pays D'Aix, distant de 11km de la prison, et travaille en étroite collaboration avec les équipes des Soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus (SPAD) ainsi qu'avec l'antenne du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui dépendent tous les deux du Centre Hospitalier de Montperrin situé à Aix-en-Provence. Au moins deux médecins psychiatres accompagnés par trois IDE de psychiatrie sont présents tous les jours dans chaque secteur. L'équipe du SPAD est complétée par l'intervention quotidienne de psychologues et psychomotricien, aidée d'une assistante sociale et d'une secrétaire. L'antenne du CSAPA est tenue par une addictologue à 0,2 ETP et une travailleuse sociale qui peinent à répondre à la demande des patients, dont la présence quotidienne serait pourtant souhaitable mais non réalisable par manque de budget.

Une présence médicale est assurée du lundi au vendredi de 9h à 17h. Les samedis, dimanches et jours fériés de 8h à 12h. Les unités sanitaires sont quant à elles ouvertes à partir de 8h ce qui permet d'effectuer les premières distributions de médicaments et la réalisation des bilans sanguins.

Chaque unité sanitaire est par ailleurs surveillée par deux à trois surveillants pénitentiaires. Ce sont eux qui accueillent les patients, vérifient les rendez-vous et assurent la sécurité des lieux de soins. Présents de 8h à 12h et de 14h à 17h, ils sont installés dans un local situé à l'entrée des unités de soins, dont ils surveillent les couloirs et l'entrée par l'intermédiaire de caméras vidéo. En l'absence de surveillant entre 12h et 14h, aucun patient n'est reçu au sein des unités.

Dans chaque unité, les locaux se composent au minimum de quatre salles de consultations pour les équipes somatiques et de quatre autres pour les équipes du SPAD. Elles sont toutes équipées d'un ordinateur, d'un lit d'examen, et du matériel nécessaire à une consultation de médecine générale. On note également la présence d'une salle de radiologie permettant de réaliser des radiographies standards, une salle équipée d'un cabinet dentaire, ainsi qu'une ou deux salles de soins infirmiers. Une pièce est utilisée en tant que pharmacie avec accès sécurisé, une autre permet quant à elle le stockage du matériel médical (perfusions, ECG, pansements, attelles, etc.). Une salle est réservée aux activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) menées par les équipes du SPAD. Enfin, une salle de repos, un secrétariat, et un bureau de cadre de santé complètent le plan de chaque unité sanitaire. Toutefois, du fait des différences de superficie et d'âge entre les deux USMP, les locaux d'Aix-Luynes 1 apparaissent beaucoup plus étroits et vétustes que ceux d'Aix-Luynes 2.

3.3 – Organisation des soins de Médecine Générale

L'organisation des soins de médecine générale au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes prend appui sur les recommandations émises par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Celui-ci vise depuis 1994 à préciser, à tous les acteurs impliqués, les modalités de leur contribution à l'organisation des soins en détention. Il constitue un document complet qui nourrit la réflexion et l'action au quotidien des différents acteurs de terrain. Ce guide étant un outil quotidiennement utilisé par l'ensemble des intervenants auprès des personnes placées sous main de justice, il est directement accessible sur les sites du ministère de la justice et du ministère des solidarités et de la santé. (75)

La quatrième édition rédigée sous forme de fiches synthétiques prend vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice majeures ou mineures.

Certaines parties du guide méthodologique ont récemment été actualisées. Ainsi, le chapitre sur la prise en charge des maladies transmissibles a été enrichi par les dernières recommandations de prise en charge. Il tient compte des éléments d'actualité comme les cas groupés de leptospirose et la création des centres gratuits d'information, de dépistage et diagnostic (CeGIDD). Le chapitre relatif à la prévention du suicide a été enrichi, sur la base des derniers travaux interministériels. Les modalités d'organisation des actions de promotion pour la santé ont été détaillées. Elles visent à encourager l'ensemble des intervenants auprès des personnes détenues à agir sur les déterminants de santé et fournir aux personnes détenues les outils pour améliorer leur état de santé. La spécificité de prise en charge de la santé des personnes mineures détenues a été réaffirmée avec l'apparition d'un chapitre spécifique « repères utiles pour la prise en charge des personnes mineures détenues ». En 2018, les chapitres traitant du droit des patients détenus étrangers en situation irrégulière atteints de pathologies graves, des transports sanitaires, de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, des permissions de sortie, ainsi que des droits sociaux et des politiques de financement des soins ont également été mis à jour.

Au sein des USMP du CP d'Aix-Luynes, les consultations des médecins généralistes s'organisent en deux temps : le matin avec des consultations programmées, et l'après-midi avec des consultations non programmées pour les urgences et les consultations réglementaires obligatoires que nous décrirons un peu plus loin.

3.4 – La prise de rendez-vous médical

Les patients peuvent demander une consultation en accès direct, avec un médecin généraliste, un dentiste, ou l'équipe du SPAD. En revanche, l'accès aux soins de kinésithérapie, les consultations spécialisées d'ophtalmologie, d'infectiologie, et d'addictologie nécessitent tout d'abord une évaluation par un médecin généraliste.

Les patients prennent rendez-vous par lettre écrite sur papier libre qu'ils placent ensuite dans des boîtes aux lettres dédiées situées dans chaque bâtiment de détention. Le courrier est relevé deux à trois fois par semaine par l'équipe infirmière qui se charge de programmer informatiquement les rendez-vous. Les infirmières en informent également le patient par la remise en mains propres d'un ticket de consultation avec le nom du médecin, et la date de consultation. Les patients peuvent aussi être convoqués directement à l'occasion d'un signalement par un membre de l'équipe soignante ou de l'administration pénitentiaire. Une liste des personnes ayant un rendez-vous le jour suivant est remise quotidiennement aux surveillants de l'unité sanitaire qui la transmettent à leurs collègues d'étage dans chaque bâtiment. Un papillon avec la date et l'heure du rendez-vous est remis à chaque personne détenue pour lui rappeler son rendez-vous ainsi qu'au surveillant d'étage si nécessaire.

Lorsque la situation apparaît plus urgente, les personnes incarcérées s'adressent à leur surveillant d'étage qui contacte directement l'USMP. Mais ce degré d'urgence est parfois mal interprété par les personnels de surveillance. De par leur caractère anxiogène, ces situations amplifient les difficultés d'appréciation de la situation sanitaire majorant les risques de sur ou sous-estimation des risques pour la santé des personnes détenues. La fonction d'interlocuteur quasi exclusif du personnel de surveillance entre les personnes détenues et les équipes médicales ne semble donc pas adapté à la volonté d'offrir un accès aux soins équivalent à celui de la population générale et nous poursuivrons la réflexion au cours de l'analyse de notre travail.

Cette gestion est tout aussi délicate que celle relative aux problèmes médicaux survenant en dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires. Car malgré l'obligation de permanence des soins imposée par la loi pénitentiaire de 2009 (53), les unités sanitaires ne prévoient pas de permanence médicale en dehors de leurs heures d'ouverture, à l'exception des grands établissements pénitentiaires. Lorsque l'unité sanitaire de l'établissement est fermée, il appartient au surveillant gradé de permanence d'appliquer les directives prévues par le protocole signé avec l'hôpital de proximité. Quand le pronostic vital est engagé ou lorsqu'une intervention immédiate, tant somatique que psychiatrique, est nécessaire, il est prévu que le gradé contacte le centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15 (75). Les personnels pénitentiaires de permanence sont censés intervenir soit à la demande de la personne détenue, soit de leur propre initiative, soit à la suite d'une alerte donnée par toute autre personne (codétenu, intervenant, etc.). La personne détenue doit en principe avoir la possibilité d'être mis en relation téléphonique directe avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15, dans le respect du secret médical, afin qu'il évalue le niveau d'urgence. Lorsque le médecin régulateur estime que le patient doit être hospitalisé, il décide du moyen de transport le plus adapté (SAMU, pompiers), sachant que l'extraction sera néanmoins effectuée sous escorte. Par ailleurs, les interventions de nuit pour urgence médicale sont souvent compliquées par l'effectif restreint de surveillants, l'espacement des rondes et le fait que seul le surveillant gradé détient la clé des cellules. Les délais d'intervention des services d'urgence sont ainsi considérablement allongés lorsqu'il est nécessaire de contacter le gradé pour ouvrir une cellule.

3.5 – Le déroulement des consultations de médecine générale

Pour chaque patient vu en consultation, les médecins généralistes renseignent le dossier médical informatisé et effectuent leurs prescriptions sur le logiciel « Dxcare » du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence.

Par ailleurs, une feuille de transmission papier inter-équipe est remplie quotidiennement afin de notifier l'équipe infirmière ainsi que les secrétaires médicales des éventuels examens ou soins à programmer. On y note ainsi les demandes de bilans sanguins, de vaccinations, d'examens radiologiques et d'examens complémentaires, mais aussi les demandes de soins infirmiers (pansements, surveillance tensionnelle ou glycémique), ainsi que les demandes de consultations de suivi et de consultations spécialisées.

La réalisation d'un bilan sanguin est systématiquement associée à une consultation d'annonce des résultats avec le médecin prescripteur. Les radiographies, les consultations ou les examens effectués en externe sont quant à eux suivis d'une consultation en fonction des résultats.

Des ateliers d'éducation thérapeutique ont lieu une fois par mois. Elles peuvent porter sur le diabète, l'hygiène alimentaire, l'infection par le VIH, le sport, les addictions, l'hygiène des mains, etc.

La présence de médecins généralistes urgentistes au sein de l'effectif médical permet la réalisation d'un certain nombre d'actes techniques sur place, tels que des immobilisations plâtrées ou réductions de luxation, des sutures sous anesthésie locale, des perfusions pour réhydratation / prise en charge de la douleur, des ponctions / drainages, etc.

3.6 – La gestion des examens complémentaires sur place

Les analyses biologiques sont acheminées tous les matins au laboratoire d'analyses de l'établissement de rattachement. Les résultats sont consultables dans la journée. Pour les prélèvements jugés urgents, et effectués après la collecte du matin, un transport exceptionnel peut être demandé. Cependant, passé le début d'après-midi, tout prélèvement jugé très urgent et conjugué à un contexte clinique défavorable, entraîne généralement une évacuation du patient sur les urgences de l'hôpital de rattachement.

Des radiographies standards sont réalisables trois demi-journées par semaine. L'interprétation peut être aidée par les médecins radiologues et les médecins spécialistes de l'hôpital d'Aix via l'accès partagé aux images du serveur informatique.

De la même façon, les électrocardiogrammes peuvent faire l'objet d'une relecture par un cardiologue hospitalier.

Chaque unité dispose par ailleurs d'un appareil d'échographie accessible aux médecins formés à leur utilisation.

3.7 – La gestion des consultations spécialisées et des examens complémentaires sur plateau technique hospitalier

Lorsque le patient sort de prison pour aller à l'hôpital on parle « d'extraction médicale ». Les dates de ces rendez-vous ne sont jamais divulguées au patient par mesure de sécurité.

La plupart des consultations spécialisées et des examens complémentaires de type scanner, IRM, etc. sont pratiqués par les médecins hospitaliers de l'hôpital d'Aix-en-Provence, ou ceux des hôpitaux de l'assistance publique de Marseille et de leurs plateaux techniques.

Cependant, les délais de consultation spécialisées sont longs (entre 1 et 3 mois) et peuvent s'expliquer par plusieurs raisons. En effet, plusieurs freins accompagnent les demandes d'exactions médicales, qu'elles soient programmées ou demandées en urgence. Dans les deux cas, il est nécessaire que l'administration pénitentiaire assure la présence d'une escorte de sécurité pour accompagner le patient, et dans certains cas, une autorisation du juge. De ce fait, une partie des annulations, sont liées à des conditions de sécurité jugées insuffisantes par manque de personnels pénitentiaires. Il n'est pas rare non plus que l'extraction médicale soit refusée le jour J par les patients. Les raisons de ces refus sont très variées, et nous les explorerons au travers de notre recherche. Enfin, si la situation clinique ne permet pas d'attendre plusieurs mois, le médecin prescripteur à la possibilité d'organiser le rendez-vous directement avec les secrétaires, en annulant d'autres rendez-vous programmés moins urgents.

Par ailleurs, si l'état de santé du patient nécessite un examen complémentaire ou une prise en charge urgente, il est adressé aux urgences. Une fois l'équipe pénitentiaire de sécurité constituée, une régulation par le médecin du centre 15 permet l'évacuation du patient vers la structure de soins appropriée. Il arrive que des extractions médicales non programmées soient refusées par l'administration pénitentiaire, essentiellement pour des raisons de manque de moyens humains permettant d'assurer la sécurité dans l'enceinte de l'établissement. En dehors d'une urgence vitale, ces extractions sont donc reportées au lendemain posant d'inévitables questions de sécurité sanitaire et de mise en place d'une surveillance médicale du patient.

Si le patient doit réaliser plusieurs examens et/ou nécessite plusieurs avis spécialisés, une demande d'hospitalisation est le plus souvent réalisée afin d'éviter plusieurs extractions (exemple : bilan de complications de diabète).

3.8 – La gestion des hospitalisations

Les hospitalisations de plus de 48h sont réalisées à l'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) du CHU de l'hôpital Nord de Marseille.

Cette unité reçoit les demandes de toute la région PACA, les délais sont donc longs (1 à 3 mois voire 6 mois pour le retrait de matériel d'ostéosynthèse par exemple). Si l'hospitalisation doit être réalisée plus rapidement, un contact téléphonique et une discussion du dossier avec les médecins de l'UHSI permet généralement d'obtenir un délai d'hospitalisation plus court.

Les hospitalisations en milieu psychiatrique qu'elles soient urgentes ou programmées sont gérées par les équipes des soins psychiatriques du SPAD. Elles ont généralement lieu à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) du CHU de l'Hôpital Nord de Marseille, et sur le CH de Montperrin à Aix-en-Provence.

Les hospitalisations en urgence se font généralement sur le centre hospitalier de rattachement d'Aix-en-Provence. L'ouverture récente d'une chambre sécurisée dans les locaux des urgences est une avancée notable dans la prise en charge des hospitalisations de courte durée des personnes détenues.

3.9 – La gestion des traitements

Les médicaments disponibles sont les mêmes que ceux disponibles à la pharmacie hospitalière de l'hôpital de rattachement d'Aix-en-Provence. Deux pharmaciens référents permettent de répondre aux enjeux d'approvisionnement, de gestion, et traçabilité, notamment dans le domaine des traitements psychotropes.

Les traitements médicamenteux connaissent deux modes de délivrance : hebdomadaire et journalière.

La délivrance «hebdomadaire» est faite par l'équipe infirmière, cellule par cellule, une fois par semaine. Elles remettent aux patients un sachet préparé par la pharmacie de l'hôpital contenant l'ensemble des prescriptions des sept prochains jours de la semaine. Si la personne est absente, le sachet est laissé dans la cellule à l'exclusion des dérivés morphiniques, qui sont remis exclusivement en mains propres.

La distribution journalière dite en « journées strictes », demande à ce que les patients viennent récupérer leurs traitements tous les jours à l'USMP. Certains traitements, comme les substituts opiacés, sont tenus d'être pris sous contrôle infirmier. Cette distribution est également mise en place pour les patients présentant un haut risque suicidaire ou à risque de mésusage.

Pour les besoins de tous les jours, les locaux de l'USMP sont dotés d'une armoire à pharmacie sécurisée dotée de médicaments d'urgence et de ceux les plus fréquemment utilisés.

3.10 – Les consultations réglementaires

3.10.1 – La consultation « arrivant »

Toute personne incarcérée arrivant de liberté doit bénéficier d'une consultation dans un délai de 48h. En revanche, les consultations d'entrées pour les personnes détenues en transfert d'établissement pénitentiaire ne sont pas tenues d'être obligatoire mais exigent la mise en œuvre de mesures pour assurer la continuité des soins, en fonction des éléments transmis par l'équipe médicale précédemment en charge du patient.

Cette consultation est un moment primordial dans le parcours initial de la personne privée de liberté. Elle intervient le plus souvent au terme d'une garde à vue qui a été suivi d'une décision judiciaire d'incarcération. Sur un plan médical, et à l'inverse de l'état de liberté, le patient n'a plus le choix de son médecin traitant généraliste.

Il existe plusieurs objectifs à cette consultation initiale. L'un d'eux s'attache à déceler toute affection contagieuse ou évolutive en proposant un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles (IST) et une radiographie du thorax chez les patients à risque de tuberculose. Les mesures préventives qui s'y rattachent ont aussi pour but la mise à jour des vaccinations obligatoires et recommandées notamment contre le tétanos et l'hépatite B.

Elle cherche également à mettre en œuvre des mesures thérapeutiques appropriées, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives ou une atteinte d'une ou plusieurs pathologies chroniques afin d'assurer une continuité des soins et des traitements.

Cette consultation est aussi l'occasion d'évaluer et de prévenir le risque suicidaire, que l'on sait conséquent dans les premières semaines d'incarcération.

En cas d'éléments préoccupants, le patient peut faire l'objet d'un signalement aux équipes des soins psychiatriques ainsi qu'à l'administration pénitentiaire pour instaurer un suivi rapproché et la mise en place de mesures appropriées.

Enfin, les patients se voient remettre un livret d'accueil décrivant le fonctionnement de l'USMP et un certificat d'aptitude à la pratique sportive si leur état de santé le permet.

3.10.2 – Les visites obligatoires du quartier disciplinaire et du quartier d'isolement

Deux visites hebdomadaires obligatoires y sont faites par les médecins généralistes dans le but d'évaluer l'état de santé des personnes détenues placées à l'isolement. Si l'une d'elle nécessite un examen médical elle est amenée à l'USMP. Les décisions d'incompatibilité à la poursuite de l'isolement pour raison médicale sont généralement prises par décision collégiale avec l'équipe des soins psychiatriques.

3.10.3 – La consultation de sortie

L'article 53 de la loi pénitentiaire de 2009 dispose qu'une visite médicale soit proposée à toute personne condamnée dans le mois précédent sa libération. « *La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans un continuum, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison.* » (53).

Cette consultation n'a actuellement pas lieu de manière systématique sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes et fera l'objet d'une question au cours de notre étude.

III – MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 – ÉTUDE DE LA SATISFACTION

En médecine, la satisfaction peut être utilisée comme un outil de mesure pour identifier certains dysfonctionnements au cours du processus de soin. Les résultats de ces enquêtes permettent ainsi d'élaborer des plans d'action pour répondre à une demande d'amélioration de la qualité des soins. (57,58)

L'attention portée à la perception des soins par les patients s'est accrue jusqu'à devenir un indicateur de qualité des soins essentiel pour les établissements de santé. Mais si la satisfaction des patients est considérée comme un indicateur important (59), ce concept est cependant difficile à appréhender et sa définition varie selon les auteurs (60). L'une d'elles se fonde sur le fait que la satisfaction du patient est l'expression de l'écart entre la prestation reçue et la perception de cette prestation. GC Pascoe l'appréhende comme l'évaluation cognitive et émotionnelle du patient aux structures, procédures et résultats des services (61).

Deux aspects sont classiquement identifiés sous le terme de satisfaction : l'aspect technique et la dimension humaine, relationnelle et de confort. Le patient juge de l'aspect technique du traitement d'une part, et d'autre part exprime son avis sur la façon dont il a été accueilli, le temps d'attente, l'information qu'il a ou non reçue, la disponibilité des infirmières et médecins, le traitement de sa douleur et de ses autres symptômes. (60)

Au final, la satisfaction est le résultat d'un processus cognitif et affectif complexe et multidimensionnel qui intègre les attentes du patient, ses données personnelles et les soins effectivement reçus. (62)

Elle est influencée par des éléments subjectifs tels que l'expérience antérieure, les habitudes de vie, les valeurs de référence personnelles et la perception de la réalité.

Elle est aussi facteur prédictif de poursuite de la relation thérapeutique et d'observance aux traitements proposés (63). Un patient insuffisamment satisfait sera moins participatif au traitement et comprendra moins bien les informations reçues. (64,65)

L'évaluation du point de vue du patient constitue donc un élément central de la démarche qualité en soins de médecine générale. Il a été montré que les attentes des patients reposent surtout sur la relation médecin-patient, l'information et le partage, la qualité clinique et la coordination des soins. (66)

Face aux nombreuses contraintes rencontrées dans l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire, et au fait que les personnes détenues ne puissent consulter le médecin généraliste de leur choix, il apparaît primordial que la relation médecin-patient et les différentes dimensions du soin soient perçues comme satisfaisante.

2 – MÉTHODOLOGIE

Une étude multicentrique et transversale auprès de personnes majeures incarcérées au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes a été menée entre Mars 2019 et Juin 2019.

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective et descriptive.

Deux études ont particulièrement retenu notre attention lors de notre revue de la littérature. La première, publiée en 2017 dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, cherchait à évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis de leur hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Cette étude nous a été utile dans la construction des scores de satisfaction de notre travail (48). La seconde, est un travail de thèse présenté et soutenu par le Dr Marie Keller, et le Dr Noémie Ploton, en 2014 à l'université de médecine de Grenoble (67). L'analyse qualitative menée autour du vécu et de la perception des soins auprès de personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces nous a pour sa part guidée dans l'approche des problématiques propres au milieu carcéral.

2.1 – Objectif et schéma d'étude

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la satisfaction des patients-détenus vis-à-vis de l'offre de soin en médecine générale au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP 1 et USMP 2) du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes.

Le but est de pouvoir en dégager des propositions d'amélioration dans l'accès aux soins, et d'entamer une réflexion plus large sur la santé en milieu carcéral avec les principaux intéressés.

Il s'agit d'une enquête par questionnaire anonyme, spécialement développé pour cette recherche sur la base d'une première revue de la littérature sur la santé des personnes détenues.

2.2 – Participants

La portée de ce sondage étant limité au CP d'Aix-Luynes, nous avons choisi de proposer la recherche aux patients régulièrement suivis par les médecins généralistes des unités sanitaires. Le suivi régulier a été défini comme la présence d'au moins trois consultations avec un médecin généraliste inscrits dans le dossier médical informatisé du patient au moment de l'inclusion.

Il a été convenu que les participants ne devaient pas avoir été suivis par l'interne réalisant les entretiens au cours de la période de recueil des données entre le 1^{er} mars 2019 et le 1^{er} Juin 2019.

La diffusion s'est faite via les médecins généralistes exerçant dans les unités sanitaires de la maison d'arrêt.

La non-maitrise de la langue française écrite et/ou verbale, ainsi que les patients mineurs ont été exclus.

Les participants ont été informés lors d'une consultation avec leur médecin généraliste de la réalisation d'entretiens par l'interne du service, entre les mois de Mars et Juin 2019, dans le but de recueillir leur avis et leur satisfaction des soins en détention. Les modalités des entretiens étaient expliquées aux patients et une feuille d'information sur la recherche leur était remise (ANNEXE 1). Le consentement oral du patient était alors noté sur les feuilles de transmission papiers des médecins généralistes du service (ANNEXE 2). Trois fois par semaine, l'interne récoltait ces informations afin d'éditer les rendez-vous des patients ayant donné leur accord verbal pour participer à la recherche. Après vérification de la présence d'au moins trois consultations dans leur dossier informatisé, un ticket de consultation papier était édité et le rajout d'un rendez-vous médical à l'agenda de l'unité sanitaire et de l'administration pénitentiaire terminaient le processus d'inclusion. Les tickets étaient distribués une fois par semaine lors du tour de distribution hebdomadaire des traitements par l'équipe infirmière. La date et l'heure des rendez-vous étaient fixées une semaine à l'avance.

2.3 – Recueil des données

Les entretiens ont été menés dans les deux unités sanitaires que comporte le CP d'Aix-Luynes entre les mois de Mars et Juin 2019. Ils avaient lieu dans une salle de consultation libre des unités sanitaires. Seul était présent dans la salle, le participant et l'interne en charge des entretiens vêtu d'une tenue civile.

Lors des entretiens, la feuille d'information était reprise oralement et le consentement libre et écrit des participants était recueilli en double exemplaire (ANNEXE 3). Le support papier du questionnaire était placé sous les yeux des participants, et l'investigateur se chargeait de lire à haute voix les questions.

Si des informations complémentaires étaient nécessaires (reformulations, précisions), l'investigateur se chargeait de les fournir.

Concernant les réponses aux questions ouvertes ou avec opportunité d'émettre une remarque, les participants avaient la possibilité de l'écrire eux-mêmes ou de faire intervenir l'investigateur. Dans ce dernier cas, les notes étaient relues avec les participants pour correction et validation. Les données textuelles ont ensuite fait l'objet d'une retranscription à l'identique sur fichier Word Microsoft afin de procéder à une analyse thématique de contenu. Les résultats de cette analyse viennent pondérés les résultats quantitatifs de l'étude.

2.4 – Outils d'évaluation : le questionnaire (ANNEXE 4)

Il s'agissait d'un questionnaire semi-ouvert, comportant à la fois de nombreuses questions à choix fermées avec possibilité d'éclairer et nuancer ses propos (case « commentaires / remarques »), des questions à choix multiples avec ouverture de réponse possible (case « autres ») et des questions ouvertes, laissant place à une expression plus personnelle. Les échelles du questionnaire comprenaient des échelles à cinq modalités évaluant la satisfaction (très satisfait à pas du tout satisfait), la perception de l'état de santé (excellent à très mauvais), et l'avis (très favorable à pas du tout favorable) des participants.

Le questionnaire a été conçu à partir d'une recherche bibliographique et d'une expérience de six mois sur le terrain en tant qu'interne de l'USMP.

La bibliographie a été réalisée à partir de différents moteurs de recherche spécialisés (PubMed, Summon des Bibliothèques Universitaires de l'Université Aix-Marseille, sites spécialisés), en utilisant les mots clefs : médecine, milieu pénitentiaire, médecine générale, prison, santé, détenus, satisfaction.

Une réflexion appuyée par les éléments retrouvés dans la littérature, a permis de construire un questionnaire comportant 47 questions répartis en 7 thèmes :

Thème 1 : Profil sociodémographique (questions 1 à 8)

Thème 2 : Profil médical (questions 9 à 23)

Thème 3 : Premier contact, la consultation arrivant (questions 24 à 26)

Thème 4 : Fonctionnement et organisation de l'unité sanitaire (questions 27 à 32)

Thème 5 : Informations (questions 33 à 35)

Thème 6 : Suivi et qualité des soins (questions 36 à 39)

Thème 7 : Évolution des pratiques (questions 40 à 47)

Le premier thème interrogeait les participants sur leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, situation familiale, situation socio-professionnelle) et leur situation pénale (statut judiciaire, nombres d'incarcérations et durée actuelle d'incarcération).

Le deuxième thème s'intéressait au profil médical des participants (suivi médical antérieur, consommation de toxiques, antécédents de maladie chronique, traitement actuel, hospitalisation en cours de détention, réalisation des dépistages IST, mise en place d'un suivi par les équipes de psychiatrie du SPAD, réalisation de soins dentaire, report de soin, et état de santé perçu).

Le troisième thème s'attachait à revenir sur certains aspects de la consultation « arrivant », que toute personne nouvellement incarcérée doit avoir passé dans un délai de 48 heures suivant son entrée en détention avec un médecin généraliste.

Les thèmes 4, 5, et 6 ont fait l'objet d'une construction de quatre scores de satisfaction.

Le septième et dernier thème, proposait une série de questions sur de potentielles évolutions des pratiques (prises de rendez-vous médicaux par téléphone, réalisation d'une consultation « sortant », utilisation des technologies de visio-conférence médicale, préférences dans l'accès aux soins spécialisés).

2.5 – Construction des scores de satisfaction

Comme nous l'avons dit plus haut, les questions des thèmes 4, 5 et 6 ont donné lieu à la construction de quatre scores de satisfaction, trois sous-scores et un score global.

Le premier évaluait la satisfaction du fonctionnement, et de l'organisation de l'unité sanitaire. Ce score comprenait six questions portant sur : les horaires d'ouverture, les locaux sanitaires, le système de prise de rendez-vous par courrier, le temps passé en salle d'attente, le délai pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste, et la gestion des demandes médicales urgentes.

Le second évaluait la satisfaction des informations délivrées et disponibles à l'USMP. Ce score comportait trois questions portant sur la qualité des informations délivrées par les médecins généralistes, le respect du secret médical par les soignants, et la qualité de la documentation disponible à l'unité sanitaire.

Le troisième examinait la satisfaction des participants vis à vis de la qualité des soins et du suivi médical par les médecins généralistes. Ce score contenait cinq questions évaluant l'accueil reçu à l'unité sanitaire, l'appréciation de la consultation « arrivant », la durée de consultation de médecine générale, les prescriptions des médecins généralistes, et la qualité du suivi par les médecins généralistes.

Enfin, ces trois scores ont été réunis dans un score global de satisfaction.

Dans un souci d'homogénéisation, les questions avaient toutes les mêmes modalités de réponse à choix unique : très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait, sans opinion. Une note a été attribuée à chacune des modalités comme suit : très satisfait (=4), satisfait (=3), peu satisfait (=2), pas du tout satisfait (=1). Nous avons considéré la modalité « sans opinion », ou l'absence de réponse comme une donnée manquante (=NC).

Ainsi, les totaux des différents scores étaient de 24 pour le score de fonctionnement et d'organisation, de 12 pour celui relatif à l'information, et de 20 pour celui portant sur la qualité des soins et du suivi médical. Enfin, le score de satisfaction global réunissant les trois sous-scores portait sur un total de 56.

Pour chacun des scores, sa moyenne, associée à son écart-type, ainsi que sa médiane, assortie de son intervalle interquartile, ont été calculés.

2.6 – Phase de pilotage du questionnaire

Une fois le questionnaire construit, il était nécessaire de l'évaluer sur un échantillon « test ». Cette phase de test, que nous appelons phase de pilotage a suivi plusieurs objectifs : évaluer la pertinence et la bonne compréhension des questions (validité interne), et quantifier le temps de remplissage du questionnaire.

Ce questionnaire a été piloté une première fois auprès de six patients-détenus au cours du mois de Février 2019. Nous avons modifié ce questionnaire en tenant compte des remarques, en apportant davantage de visibilité aux encadrés de réponse, en supprimant les questions qui paraissaient redondantes et mal comprises. Dans le but de permettre une expression plus libre et spontanée, nous avons majoré le nombre de cases « remarques/commentaires ».

Cette phase de pilotage en conditions réelles, a également permis l'appropriation du questionnaire par l'investigateur, permettant de redéfinir le temps de passation à 45 minutes et de travailler le déroulement oral de l'entretien.

La version finale non modifiable du questionnaire a été fixée à la suite de ces six entretiens pilotes, et sa diffusion a été validée par la direction de l'administration pénitentiaire de l'établissement le 14 mars 2019.

2.7 – Aspects éthiques et règlementaires

Afin de garantir la confidentialité et favoriser l'expression libre des participants, les entretiens ont été réalisés en l'absence de tout tiers. L'entretien débutait systématiquement par la délivrance d'une information claire, loyale, et appropriée, concernant le but de la recherche via la feuille d'information. Le consentement libre et écrit était recueilli à la suite d'une lecture de la fiche de consentement. L'anonymisation des données a été garantie lors de la retranscription des données brutes sur tableur Excel. Les questionnaires papiers ont été stockés au domicile de l'investigateur avant destruction par broyage papier au terme de la recherche.

Sur un plan législatif, la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé), telle que modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, distingue 3 catégories de recherches. Notre travail s'apparentait à une catégorie de recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique, également désignées par les termes « recherches observationnelles » ou « non interventionnelles ». L'avis du comité d'Ethique de l'Université d'Aix-Marseille a été demandé au mois de Mars 2019, pour une validation en Juin 2019.

3 – ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des fonctions disponibles dans le logiciel Excel, et du logiciel R en version 3.6.1 avec son interface graphique R Commander (R Foundation Computing, Vienna, Austria).

Pour l'ensemble des tests effectués, le seuil de significativité a été fixé à 5%.

En ce qui concerne les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage (n, %). Les variables quantitatives ont été décrites par leur effectif, leurs valeurs extrêmes, leur moyenne assortie de l'écart-type et leur médiane assortie de leur intervalle interquartile.

L'association entre deux variables qualitatives a été testée à l'aide du test exact de Fisher.

Les variables qualitatives qui ont intéressé l'analyse sont les suivantes : l'âge de plus ou de moins de 50 ans, le lieu d'incarcération et le statut judiciaire, les antécédents de suivi médical antérieur à l'incarcération, de maladie chronique, et d'hospitalisation au cours de l'incarcération actuelle. La prise d'un traitement psychotrope, le suivi par les équipes des soins psychiatriques, le report de soin, et la consommation de toxique ont également été analysés.

3.1 – Gestion des données manquantes des scores de satisfaction

Onze participants présentaient une donnée manquante dans leurs scores de satisfaction. Un seul participant présentait quant à lui deux données manquantes dans son score thématique de qualité des soins et de suivi médical.

Les questions les plus impactées par ce phénomène concernaient le respect secret médical et la documentation disponible à l'USMP qui comptaient chacune quatre données manquantes.

Afin d'obtenir des scores complets nous avons décidé d'imputer par la moyenne les données manquantes. Pour chaque individu nous avons choisi de remplacer les données manquantes (« sans opinion » ou l'absence de réponse à la question) en appliquant un raisonnement par individu. Pour ceux qui présentaient aux plus deux valeurs manquantes parmi les 14 questions relatives à la satisfaction, nous avons choisi de remplacer la (ou les) valeur(s) manquante(s), par la moyenne des réponses aux items relatifs au score concerné par la donnée manquante, et ce, pour chaque individu considéré.

3.2 – Analyse statistique des scores de satisfaction

Nous avons ensuite réalisé un traitement statistique de ces données afin de comparer chaque score de satisfaction suivant les quatorze variables qualitatives binarisées suivantes :

Les personnes âgées de moins ou de plus de 50 ans
Les personnes incarcérées au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 1 ou à Aix-Luynes 2
Les personnes prévenues ou condamnées
Les personnes incarcérées pour la première fois ou plus d'une fois
Les personnes incarcérées depuis moins et plus d'un an
Les personnes avec et sans suivi médical antérieur à leur incarcération
Les personnes présentant une maladie chronique ou non
Les personnes prenant ou non un traitement psychotrope
Les personnes présentant ou non un antécédent d'hospitalisation au cours de l'incarcération
Les personnes suivis ou non par les équipes des soins psychiatriques
Les personnes présentant une consommation de toxiques et celles non-consommatrices
Les personnes ayant effectuées ou non des soins dentaires
Les personnes ayant reportées ou non des soins en raison de leur incarcération
Les personnes déclarant un état de santé bon à excellent et celle déclarant un état de santé moyen à mauvais.

Dans un premier temps nous avons effectué une vérification de l'hypothèse de normalité au sein de chaque groupe en combinant l'approche graphique (examen de la distribution via un histogramme), et la mise en œuvre du test de normalité de Shapiro-Wilk.

Lorsque l'adéquation à la loi normale n'était pas respectée par l'un des deux groupes ($p<0,05$) nous avons mis en œuvre le test non paramétrique de la somme des rangs de Wilcoxon.

En revanche, lorsque l'hypothèse d'adéquation à la loi normale était supposée ($p>0,05$) pour chacun des deux groupes indépendants, nous avons vérifié l'hypothèse d'égalité des variances par un test de Fisher.

En cas d'hypothèse d'égalité des variances acceptée ($p>0,05$) nous avons mis en œuvre le test de Student pour deux échantillons indépendants. En cas d'hypothèse d'égalité des variances rejetée ($p<0,05$), le test de Welch a été appliqué.

IV – RÉSULTATS

1 – CARACTÉRISTIQUES DE L’ÉCHANTILLON

Nous avons réalisé 45 entretiens complets sur les 70 demandes émises (64%), dont 18 à l’USMP d’Aix-Luynes 1 (soit 40%) et 27 à l’USMP d’Aix-Luynes 2 (soit 60%).

1.1 – Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 reprend les différentes caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Les participants étaient tous des hommes, âgés de 19 à 72 ans. L’âge moyen était de 40,6 ans (écart-type 13 ; médiane 39). La moyenne d’âge des personnes interrogées sur le centre pénitentiaire d’Aix-Luynes 1 (CP 1) était de 42,7 ans (ET 13) contre 39,3 ans (ET 13,1) sur le centre pénitentiaire d’Aix-Luynes 2 (CP 2). Aucune différence statistiquement significative d’âge n’a été constatée entre les deux centres. On note toutefois qu’une majorité à 63,6% (n=7) des participants âgés de 50 ans ou plus étaient incarcérés au CP 2, contre 36,4% (n=4) sur le CP 1.

Une petite majorité à 53% (n = 24) se déclarait en couple, tandis que 71% (n = 32) déclarait avoir des enfants.

Concernant les conditions d’hébergement avant l’incarcération, 30% (n=14) des participants étaient logés dans des conditions que nous avons appelées « précaires », c’est à dire hébergé chez un tiers (n=11), ou sans domicile fixe (n=3).

Quasiment la moitié des interrogés (48,9% ; n=22) ont signalé avoir obtenu un diplôme d’études professionnelles, 40% (n=18) avoir arrêter leurs études au collège sans diplôme, et 9% (n=4) être passé par des études supérieures post-baccaulauréat.

Sur un plan professionnel, nous avons regroupé les différents types d’activités professionnelles en 8 catégories. Pour cela, nous avons utilisé la classification PCS 2003 de l’INSEE (68). Ainsi, les catégories des employés (PCS 5 ; 20% ; n=9) et des ouvriers (PCS 6 ; 42,2% ; n=19) ressortent comme majoritaires. Les demandeurs d’emploi n’ayant jamais travaillé, et les retraités, représentent chacun 11% de la population étudiée (n=5).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques (n=45)		n	%
Âge			
18-29 ans	11	24,44	
30-39 ans	12	26,67	
40-49 ans	11	24,44	
50 ans ou plus	11	24,44	
Sexe			
Hommes	45	100	
Femmes	0	-	
Situation familiale			
Célibataire	8	17,78	
En couple	24	53,33	
Séparé / Divorcé / Veuf	13	28,89	
Enfants			
Oui	32	71,11	
Non	13	28,89	
Logement avant l'incarcération			
Stable (propriétaire, locataire)	31	68,89	
Précaire (hébergé, sans domicile fixe)	14	31,11	
Catégorie professionnelle avant l'incarcération			
PCS 1 : Agriculteurs	0	-	
PCS 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1	2,22	
PCS 3 : Cadre et professions intellectuelles supérieures	2	4,44	
PCS 4 : Professions intermédiaires	4	8,89	
PCS 5 : Employés	9	20	
PCS 6 : Ouvriers	19	42,22	
PCS 7 : Retraités	5	11,11	
PCS 8 : Sans activité	5	11,11	
Niveau d'étude actuel			
Primaire	1	2,22	
Collège	18	40	
Études professionnelles (CAP, BEP, BAC pro)	22	48,89	
Études supérieures	4	8,89	

1.2 – Caractéristiques des situations pénales

Le tableau 2 reprend les différentes caractéristiques pénales de la population étudiée.

Notre étude retrouve un taux de participants se déclarant prévenu de l'ordre de 40% (n=18). Ces participants sont en attente de leur procès ou de l'issue d'un appel en justice. En revanche, ils sont 60% (n=27) à se déclarer définitivement condamné par un tribunal. La moyenne d'âge des personnes condamnées était de 41,7 ans (ET 12,5) contre 39 ans (ET 14) pour les personnes prévenues. Par ailleurs, on observe une répartition des personnes condamnées et des personnes prévenues statistiquement différente entre les deux secteurs d'Aix-Luynes 1 (CP1) et d'Aix-Luynes 2 (CP2). En effet, 94,4% (n=17) des participants sur le CP1 présentaient un statut judiciaire de condamné, contre 37% (n=10) sur le CP2 ($p<0,05$). Cette différence est le témoin d'une volonté de regroupement des personnes condamnées sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 1 et des personnes prévenues sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2.

La durée d'incarcération variait de 2 mois à 5 ans avec une durée moyenne de 10,7 mois (écart-type 13,3 ; médiane 7 (4 ; 12) ; Min-Max [2 ; 60]). La durée d'incarcération présentait une différence statistiquement significative entre les deux centres à l'étude, avec 85,2% (n=23) des participants incarcérés depuis moins d'un an sur le CP2, contre 55,6% sur le CP1 ($p<0,05$). La durée moyenne d'incarcération sur le CP 1 était de 13,7 mois (ET 14,6) contre 8,8 mois (ET 12,5) sur le CP 2. Par ailleurs, une différence statistiquement significative est également observée entre les personnes prévenues et condamnées. Effectivement, 100% (n=18) des personnes prévenues étaient incarcérées depuis moins d'un an, contre 55,6% (n=15) des personnes condamnées ($p<0,05$). La durée moyenne d'incarcération pour les personnes prévenues était de 4,9 mois (ET 2,4) contre 14,6 mois (ET 16,2) pour les personnes condamnées.

Il s'agissait de la première incarcération pour 40% (n = 18) des interrogés. En moyenne, les participants avaient été incarcéré 3,5 fois (écart-type 3,2 ; médiane 2 (1 ; 5) ; Min-Max [1 ; 15]). On ne retrouve pas de différence statistiquement significative dans la proportion des personnes incarcérées pour la première fois et celles ré-incarcérées entre le CP1 et le CP2 ($p=0,75$). La moyenne d'âge était de 40,2 ans (ET 14,4) pour les personnes incarcérées pour la première fois et de 40,9 ans (ET 12,3) pour les personnes en situation de ré-incarcération. D'autre part, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative du nombre d'incarcération entre les personnes prévenues et les personnes condamnées.

Tableau 2 : Caractéristiques de la situation pénale (n=45)		n	%
Lieu d'incarcération			
	CP d'Aix-Luynes 1	18	40
	CP d'Aix-Luynes 2	27	60
Statut judiciaire			
	Prévenu	18	40
	Condamné	27	60
Nombre d'incéérations			
	Première	18	40
	Récidive	27	60
Durée d'incarcération actuelle			
	1 à 6 mois	21	46,67
	7 à 11 mois	12	26,67
	12 à 23 mois	7	15,56
	24 mois ou plus	5	11,11
	≤ 12 mois	33	73,33
	> 12 mois	12	26,67

1.3 – Profil médical des participants

L'étude a également permis de recueillir les profils médicaux de patients suivis régulièrement par les médecins généralistes de l'USMP. Ces données sont présentées dans le tableau 3.

Un quart d'entre eux (24,4% ; n=11) n'avait pas de suivi médical antérieur à l'incarcération, c'est à dire pas de médecin traitant ni de consultation médicale dans l'année qui précédait l'incarcération actuelle. Parmi ceux déclarant un suivi médical (n=34), tous ont mentionné un médecin généraliste, 23,5% (n=8) un suivi par un médecin psychiatre, et 41,1% (n=14) un suivi par un autre médecin spécialiste. L'âge moyen des participants présentant un suivi médical était de 42,3 ans (ET 14,1 ; médiane 41,5) contre 35,5 ans (ET 7,2 ; médiane 37) chez les participants sans suivi médical. Tous les participants âgés de 50 ans ou plus avaient été suivis avant leur incarcération contre 67,6% (n=23) des personnes de moins de 50 ans ($p<0,05$). La tranche d'âge qui présente le taux de suivi le plus faible est celle des 30 à 39 ans avec un taux de 50% (n=6). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les personnes condamnées et les personnes prévenues concernant leur suivi médical antérieur à l'incarcération ($p=0,78$). Il en va de même entre les personnes incarcérées pour la première fois et les personnes ré-incarcérées ($p=0,48$).

Un antécédent de maladie chronique, définit comme une affection de longue durée (ALD) inscrite au tableau des ALD 30, est retrouvé chez 28,9% des patients inclus (n=13). L'âge moyen des participants atteint d'une maladie chronique est de 50 ans (ET 15 ; médiane 54). Les personnes âgées de 50 ans ou plus sont 63,6% (n=7) à déclarer une maladie chronique contre 17,6% (n=6) chez les personnes de moins de 50 ans ($p<0,05$). Tous les participants déclarant une maladie chronique présentent un suivi médical antérieur à l'incarcération, contre 65,6% (n=21) pour les participants indemnes de pathologie chronique ($p<0,05$). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée avec les variables de situation pénale (statut judiciaire, durée d'incarcération, nombre d'incarcération).

Un tiers des participants (n=15) a été hospitalisé au cours de l'incarcération actuelle. Sur les 19 hospitalisations recensées, 63% (n=12) étaient programmées en UHSI, 10,5% (n=2) en UHSA, et 21% (n=4) non programmées aux urgences du centre hospitalier de rattachement. On constate une différence statistiquement significative concernant l'âge des participants ayant eu une hospitalisation. En effet, 72,7% (n=8) des personnes âgées de 50 ans ou plus ont déclaré avoir été hospitalisées, contre 20,6% (n=7) des personnes de moins de 50 ans ($p<0,05$). La classe d'âge des 40 – 49 ans présente le taux d'hospitalisation le plus bas à 9,1% (n=1). L'âge moyen des personnes hospitalisées était de 47,9 ans (ET 16,2). L'âge étant l'un des principaux facteurs de risque de maladie chronique, notre étude retrouve également un taux d'hospitalisation significativement plus élevé chez les participants malades que chez ceux indemnes d'affections chroniques (76,9% (n=10) versus 15,6% (n=5) ; $p<0,05$). D'autres part, les personnes incarcérées depuis plus d'un an sont 58,3% (n=7) à déclarer avoir été hospitalisées, contre 24,2% (n=8) pour les personnes incarcérées depuis moins d'un an. Cette différence n'est pas statistiquement significative mais s'en rapproche ($p=0,07$). En faisant l'hypothèse que la durée d'incarcération soit un facteur de risque d'hospitalisation, on observe effectivement une augmentation du taux d'hospitalisation en fonction de l'allongement de la durée d'incarcération avec respectivement 14.3% (n=3), 41.7% (n=5), 57.1% (n=4), et 60% (n=3) d'hospitalisation par tranches de 1 à 6 mois, 7 à 11 mois, 12 à 23 mois, et 24 mois ou plus. Ainsi, plus la durée d'incarcération est longue, plus le risque d'hospitalisation augmente. En revanche, les personnes condamnées sont autant hospitalisées que les personnes prévenues dans cette étude avec 33,3% d'hospitalisation pour chacun des deux statuts. De la même façon, les deux centres pénitentiaires présentaient un taux d'hospitalisation similaire de l'ordre d'un tiers et nous n'avons pas observé de différence du taux d'hospitalisation entre les participants incarcérés pour la première fois et ceux ré-incarcérés (27,8% (n=5) contre 37% (n=10) ; $p=0,75$).

Un accompagnement par les équipes des soins psychiatriques était reconnu par 66,7% (n=12) des participants de l'USMP du CP 1 et 59,3% (n=16) de ceux de l'USMP du CP 2. La moyenne d'âge des participants suivis par le SPAD était de 42,8 ans (ET 12) contre 37 ans (ET 14,3) pour ceux non suivis. Par tranche d'âge, ils étaient 36,4% (n=4) des 18-29 ans, 75% (n=9) des 30-39 ans, 54,5% (n=6) des 40-49 ans et 81,8% (n=9) des plus de 50 ans à être suivi par les équipes du SPAD. Le taux de suivi par les équipes psychiatriques n'est pas statistiquement différent entre les personnes incarcérées depuis moins d'un an et plus d'un an ($p=0,74$), tout comme entre les personnes condamnées et celles prévenues. Il en va de même entre les personnes incarcérées pour la première fois et les personnes ré-incarcérées. Par ailleurs, ils étaient 60% (n=22) à être suivis par le SPAD sans avoir connu de suivi psychiatrique avant leur incarcération.

Concernant les soins dentaires, ils sont 46,7% (n=21) à déclarer avoir effectué des soins dentaires au CP d'Aix-Luynes suite à leur entrée en détention. Les participants du CP 1 avaient significativement réalisé plus de soins que ceux du CP 2 (66,7% (n=12) versus 33,3% (n=9) ; $p<0,05$). Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative dans la réalisation des soins dentaires entre les personnes âgées de plus ou de moins de 50 ans ($p=0,73$), et entre les variables relatives à la situation pénale des participants. Ils étaient 45% (n=5) sans antécédent de suivi médical à avoir réalisé des soins dentaires.

La consultation règlementaire à l'entrée de toute personne placée en détention a abouti à un dépistage des infections sexuellement transmissible chez 73,3% (n=33) des participants. Cinq participants ont expliqué avoir refusé le dépistage en raison d'une réalisation récente avec des résultats négatifs, tandis que les autres n'ont pas souhaité expliquer la raison de l'absence de dépistage. Alors que 90,9% (n=10) des participants de 50 ans ou plus ont réalisé ce dépistage, le taux le plus bas est observé chez les 18-29 ans à 63,6% (n=7). On retrouve un taux de dépistage de 77,8% (n=14) chez les participants du CP 1 contre 70,4% (n=19) chez ceux du CP 2 ($p=0,74$). Les participants incarcérés depuis plus d'un an affichent un taux de dépistage plus élevé que ceux incarcérés depuis moins d'un an sans que la différence ne soit significative (91,7% (n=11) contre 66,7% (n=22) ; $p=0,14$). Les participants au statut judiciaire de condamné présentent également un taux de dépistage des IST supérieur à celui des participants prévenus (77,8% (n=21) contre 66,7% (n=12) ; $p=0,50$), tout comme les participants ré-incarcérés comparativement à ceux incarcérés pour la première fois (81,5% (n=22) contre 61,1% (n=11) ; $p=0,18$). Enfin, le taux de dépistage des IST apparaît plus élevé chez les participants aux antécédents de suivi médical antérieur à l'incarcération que chez les participants sans suivi médical préalable à leur incarcération (76,5% (n=26) contre 63,6% (n=7) ; $p=0,45$).

Tableau 3 : Profil médical des participants (n=45)

	n	%
Suivi médical antérieur à l'incarcération		
Aucun	11	24,44
Par un médecin généraliste	34	75,56
Par un médecin psychiatre	8	17,78
Par un autre médecin spécialiste	14	31,11
Antécédent de maladie chronique*		
Oui	13	28,89
Non	32	71,11
Hospitalisation au cours de l'incarcération actuelle		
Oui	15	33,33
Non	30	66,67
Suivi par les équipes des soins psychiatriques (SPAD)		
Oui	28	62,22
Non	17	37,78
Participants déclarant avoir réalisés des soins dentaires		
Oui	21	46,67
Non	24	53,33
Participants déclarant avoir réalisés des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C		
Oui	33	73,33
Non	12	26,67

1.3.1 – Étude de la consommation des toxiques

Le tableau 5 présente les résultats des questions relatives aux consommations actuelles de tabac et de cannabis, puis celles d'alcool et d'autres psychotropes antérieures à l'incarcération.

Le tabac apparaît comme le toxique le plus consommé chez ¾ des participants (n=34). Ils sont 40% (n=18) à déclarer consommer du cannabis de manière occasionnelle ou régulière.

On note que 26,7% (n=12) de la population étudiée a déclaré une consommation d'alcool avant l'incarcération supérieure à 3 verres par jour.

L'interprétation des résultats concernant l'usage d'autres psychotropes (cocaïne, héroïne) s'est révélée délicate, et a probablement été influencée par un certain nombre de biais sur lesquels nous reviendrons dans la discussion.

Tableau 5 : Addictions (n=45)	n	%
Tabac		
Non-fumeur	11	24,44
Intoxication moyenne ≤ 10 cigarettes / jour	20	44,44
Intoxication importante > 10 cigarettes / jour	14	31,11
Cannabis		
Non consommateur	27	60
Consommateur occasionnel	9	20
Consommateur régulier	9	20
Consommation d'alcool avant l'incarcération		
Jamais	11	24,44
Occasionnellement	16	35,56
Quotidiennement		
< 3 verres / jour	6	13,3
≥ 3 verres / jour	12	26,7
Usage d'autres psychotropes avant l'incarcération		
Jamais	32	71,1
Ancien consommateur	10	22,2
Usage occasionnel*	3	6,7
Usage régulier**	0	-

* moins d'une fois par mois

** plus d'une fois par mois

1.3.2 – Étude des prises médicamenteuses

L'analyse des prescriptions médicamenteuses est résumée dans le tableau 4.

Concernant le nombre de traitements au moment de l'entretien, on note une moyenne de 3 médicaments prescrit par patient (écart-type 2,67 ; médiane 2).

Nous avons fait le choix de regrouper les classes médicamenteuses en utilisant la classification ATC de l'OMS (61).

La catégorie « système nerveux » qui associe les traitements anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques, thymorégulateurs, antiépileptiques, substituts aux opiacés,

substituts nicotiniques, et antalgiques représentait 62% du volume total des prescriptions. Quasiment 8 patients sur 10 (77,8% ; n=35) recevaient un ou plusieurs traitements inclus dans cette classification, avec en moyenne une prescription de 2,4 molécules par personne dans le groupe des consommateurs (écart-type 1,2 ; médiane 2).

On note que 90,9% (n=10) des participants âgés de 50 ans ou plus consomment des traitements de ce type, contre 70,6% (n=24) chez les moins de 50 ans ($p=0,25$). La classe d'âge la moins consommatrice est celle des 18-29 ans avec 63,6% (n=7) de consommateurs. Trois quarts (n=10) des participants atteint d'une maladie chronique ont au moins une molécule prescrite modulant l'activité du système nerveux. Ce taux est préoccupant compte tenu des risques iatrogéniques liés à la polymédication chez le sujet âgé et nous interroge sur la place des traitements psychotropes en milieu carcéral.

Les participants du CP 1 sont 88,9% (n=16) à recevoir ce type de prescriptions contre 66,7% (n=18) sur le CP 2 ($p=0,16$). Le statut judiciaire étant fortement lié à chacun des deux centres, nous n'avons pas mis en évidence de différence du taux prescription entre les personnes prévenues et les personnes condamnées ($p=0,73$). Par ailleurs, ce taux n'est pas significativement différent entre les personnes incarcérées depuis moins d'un an et plus d'un an ($p=0,45$), ainsi qu'entre les personnes incarcérées pour la première fois et les celles ré-incarcérées ($p=0,48$). Les participants suivis par les équipes de soins psychiatriques du SPAD sont significativement plus nombreux à recevoir ce type de prescriptions que les participants uniquement suivis par les médecins généralistes (89,3% (n=25) versus 52,9% (n=9) ; $p<0,05$).

Dans cette catégorie, la classe médicamenteuse des anxiolytiques et des hypnotiques concerne près de ¼ des participants (73,3% ; n=33), et représente 38% du volume total des prescriptions. Les patients recevant un traitement anxiolytique et/ou hypnotique, consomment en moyenne 1,5 traitement de ce type (écart-type 0,6 ; médiane 2).

Les traitements substitutifs aux opiacés intéressent environ 11% des participants (n=5). Tous les participants sont substitués par chlorhydrate de buprénophine en comprimé.

Les patients qui présentent une maladie chronique reçoivent en moyenne 3,3 traitements en rapport avec leur pathologie (écart-type 2,2 ; médiane 3). La prévalence des maladies chroniques augmentant avec l'âge, les participants de 50 ans ou plus présentent un taux de prescription en rapport avec une pathologie chronique significativement plus élevée que les participants de moins de 50 ans (63,6% (n=7) versus 17,6% (n=6) ; $p < 0,05$). Les personnes aux antécédents d'hospitalisation sont 66,7% (n=10) à prendre un traitement en rapport avec une pathologie chronique contre 10% (n=3) chez les personnes sans antécédents d'hospitalisation ($p<0,05$).

Les traitements en rapport avec le système cardio-vasculaire (antihypertenseurs, antiagrégants, anticoagulants, anti-arythmiques) intéressaient 17,8% (n=8) des interrogés.

Les classes médicamenteuses en rapport avec une pathologie digestive ou métabolique (exemple : diabète insulinoréquerant ou non) étaient prescrites chez 22,2% des participants (n=10). Un seul participant inclus était traité par insuline.

Les autres traitements au long cours englobaient les traitements anti-infectieux généraux à usage systémique, les immuno-modulateurs, et les traitements en rapport avec les systèmes respiratoire, génito-urinaire, et dermatologique. Ce type de prescription était retrouvé chez 20% des participants (n=9).

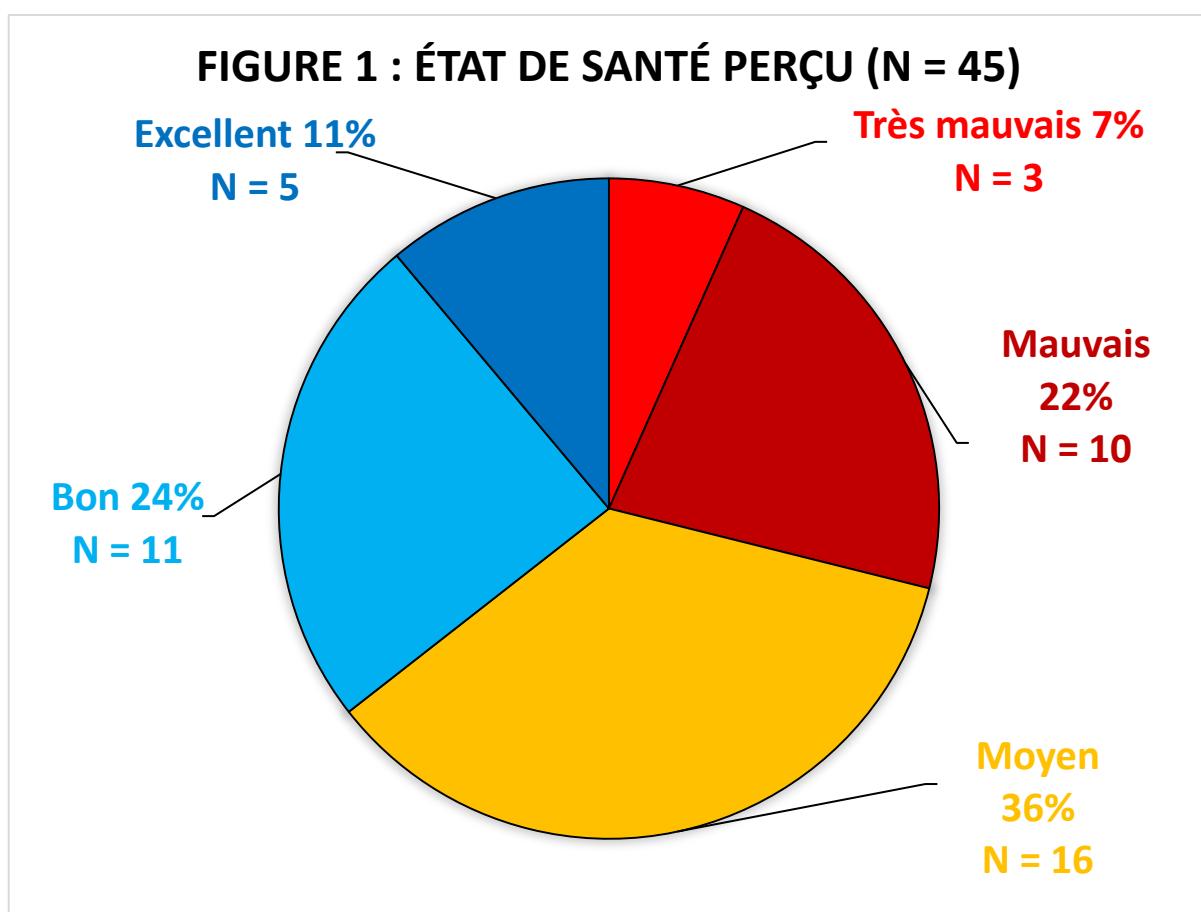
Tableau 4 : Traitements (n=45)	Moyenne*	Min-Max	Médiane (Q1 ; Q3)	N	%
	Ecart-type				
Traitements en cours					
Oui				39	86,67
Non				6	13,33
Traitements en rapport avec une maladie chronique	[0,98 – 1,9]	[0 – 8]	0 (0 ; 1)	13	28,88
Système nerveux central	[1,8 – 1,5]	[0 – 6]	2 (1 ; 3)	35	77,8
Anxiolytiques – Hypnotiques				33	73,33
Antidépresseurs				11	24,44
Neuroleptiques –					
Thymorégulateurs –				6	13,33
Antiépileptiques					
Traitements substitutifs aux opiacés				5	11,1
Substituts nicotiniques				3	6,7
Antalgiques				6	13,33
Système cardio-vasculaire				8	17,8
Système digestif et métabolique				10	22,22
Autres traitements au long cours				9	20

*moyenne exprimée sur l'ensemble de la population étudiée (n=45)

2 – ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

La santé perçue est un indicateur de l'état de santé global que nous avons utilisé dans notre recherche. Pour l'établir, nous avons demandé aux personnes interrogées d'indiquer si elles estimaient que leur état de santé était excellent, bon, moyen, mauvais ou très mauvais. Les personnes interrogées ont été informées que le terme « santé » signifie non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais englobe aussi leur bien-être physique, mental et social.

La figure 1, présente la répartition de cette variable dans la population étudiée.



Environ un quart des participants déclaraient leur état de santé comme bon et 11% le jugeait excellent (n=5). La majorité à 36% (n=16) situait leur état de santé comme moyen et ils étaient 22% (n=10) à le considérer comme mauvais. Enfin 7% (n=3) percevaient leur état de santé comme très mauvais.

Nous avons ensuite recherché l'existence de liens statistiques entre l'état de santé perçu des participants et certaines variables qualitatives indépendantes. Pour cela, nous avons binarisé la variable dite dépendante de perception de l'état de santé en deux groupes : moyen à très mauvais (n=36), et bon à excellent (n=9). L'association entre deux variables qualitatives a été testée à l'aide du test exact de Fisher.

L'âge n'est pas apparu comme un facteur statistiquement associé à l'état de santé perçu dans notre analyse, même si 90,9% (n=10) des participants âgés de plus de 50 ans déclaraient percevoir leur état de santé comme moyen à très mauvais, contre 76,5% (n=26) chez les participants âgés de moins de 50 ans ($p=0,41$). Cependant, nous observons une dégradation proportionnelle de l'état de santé par tranches d'âge de l'échantillon. Ainsi, 72,7% (n=8) des 18 – 29 ans, 75% (n=9) des 30 – 39 ans et 81,8% (n=9) des 40 – 49 ans estimaient leur état de santé comme moyen à très mauvais.

Cette analyse a par ailleurs mis en évidence un lien statistiquement significatif entre l'état de santé perçu et le site d'incarcération des participants. L'état de santé perçu semble moins bon sur le site d'Aix-Luynes 1 que sur le site d'Aix-Luynes 2 ($p=0,0067$; IC95% [0 – 0,61]). En effet, aucun des participants d'Aix-Luynes 1 ne percevaient sa santé comme bonne ou excellente.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans la perception de l'état de santé entre les participants au statut judiciaire de condamné et ceux au statut de prévenu ($p=0,12$) bien qu'un lien ait précédemment été retrouvé entre le centre d'incarcération et le statut judiciaire.

Les participants incarcérés depuis plus de douze mois déclaraient percevoir leur état de santé comme moyen à très mauvais à 91,7% (n=11). Dans la mesure où 76% (n=25) des personnes incarcérées depuis moins d'un an ont déclaré un état de santé similaire, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'association statistiquement significative entre ces deux groupes ($p=0,40$).

Aucune différence de perception de l'état de santé statistiquement significative n'a été retrouvée entre les participants incarcérés pour la première fois et ceux ré-incarcérés.

Les participants présentant un suivi pluridisciplinaire par les équipes somatiques et psychiatriques étaient plus nombreux à percevoir leur état de santé comme moyen à très mauvais comparativement aux participants uniquement suivis par les équipes somatiques (89% (n=25) contre 65% (n=11) ; $p=0,06$).

Il semble par ailleurs que les participants sans traitements psychotropes perçoivent leur santé comme meilleure comparativement aux participants recevant ce type de traitements ($p=0,03$). En effet, 88,2% (n=30) des participants avec un traitement à visée psychiatrique, considèrent leur état de santé comme moyen à très mauvais, contre 54,5% (n=6) pour les participants non traités.

Les participants poly-consommateurs de toxiques (tabac, cannabis, alcool > 3 verres par jour avant l'incarcération) semblent percevoir leur état de santé comme de moins bonne qualité comparativement aux participants non-consommateurs. En effet 86% (n=30) des individus classés comme poly-consommateurs estiment leur état de santé comme moyen à très mauvais, contre 60% (n=6) pour les non-consommateurs ($p=0,09$).

Enfin, les personnes interrogées atteintes d'une maladie chronique considéraient leur état de santé comme moyen à très mauvais pour 92% (n=12) d'entre elles, tandis que chez les participants indemnes de maladie chronique, ils étaient 75% (n=24) à percevoir leur santé dans le même état ($p=0,25$).

3 – RÉSULTATS DE L’ENQUÊTE DE SATISFACTION

Le tableau 5 présente les taux de satisfaction des 45 participants pour chaque thématique abordée en entretien.

Tableau 5 : Niveaux de satisfaction des participants (n=45)

Items	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait % (n)	Très satisfait % (n)
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Organisation et fonctionnement de l’USMP				
Horaires d’ouverture	-	15,5 (7)	26,7 (12)	57,8 (26)
Aménagement des locaux de l’US	17,8 (8)	31,1 (14)	26,7 (12)	24,4 (11)
Système de prise de rendez-vous par courrier	13,3 (6)	37,8 (17)	33,3 (15)	15,6 (7)
Délai d’attente pour un rendez-vous avec médecin généraliste	6,7 (3)	15,5 (7)	57,8 (26)	20 (9)
Temps passé en salle d’attente	17,8 (8)	44,4 (20)	26,7 (12)	11,1 (5)
Gestion des demandes médicales urgentes*	8,9 (4)	48,9 (22)	22,2 (10)	17,8 (8)
Informations délivrées à l’USMP				
Informations délivrées par les médecins généralistes*	-	11,1 (5)	33,3 (15)	53,3 (24)
Documentations de l’USMP***	2,2 (1)	31,1 (14)	37,8 (17)	20 (9)
Respect du secret médical ***	2,2 (1)	6,7 (3)	22,2 (10)	60 (27)
Suivi et qualité des soins des médecins généralistes				
Accueil	-	6,7 (3)	24,4 (11)	68,9 (31)
Consultation arrivant**	2,2 (1)	4,4 (2)	28,9 (13)	60 (27)
Durée de consultation	-	2,2 (1)	26,7 (12)	71,1 (32)
Prescriptions	4,4 (2)	26,7 (12)	46,7 (21)	22,2 (10)
Suivi médical*	2,2 (1)	17,8 (8)	35,6 (16)	42,2 (19)

NC : donnée manquante : *NC 2,2% (n=1) ** NC 4,4% (n=2) *** NC 8,9% (n=4)

Le tableau 6 présente les résultats des scores de satisfaction.

Tableau 6 : Résultats des scores de satisfaction (n=45)

Scores	[min_{th} ; max_{th}]	[min_{obs} ; max_{obs}]	Moyenne (ET)	Médiane [Q1-Q3]
Fonctionnement & Organisation	[6 ; 24]	[11 ; 23]	16,2 (3,5)	16 [13-19]
Informations	[3 ; 12]	[5 ; 12]	9,8 (1,8)	10 [9-11]
Suivi & qualité des soins	[5 ; 20]	[11 ; 20]	16,9 (2,4)	17 [15-19]
Global	[14 ; 56]	[29 ; 54]	42,9 (6,6)	43 [38-48]

Abréviation : ET, écarts-types

Notes : [min_{th} ; max_{th}] = théoriques ; [min_{obs} ; max_{obs}] = observés

3.1 – Niveaux de satisfaction des participants concernant l’organisation et le fonctionnement de l’USMP

Tableau 8 : Score de satisfaction des participants concernant l’organisation et le fonctionnement de l’USMP sur 24 (n=45)

	n	Moyenne	Écart-type	Valeur du p
Score total de fonctionnement et organisation	45	16,2	3,5	-
Âge				
Moins de 50 ans	34	16,4	3,6	p=0,50*
50 ans ou plus	11	15,5	3	
Lieu d’incarcération				
CP d’Aix-Luynes 1	18	15,6	3,2	p=0,34*
CP d’Aix-Luynes 2	27	16,6	3,6	
Statut judiciaire				
Prévenu	18	17	3,3	p=0,17*
Condamné	27	15,7	3,5	
Nombre d’incarcération				
Première incarcération	18	15,5	3,9	p=0,19*
Récidive	27	16,7	3,2	
Durée d’incarcération actuelle				
Moins de 12 mois	33	16,5	3,4	p=0,35*
Plus de 12 mois	12	15,5	3,8	
Suivi médical antérieur à l’incarcération				
Oui	34	16,5	3,6	p=0,40*
Non	11	15,4	2,8	
Antécédent de maladie chronique				
Oui	13	15,6	2,4	p=0,65*
Non	32	16,5	3,8	

Antécédent d'hospitalisation				
Oui	15	14,9	2,4	p=0,13*
Non	30	16,9	3,8	
Suivi par les équipes des soins psychiatriques du SPAD				
Oui	28	15,7	3,1	p=0,29*
Non	17	17	3,9	
Prise d'un traitement à visée psychiatrique				
Oui	34	15,6	3,1	p=0,08*
Non	11	18	4	
Consommation de toxiques				
Oui	35	16	3,4	p=0,45*
Non	10	17	3,8	
Report de soin				
Oui	7	17,6	3,7	p=0,25*
Non	38	16	3,4	
Etat de santé perçu				
Bon à excellent	9	17	3,6	p=0,42*
Moyen à très mauvais	36	16	3,4	

*Test de la somme des rangs de Wilcoxon

**Test de Student

***Test de Welch

Le score de satisfaction pour l'ensemble des six questions relatives au fonctionnement et à l'organisation de l'USMP était de 16,2 sur 24 (écart-type 3,5).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative de ce score entre les différentes variables qualitatives testées (Cf. tableau 8).

Les participants recevant un traitement à visée psychiatrique semblent toutefois présenter une tendance à être moins satisfaits vis-à-vis du fonctionnement et l'organisation des USMP que les participants sans traitement de ce type (p=0,08).

3.1.1 – Les horaires d'ouverture

Les patients se sont montrés satisfaits des horaires d'ouverture de l'USMP à 84,4% (n=38). Nous n'avons pas observé de différence de satisfaction entre les deux centres pénitentiaires. Le score moyen à cette question était de 3,4 sur 4 (écart-type 0,7).

Cinq participants ont émis des remarques dont trois en faveur d'une heure d'ouverture supplémentaire et deux sur l'absence d'ouverture l'après-midi des samedi, dimanche et jours fériés.

Le mécontentement relatif aux horaires d'ouverture touchait significativement plus les participants de 50 ans ou plus que ceux de moins de 50 ans (36,4% (n=4) versus 8,8% (n=3) ; $p<0,05$).

Pour les personnes âgées interrogées, les difficultés relatives à la mise en pratique d'un service médical continu sont probablement des freins à la prise en charge de leur santé. Sachant que 64% (n=7) des participants âgés de 50 ans ou plus sont atteints d'une maladie chronique contre 17,6% chez les moins de 50 ans, nous sommes en droit de nous demander si la prison est un lieu adapté en matière de sécurité sanitaire pour répondre à toute heure du jour et de la nuit, de manière équivalente au milieu libre, à l'expression des comorbidités des personnes âgées incarcérées.

L'amélioration qui pourrait découler de ces remarques serait la mise en place d'une permanence médicale 7 jours sur 7, 24h sur 24h, sur la base d'un système équivalent à celui des gardes hospitalières. Cependant, la réalisation d'une telle entreprise nécessite des moyens humains et financiers qui ne sont, à notre connaissance, pas actuellement disponibles.

3.1.2 – Délai d'attente pour un rendez-vous programmé

Le délai d'attente pour un rendez-vous programmé avec les médecins généralistes a été jugé comme satisfaisant par 77,8% des patients inclus (n=35). Le score moyen à cette question était de 2,9 sur 4 (écart-type 0,8). On observe des taux de satisfaction similaires entre les deux centres pénitentiaires.

Sur les huit personnes ayant commentées leur réponse, quatre n'étaient pas satisfaites en raison d'un délai proche de deux semaines.

3.1.3 – Système de prise de rendez-vous

Lorsqu'il a été question d'évaluer la satisfaction vis à vis du système de prise de rendez-vous par courrier/ticket avec un médecin généraliste, une petite majorité à 51,1% (n=23) des participants se sont estimés insatisfaits. Le score moyen à cette question était de 2,5 sur 4 (écart-type 0,9).

Cette insatisfaction peut paraître étonnante compte tenu du bon taux de satisfaction obtenu à la question précédente. Nous reviendrons sur ce constat paradoxal dans l'analyse un peu plus loin, mais on peut d'ores et déjà commencer son explication au travers des commentaires réalisés par les participants. Ces derniers mettent en exergue la lenteur d'un système de prise de rendez-vous que les participants considèrent comme peu fiable en termes de transmission et de traçabilité des demandes. Six participants précisent ainsi « *ne pas avoir eu de réponses* » en retour à leur demande écrite « *jusqu'à réécrire ou être convoqué par signalement de l'administration pénitentiaire* ». Trois d'entre eux évoquent une relève du courrier insuffisante et des boîtes aux lettres régulièrement vandalisées. Les difficultés d'écriture, surtout chez les personnes détenues étrangères ont été mentionnées par deux participants.

Par ailleurs, on ne note par ailleurs pas d'écart significatif de satisfaction vis-à-vis du système de rendez-vous entre les deux centres pénitentiaires.

Mais c'est en premier lieu l'inadaptation de ce système aux situations d'urgence qui est ressortit au travers d'une majorité de commentaires.

Enfin, l'insatisfaction ne touche pas seulement le versant somatique des unités sanitaires car 70% (n=16) des participants insatisfaits du système de rendez-vous étaient suivis par les équipes du SPAD. Ce résultat souligne la forte demande de consultations et de suivis psychiatriques et alimente les débats autour de la santé mentale en milieu carcéral que nous aurons en discussion.

3.1.4 – Gestion des demandes médicales urgentes ressenties

Les participants ont ensuite été invité à exprimer leur satisfaction vis-à-vis de la gestion de leurs demandes médicales ressenties comme urgentes. Il en ressort un taux de satisfaction de 40% (n=18) et quatorze patients ont émis un commentaire au cours de cette question. Le score moyen à cette question était de 2,5 sur 4 (écart-type 0,9 ; médiane 2).

Alors que les urgences vitales en heures ouvrées semblent relativement bien gérées, avec deux commentaires relatant la prise en charge rapide et efficace d'une crise d'épilepsie et d'un malaise avec perte de connaissance, ce sont surtout les urgences « relatives », notamment les douleurs dentaires et les périodes sans permanence des soins, particulièrement la nuit, et le week-end, qui faisaient l'objet de critiques.

Ces situations amènent certains participants à exprimer une « *peur de mourir en prison* » (n=5) et à critiquer le rôle d'intermédiaire des surveillants pénitentiaires entre les patients et les soignants. Pour douze participants, l'administration pénitentiaire constituait un frein majeur à l'accès aux soins urgents, dénonçant des prises de décision parfois arbitraires et indépendantes de toute considération médicale. Trois d'entre eux regrettaien l'absence de moyen direct pour donner l'alerte auprès d'un professionnel de santé « *on devrait pouvoir faire le 15 ou le 18* ».

Enfin, quatre patients émettaient des réserves quant à la qualité des transmissions d'informations entre l'administration pénitentiaire et les unités sanitaires spécialement lors d'évènements survenus la nuit ou le week-end.

On remarque également que 87% (n=13) des participants aux antécédents d'hospitalisation étaient insatisfaits de la gestion de leurs demandes médicales urgentes contre 47% (n=14) des participants n'ayant pas séjourné à l'hôpital au cours de leur incarcération (p<0,05).

Parmi les participants atteints d'une maladie chronique, ils sont 87% (n=11) insatisfaits de la gestion de leurs demandes médicales urgentes, contre 50% (n=16) chez les participants indemnes de pathologie chronique (p<0,05).

3.1.5 – Temps passé en salle d'attente

Nous nous sommes ensuite penchés sur la satisfaction vis-à-vis du temps passé en salle d'attente lors d'un rendez-vous avec un médecin généraliste. Le taux de satisfaction était de 37,8% (n=17) et le score moyen de 2,3 sur 4 (écart-type 0,9).

La grande majorité des commentaires (9 sur 11) chiffreraient une durée d'attente entre 30 et 60 minutes avant et après la consultation. Les critiques visaient essentiellement les attentes des mouvements pénitentiaires, c'est à dire l'attente en lien avec les contraintes sécuritaires. En effet, pour des raisons de sécurité, les patients sont rarement autorisés, sauf autorisation spéciale, à circuler librement entre leur cellule et l'unité sanitaire. Ils sont généralement accompagnés dans leurs déplacements par des équipes de surveillants pénitentiaires, qui assurent les trajets par petit groupe de personne détenus. L'attente engendrée par la constitution des équipes pénitentiaires et des groupes de patients, rallonge le temps passé en salle d'attente.

Cependant ce mode de fonctionnement reste propre au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2.

Sur le centre d'Aix-Luynes 1, une fois la porte de leur cellule ouverte, la plupart des patients peuvent circuler de manière individuelle entre leur cellule et l'unité sanitaire du moment qu'un justificatif de rendez-vous à l'unité médicale puisse être fourni à chaque point de contrôle. Les patients mineurs et les patients considérés à risque par l'administration pénitentiaire sont quant à eux toujours en mouvement accompagné.

Malgré ces divergences, la comparaison des taux de satisfaction relatifs au temps passé en salle d'attente entre les participants du CP 1 et ceux du CP 2 montre des résultats assez proches de l'ordre de 40%.

Pour trois participants satisfaits, le temps d'attente était similaire à celui chez un médecin généraliste en ville.

Enfin, parmi les commentaires, cinq participants relevaient que les problèmes d'attente à l'USMP impactaient le déroulement des autres activités pénitentiaires comme les parlois, les promenades, et les activités professionnelles.

3.1.6 – Aménagement des locaux des USMP

Une petite majorité à 51,1% (n= 23) des participants s'estimait satisfaite de l'aménagement des locaux des USMP. Le score moyen à cette question était de 2,6 sur 4 (écart-type 1).

Les bureaux de consultation, infirmerie et les autres salles de soins n'ont pas fait l'objet de remarques.

Les commentaires d'insatisfaction se sont polarisés autour du manque de propreté des salles d'attentes, particulièrement dans les locaux de l'USMP du CP d'Aix-Luynes 1 (10 commentaires sur 19). Ces locaux sont situés dans l'enceinte la plus ancienne du CP d'Aix-Luynes mise en service en 1990. Les participants y dénoncent une surface au sol sous dimensionné, qui aux heures d'affluence accueille un nombre trop important de patients. Quatre participants ont exprimé leur mécontentement vis à vis des dispositifs d'hygiène des salles d'attente (toilettes insalubres, hors service, mauvaise ventilation, odeurs nauséabondes). Six participants se sont exprimés sur la gêne occasionnée par les fumées et odeurs de tabac. Deux d'entre eux se sont positionnés en faveur d'un meilleur contrôle de cette interdiction, tandis que la majorité préférait la création de salles d'attente fumeurs et non-fumeurs.

Enfin, deux sexagénaires se sont plaints d'assises peu confortables responsables d'une exacerbation de leurs douleurs dans les salles d'attentes de l'USMP du CP d'Aix-Luynes 1.

Compte tenu de la différence d'âge de construction des deux centres, nous avons effectivement retrouvé une différence statistiquement significative de la satisfaction des locaux entre les participants du CP 1 et le CP 2. En effet, 72,2% (n=13) des personnes interrogées sur le CP 1 étaient insatisfaites contre 33,3% (n=9) sur le CP 2 ($p<0,05$).

3.2 – Niveaux de satisfaction des participants concernant l'information délivrée par les médecins généralistes de l'USMP

Tableau 9 : Score de satisfaction des participants concernant l'information délivrée par le pôle somatique de l'USMP sur 12 (n=45)

	n	Moyenne	Écart-type	Valeur du p
Score total d'information	45	9,8	1,8	-
Âge				
Moins de 50 ans	34	9,6	1,9	$p=0,23^*$
50 ans ou plus	11	10,5	1,1	
Lieu d'incarcération				
CP d'Aix-Luynes 1	18	9,5	1,6	$p=0,18^*$
CP d'Aix-Luynes 2	27	10	1,8	
Statut judiciaire				
Prévenu	18	10,3	1,9	$p=0,09^*$
Condamné	27	9,5	1,6	
Nombre d'incarcération				
Première incarcération	18	9,7	1,6	$p=0,48^*$
Récidive	27	9,9	1,9	
Durée d'incarcération actuelle				
Moins de 12 mois	33	9,9	1,7	$p=0,72^*$
12 mois ou plus	12	9,6	1,8	
Suivi médical antérieur à l'incarcération				
Oui	34	9,9	1,7	$p=0,73^*$
Non	11	9,6	2	
Antécédent de maladie chronique				
Oui	13	10	1,3	$p=0,94^*$
Non	32	9,7	1,9	
Antécédent d'hospitalisation				
Oui	15	9,6	1,6	$p=0,50^*$
Non	30	9,9	1,8	
Suivi par les équipes des soins psychiatriques du SPAD				
Oui	28	9,9	1,8	$p=0,58^*$
Non	17	9,7	1,7	
Prise d'un traitement à visée psychiatrique				
Oui	34	9,6	1,5	$p=0,29^{**}$
Non	11	10,3	1,8	

Consommation de toxiques					
Oui	35	9,7	1,5	p=0,50*	
Non	10	10,2	1,8		
Report de soin					
Oui	7	10,6	2,5	p=0,06*	
Non	38	9,7	1,6		
Etat de santé perçu					
Bon à excellent	9	10,6	1,4	p=0,13**	
Moyen à très mauvais	36	9,6	1,8		

*Test de la somme des rangs de Wilcoxon

**Test de Student

***Test de Welch

Le score de satisfaction pour l'ensemble des trois questions relatives à l'information délivrée par les médecins généralistes de l'USMP était de 9,8 sur 12 (écart-type 1,8). Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative de ce score entre les différentes variables qualitatives testées (Cf. tableau 9).

Cependant, les personnes ayant reportées un soin en raison de leur incarcération (après avis médical ou sur décision personnelle) comme le retrait de matériel d'ostéosynthèse, semblent plus satisfaites de la qualité des informations délivrées par les médecins généralistes que les personnes n'ayant pas reportées de soins au cours de leur détention.

3.2.1 – *Informations délivrées par les médecins généralistes*

À la question relative à la qualité des informations délivrées par les médecins généralistes, une écrasante majorité à 88,6% (n=39) s'est dit satisfaite à très satisfaite. Le score moyen à cette question était de 3,4 sur 4 (écart-type 0,7 ; médiane 4).

Treize participants ont précisé qu'ils appréciaient les qualités d'écoute des médecins généralistes. Le fait d'être considéré en tant que personne et « *pas seulement comme un détenu* », « *sans préjugés* » est ressortit au travers de huit entretiens.

Le taux d'insatisfaction était de 17% au CP 1 contre 7% au CP 2 (p>0,05). Six remarques ont été émises par des participants insatisfaits. Deux d'entre eux estimaient ne pas recevoir suffisamment d'explication sur leur état de santé et leurs prescriptions et une personne exprimait un défaut de compréhension lié à l'utilisation de termes médicaux complexes.

Enfin, et de manière plus surprenante, deux participants jugeaient les compétences des médecins généralistes en milieu pénitentiaire comme insuffisantes, les imaginant « *moins diplômés* » et victimes de « *travail forcé* ». Ces participants avaient respectivement consulté trois et cinq fois un médecin généraliste, mais nous n'avons pas pu déterminer le nombre de médecins consulté par ces deux individus.

Si les premières critiques sont aussi retrouvées dans les enquêtes de satisfaction menées en milieu libre au sein des patientèles de médecine générale (63,64), les croyances évoquées en matière de compétences des médecins exerçant en prison, bien que surprenantes et erronées, nous étonne et feront l'objet d'un développement dans notre discussion.

On observe par ailleurs une surreprésentation des catégories socio-professionnelles défavorisées parmi les participants insatisfaits. Ainsi, 80% des personnes insatisfaites avaient arrêter leurs études aux collèges (n=4) ou appartenaient à la catégorie professionnelle ouvrière (PCS 6, n=4).

3.2.2 – Respect du secret médical

Nous avons ensuite interrogé les patients vis-à-vis du secret médical en milieu carcéral. Le score moyen à cette question est de 3,5 sur 4 (écart-type 0,7) après gestion des quatre données manquantes.

Ainsi, 90% (n=37) des participants se sont prononcés comme satisfaits du traitement des données astreintes au secret médical par les équipes de médecins généralistes des USMP.

Nous n'avons pas constaté pas de différence statistiquement significative de satisfaction entre les participants du CP 1 et du CP 2.

Ce résultat positif nous permet d'apprécier la confiance placée par les participants dans l'un des aspects fondamentaux de la relation médecin-patient mais ne saurait cacher les obstacles rencontrés par la confidentialité des données personnelles de santé dans un système carcéral centré sur des principes de surveillance.

3.2.3 – Documentation disponible à l'USMP

Enfin, le taux de satisfaction vis-à-vis des informations disponibles en libre-service dans les espaces de soins des USMP était de 64,5% (n=29). Le score moyen de 2,8 sur 4 (écart-type 0,8).

Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative de satisfaction entre les participants du CP d'Aix-Luynes 1 et ceux du CP d'Aix-Luynes 2.

Toutefois, alors que 18,2% (n=2) des participants de 50 ans ou plus s'estiment insatisfaits de la documentation disponible à l'USMP, on observe une augmentation de ce mécontentement à 54,5% (n=6) chez les 18 – 29 ans.

3.3 – Niveaux de satisfaction des participants concernant le suivi et la qualité des soins délivrés par les médecins généralistes de l’USMP

Tableau 10 : Score de satisfaction des participants concernant la qualité des soins et du suivi médical par les médecins généralistes de l’USMP (n=45)

	n	Moyenne	Écart-type	Valeur du p
Score de qualité des soins et du suivi médical	45	16,9	2,4	-
Âge				
Moins de 50 ans	34	16,8	2,5	p=0,47**
50 ans ou plus	11	17,4	2,4	
Lieu d’incarcération				
CP d’Aix-Luynes 1	18	16,5	2,4	p=0,36*
CP d’Aix-Luynes 2	27	17,1	2,5	
Statut judiciaire				
Prévenu	18	17,5	2,5	p=0,18**
Condamné	27	16,5	2,3	
Nombre d’incarcération				
Première incarcération	18	16,8	2,3	p=0,58*
Récidiviste	27	17	2,6	
Durée d’incarcération actuelle				
Moins de 12 mois	33	17,1	2,3	p=0,47**
12 mois ou plus	12	16,5	2,8	
Suivi médical antérieur à l’incarcération				
Oui	34	17	2,5	p=0,63*
Non	11	16,7	2,3	
Antécédent de maladie chronique				
Oui	13	17,1	2,5	p=0,92*
Non	32	16,8	2,2	
Antécédent d’hospitalisation				
Oui	15	16	2,4	p=0,07*
Non	30	17,3	2,4	
Suivi par les équipes des soins psychiatriques du SPAD				
Oui	28	16,9	2,4	p=0,95*
Non	17	16,9	2,6	
Prise d’un traitement à visée psychiatrique				
Oui	34	16,8	2,4	p=0,55*
Non	11	17,2	2,6	
Consommation de toxiques				
Oui	35	16,9	2,4	p=0,84*
Non	10	17	2,6	

Report de soin		7	16,7	3,1	p=0,88**
Oui		38	16,9	2,3	
Non					
Etat de santé perçu					
Bon à excellent		9	18,3	1,5	p=0,04*
Moyen à très mauvais		36	16,5	2,5	

*Test de la somme des rangs de Wilcoxon

**Test de Student

***Test de Welch

Le score de satisfaction pour l'ensemble des cinq questions relatives à la qualité des soins et du suivi médical par les médecins généralistes était en moyenne de 16,9 sur 20 (écart-type 2,4).

Dans ce score, nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative des moyennes de satisfaction entre les participants percevant leur état de santé comme bon à excellent et ceux dont la santé était perçue comme moyenne à très mauvaise. Ces derniers ont tendance à être moins satisfaits de la qualité des soins et du suivi médical que les participants se concevant en bonne santé (p<0,05).

Ce résultat est rejoint par celui retrouvé entre les participants aux antécédents d'hospitalisation et ceux n'ayant pas vécu d'extraction médicale au cours de leur incarcération. Bien que non significatif (p=0,07), ce résultat suggère une satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins et du suivi médical moins importante de la part des participants ayant connu une hospitalisation comparativement aux personnes ayant réalisées l'intégralité de leur prise en charge médicale en milieu carcéral.

3.3.1 – *La consultation arrivant*

La consultation « arrivant » a été jugé satisfaisante par 91% (n=41) des personnes interrogées. Le score moyen à cette question était de 3,5 sur 4 (écart-type 0,7).

Notre étude comptait 35 participants incarcérés depuis un état de liberté, et 10 participants incarcérés depuis un transfert inter-établissement.

Trois des dix participants issus d'un transfert inter-établissement n'étaient pas satisfaits de cette première consultation contre un seul des trente-cinq participants incarcérés depuis le milieu libre.

Quarante participants (88,9%) ont signalé avoir été reçu dans les 48 heures suivant leur entrée en détention. La très grande majorité d'entre eux à 85% (n=34) étaient des participants incarcérés depuis le milieu libre. Quatre des cinq participants qui estimaient ne pas avoir été reçu assez rapidement avaient été incarcérés suite à un transfert inter-établissement.

3.3.2 – Qualité de l'accueil

La majorité des participants s'estiment satisfaits à 93,3% (n=42) de l'accueil qui leur est réservé à leur arrivée à l'USMP. Le score moyen à cette question était de 3,6 sur 4 (écart-type 0,6 ; médiane 4).

À leur arrivée à l'USMP, les patients sont tout d'abord accueillis par deux à trois surveillants postés de manière fixe à l'USMP. Ces derniers procèdent aux différents contrôles de sécurité nécessaires avant d'installer les patients en salle d'attente. Les médecins viennent et ramènent au décours de chaque consultation les patients au niveau de ces salles d'attente. Le colloque médecin-patient reste singulier hormis si les conditions de sécurité ne sont pas jugées satisfaisantes pour le médecin ou tout autre membre de l'équipe soignante, ce qui reste extrêmement rare.

Parmi les commentaires, les participants soulignent en majorité les gestes de politesse et les sourires comme « *des manières humaines de traiter les gens* ».

En revanche, les trois participants insatisfaits critiquaient l'attente parfois longue en salle d'attente, particulièrement sur les créneaux de consultations non programmées.

3.3.3 – Durée de consultation

Le temps accordé par les médecins généralistes lors des consultations a été jugé satisfaisant par 97,8% (n=44) des participants. Le score moyen à cette question était de 3,7 sur 4 (écart-type 0,5 ; médiane 4).

Les douze remarques étaient toutes positives dans le sens d'une écoute attentive de la part des médecins généralistes et d'une possibilité de pouvoir « *se confier en toute sécurité sans craindre d'être jugé* ».

Quatre participants déclaraient recevoir les explications attendues vis-à-vis de leur état de santé et s'enthousiasmaient pour la diversité des compétences possédée par les médecins généralistes des USMP (échographies, plâtres, sutures, électrocardiogrammes, etc.).

3.3.4 – Prescriptions médicamenteuses

Nous avons ensuite demandé aux participants de donner leur avis sur les prescriptions réalisées par les médecins généralistes de l’USMP.

À cette question, le taux de satisfaction était de 69% (n=31), et le score moyen de 2,8 sur 4 (écart-type 0,8 ; médiane 3). La majorité des participants insatisfaits étaient incarcérés au CP 2 (64% ; n=9). Nous n’avons néanmoins pas constaté de différence statistiquement significative de satisfaction entre les deux centres pénitentiaires.

Un nombre important de commentaires ont accompagné cette question, preuve que les prescriptions médicamenteuses font partie intégrante des problématiques carcérales.

Au sujet de la distribution des traitements, quatre participants signalaient des incidents dans la délivrance de leurs médicaments, avec un nombre parfois insuffisant de comprimés et des vols entre personnes détenues. Ce problème avait été selon trois d’entre eux, responsable d’un recours au « *troc de médicaments entre détenus* », et selon un autre, d’une rupture dans la prise de son traitement pendant quelques jours.

D’autre part, trois participants affirmaient sans preuves que les médicaments délivrés en prison étaient de « *mauvaise qualité, différents de ceux disponibles en milieu libre* ».

Mais l’écrasante majorité des commentaires (19 sur 27) portaient sur les prescriptions de psychotropes, et sur la prise en charge insuffisante de la douleur.

Concernant la douleur, l’origine dentaire était en grande partie responsable du mécontentement. Une dizaine de participants critiquaient les prescriptions trop systématiques de paracétamol simple, ainsi que des quantités d’antidouleurs insuffisantes.

Concernant les traitements psychotropes, neuf personnes signalaient des prescriptions faciles à obtenir en consultation ou auprès d’autres personnes détenues. Pour huit participants, l’image renvoyée par cette catégorie médicamenteuse était très négative, certains jugeant ces traitements « *inutiles* », voire « *dangereux* », et responsables d’usages inadaptées. Ce constat est plutôt paradoxal venant d’une population qui présente une moyenne de prescriptions de 1,8 traitements psychotropes par participants (Cf. tableau 4). Mais derrière cette dualité se cache probablement une large partie des problématiques relatives à la place des médicaments en milieu carcéral et sur lesquelles nous reviendrons.

Néanmoins, la méfiance vis à vis de ces traitements a conduit sept personnes à se confier sur un refus de prescription, majoritairement par peur d'être stigmatisé. Une des personnes interrogées exprimait également un sentiment de solitude, estimant que : « *la seule réponse à ma souffrance morale reste principalement de prendre des cachets* ». La mise en parallèle de ce commentaire avec les bons résultats obtenus aux questions relatives à la durée de consultation et d'écoute des médecins généralistes soulève quelques interrogations quant à la perception de la santé mentale en prison. Nous reviendrons plus largement sur ce point au cours de la discussion mais nous pouvons d'ores et déjà évoquer l'impact majeur des conditions de vie mêlant isolement, promiscuité, insalubrité, violences, etc., sur la santé psychique des personnes détenues et les difficultés rencontrées par le service de psychiatrie pour répondre dans des délais raisonnables aux très nombreuses demandes de consultation.

Sept commentaires soulignaient l'apport positif du suivi psychologique par les équipes des soins psychiatriques du SPAD, notamment en matière de sevrage addictologique, et ce malgré « *des délais de rendez-vous très longs* », de l'ordre d'un mois pour cinq d'entre eux.

Enfin, deux remarques faisaient état d'oublis de prescriptions à la suite de retours d'hospitalisation. Bien qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été constatée dans la satisfaction des prescriptions réalisés par les médecins généralistes entre les participants aux antécédents d'hospitalisation et ceux non hospitalisés ($p=0,17$), le taux de satisfaction à cette question apparaît tout de même moins bon chez les premiers cités que chez les seconds, avec respectivement 53% ($n=8$) et 77% ($n=23$) de participants satisfaits.

Pour éclairer ce résultat, nous avons regardé les moyennes de prescriptions entre les participants avec ou sans antécédents d'hospitalisation. Ils présentent respectivement une moyenne de prescriptions de 4,5 (ET 1,7) et 2,2 (ET 3,6) traitements par personne. Ce lien nous semble exploitable dans la mesure où l'alourdissement des ordonnances consécutivement à une hospitalisation est peut-être responsable d'une diminution de la satisfaction des prescriptions du fait des risques accrus d'accident dans la chaîne de distribution des médicaments. Par ailleurs, on peut se demander si la survenue d'effets indésirables en lien avec un nombre de prescriptions plus nombreuses n'est pas aussi en partie responsable de l'insatisfaction des participants aux antécédents d'hospitalisation.

3.3.5 – Suivi médical par les médecins généralistes

Pour terminer, nous avons demandé aux participants de donner leur avis sur la qualité du suivi de leurs problèmes de santé par les médecins généralistes de l'USMP.

Nous avons retrouvé un taux de satisfaction à cette question de 80% ($n=36$). Le score moyen était de 3,2 sur 4 (écart-type 0,8).

Si la continuité des soins était appréciée par plusieurs participants, notamment dans l'aspect relationnel, « *on se souvient de moi, pas besoin de reprendre mon histoire à zéro à chaque fois* », de nombreuses remarques mettaient en lumière les difficultés relatives à la conciliation du suivi médical avec les contraintes pénitentiaires.

Le problème qui suscitait le plus de commentaires était celui des extractions médicales accompagnées par le port d'entraves.

La question relative au suivi médical a également été la première à voir trois participants soulevés les problèmes de sous-effectif médical et de surpopulation carcérale. Ils les rendaient responsables d'un allongement des délais de consultations.

L'accès aux équipes de psychiatrie du SPAD, et aux soins dentaires, ont fait l'objet de quatorze remarques rapportant principalement des problèmes pour obtenir un rendez-vous rapide en cas de besoin estimé urgent.

Les prises en charge externe regroupant les consultations spécialisées et les examens complémentaires d'imageries (scanner, IRM, etc.) ont fait l'objet de six commentaires faisant état de délais de l'ordre de deux à trois mois.

Huit participants regrettaien l'absence de certaines consultations spécialisées en détention, particulièrement dans les domaines chirurgicaux d'orthopédie et de chirurgie viscérale, ainsi que dans les domaines de cardiologie, dermatologie et gastro-entérologie.

Enfin, deux participants déploraient les conséquences pénitentiaires relatives au changement de numéro d'écrou lors d'une hospitalisation. Six participants ont ainsi déclaré avoir reporté certains soins non urgents à leur sortie d'incarcération.

Par ailleurs, si cinq participants ont déclaré que leur incarcération avait été l'occasion de « *prendre en main* » leur santé, huit ont cependant considéré la détention comme un « *lieu inadapté* » et même « *dangereux* » dans la gestion de leur santé.

3.4 – Niveau de satisfaction global

Tableau 11 : Score de satisfaction global des participants (n=45)

	n	Moyenne	Écart-type	Valeur du p
Score fonctionnement et organisation	45	42,9	6,6	-
Âge				
Moins de 50 ans	34	42,8	7,2	p=0,78*
50 ans ou plus	11	43,4	5	
Lieu d'incarcération				
CP d'Aix-Luynes 1	18	41,6	5,8	p=0,21*
CP d'Aix-Luynes 2	27	43,8	7,1	
Statut judiciaire				
Prévenu	18	44,6	7	p=0,09*
Condamné	27	41,7	6,3	
Nombre d'incarcération				
Première incarcération	18	42	6,8	p=0,42*
Récidiviste	27	43,6	6,6	
Durée d'incarcération actuelle				
Moins de 12 mois	33	43,4	6,5	p=0,43*
12 mois ou plus	12	41,6	7	
Suivi médical antérieur à l'incarcération				
Oui	34	43,4	6,8	p=0,45*
Non	11	41,6	6,2	
Antécédent de maladie chronique				
Oui	13	42,7	4,3	p=0,86*
Non	32	43	7,5	
Antécédent d'hospitalisation				
Oui	15	40,6	4,7	p=0,09*
Non	30	44,1	7,2	
Suivi par les équipes des soins psychiatriques du SPAD				
Oui	28	42,6	6,2	p=0,80*
Non	17	43,6	7,5	
Prise d'un traitement à visée psychiatrique				
Oui	34	42,1	6,3	p=0,17*
Non	11	45,5	7,4	
Consommation de toxiques				
Oui	35	42,6	6,6	p=0,57*
Non	10	44,2	7	
Report de soin				
Oui	7	44,9	8,4	p=0,30*
Non	38	42,6	6,3	

Etat de santé perçu

Bon à excellent	9	45,9	5,6	p=0,12*
Moyen à très mauvais	36	42,2	6,7	

*Test de la somme des rangs de Wilcoxon

**Test de Student

***Test de Welch

Le score de satisfaction global englobant l'ensemble des trois sous scores développé ci-dessus retrouvait un score global moyen de 42,9 sur 54 (écart-type 6,1 ; médiane 38).

On peut donc en conclure que les participants sont globalement satisfaits des conditions de prise en charge médicale par les médecins généralistes des USMP du Centre Pénitentiaire d'Aix-Luynes.

Ces résultats méritent cependant d'être pondérés par un certain nombre de paramètres propres au milieu carcéral que nous allons chercher à expliquer au cours de l'analyse de l'enquête de satisfaction.

Bien qu'aucune différence statistiquement significative des scores de satisfaction globaux n'ait été mise en évidence parmi les variables testées, deux d'entre elles ont néanmoins retenues notre attention.

Tout d'abord, les participants ayant fait un séjour hospitalier au cours de leur incarcération semblent de nouveau ressortir moins satisfaits que les participants exclusivement pris en charge au sein des USMP du CP d'Aix-Luynes.

Enfin, une différence semble se dégager entre les participants au statut judiciaire de condamné et ceux au statut de prévenu. En effet, les premiers semblent globalement moins satisfaits de la prise en charge somatique que les seconds. Pour tenter d'expliquer ce phénomène, il convient de rappeler la répartition inhomogène de ces deux statuts judiciaires entre le CP d'Aix-Luynes 1 et celui d'Aix-Luynes 2. En effet, sur les 18 personnes interrogées à l'USMP du CP d'Aix-Luynes 1, 94,4% (n=17) déclaraient être condamné par la justice, contre 37% (n=10) au CP d'Aix-Luynes 2. Cette association, nous permet de supposer un rôle joué par l'infrastructure du CP d'Aix-Luynes 1 sans pouvoir appuyer cette hypothèse par un résultat statistiquement significatif. Quant aux équipes de médecins généralistes, ces derniers exercent régulièrement dans les deux unités sanitaires, ce qui limite la responsabilité individuelle des médecins.

4 – ANALYSE DE L’ENQUÊTE DE SATISFACTION

Venons-en maintenant à l’analyse de notre enquête de satisfaction sur laquelle nous allons discuter différentes pistes d’améliorations des services de santé au CP d’Aix-Luynes.

Tout d’abord, rappelons que le score de satisfaction global de notre enquête est globalement satisfaisant ce qui suggère une prise en charge sanitaire par les médecins généralistes du CP d’Aix-Luynes conforme à la plupart des attentes de santé exprimées par les personnes détenues.

Ce résultat, bien que très encourageant notamment en matière de bénéfice sur l’observance et la poursuite des soins, ne saurait cacher l’insatisfaction au sujet de certaines particularités des soins en milieu pénitentiaire.

4.1 – Analyse de la satisfaction relative au fonctionnement et à l’organisation des USMP

Le domaine pour lequel les participants apparaissent le moins satisfaits est celui relatif au fonctionnement et à l’organisation des USMP.

Dans ce domaine, il semblerait que les participants ayant une prescription d’un ou plusieurs traitements à visée psychiatrique soient moins satisfaits de l’organisation et du fonctionnement des USMP que ceux n’ayant pas ce type de prescriptions. Pour l’expliquer, nous pouvons supposer que les personnes nécessitant une prise en charge médicamenteuse en rapport avec un trouble psychique présentent des attentes et des besoins de prise en charge supérieurs aux personnes pour lesquelles le vécu psychique de l’incarcération ne nécessite pas forcément de support médicamenteux. Leurs demandes plus fréquentes de consultations n’aboutissent pas systématiquement à des rendez-vous suffisamment rapprochés ce d’autant que le sous-effectif de médecins généralistes lors de l’enquête a probablement ralenti la fréquence des consultations de suivi.

Dans ces conditions, les services de santé éprouvent de réelles difficultés pour répondre à la forte demande aggravée par le phénomène de surpopulation carcérale, les temps de blocages des mouvements pénitentiaires, et les flux quotidiens d’entrées et sorties de l’établissement.

Cet écart de satisfaction met en garde des conséquences d’un allongement des délais de prise en charge des problèmes touchant à la santé mentale qui peuvent faire craindre une augmentation des mésusages médicamenteux et dans son sillage, une augmentation du risque suicidaire.

Mais ces difficultés d'effectifs soignants en milieu pénitentiaire ne semblent pas isolées au CP d'Aix-Luynes ni à la profession de médecin. Doit-on y voir un manque d'attractivité de l'exercice de la médecine et plus généralement de la santé en milieu carcéral ?

Selon nous, elles démontrent surtout les difficultés de recrutement que connaissent encore aujourd'hui les services médicaux en prison. Ces difficultés peuvent en partie s'expliquer par une mise en valeur insuffisante de ce secteur d'exercice professionnel au cours de la formation initiale des jeunes médecins qui s'orientent préférentiellement vers le secteur hospitalier ou libéral au cours de leur cursus universitaire.

Bien qu'il existe plusieurs formations universitaires relatives à la médecine en milieu pénitentiaire dans différentes facultés de Médecine (Paris Descartes, Lyon, Bordeaux, Saint-Étienne, Nice), l'absence d'approche de ce milieu dès le deuxième cycle des études de médecine doit participer à la méconnaissance des futurs professionnels de santé sur le sujet.

Par ailleurs, si l'ouverture des prisons aux internes de médecine n'est pas nouvelle, la généralisation des modules d'enseignement portant sur l'exercice professionnel en prison, pourrait susciter la curiosité d'un nombre plus important d'étudiants, augmentant les chances de voir s'étoffer à la fois l'effectif et la diversité dans l'offre de soins. Des terrains de stage hors-filière pourrait voir le jour dans des spécialités comme la médecine interne, la dermatologie ou l'ophtalmologie et la radiologie, d'autant plus, que les USMP du CP d'Aix-Luynes possède le matériel nécessaire aux examens ophtalmologiques et radio-échographiques.

4.1.1 – Le système de communication

L'insatisfaction dégagé par le système de rendez-vous par courrier ticket nous a tout d'abord paru étonnante compte tenu du bon taux de satisfaction obtenu à la question portant sur le délai d'attente avant d'être reçu en consultation par un médecin généraliste.

Ce système de communication semble cristalliser un certain nombre de mécontentements qui ne sont pas exclusifs à son utilisation dans le domaine de la santé. Les critiques s'articulent autour de ses principaux défauts en matière de traçabilité, de confidentialité, et d'équitabilité entre les personnes sachant écrire ou non.

En effet, toutes les demandes qu'elles soient d'ordre administrative pour demander un travail, des parloirs, des cantines, ou d'ordre médico-social pour voir un médecin, un psychologue, une assistante sociale, un membre des services d'insertion et de probation, etc. sont régie par des courriers manuscrits.

En matière de confidentialité des données de santé, l'exemple de ne pas pouvoir remettre une demande de consultation directement à un membre du personnel soignant engendre probablement des doutes sur l'acheminement du courrier et place le respect du secret médical en porte à faux des valeurs qu'il cherche à garantir, à fortiori quand le courrier est remis à un membre du personnel de l'administration pénitentiaire.

En termes de traçabilité, l'attente d'une confirmation via le retour d'un ticket de consultation distribué deux à trois fois par semaine peut paraître longue et incertaine majorant l'insatisfaction envers ce système.

Dans le domaine de la santé, l'inadaptation de ce système aux situations d'urgence ressort avec force de notre recherche. En effet, certaines situations sanitaires particulières comme les urgences vitales, exigent un système de communication performant permettant la transmission d'information rapide et précise dans le but d'améliorer les chances de survie des patients. Cela paraît d'autant plus important en milieu carcéral que ce dernier possède des conditions de sécurité ayant fait la preuve de leur rôle dans l'allongement des délais de prise en charge extra-hospitalier. (69)

En cas d'urgence, les personnes détenues préviennent le personnel pénitentiaire par leur veilleuse de cellule, si elle fonctionne, et généralement par la voix. Mais d'après notre travail, au cours de certaines périodes, notamment aux heures de promenades et la nuit, les temps de réponses peuvent être longs, potentialisant l'angoisse de ne pas pouvoir être secouru. La nuit, en plus de la diminution des effectifs pénitentiaires, la procédure se complique et comme le faisait remarquer le CNCDH en 2007 « *outre qu'il doit entendre les appels du détenu en détresse ou ceux de ses codétenus, le surveillant de garde doit évaluer la gravité de la situation, demander le cas échéant à un gradé – seul habilité à ouvrir la cellule – de se rendre sur les lieux, et enfin contacter le médecin régulateur du centre 15 qui enverra un médecin sur place* ». Cette chaîne de l'urgence à trois bouts – patient, surveillant, médecin – semble trop longue à démêler en période de nuit, ce qui laisse courir le risque d'évènements plus graves par conséquence d'un retard de prise en charge.

De plus les surveillants pénitentiaires se voient chargés de missions contradictoires avec d'un côté une mission d'assistance pour répondre aux demandes de soins et d'alerte des secours en cas d'urgence et de l'autre des missions de sécurité, de surveillance et de réinsertion. En 2006, le CCNE décrivait le malaise de la profession avec des professionnels placés dans une « *situation de confusion et de perte de repères sur le sens même de son métier* » (70).

Dans l'étude sociologique « Soigner en prison », Milly décrit les surveillants comme « *un relais indispensable et incontournable dans l'accès aux soins* », avec leur rôle d'intermédiaire entre les personnes détenues et les services de santé. Cela leur donne un pouvoir de négociation important avec les personnes détenues. En effet, quand une personne incarcérée est en conflit avec le personnel de détention, il arrive de voir des surveillants retarder la transmission des demandes sans risques de non-assistance à personne en danger. Les retards dans l'accès des personnes détenues à l'USMP seraient donc une des manifestations des relations entre personnel de surveillance et personnes détenues, dont George Benguigui (71) propose une typologie éclairante : les rapports de contrainte, de négociation et de don-contre-don.

La transmission des demandes de consultations médicales s'apparente beaucoup plus à du donnant-donnant, dans une logique utilitariste : une transmission rapide de la demande en échange de calme et de respect. La transmission des demandes se comprend donc comme le fruit de négociations, avec en toile de fond la volonté des surveillants de ne pas apparaître comme les agents d'exécution des personnes détenues.

Il est donc clair que les retards dans les consultations ou dans la transmission des demandes des personnes détenues se comprennent d'abord au regard des relations entre les surveillants et les personnes détenues. Même si le droit à la santé est généralement respecté, les acteurs de santé assistent en spectateurs passifs à une relation carcérale, profondément duale et qui leur échappe. En cela, ce sont eux qui se trouvent relégués en position de tiers. On voit ainsi s'opposer deux formes de relations : la relation thérapeutique où le surveillant est le “tiers de trop”, et, la relation carcérale où le praticien de santé devient le “tiers gênant”. Les retards ou les annulations de consultations montrent que ces deux relations sont en permanence imbriquées en milieu pénitentiaire. Cette imbrication est pourvoyeuse de tension pour la plupart des professionnels de santé car elle remet en cause deux fondements de leur profession : l'autonomie d'exercice et la dualité de la relation médecin – patient.

D'un point de vue extérieur, le fait que les surveillants s'octroient la possibilité de juger de l'urgence d'un traitement est très critiqué : les personnes détenues soulignent généralement que le droit à la santé n'est pas respecté ou qu'il l'est avec retard et les professionnels de santé rappellent que c'est à eux de juger de l'urgence ou non d'une prise en charge médicale. Il reste que la situation institutionnelle du surveillant dans la prison le place officiellement en position de relais et d'informateur médical.

Toutefois, il convient de ne pas exagérer l'importance de ces retards qui restent dans leur majorité limitée dans le temps et ne concernent que de rares cas d'urgence, souvent en situation de sous-effectif de surveillants. De fait, les cas où les surveillants sont accusés de non-assistance à personne en danger ne sont pas exclus mais ils sont très rares : même si certains surveillants expriment leur mécontentement auprès des soignants, très peu d'entre eux ne signalent pas les cas de personnes détenues qui leur semblent "urgents" du point de vue médical.

Dans notre étude, nous aurions pu vérifier la correspondance de chaque situation vécue comme urgente par les participants avec la présence d'une consultation en rapport dans le dossier patient informatisé mais cela a été techniquement difficile lors des entretiens.

Par ailleurs, les participants aux antécédents d'hospitalisation étaient significativement moins satisfaits de la gestion de leurs demandes médicales urgentes que les personnes n'ayant pas séjourné à l'hôpital au cours de leur détention. Pour tenter d'expliquer ce résultat, on peut supposer que les personnes ayant séjourné à l'hôpital présentent un état de santé plus fragile et donc plus à risque de présenter une décompensation nécessitant une prise en charge médicale urgente susceptible d'être freinée par les problématiques de communications évoquées plus haut.

Le constat est le même pour les participants atteints d'une maladie chronique qui ne sont que 15% (n=2) à s'estimer satisfaits de la gestion de leurs demandes médicales urgentes, contre 50% pour les participants indemnes de pathologie chronique. Les risques liés à la décompensation de maladies coronariennes, métaboliques ou cancéreuses, font apparaître un besoin d'amélioration des outils de communication en matière santé chez ces patients à la santé fragilisée qui bute sur un système de communication tripartite ne permettant pas de répondre efficacement à leurs demandes médicales urgentes.

Enfin, nos résultats semblent montrer que l'insatisfaction vis-à-vis du système de rendez-vous ne touche pas uniquement le versant somatique des unités sanitaires mais aussi le secteur psychiatrique.

Le constat que nous venons de porter aux carences du système de communication sanitaire notamment en matière de réponse aux situations médicales urgentes ont mené notre réflexion à envisager des solutions susceptibles d'apporter des réponses aux problématiques de communications sanitaires en prison tout en tenant compte des contraintes inhérentes au milieu carcéral notamment en matière de sécurité.

À ce stade, deux axes d'amélioration peuvent alimenter notre pensée.

Le premier consisterait à mettre en place en période d'ouverture de l'USMP, un protocole visant à ce que le surveillant pénitentiaire en ligne avec l'équipe médicale soit celui auprès du patient. Cette méthode permettrait de limiter la dilution de l'information transmise par un jeu de bouches à oreilles pourvoyeur d'une perte de temps et d'information dans la prise de décision médicale.

Le second serait la mise en place d'une ligne téléphonique en cellule. Cette solution ressemble à l'option idéale dans la mesure où elle apporterait de nombreux avantages face au système actuel par courrier. Nous reviendrons en détail sur cette solution un peu plus loin dans l'analyse.

4.1.2 – L'aménagement des locaux des USMP

L'écart de modernité entre les deux centres du CP d'Aix-Luynes semble également impacté la satisfaction des locaux entre les deux USMP.

Sur la plus vieille USMP du CP d'Aix-Luynes 1, les participants se sont majoritairement montrés insatisfaits des locaux sanitaires. La différence significative retrouvée avec le CP d'Aix-Luynes 2 tient probablement dans une surface au sol sous-dimensionnée par rapport au flux de patients venant quotidiennement à l'USMP. Bien qu'un manque de propreté des salles d'attente soit noté pour les deux unités sanitaires, le mécontentement était plus perceptible chez les participants du CP d'Aix-Luynes 1, notamment sur la vétusté des dispositifs sanitaires.

Ainsi, la crainte de voir certains patients limiter leur venue à l'USMP dans le but d'éviter l'attente dans un espace confiné, insalubre et dégradé, laisse craindre une incidence défavorable de la vétusté des locaux sur l'adhésion et la mise en place d'un projet de soin.

Une politique de rafraîchissement (peintures, sanitaires, système de ventilation, etc.) serait certainement un bon moyen de rendre plus agréable l'attente dans un espace confiné où les maladies contagieuses se réjouissent de l'absence de moyen d'hygiène particulièrement aux heures d'affluences.

Enfin, la politique d’interdiction du tabac en salle d’attente est également apparue comme un facteur polarisant le mécontentement vis-à-vis des locaux des USMP. Ainsi, même si l’objectif de faire respecter l’interdiction de fumer dans un lieu de soin apparaît comme une évidence, tout comme l’accompagnement vers un sevrage tabagique, l’aménagement d’une salle pourrait solutionner certaines tensions ayant tendance à apparaître lorsque les temps d’attente s’allongent. Si cela peut être vu comme une solution de facilité, on noterait probablement une amélioration du confort des personnes détenues non fumeuses, le plus souvent contraintes de respirer la fumée de leurs codétenus en plein jeu du chat et de la souris avec le personnel de surveillance chargé de faire respecter l’interdiction. De plus, cette salle pourrait faire l’objet d’une documentation plus importante sur le sevrage tabagique et d’autres toxiques dans un but informatif plutôt que coercitif.

La satisfaction des participants concernant le temps passé en salle d’attente était plutôt mauvaise avec un taux d’insatisfaction de l’ordre de 60% pour les deux USMP. Cette similitude entre les deux centres nous a surpris compte tenu des divergences existantes dans les modalités de déplacement des personnes détenues dans chacun des centres du CP d’Aix-Luynes. Pour tenter d’expliquer cette insatisfaction, nous pouvons supposer que le sous-effectif médical observé au moment de l’étude a accru le temps d’attente en multipliant le nombre de consultations quotidiennes pour chaque médecin.

Par ailleurs, l’allongement du temps passé en salle d’attente majore la probabilité de perdre certaines activités pénitentiaires (parloirs, promenades, travail, sport, etc.) en se rendant à un rendez-vous médical. Or ces activités sont parfois vues comme tout aussi importante que la consultation aux yeux des patients. L’attente peut donc constituer un motif de renoncement particulièrement préjudiciable dans la continuité des soins. Les personnes non venues en consultation sont la plupart du temps reconvoqué à une date ultérieure par les équipes médicales mais là encore rien ne garantit que la situation ne se reproduise. Pour rompre avec ce cercle vicieux, l’augmentation des effectifs soignants semble déterminant pour rétablir une offre proportionnelle à la demande.

4.2 – Analyse de la satisfaction relative à l’information délivrée par les médecins généralistes

Les participants étaient majoritairement satisfaits des informations délivrées par les médecins généralistes des USMP, ce qui représente un élément rassurant quant au fonctionnement de la relation médecin-patient au sein des USMP du CP d’Aix-Luynes.

Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, nos résultats suggèrent que les participants insatisfaits des informations délivrées par les médecins généralistes étaient majoritairement issus de faibles catégories socio-professionnelles étant pour la plupart ouvriers avec un faible niveau d’étude. Ce résultat laisse craindre de probables difficultés de compréhension des informations médicales transmises par les médecins, qui malgré un temps de consultation considéré comme satisfaisant, voient certains patients butter sur une information qui nécessite certainement un temps d’assimilation plus long. Ce constat nous amène à l’idée de faire de cette population une cible privilégiée des ateliers de promotion en santé. Ces moments partagés autour de problématiques de santé rencontrées en milieu pénitentiaire pourraient apporter le ciment nécessaire à maintenir les briques d’une information difficilement assimilable pour certains patients en consultation.

Mais si une grande majorité des participants se sont déclarés satisfaits des informations délivrées par les médecins généralistes des USMP, certaines personnes interrogées ont pourtant émis des critiques pour le moins surprenantes vis-à-vis des compétences des médecins exerçant en milieu pénitentiaire.

Ces critiques prennent probablement racine dans le terreau historique de l’évolution de la médecine en milieu carcéral longtemps sous contrôle de l’administration pénitentiaire. Ces remarques sont l’exemple que malgré la distance prise depuis vingt-cinq ans par les professionnels de santé avec la gouvernance de l’administration pénitentiaire, une minorité de personnes détenues continue de douter des rapports entretenus entre les professionnels de santé et l’administration pénitentiaire.

Malgré l’absence de preuves, ces critiques n’en demeurent pas moins douloureuses pour le corps médical et semblent traduire l’expression d’une méfiance réciproque qui tient dans l’étendue et la portée d’une représentation qui fait que le discours d’une personne détenue n’est pas toujours cru, car constamment pensé comme potentiellement mensonger. Au-delà de la compétence, c’est l’absence de pouvoir qui est dénoncée en visant l’indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l’administration pénitentiaire. La méfiance de certaines personnes détenues pour les professionnels de santé intervenant en prison est décuplée envers les médecins psychiatres. Ces derniers focalisent les critiques les plus virulentes, avec des images inconvenantes de marchand de sommeil ou de drogue. À cette dernière, ils y associent les médicaments, association facilitée par le fait que ce sont les psychiatres qui suivent les toxicomanes.

On voit finalement que l'image qu'ont certaines personnes détenues des professionnels de santé est souvent teintée de frustration, de mécontentement, et plus largement de méfiance. Celle-ci est largement partagée en retour par les professionnels de santé qui doutent parfois du sérieux des raisons qui conduisent les personnes détenues à les consulter. La méfiance réciproque entre les professionnels de santé et les personnes détenues fait que la relation thérapeutique en prison s'éloigne de son pendant en milieu libre. Milly remarque d'ailleurs que « *ces écarts sont rarement avoués par les professionnels de santé en milieu pénitentiaire car ils semblent attester de la spécificité du milieu carcéral comme un milieu d'exercice particulier de la médecine* ».

D'autres part, plusieurs participants semblaient se questionner sur l'indépendance des soignants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Dans son livre « *La prison, un lieu de soin ?* » (72), Anne Lécu résume bien cette ambiguïté en dégageant le tiraillement des soignants entre l'intérêt des patients, l'intérêt sanitaire et les exigences de l'institution carcérale.

Si la qualité d'information a été plébiscitée par les participants de notre étude, elle reste toutefois amoindrie par la différence qui tend à s'établir entre les participants déclarant avoir reporté un soin et ceux reconnaissant ne pas en avoir reporté au cours de leur détention. En effet, les premiers cités semblent plus satisfaits que les seconds vis-à-vis de l'information reçue et disponible dans les USMP du CP d'Aix-Luynes. Pourtant, la logique ne souhaiterait-elle pas que ce soit l'inverse qui se produise ? Comment expliquer ce paradoxe ? Probablement par la présence de deux autres variables dans notre score d'information qui explorait également le domaine du secret médical et la fourniture concrète de supports d'information et de prévention.

4.2.1 – La confidentialité des données de santé

En matière de confidentialité des données de santé, si 90% (n=37) des participants de notre enquête se sont estimés satisfaits de la protection des informations soumises au secret médical par les médecins généralistes, cette thématique a aussi souffert d'une abstention importante (n=4). Ce constat démasque probablement l'épineux débat autour de la confidentialité des données à caractère médical en milieu carcéral.

En effet, malgré les dispositions prévues par le législateur pour encadrer le respect du secret professionnel, certains éléments extérieurs, liés pour la plupart aux contraintes carcérales peuvent venir entraver le respect de ce principe.

Définie comme « *le fait de s'assurer que l'information n'est seulement accessible qu'à ceux dont l'accès est autorisé* », la confidentialité rassure le patient et favorise la relation de confiance. Cependant, en milieu carcéral, toute personne détenue souhaitant se rendre à l'unité sanitaire est à la fois connue des professionnels de santé, mais plus regrettablement aussi, des personnels de surveillance et des codétenus présents. La démarche n'est donc pas la même que pour une personne libre, et engendre chez certaines personnes, des réticences à exercer une démarche de soins, allant même, comme nous l'avons vu, jusqu'à reporter des soins.

S'agissant des personnels pénitentiaires, ils font partie des personnes tenues au secret professionnel au titre de l'article 226-13 du Code pénal qui dispose que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* ».

Néanmoins, ils se voient dans certains cas contraints par leur hiérarchie de rapporter des informations dont ils pourraient être dépositaires. Ce qui, il va sans dire, ne fait que renforcer la méfiance rencontrée chez certaines personnes détenues.

La confidentialité apparaît encore plus mise à mal par l'impératif sécuritaire lié aux extractions médicales vers une structure hospitalière. En effet, dans ces circonstances, les personnels chargés de la sécurité sont avant tout guidés par une logique sécuritaire, certes légitime, mais qui les pousse à surveiller de manière très stricte les personnes détenues.

D'autre part, certains observateurs ont vu dans la création des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) en 2010 un affaiblissement du secret médical en milieu carcéral. Cette commission instituée dans chaque établissement pénitentiaire a un rôle déterminant, puisqu'elle a pour objet d'examiner et de formaliser les projets individuels des personnes détenues durant l'exécution de leur peine. En effet, dès 2005 il avait été recommandé de faire de la CPU un lieu d'échanges entre les personnels pénitentiaires et les services de santé notamment en matière de prévention du risque suicidaire sous la pression, entre autres, de l'inflation des suicides en milieu carcéral.

La circulaire de 2012 précise par ailleurs les informations pouvant ou devant faire l'objet d'un partage entre professionnels sanitaires et pénitentiaires, afin de préserver la santé et la sécurité de la personne détenue, mais également de participer à la sécurité des personnes codétenues et de l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire. Ainsi, dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein d'un établissement prenant en charge des personnes détenues, « *les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection* ».

Les professionnels de santé sont par ailleurs régulièrement conviés à participer aux CPU, mais quasiment toujours hors de présence des personnes détenues concernées, ce qui a le mérite d'attirer leur vigilance quant aux risques de transgression du secret médical. In fine, si ces commissions semblent avoir pour finalité première de permettre une connaissance globale de la personne détenue, leurs modalités cristallisent certaines tensions qui, sans remettre en cause leur utilité, révèle la nécessité d'encadrer plus précisément les prérogatives et les compétences de chacun de ses acteurs.

C'est donc ici que naît toute l'ambiguïté vis-à-vis de l'équilibre qui doit être recherché, entre sécurité et respect de la confidentialité des soins. Effectivement, la mise en œuvre de mesures de sécurité qui ne sauraient se limiter aux seuls transports des personnes détenues, peuvent si nécessaire, s'étendre à la consultation et aux soins médicaux. Ces démarches semblent cependant devoir être plus souvent adaptées et proportionnées à la dangerosité de la personne et à son risque d'évasion, notamment lors des extractions médicales sur lesquelles nous reviendrons.

4.2.2 – *La documentation médicale*

Les supports d'informations sous forme de brochures, d'affiches et accompagnés par la mise en libre-service de préservatifs dans les USMP du CP d'Aix-Luynes affichaient un taux de satisfaction de 64% (n=29).

Toutefois, nous avons remarqué que la population âgée de 18 à 29 ans présentait un taux de satisfaction vis-à-vis de la documentation médicale moins élevé que les participants âgés de 50 ans ou plus (45,5% contre 82%).

Pour tenter d'expliquer cette variation, on peut supposer que la population des 18 – 29 ans, cible privilégiée des grandes thématiques de prévention en matière d'infections sexuellement transmissibles ou de prévention des conduites à risque, ne profite pas suffisamment des supports informatifs mis à disposition. Si ces derniers sont peut-être en nombre insuffisant, ce sont surtout les conditions de sécurité qui nous paraissent freiner l'accès aux supports existants, en limitant au maximum le stationnement des personnes détenues dans les couloirs et les salles de soins.

Force est donc de constater encore une fois que si la sécurité apparaît comme un facteur nécessaire et important de l'exercice professionnel en milieu pénitentiaire, elle rend aussi plus difficile la mise en œuvre des actions de promotion et de prévention en santé.

À ce sujet, selon les responsables des unités médicales de l'étude ANRS-Pri2de (73) menée en 2011, la distribution de dépliants ou d'autres outils de prévention des IST était effectuée à l'entrée en détention dans 86% des prisons mais aussi lors de la détention dans 90% des établissements pénitentiaires. Des ateliers d'éducation aux IST et à la sexualité étaient disponibles dans 77% des établissements et dispensés par les membres du personnel soignant interne et externe, des ONG et des associations.

Toutefois, dans cette étude, aucune prison n'était conforme aux directives de l'OMS sur l'information et l'éducation en matière de prévention du fait de l'interdiction d'accès à du matériel à usage unique pour les personnes souffrant de toxicomanie intraveineuse en milieu carcéral français. En revanche, 64% des établissements adhéraient au système d'information émanant des directives nationales fixées par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Les douze commentaires qui accompagnaient la question relative à la satisfaction de la documentation disponible aux USMP du CP d'Aix-Luynes nous ont permis d'engager une réflexion sur les moyens qui pourraient permettre d'améliorer les modes d'accès aux supports d'information.

Tout d'abord, la mise à disposition de supports informatifs dans les salles d'attente pourrait être envisager même si la crainte de les voir disparaître a rapidement été évoqué par trois participants.

D'autres part, le caractère sensible, touchant parfois à l'intime des informations recherchées, sont souvent vectrices de stigmatisations de la part des autres personnes détenues. La peur d'être observé en possession de certains supports d'informations devrait pouvoir être aider par la mise à disposition de ces documents dans un plus grand nombre de lieux de vie (parloirs, unité de vie familiale, etc.).

Une seconde proposition serait d'augmenter le temps et les effectifs alloués aux ateliers de « promotion de la santé » actuellement réalisés toutes les 4 à 6 semaines et réunissant une dizaine de personnes détenues autour de plusieurs membres de l'équipe soignante.

4.3 – Analyse de la satisfaction relative à la qualité des soins et du suivi médical

4.3.1 – *La première consultation*

En prison, le premier contact médecin – patient a généralement lieu lors de la consultation obligatoire des « arrivants », moment charnière pour toute personne détenue. Ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, théoriquement dans les 48 heures suivant l'entrée en détention avec le consentement de la personne détenue. L'objectif est de réaliser un screening médico-social complet devant permettre de « *déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute les mesures thérapeutiques appropriées, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives. De plus, elle permet d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement, et s'attache à la prévention du risque suicidaire* ». (75)

Au travers de notre recherche, il semble que cette consultation soit très appréciée par les personnes détenues avec près de 90% de participants satisfaits. Toutefois, certains de nos résultats laissent transparaître des difficultés plus importantes dans la gestion de la première consultation médicale chez les participants transférés d'un autre établissement pénitentiaire par rapport à ceux en provenance du milieu libre.

En effet, pour les personnes transférées d'un autre établissement pénitentiaire, cette consultation est proposée dans les quinze jours suivant le transfèrement et adaptée à la situation personnelle du patient.

Au sein des USMP du CP d'Aix-Luynes, le protocole prévoit théoriquement le transfert du dossier médical et de l'ordonnance des personnes détenues transférées le jour même du changement d'établissement. Ce processus intervient exclusivement entre unités médicales, de manière à protéger la confidentialité autour des données transmises. À la réception de ces informations, les secrétaires de l'USMP ouvrent un dossier médical et transmettent alors quotidiennement la liste des personnes transférées aux médecins généralistes sur place. Ces derniers réalisent une analyse du ou des dossiers transférés pour décider d'un délai de consultation sous quinze jours. Les prescriptions médicamenteuses actives sont alors reconduites pour une durée permettant au patient d'être reçu en consultation. Le contenu de cette nouvelle ordonnance est alors préparé par l'équipe infirmière qui délivre le traitement au patient le jour même ou le lendemain matin. Cependant, les arrivées en détention en dehors des heures d'ouverture des USMP posent d'évidents problèmes de continuité des soins.

Ce protocole, bien que perfectible, possèdent de nombreuses étapes qui peuvent parfois freinées le processus de continuité des soins. Ainsi, dans notre étude, trois participants déclaraient une rupture de traitement lors de leur transfert inter-établissement soit 7% de l'ensemble des participants et 30% des participants issus d'un transfert d'établissement.

Pour expliquer ces difficultés plusieurs paramètres rentrent en jeu. L'un d'eux tient dans le retard que peut prendre le transfert d'un dossier par le centre pénitentiaire d'origine. En effet, les unités sanitaires sont parfois mises au courant tardivement des départs pour un autre établissement. D'autre part, il est très difficile de connaître la quantité de médicaments emmenée par les patients depuis leur établissement d'origine. Enfin, lors des arrivées en dehors des heures d'ouverture des USMP, les reconductions, préparations et délivrances des traitements peuvent être retardées.

Les solutions pour améliorer ce système nous apparaissent difficilement applicables dans la mesure où les équipes médicales restent dépendantes d'un certain nombre de paramètres extra-médicaux qui contraignent les prises en charge sanitaire.

Une meilleure transmission des informations qui transitent entre les USMP des différents établissements semble nécessaire pour garantir une efficacité dans la continuité des prises en charge sanitaire. Pour limiter les risques de voir les patients issus d'un transfert inter-établissement vivre une rupture de continuité des soins tout en préservant la confidentialité des données de santé, la mise en œuvre d'une coopération pluridisciplinaire qui permettrait à l'administration pénitentiaire de faire connaître à l'avance aux USMP les personnes allant faire l'objet d'un transfert donnerait la possibilité à ces dernières de constituer des protocoles de transfert inter-USMP centrés sur la continuité des soins. Une autre piste pourrait être d'envisager un logiciel métier identique ou communicant entre les USMP des différents établissements pénitentiaires.

Enfin, un des paramètres non négligeables de la continuité des soins réside dans la présence d'effectifs en nombre suffisant. Tout au long de notre période de recueil des données, deux à trois postes de médecin généraliste temps plein sont restés vacants. Malgré ce manque d'effectif de médecins généralistes, le taux de satisfaction relatif à la consultation « arrivant » est resté très bon ce qui met sans doute en relief les compétences des médecins généralistes pour répondre aux attentes et aux besoins de santé qui suivent un placement en détention.

De plus, malgré le sous-effectif médical et les difficultés d'accès aux soins que nous venons d'évoquer, les taux de satisfaction vis-à-vis de l'accueil et du temps accordé en consultation par les médecins généralistes étaient tous deux supérieurs à 90%, ce qui renforce le sentiment d'un professionnalisme des soignants à la hauteur des difficultés rencontrées dans la construction d'une relation médecin – patient en milieu carcéral et laisse présager un impact positif sur l'adhésion à un projet de soin.

Toutefois, nous avons observé que les participants percevant leur état de santé moyen à très mauvais étaient significativement moins satisfaits de la qualité et du suivi médical que les participants se considérant en bonne santé. Pour expliquer ce résultat, on peut supposer que les personnes considérant leur état de santé comme fragile ou altérée présentent un niveau d'exigence plus élevé en matière de résultats que les personnes s'estimant en bonne santé. Il est donc plus difficile de satisfaire leurs attentes.

4.3.2 – Les extractions médicales

Mais le premier motif d'insatisfaction concernait les conséquences liées à la réalisation d'extractions médicales. En effet, les participants aux antécédents d'hospitalisation apparaissaient moins satisfaits de la qualité des soins et du suivi médical que les personnes n'ayant pas vécues d'hospitalisation au cours de leur période de détention au CP d'Aix-Luynes.

Pour éclairer ce constat, on peut évoquer quelques-unes des conséquences occasionnées par une hospitalisation. En effet, à l'exception des hospitalisations aux urgences du CH de rattachement d'Aix-en-Provence, les hospitalisations réalisées au CHU de l'hôpital Nord de Marseille provoquent un transfert de charges administratives de l'administration pénitentiaire du CP d'Aix-Luynes à celle CP des Baumettes de Marseille. Cette bascule a pour conséquences des suspensions de cantines, de parloirs, d'activités sportives ou culturelles qui nécessitent un renouvellement de toutes les démarches administratives à leur retour. De plus, ce changement ne leur garanti pas de retrouver leur cellule initiale qu'ils ont parfois aménagé de leurs effets personnels, et dans le cas d'un encellulement collectif, le retour avec leur codétenu d'origine.

Si l'évolution de ce tableau semble dépendante d'un travail pluridisciplinaire des administrations de la santé et de la justice, il laisse néanmoins apparaître les premières difficultés rencontrées par les personnes détenues dans leur parcours de soins hospitalier. Ce problème n'est d'ailleurs pas isolé au CP d'Aix-Luynes car les UHSI sont des structures qui regroupent les hospitalisations des personnes détenues venues de plusieurs établissements pénitentiaires d'une même région. Il serait donc intéressant d'engager une réflexion pluridisciplinaire pour que les personnes détenues admises à l'UHSI ne fassent plus l'objet d'un transfèrement administratif de leur numéro d'écrou et qu'elles restent ainsi rattachées à leur établissement d'origine.

À toutes ces incertitudes intra-carcérales s'ajoutent les conditions de sécurité lors des transferts hospitaliers qui ont fait l'objet de vives critiques dans notre recherche. Outre le transport en fourgon pénitentiaire jugé très inconfortable et les fouilles plus ou moins invasives qui rythment l'extraction, ce sont surtout les ports d'entraves qui cristallisent les critiques autour des transferts hospitaliers. Car si le principe d'être entravé lors des sorties à l'hôpital était accepté et compris par la plupart des personnes ayant vécu une extraction, elles étaient surtout décrites comme humiliantes et stigmatisantes, dans le sens où, une fois arrivé à l'hôpital, l'absence de parcours spécifiquement dédié, ne leur permet pas de rester à l'abri des regards et des interrogations que suscitent leur passage. Ce traitement entraîne pour certaines personnes détenues un sentiment de dévalorisation qu'ils n'hésitent pas à comparer pour deux d'entre eux à « *des bêtes de foires* ».

À l'écoute des participants, il nous a donc parfois semblé que les moyens de contrainte lors des transferts hospitaliers pouvaient paraître disproportionnés face aux risques présentés par la personne concernée. Chaque personne détenue reçoit lors d'une commission pluridisciplinaire unique (CPU) d'arrivée en détention, un niveau de sécurité. Les changements de niveau s'effectuent ensuite en CPU au coup par coup, à l'occasion d'un événement particulier. Chaque niveau possède son propre protocole de sécurité qui détermine certaines conditions relatives aux transports et aux soins en milieu hospitalier. Il existe quatre niveaux d'escortes, et à l'exception des personnes mineurs, des femmes enceintes, et des personnes âgées de plus de 70 ans qui bénéficient d'un régime de sécurité cherchant à rendre exceptionnel voire à interdire l'utilisation de moyens de contrainte, les extractions médicales d'hommes majeurs nécessitent la mise en œuvre d'un nombre plus ou moins importants de contraintes de sécurité (74). Pour les personnes détenues classées en niveau I et II, un assouplissement des protocoles est possible, mais semble rester une exception selon plusieurs remarques réalisées par les participants aux antécédents d'hospitalisation. En effet, l'examen médical sans moyen de contrainte et hors de présence du personnel pénitentiaire apparaît comme une situation moins fréquente en milieu hospitalier qu'en milieu pénitentiaire, et ce malgré un placement en chambre sécurisée.

Cela nous interroge sur le respect de la dignité des personnes détenues qui restent parfois entravées lors d'un examen médical ainsi que sur les conséquences des dérogations au secret médical sur la vitalité de la relation médecin-patient. Bien que les enjeux de sécurité ne soient pas les mêmes en milieu hospitalier qu'en milieu carcéral, la réalisation d'un examen médical nécessite des prérogatives de confidentialité qui nous semblent indispensables au fonctionnement d'une prise en charge sanitaire équivalente à celles disponibles en milieu libre. De plus, l'influence des moyens de contraintes sur les pratiques et les consciences professionnelles font courir le risque de voir le patient s'effacer derrière le détenu, qui privé de liberté n'est pourtant pas privé du droit de se soigner.

Pour tenter de limiter ce risque du côté des professionnels de santé, il nous semble qu'un point d'apprentissage dès le tronc commun des études de médecine permettrait de porter à la connaissance de l'ensemble du corps médical une information régulièrement actualisée sur les grands principes de prise en charge relatifs à la population carcérale.

De nombreuses instances et corps associatifs dénoncent ces pratiques depuis plusieurs années, tout comme le CGLPL qui rappellent dans plusieurs rapports d'activité successifs depuis 2012 que de nombreuses personnes détenues refusent les extractions médicales en raison des « *conditions humiliantes et dégradantes dans lesquelles elles se déroulent* » et demande une utilisation des moyens de contraintes « *strictement proportionnées au risque présenté par les personnes et leur permettant le respect de leur dignité et un égal accès aux soins* ». (10)

À toutes ces problématiques qui entourent les extractions médicales s'ajoutent les conditions de vie plus strictes des séjours hospitaliers : absence de promenades, restrictions des parloirs, interdiction de fumer, etc. qui placent les contraintes de l'enfermement au cœur de la prise en charge hospitalière.

Enfin, comme le soulignait le Conseil d'État en 2005 (76), « *la surveillance constante du détenu pendant la consultation médicale peut être justifiée par sa personnalité et les dangers de fuite ou d'agression contre lui-même ou des tiers, sans qu'il soit toutefois porté atteinte à la confidentialité de l'entretien médical* ».

Ainsi, si le colloque singulier médecin – patient concerne l'écrasante majorité des consultations en milieu carcéral au CP d'Aix-Luynes, celles réalisées en milieu hospitalier apparaissent encore contrariées par des contraintes extérieures, principalement sécuritaires, qui s'imposent à la personne détenue mais aussi au professionnel de santé qui sera parfois dans l'impossibilité de s'entretenir librement de manière confidentielle avec son patient.

In fine, en dépit des intérêts médicaux escomptés au travers d'une hospitalisation, certains patients sont tentés de refuser leur entrée à l'hôpital ou d'écourter leur hospitalisation quitte à voir certains examens initialement prévus annulés, préférant garantir un maintien de leurs conditions de vie intra-pénitentiaire au détriment des risques de détérioration de leur santé en détention.

Ce regrettable constat rejoint celui déjà posé au sujet des personnes choisissant de reporter un soin au cours de leur incarcération et met en lumière l'impact des contraintes sécuritaires sur le vécu des personnes détenues notamment lors de la réalisation de soins en milieu extra-carcéral.

En conclusion, l'assujettissement du dispositif de soins à des exigences organisationnelles, aussi légitimées soient-elles par cet impératif de sécurité, menace continuellement les principes déontologiques relatif au respect du secret médical. L'éthique se voit donc davantage malmenée par le lieu, le contexte, les spécificités de l'univers carcéral, que par la pratique de la médecine elle-même.

4.3.3 – Les prescriptions médicamenteuses

Concernant les prescriptions médicamenteuses, nous les avons déjà abordés au travers d'autres thématiques et nous en venons à leur satisfaction dans notre échantillon.

La majorité des participants de notre recherche s'estimaient globalement satisfaits du circuit des médicaments au CP d'Aix-Luynes. Ce résultat tient sans doute dans l'incidence déterminante de l'informatisation des prescriptions médicamenteuses via le logiciel DxCare©. Cet outil, exclusivement accessible aux professionnels de santé des USMP et de la pharmacie de l'hôpital assure une traçabilité des prescriptions tout en préservant la confidentialité.

Cependant, plusieurs participants insatisfaits faisaient état d'incidents dans la délivrance de leurs traitements, ou encore de traitements de qualité insuffisante comparativement à ceux disponibles en milieu libre. Ces dernières charges, bien que totalement contrefaites depuis plus d'un quart de siècle, laissent malgré tout planer le spectre d'un lourd passé aux parfums de fioles pénitentiaires. Ces situations doivent donc faire l'objet d'une information transparente sur la provenance hospitalière des médicaments dont les commandes et les préparations sont gérées par des pharmaciens hospitaliers qualifiés pour répondre aux problématiques spécifiques de la population carcérale en matière de médicaments.

Il est peut-être aussi utile de rappeler qu'en prison, les ordonnances des médecins coexistent avec celles des juges. Ce rappel est instructif, car derrière cela, la question toujours actuelle d'un pouvoir parfois sacré du corps médical semble renforcée en milieu carcéral. En prison et peut-être plus qu'ailleurs, on en appelle au médecin pour résoudre des problèmes qui ne sont pas uniquement médicaux : prescription d'anxiolytiques pour aider à supporter une angoisse carcérale, prescription de laxatifs pour soulager une constipation déclenchée par la promiscuité, prescription d'hypnotiques pour contrer une insomnie liée aux bruits. Ainsi, doit-on voir dans ce constat les symptômes d'une maladie carcérale ?

Le glissement s'effectue d'ailleurs également du côté des « certificats ». Les médecins sont parfois amenés à répondre à certaines demandes étranges : demandes de chaises supplémentaires, de matelas, de draps, et fréquemment de cellule seule ou de douches médicales. Dans ce dernier cas, le code de procédure pénale prévoit un minimum de trois douches par semaine. L'autre façon de s'assurer une douche quotidienne est d'effectuer une demande auprès d'un médecin. Ces demandes sont généralement réorientées vers le personnel pénitentiaire car, en dehors des douches qui peuvent être nécessaires dans certaines dermatoses, ou handicaps locomoteurs, rien de cela n'est strictement « médical ». Au CP d'Aix-Luynes, ce cas de figure est probablement moins prononcé que dans d'autres établissements pénitentiaires, car comme le soulignait le CGLPL lors de sa visite du CP d'Aix-Luynes en 2016 (55), l'établissement permet généralement une douche quotidienne pour l'ensemble des personnes détenues. Les refus de certificats participent donc peut-être en partie à l'insatisfaction vis-à-vis de la qualité des soins chez les personnes inclus dans notre étude.

D'autre part, l'insatisfaction des prescriptions médicamenteuses tient peut-être aussi dans le mode de délivrance des médicaments qui s'effectue sur un mode journalier ou hebdomadaire.

Si pour les premiers, le fait de devoir se rendre tous les jours à l'USMP les exposent particulièrement aux difficultés de déplacements dans la structure pénitentiaire, la perte de temps engendrée par cette activité précipite probablement une partie des mécontentements relatifs à ce mode de délivrance qui bloque parfois la réalisation d'autres activités pénitentiaires. Pour limiter ces pertes d'activités, cette distribution a lieu tous les jours de 8 heures à 9 heures au sein des USMP du CP d'Aix-Luynes en présence du patient et d'une infirmière. Toutefois, malgré une prise réalisée en toute discréction du personnel de surveillance, la confidentialité apparaît tout de même biaisée par la récurrence des passages quotidiens des mêmes individus qui ne leur permet pas de garder complètement l'anonymat autour de leurs traitements. En effet, les patients en prescriptions journalières sont pour la plupart en cours de traitement substitutifs aux opiacés ce qui n'échappe donc pas au personnel de surveillance.

De nouveau, on s'aperçoit que la confidentialité est mise en échec par le système de surveillance pénitentiaire qui ne donne que très peu d'autonomie à la confidentialité relative aux données personnelles de santé en milieu carcéral.

Dans le cas des prescriptions hebdomadaires, la pochette contenant les traitements est opaque, le nom de la personne est marqué dessus tout comme que le nom des molécules avec leur posologie, leur mode de prise, et la date d'arrêt de chaque traitement. Cette date est nécessaire pour que les patients puissent prendre le temps d'obtenir un rendez-vous avec un médecin dans le but de discuter la prolongation d'un ou plusieurs traitements.

Cependant, certains des participants de notre recherche déclaraient des incidents de délivrance des traitements hebdomadaires, essentiellement pour des quantités parfois insuffisantes ou pour des déclarations de vols entre personnes détenues. Pourtant, dans la première situation, il est important de rappeler qu'un gros travail de vérification des pochettes est systématiquement réalisé une première fois lors de leur préparation à la pharmacie de l'hôpital de rattachement, puis une seconde fois, par les infirmières des USMP avant leur distribution. Ce procédé limite sans doute un grand nombre d'erreurs dans la délivrance des traitements et nous oriente vers d'autres hypothèses pour tenter d'expliquer ces déclarations. Ainsi, il convient de rappeler que de nombreux problèmes de surconsommation médicamenteuse et d'échanges de médicaments ont lieu en milieu carcéral. Le silence observé autour de ces questions par les participants de notre recherche explique peut-être autrement les incidents qui entourent la délivrance des médicaments.

Malgré tout, le secret de la prescription est encore très relatif lors des délivrances sur un mode hebdomadaire. Certes, toutes les pochettes sont remises en mains propres et les personnes détenues, par exemple sous trithérapie, peuvent discrètement ranger leur pochette. Mais est-ce si sûr en conditions réelles ? Nous ne sommes pas dans la cellule pour voir ce qui s'y passe quand une personne détenue s'absente. Il est alors possible d'imaginer que dans le cadre d'un encellulement collectif, les autres personnes codétenues peuvent venir fouiller dans les affaires de la personne absente. Par ailleurs, la réalisation de fouilles des cellules par l'administration pénitentiaire, menées dans le but de surprendre d'éventuelles tentatives d'évasion ou pour limiter le stockage de médicaments participe à limiter la confidentialité d'un patient vis-à-vis de son traitement.

Enfin, peut-on réellement parler de délivrance dans ce milieu où la libération reste le but à atteindre ? En partant du principe que les personnes détenues peuvent être relativement autonomes quant à la prise de leur traitement, au même titre que lorsqu'elles évoluent en milieu libre, et que susciter cette autonomie est plutôt souhaitable, la privation de liberté ne rend-elle pas fort complexe cette autonomie et ne participe-t-elle pas à la transformation des médicaments en monnaie d'échange ?

Pour terminer l'examen du circuit médicamenteux en milieu carcéral, le domaine de l'observance est le dernier champ qu'il nous reste à explorer. Or, ce terme prend rapidement une double connotation en milieu carcéral, renvoyant à la fois aux médicaments, mais aussi aux méthodes de surveillance des personnes détenues.

Le parallèle peut ainsi être fait, en exhumant la conception de Michel Foucault au sujet du panoptique de Bentham (1). Le principe du panoptique est simple : tout doit pouvoir être observé, surveillé, contrôlé. D'où des conséquences architecturales : un rond-point central et des couloirs organisés en étoile afin que du centre on puisse tous les voir. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le CP d'Aix-Luynes 1 reprend en partie cette conception architecturale. Pour Michel Foucault, l'effet majeur du panoptique est d'induire chez la personne détenue un état conscient et permanent de visibilité isolante tout en assurant le fonctionnement automatique du pouvoir dont l'un des objectifs est d'obtenir les effets d'une surveillance continue même si elle est discontinue dans son action. Il n'est donc pas surprenant de voir l'observance médicamenteuse échapper, en promenade ou ailleurs à cette organisation.

L'exemple le plus typique concerne les usagers de drogues qui ne prennent pas forcément l'intégralité des produits de substitution que leur sont prescrits et transforment ces médicaments en monnaie d'échange contre des cigarettes ou d'autres biens divers.

Alors comment faire ? Contrôler d'avantage, au risque de nous situer du côté d'un pouvoir coercitif ? Laisser faire et alimenter sans illusion un trafic de médicaments au sein de la prison au risque que ce soient les plus vulnérables qui en pâtissent ?

Comment articuler cette prévention du détournement des prescriptions sans perdre la confiance sans jugement que les personnes incarcérées attendent des soignants ?

Toute la difficulté semble se située dans la recherche d'un partenariat acceptable de façon bilatérale, rassemblé autour d'un projet de soin personnalisé et partagé.

Pour finir sur les prescriptions médicamenteuses en prison, il nous faut revenir sur la proportion importante de traitement à visée psychiatrique. En effet, dans notre échantillon, huit participants sur dix recevaient une prescription d'un ou plusieurs traitements à visée psychiatrique. Les participants recevant ce type de traitement présentaient une moyenne 2,4 molécules par personne, contre 1,8 sur l'ensemble de l'échantillon.

D'autre part, il semblerait que les participants recevant ce type de traitement soient significativement plus suivis par les équipes psychiatriques du SPAD. On retrouve donc sans trop de surprise une insatisfaction plus importante vis-à-vis des prescriptions réalisées par les médecins généralistes dans le groupe des participants suivis à la fois par le SPAD et les

médecins généralistes avec 64% (n=9) de personnes insatisfaites contre 36% (n=5) chez les individus uniquement suivis par les médecins généralistes. De plus, les participants conjointement suivis par les médecins psychiatres et les médecins généralistes prennent en moyenne deux fois plus de traitements à visée psychiatriques que les participants uniquement suivis par un médecin généraliste.

Il faut reconnaître que si les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire valorisent beaucoup leur activité psychanalytique, les différents entretiens que nous avons menés et l'analyse des résultats sur la consommation des psychotropes montrent que la chimiothérapie reste incontournable. Mais la prescription excessive de traitements psychotropes en prison cache probablement un manque de moyens humains des services de soins psychiatriques, lui-même aggravé par l'augmentation de la demande en santé mentale au sein de lieux de privation de liberté. En 2009, un rapport d'information du député Etienne Blanc établissait d'ailleurs un taux de recours aux soins psychiatriques des personnes incarcérées dix fois supérieur à celui de la population générale. (77)

Ce constat nous amène à envisager l'intérêt de suivre l'évolution des consommations de l'entrée à la sortie de détention. Ce suivi permettrait peut-être de mettre en évidence un pic de consommation au cours de l'incarcération puis une diminution à sa sortie.

L'étude COSMOS (78) menée entre 2015 et 2016 auprès de 800 personnes détenues en maison d'arrêt de la région Pays de la Loire, nous apporte quelques réponses. Cette étude cherchait à évaluer l'évolution des consommations de substances psychoactives des personnes détenues entre la période qui précédait l'incarcération et les premiers mois de détention.

Bien que cette étude ait inclus les consommations médicamenteuses ou non, les auteurs observent une diminution de la consommation moyenne de substances, passant de 2,75 molécules lors de l'entrée en détention à 2 substances par personnes au troisième mois d'incarcération. La prévalence des consommations de toutes les substances, à l'exception du tabac et des traitements substitutifs aux opiacés, présente une diminution significative. En revanche, la prévalence de consommation des traitements anxiolytiques et hypnotiques augmente respectivement de plus de 100% et 400%, ce qui semble rejoindre le constat établit dans notre recherche.

Ainsi, la forte augmentation des traitements à visée psychiatrique suggère que la détention induit un stress important, pour lequel les traitements anxiolytiques et hypnotiques apparaissent comme l'une des réponses la plus souvent mise en œuvre. De plus, l'étude COSMOS tend à confirmer un mésusage et des prises massives pour certains médicaments prescrits.

Le trafic médicamenteux en milieu carcéral est donc une réalité dont les chiffres sont cependant difficiles à appréhender et contre lequel les actions menées apparaissent bien souvent plus répressives qu'éducatives. Des ateliers thérapeutiques cherchant à mettre en pratique des solutions moins médicamenteuses, utilisables contre les diverses angoisses carcérales, auraient probablement un impact plus durable en matière de baisse des consommations de médicaments anxiolytiques, hypnotiques, au cours de la période de détention.

Au final, la bonne satisfaction retrouvée vis-à-vis de la prise en charge sanitaire réalisée par les médecins généralistes des USMP du CP d'Aix-Luynes semble témoigner de la profonde reconnaissance des personnes détenues interrogées pour les professionnels de santé qui accompagnent leur santé au quotidien en milieu carcéral. Les commentaires des personnes insatisfaites ont quant à eux permis de faire ressortir des points de fragilité au sein des différents processus d'accès aux soins au CP d'Aix-Luynes. Sur ce dernier point, les conséquences des contraintes pénitentiaires semblent être les principaux freins rencontrés dans l'accès à une meilleure santé en prison.

C'est pourquoi la poursuite du travail d'amélioration des conditions d'accès aux soins s'affiche comme une réflexion nécessaire pour répondre aux besoins des patients-détenus, et aux objectifs de santé publique dans cette population.

À ce stade de la réflexion, nous avons déjà formulé plusieurs pistes visant à améliorer les parcours de soins au sein du CP d'Aix-Luynes et nous allons maintenant chercher à explorer certaines pistes d'amélioration de la coordination des soins à la fois au cours de la période de détention entre l'USMP et l'hôpital, mais aussi, entre la période de détention et celle de remise en liberté.

4.4 – Axes d'amélioration des parcours de soins pendant la période d'incarcération

Dans la première situation, l'idée de limiter les extractions hospitalières sans perdre en qualité des soins nous amène à envisager l'intérêt de la télémédecine dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Cette technique présente des avantages financiers, permet une diminution des délais de prise en charge et évite surtout aux patients les contraintes sécuritaires parfois dégradantes liées aux extractions médicales.

Nous avons donc demandé aux participants si l'usage de la télémédecine était pour eux un moyen susceptible d'améliorer leur parcours de soins au CP d'Aix-Luynes.

Ils sont 35,5% (n=16) à avoir plébiscité l'instauration d'un tel système dans leur parcours de soins. En revanche, ils sont 44,4% (n=20) à n'avoir vu aucun intérêt par rapport au système actuel d'exactions médicales et 20,1% (n=9) se laissent le bénéfice du doute sur l'utilité de ce dispositif dans leur parcours de soins.

Ce faible intérêt pour les technologies de télémédecine est peut-être attribuable aux expériences des personnes détenues en matière de télé-service en détention. En effet, certaines procédures judiciaires peuvent s'effectuer par visio-conférence avec des juges, des magistrats, des avocats, etc. Ce dispositif recueille toutefois des avis mitigés auprès des personnes interrogées. Si les rares participants à s'être confiés sur le sujet regrettent un procédé discriminant au plan des interactions humaines, ils le jugent paradoxalement bénéfique sur un plan personnel en évitant les mesures de sécurité renforcées qui accompagnent les extractions judiciaires. La méfiance constatée autour de la création d'un système comparable au sein des parcours de soins en milieu carcéral précipite sans doute les inquiétudes de voir l'offre de soins s'appauvrir au profit d'une relation médecin-patient dématérialisée.

Ainsi, lorsque les participants ont été invité à indiquer leur préférence dans l'accès aux soins spécialisées entre : la télémédecine, les extractions médicales et la réalisation de consultations spécialisées au sein des USMP, la télémédecine a largement été boudée avec seulement 4% (n=2) de personnes interrogées en faveur de cette mesure. La majorité à 65% (n=29) souhaitait l'augmentation des consultations de médecins spécialistes au sein des USMP, tandis que 31% (n=14) souhaitaient voir le système des extractions médicales s'améliorer.

Lors de notre recherche, la mise en place d'un dispositif de télémédecine au sein des USMP du CP d'Aix-Luynes était en cours réflexion, notamment pour les consultations programmées d'anesthésies et pour diminuer les délais de prise en charge de certaines spécialités médico-chirurgicales, comme la dermatologie, l'endocrinologie ou les consultations post chirurgicales. Une consultation tripartite associant le patient détenu, le médecin spécialiste et un médecin généraliste semble souhaitable pour préserver la confidentialité des informations transmises et favoriser le bon déroulement de la consultation. L'encadrement de ces consultations nécessite cependant une coordination complexe des emplois du temps déjà très chargés des médecins généralistes exerçant aux USMP du CP d'Aix-Luynes et de leurs confrères spécialistes posant d'évidentes difficultés organisationnelles qui ne seront réellement évaluables qu'une fois le dispositif en place.

Autre piste envisageable pour diminuer l'insatisfaction des personnes hospitalisées au cours de leur détention, offrir de meilleures garanties au sujet des conditions de retour. En effet, pouvoir garantir un retour dans la cellule initiale ou avec la même personne codétenue, ainsi qu'une reprise rapide des activités pénitentiaires feraient sans doute baisser le taux de refus d'hospitalisation et amélioreraient probablement la satisfaction des patients envers la qualité des soins et leur suivi médical. Par ailleurs, l'aménagement de quelques cellules avec un accès aux personnes à mobilité réduite et la possibilité de les doter, si besoin, de lits médicalisés, amélioreraient sensiblement le vécu de la population carcérale vieillissante et/ou fragilisée par une hospitalisation.

D'autre part, nous avons également mis en évidence de nombreuses imperfections dans le système actuel de communication entre les personnes détenues et les professionnels de santé. Celui passe essentiellement par des demandes écrites sur courrier et son inadaptation semble évidente lors de la survenue de situations d'urgence. La mise en place de téléphones en cellule pourrait être une solution envisageable pour garantir un accès plus rapide aux dispositifs de santé.

Cette solution a d'ailleurs été plébiscitée par les participants de notre travail avec 82% (n=37) des participants favorables à la mise en place de ce dispositif. Cinq d'entre eux voyaient dans ce système le moyen de lutter contre les inégalités d'accès aux soins en raison d'une analphabétisation, tandis que dix autres trouvaient ce dispositif plus sûr dans la confidentialité des informations transmises. Sur les 18% (n=8) peu à pas du tout favorable à l'instauration d'un tel système, six ont appuyé leur réponse par un commentaire. Quatre d'entre eux ont ainsi signalé un « *risque important d'abus* » que ce soit « *pour des motifs non justifiés* », ou pour des « *appels trop répétés* » pouvant être à l'origine d'un encombrement de la ligne téléphonique ou des unités sanitaires. Un participant n'était quant à lui pas favorable devant le risque de mise sur écoute de la communication par d'administration pénitentiaire.

Afin de limiter les abus dans son utilisation, nous pourrions imaginer une phase de test chez un nombre restreint de personnes détenues présentant des profils médicaux complexes comme les personnes âgées ou les personnes placées en quartier d'isolement. À cela pourrait venir s'ajouter les personnes présentant une barrière linguistique à l'écrit comme les personnes étrangères. De plus, la mise en place d'un tel système semble également réaliste dans les bâtiments dits de « confiance » regroupant les personnes détenues jugées par la justice et l'administration pénitentiaire comme étant celles présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Ce système accentuerait probablement les prises d'autonomie chez ces personnes en reconstruction.

Une ligne téléphonique pourrait être ouverte sur des plages horaires définies, du type 9H-11H et 14H-16H, ce qui permettrait aux personnes détenues bénéficiant du dispositif de joindre directement un membre de l'équipe soignante pour prendre un simple rendez-vous ou signaler un événement médical qui semble préoccupant. Le reste du temps, on pourrait imaginer la possibilité de pouvoir laisser un message sur une boîte vocale tout en limitant la capacité de durée des messages et leur nombre par individu. La nuit et le week-end, un déblocage de l'accès téléphonique au centre 15 pourrait être envisagé pour tendre vers une continuité des soins équivalente à celle retrouvée en milieu libre. Une utilisation à mauvais escient ferait l'objet d'un signalement en vue d'en faire profiter une personne plus respectueuse des conditions d'utilisation.

Outre la prise d'autonomie, l'avantage de ne pas avoir à recourir aux surveillants pour signaler un problème de santé dégage un bénéfice en termes de confidentialité et de traçabilité des données soumises au secret médical.

Nos résultats confirment l'intérêt de mettre à l'essai ce dispositif et encourage l'entrée des modes de communications relatifs aux informations à caractère médical en milieu carcéral dans une voie cherchant à garantir une plus grande confidentialité, traçabilité, et rapidité dans la transmission de ces informations.

4.5 – Axes d'amélioration des parcours de soin en sortie de détention

Pour finir, la mise en œuvre d'une meilleure continuité des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre apparaît comme un axe d'amélioration important. Pour cela, la réalisation systématique d'une consultation de sortie avant la date de remise en liberté, consultation pourtant inscrite dans la loi, serait un premier élément à généraliser pour pérenniser les parcours de soins des ex-personnes détenues. Le but de cette consultation étant d'assurer une continuité des soins entre les deux milieux en permettant aux patients de construire en amont de leur libération un projet de soins véritablement inscrit dans leur projet de réinsertion.

Le guide méthodologique (75) recommande d'ailleurs que les modalités de cette coordination soient formalisées dans une procédure. En effet, l'administration pénitentiaire se doit d'informer l'unité sanitaire, de façon anticipée, des dates de libération des personnes incarcérées, ce qui n'est, à l'heure actuelle, pas réalisé de manière systématique.

Lors de notre recherche, cette consultation n'était pas systématiquement réalisée sur les USMP du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes, essentiellement en raison de difficultés à voir l'administration pénitentiaire transmettre aux USMP de manière anticipée, la liste des personnes libérables.

Lorsque nous avons demandé aux participants de notre travail s'ils étaient favorables ou non à l'organisation systématique d'une consultation de sortie, l'écrasante majorité s'est positionnée comme favorable à 86% (n=39).

Les onze remarques qui accompagnaient cette question étaient toutes associées à des avis favorables. Pour les participants, cette consultation serait l'occasion de « *se voir remettre les comptes rendus d'examens complémentaires, de consultations ou d'hospitalisation* », et de recréer le lien avec la médecine de ville par une prise de « *contact du médecin de la prison avec le médecin traitant* ».

Ce constat ne peut que nous alarmer quand on sait que les risques encourus pour la santé individuelle et collective peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements. La mise en place de cette consultation de sortie nous apparaît donc comme une priorité dans l'accompagnement du projet de réinsertion des personnes détenues. Mais l'organisation de ces consultations ne peut se faire sans une bonne coordination entre les professionnels de santé, et ceux de l'administration pénitentiaire.

Des discussions et un travail étaient en cours lors de la réalisation de notre étude entre l'administration pénitentiaire et la chef de service des unités sanitaires dans le but de faire progresser cette étape cruciale du processus de retour aux conditions de vie en milieu libre.

D'autre part, afin de motiver les patients et d'éviter les refus de consultation, les patients détenus doivent être informés à l'avance du motif de cette consultation. À l'instar de la consultation médicale d'entrée, celle de sortie est assurée par un médecin généraliste de l'unité sanitaire. Elle peut être complétée d'une consultation de psychiatrie ou d'addictologie en fonction des besoins évalués.

La consultation de sortie permet ainsi aux personnes suivies, d'assurer la continuité des soins dans les meilleures conditions, et, pour les personnes non suivies régulièrement, de bénéficier d'orientation et de conseils en cas de besoin.

De plus, elle est aussi l'occasion de pratiquer un résumé médical du séjour carcéral et de remettre aux patients, les éléments nécessaires à la poursuite des soins à la sortie (ordonnances, comptes rendus d'examens, courriers médicaux, carnets de vaccination, etc.). Elle participe également à la démarche de prévention en matière de santé au travers de diverses propositions permettant la délivrance de conseils adaptés à chaque patient et incluant : un examen médical, une nouvelle proposition de dépistages des infections sexuellement transmissibles et en fonction de l'âge, une information relative au dépistage des cancers colorectal, de la prostate et du sein.

Pour les personnes présentant une conduite addictive, elle est aussi l'occasion d'orienter les patients vers un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), d'effectuer une mise à jour des vaccinations et le cas échéant de remettre à la personne sortante son carnet de vaccination.

La continuité de la prise en charge sanitaire demande également de rassembler les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une prise en charge globale incluant la protection sociale, en coordination avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et les services sociaux compétents.

En effet, avant la sortie, les services de santé des USMP, en lien avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation, le greffe de l'établissement et les services de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), cherchent à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires pour que les personnes détenues puissent bénéficier, après leur sortie, d'une continuité du suivi médical et social. Il s'agit en particulier des documents concernant l'accès et l'ouverture aux droits : attestation de carte Vitale, couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), allocation aux adultes handicapés (AAH), demande d'affection longue durée (ALD), minima sociaux, etc. Pour les personnes en situation irrégulière, la continuité suppose d'initier la demande d'aide médicale de l'État (AME) et la procédure de titre de séjour pour soins.

D'autre part, pour que les personnes puissent poursuivre leurs soins avec efficacité, une attention particulière doit être portée sur les conditions de logement car pour les sortants de prison, la recherche d'une structure d'hébergement d'aval constitue un point central du projet de sortie, à fortiori en cas d'impossibilité de retour à domicile pour les personnes détenues sans domicile fixe ou en situation de handicap responsable d'une perte d'autonomie. En effet, dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine pour raison médicale, la fixation du lieu d'hébergement constitue une condition indispensable au prononcé de l'aménagement de peine. Cette recherche d'une structure d'aval s'avère complexe car elle repose sur la mobilisation plusieurs services médico-sociaux qui suppose une coordination capable de faire naître un partenariat local riche permettant de répondre à de multiples situations.

Si des soins doivent être poursuivis, le patient peut être orienté vers les professionnels ou dispositifs les plus aptes à le prendre en charge et l'on pourrait imaginer la création d'un réseau de soins composés de médecins généralistes en ville ou à l'hôpital partenaires de la continuité des prises en charge médicales en sortie d'incarcération. Les personnes libérées seraient alors libres de s'inscrire ou non dans ce réseau de soin et de bénéficier rapidement d'un accompagnement médical s'inscrivant dans un projet de réinsertion global.

Au final, le manque de résultats significatifs et les nombreux biais de cette étude ne nous ont pas fait conclure à l'absence de problématiques complexes au sein des prises en charges sanitaires des personnes détenues au CP d'Aix-Luynes, bien au contraire, mais il serait cependant malvenu de rejeter l'unique responsabilité de ces problèmes sur l'administration pénitentiaire qui réalise des efforts considérables comparé à la situation sanitaire de la fin du XX siècle. La dynamique observée depuis la loi du 18 Janvier 1994 bien qu'insuffisante en termes de résultats reste plutôt encourageante si l'on considère la construction d'une relation complexe et indépendante entre les professionnels de santé cherchant à apporter des soins équivalents à ceux proposés en milieu libre et les professionnels de l'administration pénitentiaire qui cherchent à ne pas compromettre leurs impératifs de sécurité. Ces derniers, bien souvent conjugués à une surpopulation endémique, parasitent les missions de réinsertion et d'accès aux soins auprès d'une population qui cumule fréquemment des facteurs de vulnérabilité et de précarité socio-économiques.

V – DISCUSSION

1 – INTÉRÊTS DE NOTRE ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, descriptive, sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes qui comporte en réalité deux centres géographiquement très proches mais physiquement séparés. Ces deux centres partagent certaines similitudes dans leur d'organisation et leur fonctionnement, mais également plusieurs variations, notamment dans les modalités d'accès aux soins des personnes détenues. Notre étude permet donc de comparer la satisfaction des parcours de soins entre ces deux centres pour en tirer des améliorations spécifiques à chacune de deux structures.

D'autres part, peu de recherches explorant le point de vue des personnes incarcérées sur l'accessibilité, le suivi et la qualité des soins délivrés en milieu carcéral ont été menées en France. Il nous est donc apparu nécessaire de réaliser un travail exploratoire. Pour ce travail, l'approche à la fois quantitative et qualitative nous a semblé particulièrement adapté à notre question de recherche. Nous avons préféré les entretiens individuels aux entretiens collectifs afin que les participants puissent s'exprimer librement. En effet, les questions relatives à la santé touchent parfois au domaine de l'intime et son expression paraît plus facile au cours d'un colloque singulier. Néanmoins les entretiens collectifs type « focus group » auraient pu apporter un éclairage différent.

La population étudiée est régulièrement suivie par les médecins généralistes des USMP ce qui permet d'obtenir des réponses plus précises sur le fonctionnement quotidien de la structure. En revanche, ce biais de sélection ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population incarcérée au CP d'Aix-Luynes.

Un des apports originaux de notre étude tient aussi dans la proportion importante de personnes âgés de 50 ans ou plus ce qui confirme la tendance au vieillissement de la population carcérale et rappel l'existence de réels enjeux de santé dans cette population. Elle apparaît dans notre recherche de plus en plus exposée aux maladies chroniques avec une prévalence de 63,6% (n=7) et présente des taux de prescriptions et d'hospitalisation marqués. Ils consomment en moyenne 6 traitements par personnes (ET 3,3 ; médiane 7 (3,5 - 8) ; n = 11) et 72,7% (n=8) déclarent un antécédent d'hospitalisation au cours de leur incarcération actuelle au CP d'Aix-Luynes. Les connaissances relatives à la santé de cette population sont très peu nombreuses et aucune mise à jour des données à l'échelle nationale n'a été réalisée depuis l'étude de l'INSEE en 2003. (95)

2 – VALIDITÉ INTERNE DE L’ÉTUDE

2.1 – Biais et limites de l’étude

Certaines limites ont pu affecter les résultats de notre étude et du fait de la conception transversale de l’étude, il est important de ne pas tirer de conclusions causales des associations démontrées.

Bien que partageant de nombreux points communs, les conditions de détention et d'accès aux soins sont relativement variables d'un établissement pénitentiaire à l'autre, ce qui rend nos résultats spécifiques du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes.

Le faible échantillon de notre travail limite fortement la puissance de nos résultats. En continuant d'améliorer le questionnaire, l'intérêt de renouveler cette recherche sur un nombre plus important de participants en utilisant par exemple un temps de recueil des données plus long et un nombre d'investigateur plus élevé nous paraît intéressant. Les résultats apporteraient à la fois plus de force statistique et le delta temporel entre les deux recherches permettrait de constater les améliorations ou les dégradations de certains aspects des parcours de soins au sein du CP d'Aix-Luynes.

Par ailleurs, sur les 70 demandes d'entretiens envoyées, le taux de réponse de 64% (n=45) témoignent des difficultés liées à la conciliation des parcours de soin avec les contraintes notamment sécuritaires inhérentes au milieu pénitentiaire.

La validité interne de l’étude aurait pu être contrôlée par la soumission des résultats de l’analyse aux participants afin qu’ils puissent les corroborer. Cela n’a cependant pas pu être réalisé, du fait de l’aspect chronophage de la tâche et de la méconnaissance des dates de libération des participants.

2.1.1 – Biais d’information

Afin de limiter ce biais, nous avons réalisé un questionnaire composé de questions courtes, en grande majorité à réponses fermées.

Le questionnaire de satisfaction utilisé dans notre travail a été spécifiquement créé pour l’évaluation de la satisfaction des patients-détenus vis-à-vis de leur parcours de soins en milieu carcéral. Notre choix s'est appuyé sur le fait que les particularités de fonctionnement des établissements pénitentiaires rendent les questionnaires de satisfaction disponibles peu voire non applicables.

Nous nous sommes donc inspirés à la fois des outils disponibles en français en prenant notamment appui sur l'étude qualitative menée à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces en 2014 par le Dr Keller et le Dr Ploton (67) et l'étude de satisfaction de Labrouhe et al. (48) menée dans deux UHSA en 2017, mais également sur des questionnaires validés et utilisés dans les travaux de recherches anglophones tenant compte des particularités de la population étudiée (80). Notre but était de développer un outil adapté à l'exploration de la satisfaction de plusieurs dimensions du soin en milieu carcéral.

Nous avons fait le choix d'utiliser un hétéro-questionnaire composé de questions courtes en grande majorité à réponses fermées. La motivation de ce choix résidait notre volonté de limiter les problèmes liés à l'illettrisme de la population carcérale, car bien que nous ayons exclu les personnes ne maîtrisant pas la langue française, les chiffres du ministère de la justice de 2017-2018 font état de grandes difficultés de lecture chez 35 % des 70 000 personnes détenues en France, dont 11 % sont en situation d'illettrisme, contre 7 % pour l'ensemble de la population générale (81), ce qui rend complexe l'utilisation d'un auto-questionnaire. Tout en palliant les défauts de compréhension des questions, le choix d'un questionnaire en entretien présentiel a également été motivé par son impact sur le nombre, la précision, et l'exhaustivité des réponses. Nous souhaitions également que le questionnaire soit semi-directif pour laisser libre court à une expression plus personnelle sur les sujets prêtant à discussion. Cela a permis d'apporter des modulations ou des précisions à certaines thématiques dans l'objectif de fournir des explications systémiques aux données produites.

Afin de limiter les biais de censure et de désirabilité sociale (crainches des conséquences négatives en cas de réponses défavorables à l'institution), le questionnaire a été administré par un médecin non engagé dans une relation thérapeutique avec les participants interrogés et la passation du questionnaire n'avait jamais lieu au décours immédiat d'une consultation médicale avec un médecin généraliste. Cependant, certaines de nos questions ont probablement souffert de manière importante de ce biais, notamment celle relative à la consommation de toxiques, plus particulièrement dans sa partie recherchant une consommation antérieure à l'incarcération d'opioïdes, de dérivés morphiniques, ou de cocaïne.

On ne peut par ailleurs pas exclure un biais de mémorisation dans la mesure où certaines questions portaient sur des événements qui pouvaient parfois être anciens, comme la consultation « arrivant » chez les participants incarcérés depuis plusieurs mois.

2.1.2 – Biais de sélection

La taille de l'effectif (n=45) constitue la principale faiblesse de notre étude et donne à nos résultats un manque de puissance évident. De plus, bien que l'étude ait été menée dans les deux centres pénitentiaires d'Aix-Luynes, l'extrapolation des résultats à l'ensemble du parc pénitentiaire français semble compromise, a fortiori quand on sait que chaque USMP possède son propre mode de fonctionnement.

Le choix de restreindre notre échantillonnage aux patients suivis régulièrement par les médecins généralistes des USMP a probablement diminué le nombre de participants, mais s'est justifié par notre volonté d'interroger des personnes présentant une utilisation fréquente des services de santé dans le but de recueillir des informations plus détaillées sur les modes de fonctionnement des unités sanitaires. De ce fait, nous avons certainement sélectionné des participants plus à risque de présenter des problèmes de santé comparativement au reste de la population carcérale, et il aurait été intéressant de comparer notre échantillon à l'ensemble de la population carcérale du CP d'Aix-Luynes sur la même période afin de pouvoir extrapoler les résultats. Ce travail n'a pas pu être réalisé en raison des difficultés rencontrées pour récupérer les données nécessaires.

D'autres part, notre échantillon n'a pas été sélectionné par tirage au sort par manque de temps disponible pour mettre en place cette méthode de recrutement. L'investigateur étant également membre de l'équipe soignante au cours de la période d'inclusion, les patients suivis par celui-ci ont été exclus de l'échantillonnage. Cependant, le recrutement via les médecins généralistes a peut-être entraîné un biais de sélection en poussant ces derniers à adresser en premier lieu les patients avec qui la relation médecin – patient était perçue comme meilleure que dans le reste de leur patientèle. Ce biais a donc sans doute minoré les taux d'insatisfaction pour certaines questions.

Par ailleurs, nous pouvons regretter, en ce qui concerne les données épidémiologiques que notre étude n'ait porté que sur une population masculine majeure. La population carcérale féminine et les mineurs présentent des caractéristiques très différentes et auraient été intéressantes à étudier. Malheureusement, le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes n'accueille pas de personnes détenues de sexe féminin, et l'inclusion des mineurs incarcérés auraient nécessité une autorisation parentale ce qui nous semblait difficile à obtenir dans les délais impartis par notre travail. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire portant exclusivement sur la population carcérale mineure dans le but de mettre en avant ses spécificités et ses différences avec la population majeure vis-à-vis de la satisfaction des soins délivrés par les USMP du CP d'Aix-Luynes.

Enfin, nous ne connaissons pas les causes de refus de la passation du questionnaire chez les participants ayant été invités à y répondre mais ne s'étant pas présentés à la date du rendez-vous. Ces informations n'ont pas pu être recueillies pour plusieurs raisons : difficultés à recontacter les non-venus, oubli de l'investigateur, refus des patients de donner des explications.

3 – VALIDITÉ EXTERNE DE L'ÉTUDE

3.1 – État des connaissances de la satisfaction des personnes détenues vis-à-vis des services de santé en milieu carcéral

À notre connaissance, il n'existe que très peu d'études portant sur la satisfaction des personnes détenues vis-à-vis de l'accès aux soins en détention.

Alors que les soins et les soignants sont très critiqués dans les études étrangères, les participants de notre étude en étaient plutôt satisfaits.

À l'international, l'étude menée en 2006 par Louise Condon et al. (82) auprès d'une centaine de personnes détenues dans des prisons anglaises cherchait à évaluer leur vision des soins. Le manque d'autonomie apparaissait comme un obstacle majeur à la satisfaction complète des besoins de santé pour lesquels une meilleure prise en compte des opinions des personnes détenues lors de la planification, de l'organisation et de la prestation des services de santé en prison était suggérée par les auteurs.

En 2008, Emma Plugge et al. (83) ont recueilli les témoignages de femmes incarcérées en Angleterre sur leur expérience des soins en prisons. Leur perception de la qualité des soins étaient mitigées. Il y avait des témoignages où les praticiens étaient considérés comme compétents et respectueux, mais beaucoup estimaient que les soins étaient médiocres et de moins bonne qualité qu'en milieu libre. Les femmes interrogées se plaignaient des difficultés d'accès aux soins ou aux médicaments, des traitements irrespectueux et des atteintes à la confidentialité.

L'étude de satisfaction menée en 2009 par Bjorngaard et al. (84) auprès de personnes détenues dans les prisons Norvégiennes retrouvait un taux de satisfaction de l'ordre de 38% vis-à-vis des services de santé en milieu carcéral. Les insomnies et la perception d'un état de santé dégradé étaient considérés comme des facteurs associés à l'insatisfaction. En revanche, l'avancé dans l'âge favorisait la satisfaction vis-à-vis des soins.

En 2011, Ross et al. (85) suggéraient un lien entre la satisfaction des personnes détenues à l'égard des services de santé et la perception de leur environnement carcéral dans une étude menée parmi une cinquantaine de prisons anglaises auprès de 4800 personnes

détenues. Ainsi, la perception d'un climat carcéral positif facilite les interactions entre le personnel de l'administration pénitentiaire, les soignants et les personnes détenues. En revanche, dans les climats perçus négativement, le personnel de surveillance apparaît comme un intermédiaire limitant les possibilités d'échanges des personnes détenues avec les services de santé dégradant ainsi la satisfaction vis-à-vis des services de santé. De plus, les auteurs suggèrent que le personnel de santé est lui-même influencé par le climat carcéral.

En France, l'étude de Labrouhe et al. (48) portant sur la satisfaction d'une centaine de patients-détenus hospitalisés dans deux UHSA métropolitaines retrouvait un taux de satisfaction global de l'ordre de 70%. Les patients atteints d'un trouble psychotique chronique présentaient cependant un niveau de satisfaction significativement plus faible que les participants souffrant d'autres pathologies psychiatriques, tout comme les participants aux antécédents d'hospitalisation sous contrainte (HO D398). Les individus souhaitant poursuivre leurs soins en détention et après leur remise en liberté étaient également significativement plus satisfaits des services de santé en UHSA que les participants ne désirant pas continuer la prise en charge initiée en hospitalisation. Les auteurs soulignent les liens observés dans la littérature entre une bonne satisfaction des soins reçus et une meilleure observance. Celle-ci est d'ailleurs corrélée à un meilleur pronostic ce qui représente un enjeu important pour ces patients qui présentent fréquemment des pathologies psychiatriques lourdes et invalidantes évoluant parfois sans prise en charge depuis plusieurs années.

Enfin, l'analyse qualitative menée autour du vécu et de la perception des soins auprès de personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces par le Dr Marie Keller et le Dr Noémie Ploton, dans le cadre d'un travail de thèse en 2014 à l'université de médecine de Grenoble (67) retrouvait des opinions globalement positives des soins reçus mais associées à plusieurs critiques vis-à-vis des mauvaises conditions de vie en détention, des difficultés d'accès aux soins particulièrement en situation d'urgence, du port d'entraves lors des extractions médicales, de la prescription excessive de médicaments psychotropes et d'une prise en charge insuffisante de la douleur.

Les principaux résultats de notre travail semblent rentrer en cohérence avec les travaux français, et s'éloigner des résultats internationaux bien qu'aucune étude quantitative sur l'évaluation de la satisfaction des personnes détenues envers le système de soins intra-carcéral ne soit ressortie de notre recherche bibliographique.

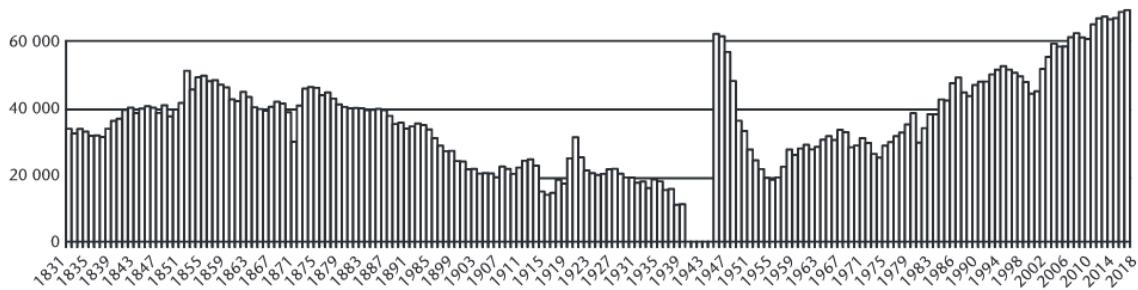
L'écart de satisfaction entre les études françaises et étrangères nous semble important et s'explique sans doute en premier lieu par les différences rencontrées dans l'organisation des systèmes de soins en milieu carcéral entre chaque pays. D'autres part, la discordance peut également s'expliquer par le fait que l'investigateur de la recherche faisait partie de l'équipe soignante. Enfin, il faut aussi garder à l'esprit que nos résultats ne sont pas forcément tranchés du fait de la cohabitation de plusieurs opinions différentes. Ainsi, si les participants s'estimaient satisfaits des soins dans leur ensemble, ils étaient également très critiques vis-à-vis de certains aspects spécifiques des soins. De même si la majorité des personnes interrogées exprimaient une opinion très positive sur les soignants, d'autres étaient bien plus critiques.

3.2 – Comparaisons des caractéristiques de la situation pénale

L'évolution du nombre de personnes détenues en France au 1er janvier de chaque année, n'a cessé de croître depuis le milieu du XIX siècle. La situation des dernières années n'échappe pas à ce constat et les chiffres continuent malheureusement de battre des records années après années.

Au 1^{er} Mars 2019, le nombre de personnes incarcérées en France s'établissait à 71 037 personnes détenues. (51)

Effectif de la population carcérale en France (métropole) de 1831 à 2018 (au 1^{er} janvier de chaque année)



Sources : Combessie P. *La prison et ses occupants*. In: *Sociologie de la prison. La Découverte, Repères*. 2018

La proportion de personnes détenues à titre provisoire était de 29% à l'échelle nationale au 1^{er} Mars 2019 contre 40% dans notre étude. Cette différence s'explique peut-être par le nombre plus important de personnes incluent sur le CP d'Aix-Luynes 2. Celui-ci accueille préférentiellement les personnes détenues au statut judiciaire de prévenu. On observe effectivement une répartition statistiquement différente des personnes condamnées et des personnes prévenues entre les deux centres d'Aix-Luynes 1 (CP 1) et d'Aix-Luynes 2 (CP 2) avec 94,4% (n=17) de participants condamnés sur le CP 1, contre 37% (n=10) sur le CP2 ($p<0,05$).

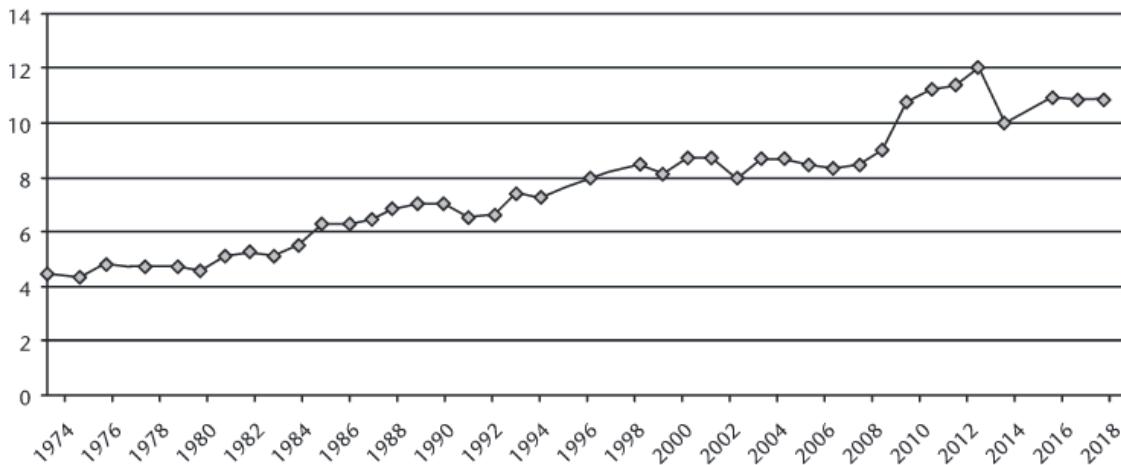
Cette différence est le témoin d'une volonté de regroupement par l'administration pénitentiaire des personnes condamnées sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 1 et des personnes prévenues sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2.

Concernant l'évolution de la durée moyenne d'incarcération, celle-ci est restée relativement stable autour de quatre mois sur la période 1866 – 1981 (88). Les années 1980, marquées par l'abolition de la peine de mort en 1981, représentent toutefois un tournant dans l'évolution des durées de détention. On note effectivement à partir de cette période, une tendance à l'allongement de la durée d'incarcération dans de nombreux pays occidentaux. Dès lors, elle n'a cessé de croître pour s'établir en 2012 à douze mois avant de se stabiliser entre 2015 et 2017 autour de neuf mois. Au total, la durée moyenne d'enfermement a plus que doublée en moins de quarante ans et s'établissait dans notre recherche à 10,7 mois.

Cette durée présentait plusieurs spécificités dans notre étude. Tout d'abord, les participants incarcérés au CP 1 présentaient une durée moyenne d'incarcération plus élevée que celles des personnes interrogées au CP 2 (13,7 mois contre 8,8 mois). Cette différence tient probablement dans la répartition inégale des personnes prévenues et condamnées entre les deux centres. Cette hypothèse tend à se confirmer au travers des résultats obtenus entre les catégories de participants. En effet, ces prévenus présentent une durée moyenne d'incarcération plus courte que les personnes définitivement condamnées par la justice (4,9 mois contre 14,6 mois). Cette différence s'explique sans doute par le fait que le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes est essentiellement composé de quartiers « maison d'arrêt » destinés à accueillir des personnes prévenues et condamnées à des courtes peines. Il n'est donc pas surprenant de voir l'ensemble (n=18) des participants au statut judiciaire de prévenu de notre recherche présenter une durée d'incarcération inférieure à un an. Au total, les participants de notre étude étaient 73% (n=33) à être incarcérés depuis moins d'un an.

Cependant nos résultats ne sauraient masquer le phénomène d'inflation de la population carcérale des dernières décennies par l'allongement de la durée moyenne d'incarcération, d'autant plus que le flux de personnes envoyé en prison chaque année est resté relativement stable depuis quarante ans (72 491 en 1974 et 74 749 en 2017). Un peu plus d'un quart (n=12) des participants étaient incarcérés depuis plus d'un an et déclaraient tous un statut judiciaire de condamné.

Durée moyenne de détention (en mois), en France, entre 1974 et 2017



Sources : Combessie P. *La prison et ses occupants*. In: *Sociologie de la prison. La Découverte, Repères*. 2018

Enfin, notre étude retrouvait un taux de personnes incarcérés pour la première fois de l'ordre de 40%. Ces chiffres semblent cohérents avec ceux fournis par le ministère de la justice en 2014 qui estimait que 61% des personnes sortants de prison étaient réincarcérées dans les 5 ans (86). À l'inverse, 32% des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve sont recondamnées à une peine de prison ferme dans les cinq ans.

Face à ce constat, nous sommes en droit de nous demander si la prison est un moyen de lutte efficace contre la récidive. En effet, le système pénitentiaire apparaît plutôt comme une institution désocialisante et criminogène. De plus, aucune étude n'a pour le moment démontré d'effet dissuasif de l'emprisonnement sur la délinquance, ni d'efficacité à prévenir la récidive.

Dans la plupart des pays démocratiques, et notamment en Europe occidentale, on remarque, à partir des années 1970, un phénomène dit de *dualisation* parce que deux mouvements se conjuguent : la diminution du nombre d'enfermements pour de courtes périodes et l'augmentation des peines d'enfermements à de longues durées. Cette dernière est due à trois facteurs, qui le plus souvent se combinent et renforcent le phénomène. Dans un premier temps, on constate l'apparition de peines plus longues, pour lesquelles on condamne de plus en plus de personnes. Enfin, à durée de peine égale, on maintient la personne détenue plus longtemps enfermée.

À partir d'une recherche concernant six pays d'Europe, S. Snacken et H. Tubex (87) ont mis en évidence les différents facteurs qui ont contribué à augmenter les durées d'enfermement au cours des dernières décennies du XX siècle. Elles ont souligné les effets de l'abolition de la peine de mort sur l'augmentation des condamnations à de très lourdes peines, l'introduction de nouvelles peines, plus longues et souvent incompressibles, ayant entraîné un glissement vers le haut de l'échelle des condamnations (une infraction entraînant cinq ans de prison dans les années 1960 en implique souvent le double dans les années 2010). Il s'agit à la fois de modification des pratiques des magistrats et de modification des lois. Les parlementaires de la plupart des pays démocratiques ont modifié les codes pénaux en sanctionnant plus sévèrement certains types d'infractions, notamment en matière de terrorisme, trafic de stupéfiants et de violences sexuelles. Si l'on considère que les personnes détenues maintenues en prison le plus longtemps sont les personnes les plus dangereuses pour l'ordre social, alors on peut dire que la dualisation est conforme à la logique de la défense sociale mais qu'elle présente des risques d'atteintes aux droits fondamentaux notamment celui d'établir un accès aux soins équivalents à ceux disponibles en milieu libre.

Parallèlement, d'autres pratiques, qui pouvaient être sanctionnées par de courtes peines de prison, ont été dé penalisées ; le cas le plus symptomatique est sans doute celui de la Finlande, qui, en modifiant sa législation sur la répression de l'ivresse publique en 1968, a entraîné une réduction de 40 % de sa population carcérale (88). En France, parmi les dé penalisations de la fin du XX siècle, on notera, entre autres, celles de l'adultère, de l'homosexualité ou de l'émission de chèques sans provision. À côté de ces dé penalisations, de nouvelles dispositions sont apparues qui rendent plus difficile l'incarcération avant jugement de certaines catégories de population pour des délits qui demeurent pénalement passibles de prison ferme. En France, cela concerne principalement les femmes et les mineurs pour lesquels une législation spécifique invite à employer la prison avec beaucoup plus de réserve que ce que prévoit le code pénal pour les hommes majeurs.

En même temps, les pouvoirs publics ont cherché à limiter les incarcérations de courte durée en les substituant par des mesures dites alternatives, comme le travail d'intérêt général (TIG).

Mais quels que soient les dispositifs proposés, une interrogation revient néanmoins de manière récurrente dès qu'il est question d'alternatives à la prison. On se demande ainsi dans quelle mesure elles peuvent permettre de remplacer des peines de prison tout en venant s'ajouter à un arsenal de peines déjà existant. Différents éléments tendent à montrer que cela dépend essentiellement du degré d'engagement de la personne sur le chemin des illégalités : on propose souvent des TIG à des délinquants très occasionnels pour qui, si ces peines « alternatives » n'avaient pas existé, n'auraient sans doute pas été condamnés à une peine de prison ferme. Par ailleurs, les infractions antérieurement commises ont toujours joué un rôle important dans l'administration de la justice pénale et tendent à accentuer le processus de dualisation. Pour une première infraction qualifiée de légère, la personne condamnée sera soumise à une mesure alternative. Si elle suit correctement les contraintes de sa sanction, elle contribue à limiter le nombre de personnes incarcérées pour de courtes peines. En revanche, si elle ne respecte pas les impératifs de contrôle associés à la sanction, elle se rend alors coupable d'une nouvelle infraction (non-respect d'une décision judiciaire) et la condamnation sera plus sévère.

La nouvelle sanction sera encore plus dure si, de surcroît, elle est discréditée par la mise en cause dans de nouvelles infractions aussi bénignes soient elles. Ainsi, si tant est qu'aucune infraction considérée comme grave ne soit commise, l'existence de ces mesures dites alternatives à l'incarcération et la sévérité du système judiciaire en cas de non-respect des contrôles associés à ces mesures produisent pour ces personnes un passage plus brutal de la liberté à l'emprisonnement de moyenne ou longue durée renforçant le phénomène de dualisation.

3.3 – Comparaisons des caractéristiques sociodémographiques

La variable sociodémographique la plus discriminante en milieu carcéral est assurément le genre. Les personnes détenues ont toujours été très majoritairement des hommes. On a commencé en France à les décompter séparément en 1852, la proportion de femmes dans les prisons était alors de 20% ; elle décroît jusqu'au milieu XX siècle, pour se stabiliser autour de 4% ou 5% (3,6% au 1^{er} Mars 2019). (51,88)

L'absence de femmes dans notre travail était due à l'absence de femmes incarcérées sur le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes. Cela a malheureusement exclu certains champs médicaux comme la maternité et la gynécologie de l'analyse de satisfaction.

Concernant les personnes mineures, celles-ci ont été exclues de notre étude compte tenu des difficultés rencontrées dans ce milieu pour obtenir un accord de participation de la part des représentants légaux. Au 1^{er} Mars 2019, ils étaient 807 mineurs à être placés en détention, soit environ 1% de la population totale des personnes détenues en France.

À l'échelle nationale, les justiciables incarcérés sont principalement des hommes, mais aussi, très majoritairement, des hommes jeunes.

Cela dit, la tendance est au vieillissement : l'âge médian, en France, est passé de 28,4 ans au 1^{er} janvier 1980 à 31,8 ans au 1^{er} janvier 2018 (88). Le constat est encore plus saisissant dans notre travail où l'on retrouve un âge médian de 39 ans (30 ; 49).

La répartition des justiciables détenus par tranche d'âge dans notre étude n'est pas non plus comparable à celle retrouvée au 1^{er} Janvier 2018 à l'échelle nationale. La proportion de personnes âgées de 50 ans ou plus dans notre travail représentait le double de celle retrouvée à l'échelle nationale début 2018 (24,4% contre 12%). À l'inverse, la proportion des 18 – 30 ans était deux fois moins importante dans notre étude qu'à l'échelle nationale (24,4% contre 42,3%). Notre étude apporte donc un éclairage original sur l'accès aux services de santé en milieu carcéral par la population âgée.

Ces écarts s'expliquent sans doute par notre méthode de recrutement qui visait les patients régulièrement suivis par les médecins généralistes. Un suivi régulier, défini comme un minimum de trois consultations de médecine générale, a probablement sélectionné des patients plus âgés en raison de la présence de comorbidités qui nécessitent un accès plus régulier aux services de santé que les populations plus jeunes.

À l'échelle nationale, cette augmentation relative de l'âge des personnes détenues s'explique par différents éléments qui se combinent : le volontarisme de la politique pénale pour limiter l'entrée de très jeunes adolescents en prison, l'augmentation de la répression des infractions à caractère sexuel qui souvent concernent des hommes plus âgés. La possibilité de faire juger ces infractions longtemps après les faits (dans les cas d'atteinte sur mineur notamment), l'allongement des durées de détention, en particulier pour ce type d'infractions mais pour d'autres comme le trafic de stupéfiants.

Les prisons sont souvent mal adaptées aux personnes âgées qui sont certes plus calmes en détention que les plus jeunes, mais qui présentent des besoins, en particulier en matière de santé, auxquels l'aménagement et le fonctionnement de la plupart des lieux de détention paraissent inadaptés à la prise en charge sanitaire de cette population.

L'enquête HID prison menée par l'INSEE et l'INED en 2001 (79), mettait déjà en évidence au début du XXI siècle la surreprésentation du handicap et de certaines incapacités en détention par rapport au milieu libre. La proportion de personnes présentant au moins une incapacité était trois fois supérieure en milieu carcéral qu'en milieu libre. Le cumul des difficultés était de même beaucoup plus fréquent en détention qu'à l'extérieur. À âge comparable, 60% des détenus déclaraient avoir des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales dans leur vie quotidienne, contre 24% en milieu libre. De même, 29% témoignaient d'une certaine limitation dans leurs activités en raison d'un problème de santé, contre 5% en population générale. Bien que cet écart soit déjà présent au moment de l'incarcération, cette étude révèle aussi qu'il s'accentuait au cours de la détention. En 2001, environ 8% de la population carcérale soit près de 4000 personnes détenues avaient besoin d'une aide humaine ou matérielle pour les assister dans leur vie quotidienne, et l'on peut supposer au travers de notre recherche, que ce chiffre connaît une évolution croissante compte tenu du vieillissement de la population carcérale.

Concernant la situation familiale des personnes détenues, nos résultats présentent certaines similitudes avec ceux du dispositif d'observation de la santé des personnes détenues entrant dans les établissements pénitentiaires de l'ex-région Picardie en 2015 (89) et ceux de l'enquête nationale menée par l'INSEE en 2002 (90).

Ces deux études retrouvaient environ 43% d'hommes se déclarant en couple contre 53% dans notre travail et 66% dans la population générale en 2002. La paternité concernait la moitié des nouvelles personnes détenues de l'étude d'ex-région Picardie contre 71% des participants à notre recherche. Cette différence traduit probablement la part plus importante de personnes détenues âgées dans notre recherche. Nous aurions pu contrôler ce biais en pratiquant une distinction entre paternité avec enfants à charge et paternité avec enfants émancipés mais cela n'a malheureusement pas été fait. En 2002, l'INSEE recensait une moyenne d'un enfant par personne détenue, contre 1,3 dans la population générale. Nous n'avons pas réussi à recueillir de manière systématique le nombre d'enfant dans notre échantillon ce qui ne nous permet pas d'établir une comparaison fiable.

La proportion de personnes détenues propriétaires et locataires était plus importante dans notre étude que dans celle réalisée en région Picardie. Cette différence s'explique peut-être par la moyenne d'âge plus élevée des participants de notre recherche. En effet, l'accès à la propriété ou le départ du foyer familial est généralement croissant avec l'âge. Toutefois, la proportion de personnes détenues sans abri avant leur incarcération était quasi similaire entre les deux études, autour de 7%, ce qui témoigne de difficultés sociales préalables à l'incarcération équivalentes d'une région à l'autre.

Concernant le statut socio-professionnel des personnes détenues, selon les données rapportées par Jacques-Guy Petit, il y avait, en 1868, dans les maisons centrales de France métropolitaine, 87,5 % d'hommes « *pauvres ou miséreux* » (88). Pour la première fois en France, l'INSEE, lors du recensement de 1999, a fait passer une enquête spécifique en prison. Elle révèle qu'une personne détenue sur deux est ou a été ouvrier (contre une sur trois dans l'ensemble de la population masculine en France à la même date).

Vingt ans plus tard, la proportion d'ouvriers parmi les participants de notre recherche semble plus faible, mais reste la catégorie socio-professionnelle majoritaire aux alentours de 40%. Au début des années 2000, la probabilité d'être incarcéré était six fois moins forte pour les cadres supérieurs que pour les artisans et commerçants. Cette probabilité ne semble pas remise en cause par nos résultats qui ne retrouvent que 6% de participants appartenant aux catégories socio-professionnelles des cadres supérieurs (PCS 2 et PCS 3). Les statuts socio-professionnels précaires restent donc majoritaires en milieu carcéral. Ce constat tient à se confirmer avec les données issues de l'étude menée dans l'ex-région Picardie qui retrouvait en 2015 un taux de personnes au chômage ou sans profession de l'ordre de 62%.

Enfin, le bilan en termes de niveau scolaire semble faire écho avec celui posé au sujet des catégories socio-professionnelles. Les résultats du bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire pour l'année 2017-2018 faisaient état de trois quarts de personnes arrivant en détention sans diplômes, 15% avec un CAP ou un BEP, 7% avec un diplôme national du brevet, 6,3% avec un baccalauréat et 2,7% avec des études supérieures. De plus, 23,3% étaient en situation d'illettrisme ou de grandes difficultés de compréhension au test de lecture (81). La mise en perspective de ces résultats avec ceux de notre recherche apparaît délicate. En effet, si la proportion de personnes sans diplôme semble du même ordre de grandeur, la proportion de participants déclarant un niveau d'études professionnelles est supérieure aux données de 2018. Cette discordance provient vraisemblablement de la faible représentativité de notre échantillon vis-à-vis de la population carcérale nationale, d'un biais de désirabilité sociale et d'une moyenne d'âge plus élevée comparativement à la population carcérale nationale.

D'après les chiffres de l'administration pénitentiaire pour l'année scolaire 2017-2018 (81), 83,7 % des mineurs incarcérés et 21,7 % des majeurs ont été scolarisés de manière régulière. L'encadrement était assuré par 505,5 ETP enseignants du premier ou du second degré, complété par l'intervention de 1227 vacataires rajoutant 208 ETP. Ces programmes éducatifs ont permis à 3352 personnes détenues d'obtenir un diplôme de l'éducation nationale avec un taux de réussite global aux examens de 74,9%. Ils étaient 2811 à avoir passé un diplôme attestant de compétences linguistiques avec un taux de réussite de 92,1%. Pour les diplômes à visée professionnelle, le taux de réussite de la validation générale est élevé, tandis que le taux de réussite global est très faible. Cela traduit un manque d'infrastructures, notamment de plateaux techniques dans les établissements pour mineurs et montre la difficulté pour les élèves de réaliser les périodes de formation en milieu professionnel.

Quoiqu'il en soit, la proportion importante d'enfermement des personnes les plus démunies et vulnérables semble criante aux vues de ces résultats. De multiples facteurs peuvent venir expliquer cette situation, et quelques-uns sont assez simples à mettre en lumière, notamment en ce qui concerne la détention provisoire avant jugement, qui conditionne, bien souvent, la peine prononcée. Une personne qui est jugée après quelques mois d'enfermement a de fortes probabilités d'être condamnée à une peine de prison ferme égale à la durée qu'elle a passée en prison avant son procès. À l'inverse, une personne jugée sans avoir été incarcérée a de bonnes chances de n'être condamnée qu'à une peine d'amende ou de prison avec sursis. Pour les faits les plus graves, crimes de sang par exemple, un magistrat hésitera peu à enfermer à titre provisoire un notable de la région. Mais, pour des faits plus bénins, une rixe sans séquelles importantes avec des fonctionnaires de police après une infraction au code de la route par exemple, la différence sociale entre les individus sera déterminante. Ainsi, pour cette altercation, un jeune homme sans qualification, sans emploi et hébergé chez une amie a de fortes chances d'être envoyé en détention provisoire, à fortiori si son casier judiciaire n'est pas vierge. Pour la même infraction, un homme du même âge, mais diplômé et fonctionnaire ou cadre d'entreprise logé dans un appartement à son nom, sera en général laissé libre de rentrer chez lui, de reprendre son travail le lendemain, et devra se présenter sur convocation à l'audience du tribunal, où il sera certainement condamné à une amende et des dommages et intérêts à la victime ; quant à l'éventuelle peine de prison, elle sera le plus souvent assortie de sursis. Les raisons des magistrats pour envoyer le premier en prison sont compréhensibles : sans domicile fixe, il risque de « s'évaporer dans la nature ». On peut aussi comprendre les raisons qui plaident pour le sursis du jeune cadre : il ne s'agit pas de casser une carrière professionnelle pour quelques coups échangés. De plus, de par son travail et son logement, il offre de bonnes garanties de réinsertion. La prison est donc un lieu où l'on envoie plus aisément les personnes en situation de précarité (en travail, en domicile, en famille, en argent...) que les personnes plus favorisées ou tout du moins jugées comme socialement insérées.

3.4 – Comparaisons des profils médicaux rencontrés en milieu carcéral

Comme nous avons pu le voir dans la première partie de notre travail, les conditions d'accès aux soins pour les personnes détenues ont subies de profondes modifications suite à loi du 18 Janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Le transfert de charge de l'administration pénitentiaire aux établissements de l'assistance publique hospitalière mettait ainsi fin à une organisation des soins orchestrée par l'administration pénitentiaire aux prises avec le paradoxe de vouloir assurer des missions de surveillance, de sécurité et de réinsertion, tout en s'astreignant à porter le poids des missions de soins et de promotion de la santé.

La France est le deuxième pays européen après la Norvège à avoir pris la décision d'attribuer la responsabilité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral au ministère chargé de la santé. Depuis 1994, ces deux pays ont été rejoints par le Royaume-Uni et l'Italie en 2006 et 2008. (9)

Cependant, malgré les progrès constatés depuis 25 ans, de nombreux problèmes persistent pour garantir à toute personne détenue une qualité des soins équivalente à celle disponible en milieu libre. En effet, le système de santé en milieu pénitentiaire reste intriqué malgré lui dans le fonctionnement d'une institution qui continue de compliquer l'accès aux soins des patients incarcérés.

À l'heure où se pose la question de la définition et de l'organisation d'un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues en France, il est intéressant de s'interroger plus précisément sur ce qui se fait à l'étranger. En 2014, Verdot et al. (91) retrouvent dans les pays ayant mis en place un dispositif de surveillance systématisé et pérenne, que la priorité est souvent donnée à des dispositifs de surveillance thématiques, couvrant principalement les maladies infectieuses, les addictions ou la santé mentale. L'hétérogénéité des modes de recueil entre les différents pays rend cependant délicate les comparaisons car seules les données de mortalité font l'objet d'un dispositif national d'enregistrement en routine dans tous les pays étudiés, permettant ainsi de pouvoir estimer entre autres les taux de suicide en prison.

À ce propos, le taux de suicide masculin en prison était sept fois plus élevé qu'en population générale pour la période 2005-2010 et jusqu'à vingt fois plus élevé chez les femmes. Par ailleurs, les suicides représentaient près d'un décès sur deux pour la période 2006-2009 dans les prisons françaises (47). Entre 2011 et 2014, parmi 24 pays, la France présentait le deuxième taux de suicide en prison le plus élevé en Europe, juste derrière certains pays nordiques (92). Outre ces décès par suicide, les tentatives de suicides en cours de détention constituent un motif de recours à l'USMP et en principe une indication à l'hospitalisation, notamment en cas de péril imminent (93). Elles sont aussi susceptibles de faire l'objet d'un

signalement auprès de l'administration pénitentiaire. En 2009, un plan de prévention du suicide des personnes détenues, comportant de multiples mesures, a été lancé par le ministère de la Justice à la suite du rapport de la Commission Albrand (94) réunie face à l'augmentation du nombre de décès par suicides observée en 2008 et 2009. Depuis, le taux global de mortalité par suicide a sensiblement baissé, passant de 21,2 pour 10 000 en 2005 à 13,9 pour 10 000 en 2014. Cependant, l'ensemble des acteurs professionnels reste mobilisé pour la prévention du suicide en milieu carcéral, compte tenu d'une nouvelle augmentation du taux de suicide à 16 pour 10 000 en 2018 avec 131 vies perdues. (49)

Les études concernant la santé des personnes détenues en France, reposent sur la mise en place d'études ponctuelles dont quatre permettent d'obtenir des données représentatives à l'échelle nationale : l'enquête « HID-prison » (79) réalisée en 2001 par l'Ined (extension en milieu carcéral de l'enquête HID-ménages) pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences dans le contexte carcéral ; l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la DRESS en 1999 et reconduite en 2003 (95) ; l'enquête réalisée en 2004 par Cemka-Eval pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (97) ; et l'enquête « Prévacar » mise en œuvre en 2010 par l'InVS et la DGS pour déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés au sein de la population carcérale (103).

Ces enquêtes commencent cependant à dater de sorte que la France ne dispose pas de données actualisées sur la santé des personnes détenues. Bien qu'elles apportent un éclairage sur des problèmes de santé majeurs en milieu carcéral et plutôt bien documentés par ailleurs au niveau international, les mode de vie des personnes détenues avant et pendant l'incarcération ainsi que le vieillissement de la population carcérale laissent présager une augmentation des pathologies chroniques (notamment cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses) à propos desquelles il existe encore peu ou pas de données épidémiologiques françaises.

3.4 – La santé des personnes incarcérées à leur entrée en prison

Bien que 80% des personnes entrant en prison aient été considérées en bon état de santé général par l'enquête de la DRESS en 2003 (95), celle-ci montre également l'importance d'initier ou de poursuivre des soins auprès de la population nouvellement incarcérée.

Douze ans plus tard, le dispositif d'observation de la santé des personnes détenues entrant dans les établissements pénitentiaires de l'ex-région Picardie dresse un constat quasi similaire à celui de 2003 bien que ses données ne soient représentatives que d'une seule région (89).

Dans cette région, en 2015, bien que neuf entrants sur dix aient été considérés en bonne santé, plus d'un tiers déclaraient au moins une pathologie somatique chronique, 85% déclaraient consommer au moins une substance toxique de façon excessive et 30% présentaient une poly-intoxication. Concernant le suivi médical, 60% déclaraient avoir consulté un médecin dans les douze mois précédent leur incarcération, 25% déclaraient avoir eu un suivi psychiatrique antérieur et 17% un traitement psychiatrique en cours. Suite à la consultation d'entrée, la moitié était orientée vers une consultation spécialisée dont 26% avec un médecin psychiatre. Une recherche d'infection sexuellement transmissible était réalisée chez 6 entrants sur 10. Sur le plan social, leur situation ressortait comme difficile. Ainsi, presque une personne sur dix vivait dans un logement précaire avant son incarcération et près des deux tiers étaient au chômage ou sans profession.

Au final, à l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent très souvent un état de santé fragilisé avec une prévalence importante de comportements à risque et de troubles mentaux.

Toutefois, si le recueil des données de santé à l'arrivée en détention est utile pour définir les caractéristiques de cette population et pour orienter ses besoins, les données de santé au cours de la période de détention sont tout autant primordiales afin d'évaluer l'influence des facteurs pénitentiaires et l'apport des services de santé en milieu carcéral sur l'évolution de la santé des personnes détenues.

La comparaison des résultats de ces études avec ceux de notre recherche présente donc un intérêt dans l'analyse de l'évolution des besoins de santé qui s'établissent entre l'entrée et un certain temps d'incarcération.

Les participants de notre étude semblent présenter un taux de suivi médical antérieur à l'incarcération légèrement plus important que les individus inclus dans l'étude menée dans les établissements picards en 2015 (75% contre 60%). Ils étaient cependant moins nombreux à déclarer un suivi par un médecin psychiatre avant leur incarcération (17% contre 25%). La part de personnes sans suivi médical antérieur à leur incarcération est donc relativement stable d'une région à l'autre témoignant de problématiques d'accès aux services de santé similaires sur une large partie du territoire national.

Ce phénomène laisse aussi transparaître les difficultés rencontrées dans le repérage en amont d'une incarcération des personnes les plus vulnérables souvent excluent des parcours de soins en milieu libre. La construction d'un projet de soin en milieu carcéral apparait donc fondamentale et laisse espérer un impact positif des services de santé en milieu pénitentiaire chez ces patients aux parcours de soins souvent absents ou marginalisés.

Notre étude n'a cependant pas mis en évidence de satisfaction plus importante des services de santé en milieu carcéral chez les participants sans suivi médical antérieur à leur incarcération comparativement à ceux déjà suivis en milieu libre.

Pour tenter d'expliquer ce résultat, on peut supposer que les personnes n'ayant pas accès aux services de santé en milieu libre cumulent fréquemment en amont de leur incarcération de nombreuses difficultés médico-socio-économiques. Les attentes de ces patients vulnérables vis-à-vis des services de santé peuvent donc être très importantes compte tenus des besoins accumulés par un faible accès en milieu libre. L'éloignement fréquent des personnes détenues du système de santé de droit commun avant leur incarcération, lié aux situations de précarité sociale, fait que l'adoption des comportements favorables à une bonne santé est plutôt rare chez ces personnes. Ces difficultés préalables à l'incarcération restent par ailleurs bien souvent majorées par des conditions de détention potentiellement pathogènes (surpopulation, confinement, insalubrité, etc.), peu propices aux actions de promotion de la santé. Les réponses apportées par les professionnels de santé peuvent donc parfois paraître insuffisantes aux yeux de cette population d'autant plus que le fossé initial peut être profond et difficile à combler par l'accumulation de pathologies pré-existantes ou venant se greffer à l'incarcération.

L'auto-évaluation de l'état de santé que nous avons utilisée dans notre recherche peut être un outil intéressant pour venir éclairer certains aspects difficiles à saisir cliniquement, tels que le retentissement d'un environnement social ou les ressources physiques et psychologiques.

Le tableau ci-après confronte nos résultats de l'état de santé perçu à ceux établis en 2017 par l'INSEE (96) auprès de la population générale.

État de santé perçu	INSEE 2017	ETUDE (n=45)
Excellent ou très bon	24,3%	11%
Bon	43%	24,5%
Moyen	24,3%	35,5%
Mauvais	7,3%	22%
Très mauvais	1%	7%

Nos chiffres objectivent donc une nette tendance des personnes détenues interrogées à percevoir leur état de santé comme plutôt dégradé comparativement à la population générale.

La réponse à cette question englobe donc plusieurs paramètres enrichissants pour établir un point de repère utile à de futurs réévaluations de l'état de santé des personnes incarcérées au CP d'Aix-Luynes. En outre, la santé perçue peut permettre de mieux prédire les comportements de demande d'aide et d'utilisation des services de santé.

Ainsi, le rôle de l'environnement carcéral semble prendre une place importante dans l'appréciation de l'état de santé de la population. Dans notre étude, on remarque les infrastructures quasiment neuves du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2 contrastent fortement avec les conditions de vie offertes sur le CP d'Aix-Luynes 1. Outre le vent de fraîcheur général qu'apporte le volume des bâtiments et les espaces verts, les locaux et le matériel neufs profitent d'une modernité dont l'exemple le plus criant réside dans l'apparition de cabines de douche au sein de chaque cellule, créant une inégalité d'accès à l'hygiène entre les deux centres. Ce contraste encourage à voir naître des financements pour le rafraîchissement des lieux de détention déjà existants.

Nous n'avons pas trouvé de différence de perception de l'état de santé statistiquement significative entre les participants incarcérés pour la première fois et ceux ré-incarcérés tout comme entre les personnes incarcérées depuis moins et plus de douze mois. Toutefois, ils étaient 91,7% (n=11) des participants incarcérés depuis plus d'un an à percevoir leur état de santé comme moyen à très mauvais contre 76% (n=25) pour ceux en détention depuis moins d'un an. « *L'inactivité et la sédentarité* » ainsi que « *l'enfermement* » prolongés peuvent peut-être expliquer cette différence car plusieurs participants mentionnaient une dégradation de leur santé physique et psychique au fil des jours passés en détention. La souffrance morale était souvent évoquée comme la plus touchée par l'allongement de la période passée en détention.

D'autre part, l'âge, les poly-intoxications, la prise de traitements à visée psychiatrique et les participants atteints de maladie chronique sont des facteurs qui présentent une tendance à s'associer avec un état de santé perçu comme moyen à très mauvais dans notre étude.

3.5 – La santé mentale en milieu carcéral

Notre étude a permis d'approcher la santé mentale des personnes incarcérées de plusieurs façon. Tout d'abord, plus de la moitié des participants (62% ; n=28) présentait un suivi par les équipes des soins psychiatriques du SPAD.

Mais la proportion qui nous semble la plus intéressante à développer réside dans le fait que 60% (n=22) des participants suivis par le SPAD déclaraient ne pas avoir eu de suivi psychiatrique en milieu libre. On s'aperçoit ainsi du poids psychique imposé par le milieu de vie carcéral sur la santé mentale des personnes incarcérées.

Toutefois, il serait inopportun d'envisager qu'aucune de ces personnes ne présentaient de troubles psychiatriques avant leur incarcération. Il semblerait plutôt que le milieu carcéral potentialise et exacerbe des troubles parfois masqués jusqu'alors. Les contraintes pénitentiaires semblent ainsi agir tantôt comme des révélateurs, tantôt comme des potentialisateurs de désordres psychiques.

La seule étude nationale sur l'état de santé mentale de la population carcérale française a été réalisée en 2004 (97). Elle met en évidence l'importance des antécédents psychiatriques et constate des taux de prévalence élevés pour les principaux troubles psychiatriques. Ainsi, 28% présentaient des troubles du l'humeur dont 24% de syndromes dépressifs et 29% de troubles anxieux. Environ deux personnes sur dix déclaraient une dépendance à l'alcool ou à d'autres stupéfiants. Enfin 17% présentaient des troubles psychotiques dont 6% avec un diagnostic de schizophrénie. Au total 36% des personnes incarcérées présentaient au moins un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour être considérés comme « manifestement ou gravement malades ou parmi les plus malades ».

À titre de comparaison, Bellamy et al. (98) retrouvaient dans la population générale française entre 1999 et 2004 : 11% de syndromes dépressifs, 13% de troubles anxieux et 2,8% de syndromes d'allure psychotique.

En 2017, Plancke et al. (99) ont menés une étude sur la santé mentale des personnes entrant en prison dans huit des neuf maisons d'arrêt du Nord Pas-de-Calais. Ils avaient pour objectif de comparer la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes entrant en détention à celle de la population adulte non incarcérée de la même zone géographique. Tous les troubles étudiés étaient significativement plus fréquents chez les hommes entrant en détention qu'au sein de la population générale appariée : dix fois plus pour le stress post-traumatique, quatre fois plus pour les dépendances, deux fois plus pour le syndrome psychotique.

Cette forte proportion de troubles psychiatriques observée au sein de la population carcérale française s'associait dans notre étude à une prescription d'un ou plusieurs traitements psychiatriques chez près de huit participants sur dix (n=35) avec en moyenne 1,8 traitements par personne. Comparativement aux 15% de personnes déclarant la prise d'un traitement psychiatrique à leur entrée en prison dans l'étude de la DRESS en 2003, cette forte augmentation en cours de détention nous semble préoccupante dans la mesure où celle-ci est probablement en partie consécutive de l'impact psychique des contraintes inhérentes au milieu carcéral (isolement, promiscuité, surpopulation, violences, manque d'hygiène, sédentarité, etc.). De plus, les participants recevant un traitement à visée psychiatrique percevaient leur état de santé comme moyen à très mauvais dans une proportion significativement plus importante que les participants ne recevant pas ce type de traitements (88,2% (n=30) contre 54,5% (n=6) ; p<0,05).

Mais le plus inquiétant réside peut-être dans la proportion importante de participants âgés de 50 ans ou plus recevant ce type de traitements (91% ; n=10). En effet, la poly médication chez les sujets âgés fait naître des risques nouveaux dans les lieux de détention, notamment en matière de iatrogénie.

Toute la question reste de savoir maintenant si une fois sortie de prison, ces consommations importantes diminuent tout aussi rapidement que leur apparition en cours de détention. Pour y répondre, il serait enrichissant de pouvoir effectuer ce recueil de données au sein d'une cohorte suivie sur plusieurs mois après la sortie de détention.

Un suivi pluridisciplinaire par les équipes somatiques et psychiatriques présentait une tendance à s'associer avec une proportion significativement plus importante de participants percevant leur santé comme moyenne à très mauvaise que chez les participants uniquement suivis par les équipes somatiques (89% (n=25) vers 65% (n=11) ; p=0,06). On aurait pu s'attendre à ce qu'une prise en charge pluridisciplinaire améliore la santé perçue des participants, mais il semble que ce soit l'inverse que se produise. L'hypothèse de voir à nouveau apparaître dans l'équation des facteurs extra-médicaux liés aux contraintes exercées par le milieu carcéral sur le bien-être physique et psychique nous semble crédible. Là encore, les attentes des patients pris en charge de manière pluridisciplinaire sont probablement très importantes notamment sur le plan psychique et les réponses apportées par une équipe médicale coordonnée ne peuvent pas toujours se jouer du contexte carcéral dans lequel évolue les patients.

La consommation de toxique de notre étude présente plusieurs similitudes avec l'étude menée chez les personnes entrantes en établissements pénitentiaires dans l'ex-Picardie en 2015. Ainsi, trois-quarts des participants sont fumeurs et la consommation de cannabis est de l'ordre de 40% dans les deux études. Nous avons cependant retrouvé un taux de participants déclarant une intoxication alcoolique par au moins trois verres quotidiens avant leur incarcération de 26,7% (n=12), contre 13,6% dans la région ex-Picardie. Cette variation est-elle attribuable à la région de recherche ? Le caractère uni centrrique sur un très faible échantillon de notre recherche ne permet pas de répondre avec force à cette question. Étant donné que nous avons sélectionné des patients suivis régulièrement, la prévalence des troubles addictifs dans notre échantillon est certainement augmentée par rapport à celle de la population carcérale globale. Un regard à l'échelle de plusieurs établissements de la région PACA permettrait d'établir une comparaison plus raisonnable de ces chiffres. En revanche, le taux de participants prenant un traitement de substitution aux opiacés était sensiblement le même, autour de 12%. Cette stabilité reste encourageante dans la mesure où aucun accroissement de la consommation n'est constaté en cours de détention, mais laisse réfléchir quant au repérage encore insuffisant des conduites à risque lors de la période d'incarcération.

Enfin, nos résultats concernant la consommation de toxiques de type héroïne, cocaïne, et autres, ont probablement souffert d'un biais de désirabilité sociale qui s'exprime selon nous par l'absence de participants ayant déclaré un usage régulier de ce type de drogues avant leur incarcération.

L'injection de drogues reste une pratique taboue dans les établissements pénitentiaires car la consommation de drogues est criminalisée à la fois en prison et dans la population générale. Cette criminalisation contribue à rendre inutile l'introduction de programmes d'échange de seringue et à entraver la pleine mise en œuvre des initiatives de réduction des risques de la toxicomanie par voie intraveineuse au sein de la population carcérale. L'échec de la mise en œuvre d'une stratégie mondiale de réduction des risques dans les établissements pénitentiaires peut être attribué à de nombreuses causes, mais la principale tient dans un système législatif où la criminalisation de l'usage de stupéfiants l'emporte toujours sur les objectifs de santé publique visant à l'équité d'accès aux soins et à la prévention, à la fois en prison et dans la population générale.

De plus, la criminalisation de la consommation de drogues a contribué au phénomène de surpopulation carcérale et cette inflation ne semble pas avoir été suffisamment contrebalancé par la mise en œuvre de mesures préventives pour contrôler le risque accru de transmissions dû à la promiscuité ou par une augmentation des investissements dans le but d'améliorer la coordination et la prestation des interventions déjà existantes en matière de réduction des risques. (52)

Pourtant, l'idée d'une réforme de la politique anti-drogue visant à une décriminalisation de la consommation de drogues semble être la condition sine qua non pour remplacer les incarcérations pour usage de stupéfiants, par un meilleur accès à la prévention et aux soins des personnes toxicomanes comme le suggère le modèle Portugais où la décriminalisation est apparu associée à une diminution de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues (100).

Du cannabis à la cocaïne en passant par l'héroïne, toutes ces drogues sont autorisées au Portugal. En 2000, à rebours du reste du monde, le pays lusophone a dépénalisé l'achat, la détention et l'usage de stupéfiants pour la consommation individuelle. Le trafic reste toutefois interdit, mais les consommateurs de drogues sont désormais considérés comme des malades plutôt que des criminels.

Cette politique unique s'explique par l'histoire du Portugal. En 1973, à la fin de la dictature, le pays devient une plaque tournante du trafic international avec l'ouverture des frontières. Le nombre de consommateurs explose malgré la mise en place de politiques répressives. De fait, certaines personnes toxicomanes n'osaient plus, dans ce cadre, demander un traitement médical, par crainte de sanctions judiciaires.

À la fin des années 1990, près d'1% des Portugais présentaient une addiction à l'héroïne, soit plus de 100 000 personnes et la moitié des cellules du pays étaient remplies par des personnes détenues issues de cette guerre contre la drogue. Le Portugal présentait également un triste record du nombre de morts du SIDA par consommation de drogues dans l'Union européenne (101,102). La lutte contre la toxicomanie est alors devenue la préoccupation principale des Portugais. Dos au mur, la société portugaise s'est mise à considérer la toxicomanie comme une maladie à soigner, plutôt qu'un crime à punir.

En 2000, la majorité socialiste au pouvoir, décide de prendre le contre-pied de cette politique pour favoriser l'accompagnement et le soin des toxicomanes. Ce qui était jusqu'alors considéré comme un problème pénal devient véritablement un enjeu de santé publique. Le délit de consommation est transformé en infraction administrative. Le deal reste, quant à lui, possible de poursuites et de prison. Concrètement, cela signifie qu'une personne trouvée en possession de plus de dix jours de consommation sera considérée comme un trafiquant et tombera à nouveau sous le coup de la justice. En deçà de ces doses, les usagers seront dirigés vers une commission dite « de dissuasion ». En cas de récidive, cette commission aura à choisir s'ils ont à payer une amende, effectuer un travail d'intérêt général ou être pris en charge par une structure adaptée, de suivi et de soins. Le système de santé public prend dorénavant en charge gratuitement les personnes toxicomanes.

C'est donc un travail au long cours qui est mené depuis près de vingt ans au Portugal. Une politique de fond qui vise non pas à combattre la consommation, individuelle, mais à opérer un véritable changement des perceptions et des représentations. Le toxicomane qui n'est donc pas l'usager quotidien, récréatif, n'est plus considéré comme un criminel, mais comme un malade qu'il s'agit de prendre en charge et d'aider.

Les résultats de cette prise de décision très ambitieuse semblent aujourd'hui porter ses fruits, puisque depuis sa mise en œuvre, plus de 40 000 toxicomanes ont été réhabilités et, plus largement, le nombre de consommateurs de drogues est, dans ce pays, l'un des plus faibles d'Europe. A titre d'exemple, il y a 11,7% de consommateurs de cannabis au Portugal contre près de 30% au Royaume-Uni. 2% prennent de la cocaïne, contre 8% en Espagne. Le taux de décès liés à la drogue a chuté, il est cinq fois plus faible que la moyenne de l'Union Européenne. Quant au taux de nouvelles infections au VIH, il a été divisé par 18 en 11 ans.

Ainsi, aucune des craintes exprimées par les opposants à la décriminalisation portugaise ne s'est concrétisée, alors que bon nombre des avantages prévus par les décideurs se sont réalisés. Alors que la toxicomanie, la consommation et les pathologies associées continuent de s'accroître dans de nombreux pays de l'union européenne (UE), notamment pour ceux qui continuent d'adopter une ligne dure de criminalisation de la possession et de l'usage de drogue, ces problèmes ont été sensiblement améliorés au Portugal depuis 2001, particulièrement pour certains segments démographiques clés.

En libérant ses citoyens de la crainte de poursuites et d'emprisonnement pour usage de drogue, le Portugal a considérablement amélioré sa capacité à encourager les toxicomanes à se prévaloir d'un traitement. Les ressources qui étaient auparavant consacrées à la poursuite et à l'emprisonnement des toxicomanes sont désormais disponibles pour fournir des programmes de traitement aux toxicomanes. Ces développements ont considérablement amélioré les maux sociaux liés à la drogue, notamment la mortalité due à la drogue et la transmission de maladies liées à la toxicomanie.

L'expérience portugaise nous invite donc à repenser la place et le traitement des personnes souffrant d'addictions et de toxicomanie dans la société et plus largement sur la manière dont celle-ci choisit d'exclure ou d'accompagner les personnes vulnérables souvent transformées en marginaux criminels. Il semble que la décriminalisation ait permis une approche beaucoup plus efficace de la gestion des problèmes de toxicomanie au Portugal et ce modèle devrait être soigneusement examiné par les décideurs politiques français.

3.6 – Maladies infectieuses en milieu carcéral

En 2013 dans l'enquête Prevacar (103) a permis de fournir à l'échelle nationale les prévalences d'infections par le VIH et le VHC au sein de la population carcérale. Leur prévalence apparaissait alors six fois plus importante qu'en population générale et mesurée à 2% (2,6% chez les femmes, 2% chez les hommes) pour l'infection VIH et 4,8% (11,8% chez les femmes, 4,5% chez les hommes) pour l'infection VHC.

La proposition systématique d'un dépistage des IST lors de la consultation « arrivant » au CP d'Aix-Luynes et sa mise à disposition tout au long de la période de détention était en application lors de notre recherche. Ainsi, ces dispositions permettent d'obtenir un taux de dépistage dans notre enquête de l'ordre de 75% (n=33). L'allongement de la durée d'incarcération, les personnes en situation de ré-incarcération ou un statut judiciaire de condamné semblent être des facteurs associés à des taux de dépistages plus importants. Ces associations ne sont pas étonnantes compte tenu de l'écart de prévalence observé entre la population carcéral et la population générale.

En 2003, les taux de dépistage du VIH, VHB et VHC en milieu carcéral étaient respectivement de 40%, 20,5% et 27,4% (95). Bien que les faibles effectifs de notre échantillon limite rapidement la comparaison des taux de dépistages, cette forte augmentation constatée en l'espace de quinze ans se doit d'être saluée mais ne doit pas masquer une autre réalité. En effet, nous observons le plus faible taux de dépistage au sein des 18 – 29 ans (64% ; n=7) ce qui constitue un motif d'inquiétude vis-à-vis de cette population jeune que l'on sait plus fortement exposée aux infections sexuellement transmissibles.

Une étude réalisée en 2015 dans une maison d'arrêt du Nord-Pas-de-Calais (104) tend d'ailleurs à confirmer et à étendre les enjeux liés au dépistage des IST parmi les personnes détenues âgés de 18 – 29 ans en établissant une prévalence d'infection à Chlamydia Trachomatis de l'ordre de 11 – 12% au sein de cette tranche d'âge.

Le programme ANRS-Pri2de (73) amène en 2011 un autre regard sur la prévention du risque infectieux en milieu carcéral en explorant notamment l'existence et l'accès aux mesures de réduction des risques infectieux (eau de javel, traitements de substitution aux opiacés, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, prévention). Cent trois établissements pénitentiaires français participent à cette étude et les résultats sont établis selon un score d'adhérence aux recommandations des guides nationaux (75) et mondiaux de l'OMS (105).

Cette étude nous permet de confirmer que les tests de dépistage du VIH et des hépatites virales B et C à l'entrée de la prison sont largement proposés par les unités de soins, mais doivent être nuancés par la proportion encore importante de personnes détenues refusant la réalisation du dépistage des IST. Dans notre étude, ce taux de refus était de 25% et concernait majoritairement les participants de moins de 40 ans (n=8).

La proportion de personnes détenues vaccinées contre le VHB à leur entrée en prison est passée de 13,7% en 1997 à 31,3% en 2003, probablement grâce à la campagne de vaccination contre le VHB dans la population générale. Comme les antécédents d'incarcération se sont toujours révélés être un prédicteur majeur du statut séropositif pour le VHB, les stratégies accélérées basées sur l'injection aux jours 0, 7 et 21 sont celles qui doivent être privilégiées en milieu carcéral. Ce schéma est celui appliqué par les équipes de soins au CP d'Aix-Luynes. Par ailleurs, notre étude n'a pas été capable d'établir de résultats valides en matière de statut vaccinal VHB.

L'étude ANRS-Pri2de est la première réalisée en France sur l'accès aux interventions de prévention du VIH et la disponibilité des outils de réduction des risques en milieu carcéral. En 2011, les auteurs montraient clairement un écart important entre les politiques nationales et internationales et les pratiques locales. L'adhésion aux directives nationales sur la disponibilité des informations et l'accès à la prévention du VIH et aux mesures de réduction des risques était considérée comme très faible, et les mesures préventives telles que les programmes d'échange de seringue promues par les directives de l'OMS étaient absentes, même en tant qu'initiatives locales.

Au niveau international, seules quelques études sur l'accessibilité des mesures de prévention du VIH et de réduction des risques en milieu carcéral sont disponibles. En ce qui concerne l'eau de Javel, les programmes d'échange de seringue et les préservatifs, la plupart des études associées proviennent d'Australie et du Canada, où la confidentialité et l'anonymat sont considérés comme des points cruciaux. Les programmes d'échange de seringue sont disponibles dans plus de 50 prisons à travers 12 pays du monde, principalement en Europe. Les préservatifs, en théorie, sont largement accessibles dans de nombreux pays, sauf aux États-Unis où ils sont disponibles dans moins de 1% des prisons. En réalité, les préservatifs ne sont souvent pas accessibles pour différentes raisons, le manque d'anonymat étant un exemple fréquemment cité (73).

À l'heure où des salles de consommation à moindre risque émergent en France, il serait peut-être intéressant de réfléchir à un moyen de limiter les risques liés à la toxicomanie en prison, en offrant la possibilité aux toxicomanes de pouvoir recevoir du matériel à usage unique dans un lieu dédié en parallèle d'un suivi addictologique individualisé.

VI – CONCLUSION

En réfléchissant à l'enjeu des soins en prison, on en arrive assez vite à cette ultime question : est-il possible de soigner en prison ? Cette recherche nous aura montrer qu'il est impossible de répondre simplement à cette question. La prison, pour qui s'y intéresse, est une loupe sur de multiples comportements de notre société : elle les grossit et nous offre la chance de les analyser, au risque d'y perdre parfois quelques illusions.

La population carcérale comprend, pour l'essentiel, des personnes fortement marginalisées, précarisées et les travaux de recherche sur la santé en milieu pénitentiaire font, tous, les mêmes constats : la prison est le lieu d'une concentration de problèmes de santé les plus divers, souvent graves, de par l'association des pathologies. Les conduites addictives, les maladies transmissibles, les pathologies dermatologiques, traumatiques, autodestructrices, les troubles de la santé mentale et la vulnérabilité psychique, sont signalés avec une fréquence particulière. Un tel tableau sanitaire ne peut trouver de cause univoque.

En effet, les personnes incarcérées peuvent, à leur entrée, souffrir de diverses pathologies, dont certaines présentent un lien direct avec leur histoire judiciaire. L'incarcération peut alors provoquer la réactivation ou l'aggravation de nombreuses affections. La littérature est abondante sur le fait que l'institution pénitentiaire reçoit, majoritairement, des personnes démunies et à distance des systèmes de soins. Mais, au cours de la période de détention, nombre d'« incidents » médicaux révèlent l'impact de l'enfermement et des caractéristiques de l'environnement carcéral sur la personne. On pense ici à la surpopulation croissante dans les prisons et à ses effets amplificateurs dus à la réduction de l'espace personnel, à la promiscuité, et à l'atteinte de l'intimité. On pense aussi à la vétusté de nombreux établissements qui ne permettent pas une bonne hygiène de vie, aux privations multiples qui placent le manque et l'isolement au centre de l'expérience carcérale. À tout cela s'ajoute la violence de certains rapports entre personnes détenues mais aussi entre les personnes détenues et personnel, la gestion d'un flux indifférencié au détriment d'un accompagnement individualisé, et la pauvreté des « indigents » sans ressource, contraints de quémander et de se soumettre à une offre de « services », qui peuvent être aussi divers qu'humiliants.

Toutefois, il serait injuste d'attribuer de façon exclusive les difficultés d'accès aux soins des personnes détenues à l'administration pénitentiaire, pour qui la situation est de plus en plus pesante, oppressée par une surpopulation carcérale endémique, lui faisant prioriser ses missions de surveillance au détriment de ses missions de réinsertion et d'accompagnement des personnes détenues vers un meilleur accès aux services de santé.

Par ailleurs, si certaines pathologies sont aggravées en détention, l'incarcération est aussi bien souvent, l'occasion de reprendre un suivi médical souvent négligé à l'extérieur en dégageant du temps à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique. Ce dernier peut alors s'avérer décisif dans la construction d'un projet global de réinsertion.

Face aux besoins de santé conséquents de cette population, les bouleversements amenés par la loi du 18 Janvier 1994 ont profondément modifié l'organisation du système de santé en milieu pénitentiaire et ont permis d'instaurer un principe d'équivalence des soins entre le milieu libre et le milieu carcéral, principe qui reste vingt-cinq ans plus tard difficile à appliquer dans sa totalité.

Car comme bien souvent en prison, rien n'est tout blanc, rien n'est tout noir, et de nombreux progrès sont à mettre en perspectives des difficultés rencontrées. Plusieurs avancés sont en effet notables, notamment en termes de prise en charge des patients toxicomanes par traitement substitutif aux opiacés ou encore avec l'amélioration de la couverture vaccinale de l'hépatite B. Les dépistages des infections sexuellement transmissibles et leurs traitements profitent d'une meilleure pénétrance qu'il y a vingt-cinq ans et la réalisation de soins dentaires permet à cette population d'accéder à des soins fréquemment trop onéreux donc optionnel en milieu libre.

Notre étude reflète bien la complexité de la question des soins en prison. Si d'un côté l'impact négatif des conditions de vie en détention, les difficultés d'accès aux soins notamment en situation d'urgence ou pour entreprendre un suivi psychiatrique et les extractions médicales nous montrent que l'accès aux soins n'est pas superposable à celui retrouvé en milieu libre, la satisfaction globale retrouvée chez les participants témoigne, quant à elle, de leur reconnaissance vis-à-vis d'un système de soin leur ayant permis d'engager un processus de soin pour conduire à une amélioration de leur état de santé.

D'autres part, certains éléments de notre étude sont intéressants par leur originalité. En premier lieu, nos résultats se différencient des études internationales qui retrouvent généralement une satisfaction des soins en milieu carcéral plutôt médiocre. Le deuxième point saillant concerne la proportion de personnes âgées de plus de 50 ans en prison qui laisse présager, à l'instar des pathologies psychiatriques et infectieuses, une augmentation de l'incidence des pathologies chroniques et de la dépendance dans les prochaines années, qui nécessite la poursuite des recherches pour mieux connaître les besoins de santé de cette population dans le but d'adapter leurs parcours de prise en charge sanitaire. Le troisième et dernier point réside dans les taux élevés de prescriptions de médicaments à visée psychiatrique, qui sont paradoxalement perçus de façon négative par la plupart des personnes interrogées.

Ce constat est surement à mettre en parallèle avec les difficultés observées par les équipes de psychiatrie pour répondre à la forte demande des patients incarcérées.

Ces résultats devront toutefois être répliqués dans une étude sur un échantillon de patients plus importants et au sein d'autres USMP pour gagner en représentativité, tant sur le plan de la validité interne qu'externe.

Si les études sur le sujet utilisent diverses méthodes d'approche (enquêtes quantitatives, études qualitatives, rapports d'activité, etc.), elles sont peu nombreuses, souvent partielles et ne peuvent se substituer aux études de prévalence indispensables pour connaître l'état de santé des populations sous écrou. Par ailleurs, seules des études portant sur la santé des personnes détenues à la sortie permettraient de tester l'hypothèse fortement admise de l'effet délétère de la détention sur la santé des personnes. Encore une fois, cette hypothèse coexiste avec d'autres, dont l'une d'elles est envisageable chez les patients présentant un meilleur état de santé à leur sortie qu'à leur entrée en détention. En effet, les personnes sortantes avec un sevrage addictologique réussi, un diabète contrôlé, une maladie chronique équilibrée sont à risque, une fois libérées, de voir leur état de santé s'altérer au fil des mois, des années, faute de reprise d'un suivi médical.

Ainsi, si l'articulation des soins à l'entrée en détention semble efficacement mise en œuvre lors de la consultation « arrivant », la généralisation des consultations « sortant » lors de la remise en liberté serait un pas de plus vers une meilleure continuité des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre. L'enjeu d'un suivi médical élargi au-delà de l'incarcération prend d'ailleurs tout son sens avec le constat posé en 2018 par le Haut Comité de la Santé Publique qui constate que la mortalité chez les ex-personnes détenues dans les 5 ans suivant leur libération est 3,6 fois supérieure à celle de la population générale française, et serait plus importante que la mortalité observée chez les personnes détenues, elle-même 1,2 et 2 fois supérieure à la mortalité en population générale chez les hommes et les femmes. (50)

Un des axes d'amélioration qui se dégage de notre étude serait la modernisation du système de communication car l'une des difficultés soulevées dans cette étude, mais également dans la littérature, réside dans la médiation des surveillants pénitentiaires entre les patients et les équipes soignantes. De ce fait, on ne peut pas dire que les personnes détenues présentent un libre accès aux soins. La première évaluation d'une situation médicale est donc souvent réalisée par un membre du personnel de l'administration pénitentiaire qui expose les patients à un risque de sous-estimation, mais aussi de sur-estimation des problèmes médicaux rencontrés. Ce premier bilan engendre parfois un retard de prise en charge, ou à l'inverse, des consultations à caractère urgent sans que cela ne soit justifié. Ainsi, la mise en œuvre d'une communication direct entre patients et soignants par voie téléphonique s'impose à nous comme une solution rationnelle pour limiter ces risques.

D'autres part, l'accès au plateau technique hospitalier et aux consultations spécialisées en dehors de la prison sont limités car dépendante d'une escorte pénitentiaire ou policière régulièrement indisponibles car en sous-effectif ou mobilisée sur d'autres extractions (judiciaire, médicale). Une solution serait l'accès à la télémédecine.

Enfin, il semble urgent de faire découvrir l'exercice professionnel en milieu carcéral aux futures générations de professionnels de santé par le biais d'un enseignement dès le deuxième cycle des études de médecine, afin que les problématiques de sous effectifs puissent être durablement endiguées par un regain d'intérêt d'une pratique méconnue et pourtant riche en apprentissages professionnels.

In fine, si la préservation de la santé est reconnue comme un droit fondamental et en dépit des progrès réalisés, l'état de santé de la population carcérale est encore jugé tout aussi préoccupant que par le passé. Ce constat ne tient pas seulement dans la persistance de difficultés d'accès aux soins mais aussi dans la transformation de la population carcérale, ce qui nécessite une adaptation des prises en charge particulièrement dans les domaines de psychiatrie et d'addictologie, mais aussi dans ceux en lien avec le vieillissement de la population carcérale.

Face à l'ensemble de ces constats et selon les préconisations de l'OMS, la mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues, sur la base d'un suivi de cohorte, paraît nécessaire pour mieux connaître l'impact à long terme de l'environnement carcéral sur la santé des personnes passées par la case prison et pour caractériser l'évolution dans le temps des besoins de soins de santé de cette population, dans le but d'orienter en conséquence les dispositifs de prise en charge. Cependant, la mise en place d'un tel dispositif suppose la création d'un système de recueil des données nécessairement chronophage pour les équipes soignantes pour qui l'organisation et la pratique quotidienne de leur exercice professionnel restent un défi permanent qui souffre, au même titre que les personnes détenues, de l'impact des contraintes organisationnelles et sécuritaires inhérentes au milieu carcéral, ce qui explique sans doute les écarts parfois constatés entre les recommandations et la pratique quotidienne.

Au final, les questions pénitentiaires souffrent d'un manque d'étude et lorsqu'elles existent, elles ne sont pas toujours prises en compte en temps et en heures par les pouvoirs publics. La méconnaissance de la population carcérale laisse donc la place à toute une série de fantasmes et de craintes souvent peu rationnelles concernant cette population. Il est donc peut-être temps de venir dédiaboliser le monde carcéral en ouvrant, comme nous l'avons fait, les portes de cet univers fantasmagorique à un nombre plus important de chercheurs.

VII – BIBLIOGRAPHIE

1. Foucault M. *Surveiller et Punir*. Gallimard. 1975. 319 p.
2. République Française. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. oct 27, 1946. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>
3. Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales [Internet]. Série des Traités Européens n°005 avr 11, 1950. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680063776>
4. République Française. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. janv 18, 1994. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>
5. République Française. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale [Internet]. JORF n°29 du 3 février 1995 août 12, 1994. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050&categorieLien=id>
6. Ministère de la santé et des sport, Ministère de la justice et des libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
7. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. Rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2015 nov. Report No.: IGAS N°2015-050R / IGSJ N°58-15. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf
8. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.pdf [Internet]. déc 20, 2017 p. 1-53. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
9. Develay A-E, Verdot C. Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2015 p. 52. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
10. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2018 [Internet]. Dalloz. 2019. Disponible sur: https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/05/CGLPL_Rapport-annuel-2018_web.pdf
11. Couturier D, Allilaire F. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Séance dédiée : « La médecine en milieu carcéral » [Internet]. 2018 [cité 4 janv 2020]. 17-65 p. (N°1-2; vol. 202). Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/10/15951-ACADEMIE-JANVIER-FEVRIER-2018_site.pdf
12. texte FA du. Code de l'Hôpital-général de Paris, ou Recueil des principaux édits, arrêts, déclarations et règlements qui le concernent, ainsi que les maisons et hôpitaux réunis à son administration [Internet]. 1786 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1166812>

13. Sainte Fare Garnot N. L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? *Hist Économie Société*. 1984;3(4):535-42.
14. Carrez J-P. La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime : lieu d'exclusion et de punition pour femmes. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 1 janv 2008 [cité 5 janv 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lama.univ-amu.fr/criminocorpus/264>
15. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 14 févr 2009 [cité 5 janv 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/246>
16. Peny C. Les dépôts de mendicité sous l'Ancien Régime et les débuts de l'assistance publique aux malades mentaux (1764-1790). *Rev Hist Prot Soc*. 2011;N° 4(1):9-23.
17. Milly B. Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu. [Faculté d'Anthropologie et de Sociologie]: Université Lumière Lyon II; 2000.
18. Louis XIV. Ordonnance criminelle de 1670 (Texte intégral) [Internet]. 1670. Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/ordonnance_criminelle_d_e_1670.htm
19. Papelard A. Histoire de la médecine pénitentiaire en France. 1968. Faculté de Médecine de Paris; 1968.
20. Beccaria C, Hélie F, Morellet A, Fachinei A, Verri A, Verri P. Des délits et des peines [Internet]. Paris: Guillaumin; 1856. 2 p. l., lxxxi (i.e. lxxxix), 240 p. Disponible sur: [//catalog.hathitrust.org/Record/011622420](http://catalog.hathitrust.org/Record/011622420)
21. France Culture, Van Reeth A, Audegean P. Beccaria, Des délits et des peines - Ép. 4/4 - La punition [Internet]. [cité 6 janv 2020]. (Les chemins de la philosophie). Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/la-punition-44-beccaria-des-delits-et-des-peines>
22. Légifrance. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
23. Code Pénal de 1791 [Internet]. 1791 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6532512s>
24. Doublet. Mémoire sur la nécessité d'établir une réforme dans les prisons et sur les moyens de l'opérer [Internet]. 1791. Disponible sur: <http://visualiseur.bnf.fr/Visualiseur?Destination=Gallica&O=NUMM-43035>
25. Howard J. État des prisons, des hôpitaux et des maisons de force. Lagrange. Vol. 2. Paris; 1788. 445 p.
26. Petit J-G. Obscurité des Lumières : les prisons d'Europe, d'après John Howard, autour de 1780. *Criminologie*. 16 août 2005;28(1):5-22.
27. Villermé LR. Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être... : par rapport à l'hygiène, à la morale et à la morale politique ([Reprod.]) par Louis-René Villermé,.. [Internet]. Méquignon-Marvis. Bibliothèse Nationale de France; 1820. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k86395d.pdf>
28. Duprat C. Punir et guérir : En 1819, la prison des philanthropes. *Ann Hist Révolution Fr*. 1977;49(228):204-46.

29. Arrêté du 25 décembre 1819 sur la police des prisons départementales. Services de santé [Internet]. Code des prisons. 1670 à 1845 1845. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/bibliotheque/page/34036/>
30. Règlement d'attributions du 5 octobre 1831 (5/5) [Internet]. Sect. Attributions du médecin et du chirurgien. Attribution du pharmacien. juin 22, 2007. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/reglement-dattributions-du-5-3/>
31. Villermé LR. Mémoire sur la mortalité dans les prisons. In: Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Paris: impr. de Cosson; 1829.
32. Toulmouche A. Travail historique, statistique, médical, hygiénique, et moral, sur la maison centrale de détention de la ville de Rennes. In: Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Crochard Librairie. Paris; 1835.
33. Heffer J. Alexis de Tocqueville, Oeuvres complètes, tome IV, Écrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger. Annales. 1986;41(3):724-6.
34. Badinter R. La Prison républicaine: (1871-1914). Fayard; 2014. 217 p.
35. Dajon H. La douche, une invention d'un médecin des prisons, le docteur Merry Delabost. Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines [Internet]. 2013 [cité 6 janv 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2006>
36. A Papelard. Thèse Doctorat Médecine. Histoire de la médecine pénitentiaire en France. 1968. Paris.PDF.
37. Mai 1945. Les 14 points de la réforme pénitentiaire [Internet]. déc 12, 2008. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-1945-a-nos-jours/les-14-points-de-la-reforme-amor/>
38. Chodorge G, Nicolas G. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus_CHODORGE_1993_sur_Sante_en_milieu_carceral.pdf [Internet]. Haut Comité de la Santé Publique; 1993 janv [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_CHODORGE_1993_sur_Sante_en_milieu_carceral.pdf
39. Conseil de l'Europe. Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée par le Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en France [Internet]. Strasbourg/Paris; 1993 janv [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680695fe6>
40. Conseil National du SIDA R. Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers carcéral. 1993 déc p. 15.
41. Ministère des Solidarités et de la santé, Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris; 2017.
42. Mermaz L, Floch J. La France face à ses prisons [Internet]. Paris: Assemblé Nationale; [cité 7 janv 2020]. Report No.: N°2521. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dossiers/prisons/r2521-1.pdf>
43. Hyest J-J, Cabanel G-P. Prisons : une humiliation pour la République. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France [Internet]. Sénat; 2000 [cité 7 janv 2020]. Report No.: N°449. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-4491.pdf>

44. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 avr 3, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorie=id>
45. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite de l'UHSI du CHU de l'Hôpital Nord de Marseille. [Internet]. 2015 p. 42. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/05/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-de-lunit%C3%A9-hospitali%C3%A8re-s%C3%A9curis%C3%A9e-interr%C3%A9gionale-de-Marseille-Bouches-du-Rh%C3%B4ne.pdf>
46. Terra J-L. Prevention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. [Internet]. 2003 p. 235. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_Terra.pdf
47. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. Population. 2014;Vol. 69(4):519-49.
48. de Labrouhe D, Plancke L, Amad A, Charrel C-L, Touitou D, Bodon-Bruzel M, et al. Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patients. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. août 2017;65(4):285-94.
49. Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er Janvier 2018 [Internet]. Ministère de la justice; 2018 [cité 7 janv 2020] p. 17. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINAL.pdf
50. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice. 2018;61.
51. Direction de l'administration pénitentiaire. Bureau des statistiques et des études (SDME - Me5). Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Situation au 1er Mars 2019 [Internet]. Ministère de la justice; [cité 7 janv 2020] p. 56. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_mars_2019.pdf
52. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale: approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté [Internet]. Paris: Dalloz; 2018. 157 p. Disponible sur: https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/02/Rapport-th%C3%A9matique-surpopulation-carc%C3%A9rale_web.pdf
53. République Française. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire [Internet]. 2009-1436 nov 24, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorie=id>
54. Ministère de la justice – DAP/SDEx/Ex3. Mesure de l'incarcération au 1er Janvier 2020 [Internet]. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_janvier2020.pdf
55. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite : Centre pénitentiaire d'Aix-Luynes [Internet]. 2016 [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/04/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-dAix-Luynes-Bouches-du-Rh%C3%B4ne.pdf>
56. Legout C, Septfons A, Fac C, Picardeau M, Fouassier P, Mailles A, et al. Investigation de cas groupés de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de- France. 2016;27.

57. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* déc 1997;45(12):1829-43.
58. Levine AS, Plume SK, Nelson EC. Transforming patient feedback into strategic action plans. *Qual Manag Health Care.* 1997;5(3):28-40.
59. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med.* sept 1994;39(5):655-70.
60. Canouï-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Prat Organ Soins.* 2008;39(4):323.
61. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann.* janv 1983;6(3-4):185-210.
62. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *Br Dent J.* 1999;186(4):5.
63. Kreuwen A, Bonnet P-A. La satisfaction de la consultation en médecine générale typologie des patients et déterminants. *Exerc Rev Fr Médecine Générale Dép Médecine Générale UFR Marseille.* 2013;24(109):196-202.
64. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ.* 16 mai 1992;304(6837):1287-90.
65. Corney RH. Changes in patient satisfaction and experience in primary and secondary care: the effect of general practice fundholding. *Br J Gen Pract.* 1999;4.
66. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med.* nov 1998;47(10):1573-88.
67. Keller M, Ploton N. Vécu et perception des soins en milieu carcéral: étude qualitative auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. [Faculté de Médecine]: Université Joseph Fournier de Grenoble; 2014.
68. INSEE. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. 2003. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400059/PCS%202003%20_%20Guide%20\[2016-11-21\].pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400059/PCS%202003%20_%20Guide%20[2016-11-21].pdf)
69. Arbaj S, Fallot J-L. Urgences en milieu carcéral: bilan d'un an d'étude au centre pénitentiaire des Baumettes. [S.l.]: s.n.; 2015.
70. Avis N°94. La santé et la médecine en prison [Internet]. 2006 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>
71. Benguigui G. Contrainte, négociation et don en prison. *Sociol Trav.* 1997;39(1):1-17.
72. Lécu A, Mouillie J-M. La Prison, un lieu de soin ? 1^{re} éd. Paris: Les Belles Lettres; 2013. 280 p.
73. ANRS PRI²DE study group, Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2011 [cité 9 janv 2020];11(1). Disponible sur: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-400>
74. Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice. Doctrine d'emploi des équipes de sécurité pénitentiaire [Internet]. 2019 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bo/2019/20191031/JUSK1928803C.pdf>

75. Ministère des Solidarités et de la santé, Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2020]. 470 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
76. Conseil d'Etat, 10ème et 9ème sous-sections réunies, du 30 mars 2005, 276017, publié au recueil Lebon [Internet]. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000008227842>
77. Blanc É. Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice [Internet]. Assemblé Nationale; 2009 p. 248. Report No.: N°1811. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1811.pdf>
78. Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Mauillon D, Le Geay B, Jolliet P, et al. Quelles consommations en prison ? À partir de l'étude COnsommation de Substances et Médicaments au sein de pOpulations carcéraleS (COSMOS). *Therapies*. 1 déc 2018;73(6):577.
79. Désesquelles A. Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale? *Popul - Paris Inst Natl Détudes Démographique*. 2005;60(1/2):71-98.
80. MacInnes D, Beer D, Keeble P, Rees D, Reid L. The development of a tool to measure service user satisfaction with in-patient forensic services: The Forensic Satisfaction Scale. *J Mental Health Abingdon Engl*. juin 2010;19(3):272-81.
81. Heraud J-L, Soigneur M. Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire [Internet]. Ministère de la justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire; 2017 2018 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_annuel_national_enseignement_milieu_penitentiaire_2017_2018.pdf
82. Condon L, Hek G, Harris F, Powell J, Kemple T, Price S. Users' views of prison health services: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2007;58(3):216-26.
83. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2008;58(554):e1-8.
84. Bjørngaard JH, Rustad Å-B, Kjelsberg E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. déc 2009 [cité 19 févr 2020];9(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-176>
85. Ross MW, Liebling A, Tait S. The Relationships of Prison Climate to Health Service in Correctional Environments: Inmate Health Care Measurement, Satisfaction and Access in Prisons. *Howard J Crim Justice*. 2011;50(3):262-74.
86. Ministère de la Justice. Prévention de la récidive et individualisation des peine. Chiffres-cles [Internet]. 2014 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/include_htm/reforme_penale_chiffres_cles_plaquette.pdf
87. Tubex H, Snacken S. L'évolution des longues peines... Aperçu international et analyse des causes. *Déviance Société*. 1995;19(2):103-26.
88. Combessie P. La prison et ses occupants. In: *Sociologie de la prison* [Internet]. La Découverte, Repères. 2018 [cité 5 févr 2020]. p. 23-54. Disponible sur: http://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DEC_COMBE_2018_01_0023
89. Fauchille É, Zerkly S, Trugeon A, Rovere O, Azzam K, Bauzin M-P, et al. État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015. Agence Régionale Santé Hauts--Fr. :1-4.

90. Cassan F, Mary-Portas F-L, Kensey A, Aubin S, Toulemon L, Clanché F, et al. L'histoire familiale des hommes détenus. janv 2002 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/15814>
91. Verdot C, Godin-Blandeau E, Develay A-E. Dispositifs de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 oct 2013;61:S263-4.
92. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. Lancet Psychiatry. déc 2017;4(12):946-52.
93. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. 2000 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
94. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral. 2009 p. 310.
95. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Dir Rech Études LÉvaluation Stat. 2005;N°386:1-12.
96. État de santé perçu en 2017 | Insee [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386523#tableau-donnees>
97. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry [Internet]. déc 2006 [cité 4 janv 2020];6(1). Disponible sur: <https://bmccpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-6-33>
98. Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Dir Rech Études LÉvaluation Stat. 2004;12.
99. Plancke L, Sy A, Fovet T, Carton F, Roelandt J-L, Benradia I, et al. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais. F2RSM Psy [Internet]. nov 2017 [cité 8 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf>
100. Greenwald G. Drug decriminalization in Portugal. Lessons for Creating and successful drug policies. CATO Inst Wash DC USA [Internet]. 2009 [cité 12 janv 2020]; Disponible sur: https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf
101. Au Portugal, la dépénalisation des drogues est un succès [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/au-portugal-la-depenalisation-des-drogues-est-un-succes_2511975.html
102. Portugal : les drogues ne font plus la morale [Internet]. France Culture. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouvelles-de-leco/les-nouvelles-de-leco-du-mercredi-23-janvier-2019>
103. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Eurosurveillance [Internet]. 11 juill 2013 [cité 4 janv 2020];18(28). Disponible sur: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2013.18.28.20524>
104. Hélouin T, Guichard J-C. Dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les arrivants en milieu carcéral et détermination des facteurs de risque d'infection à Chlamydia Trachomatis. [Internet] [Faculté de Médecine Henri Warembourg]. Université de Lille; 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2cdca6f6-ca5f-48fd-985e-96de8b1f30b1>

105. WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers [Internet]. Genève: WHO-UNODC-UNAIDS; 2007 [cité 12 janv 2020].

Disponible sur: https://www.who.int/hiv/idiu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf

106. Observatoire International des prisons. Pourquoi la France est-elle régulièrement condamnée pour l'état de ses prisons ? [Internet]. oip.org. 2020 [cité 9 mars 2020].

Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/pourquoi-la-france-est-elle-regulierement-condamnee-pour-letat-de-ses-prisons/>

VIII – ANNEXES

1 – FEUILLE D'INFORMATION PATIENT

Monsieur,

Afin de savoir si les soins de MÉDECINE GÉNÉRALE proposés à l'unité sanitaire vous conviennent, nous vous invitons à venir remplir un questionnaire avec l'étudiant en médecine Simon Laugier.

Ce questionnaire est ANONYME ET STRICTEMENT CONFIDENTIEL, il va faire l'objet d'une analyse et d'une thèse de Médecine Générale et devrait permettre de mieux connaître VOTRE RELATION avec votre médecin généraliste et VOTRE RESSENTE lors des prises en charge par plusieurs médecins ou intervenants de santé.

Votre avis compte, et nous souhaitons que les résultats permettent d'améliorer la qualité des soins.

La date et l'heure vous seront communiqués par ticket.
L'entretien dure entre 20 et 30 minutes.

Nous insistons sur le fait que l'anonymat est garanti et qu'il est nécessaire de répondre à l'ensemble des questions avec la case qui reflète le mieux votre avis pour qu'il soit bien analysé.

Merci de vos réponses et de votre aide.

2 – FEUILLE DE RELÈVE DE L'EQUIPE SOIGNANTE SOMATIQUE

U : Urgence **E** : entrant **C** : consultation (specifier dans transmission si platre, sutures, ,,,)
CS : Consultation de Suivi **NV** : Non venu

Consultations médicales du :

NOM du patient	Type de Consultation					TRANSMISSIONS	ACCORD POUR THESE SIMON
	U	E	C	CS	NV		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

3 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCRIT

« La médecine générale en milieu pénitentiaire : Enquête de satisfaction auprès des patients-détenus de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes.»

Mr Laugier Simon, interne au sein du Centre pénitentiaire d'Aix-Luynes, 70 route des Châteaux du Mont Robert, CS 20600 13595 Aix-en-Provence CEDEX 3, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée :

« La médecine générale en milieu pénitentiaire : Enquête de satisfaction auprès des patients-détenus de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles. J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Mr Laugier Simon ou le Docteur LANIS Sophie.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée :

« La médecine générale en milieu pénitentiaire : Enquête de satisfaction auprès des patients-détenus de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de Mr, la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom.

Fait à Aix en Provence le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Nom Prénom

Signature : (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Investigateur principal

Nom Prénom

Signature :

4 – LE QUESTIONNAIRE

Pour mieux vous connaître :

1) Quel est votre âge ?

18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus

2) Quel est actuellement votre statut judiciaire ?

Prévenu Mandat de dépôt	Condamné	Ne se sait pas Ne se prononce pas

3) Combien de fois avez-vous été incarcéré dans votre vie (en comptant celle-ci) ?

Une seule fois	Plusieurs fois

4) Depuis combien de temps êtes-vous incarcéré à Luynes ?

Entre 1 et 6 mois	Entre 7 et 11 mois	Entre 12 et 23 mois	24 mois et plus

5) Quelle est votre situation familiale actuelle ?

Célibataire	En couple	Divorcé – Séparé – Veuf

Sans enfant	Avec enfant

6) Aviez-vous un logement avant votre incarcération ?

Propriétaire	Locataire	Hébergé	SDF

7) Quelle était votre dernière situation professionnelle avant l'incarcération ?

Dernier métier exercé	Sans activité

8) Formations validées et niveau d'étude ?

Primaire	Collège	Études professionnelles (CAP, BEP, BAC pro)	Études supérieures

Votre santé :

9) Actuellement, comment évaluez-vous votre état de santé ?

Très mauvais	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent

10) Aviez-vous un suivi médical avant votre incarcération ?

Oui	Non

11) Si oui, quel était votre type de suivi ?

Médecin généraliste	Médecins spécialistes Précisez

12) Êtes-vous atteint d'une maladie chronique ?

Oui	Non

Si oui Lesquelles ?

13) Êtes-vous fumeur, si oui en quelle quantité ?

Non fumeur	Moins de 10 cigarettes par jour	Plus de 10 cigarettes par jour

14) Êtes-vous consommateur de cannabis ?

Non consommateur	Consommateur occasionnel	Consommateur régulier

15) Étiez-vous consommateur d'alcool avant votre incarcération ?

Jamais	Occasionnellement	Moins de 3 verres par jour	Plus de 3 verres par jour

16) Aviez-vous un usage d'autres produits psychotropes avant l'incarcération ?

Jamais	Ancien consommateur*	Usage occasionnel**	Usage régulier***

* arrêté ou substitué depuis plus d'un an

** moins d'une fois par mois

*** plus d'une fois par mois

17) Recevez-vous actuellement un traitement, si oui lesquelles ? (Voir avec ordonnance)

Aucun

Substituts opiacés

Substituts nicotiniques

Anxiolytiques / Hypnotiques

Antidépresseurs

Neuroleptiques / Antiépileptiques

Antalgiques

Médicaments cardio-vasculaires :

Antihypertenseurs, anti-angineux, anti-arythmiques, anticoagulants, anti-lipémiants

Médicaments du système digestif et métabolique : antidiabétiques, antiacides, laxatifs, etc.

Autres traitements

18) Avez-vous été hospitalisé au cours de votre incarcération ?

	À l'UHSI	À l'UHSA	Aux Urgences
Oui			
Non			

Commentaire(s) / Remarque(s) :

20) Êtes-vous actuellement suivi par l'équipe du SPAD ?

Oui	Non

21) Avez-vous réalisé des soins dentaires depuis le début de votre incarcération à Luynes ?

Oui	Non

22) Avez-vous renoncé à réaliser des soins en raison de votre incarcération ?

Oui	Non

Commentaire(s) / Remarque(s) :

23) Estimez-vous que ... :

	Meilleurs	
	<input type="checkbox"/>	
Les soins de médecine générale de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes sont...	Aussi bons	... que les soins de médecine générale réalisés en milieu libre.
	<input type="checkbox"/>	
	Moins bons	
	<input type="checkbox"/>	
	Ne se prononce pas	
	<input type="checkbox"/>	

Commentaire(s) / Remarque(s) :

Votre consultation « arrivant » :

24) Diriez-vous que la consultation arrivant est ...

Absolument nécessaire	Une perte de temps	Ne s'est pas faite assez rapidement

25) Êtes-vous satisfait de votre consultation arrivant ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

26) Avez-vous réalisé un dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles suite à votre consultation « arrivant » ?

Oui	Non

Concernant le fonctionnement et l'organisation de l'unité sanitaire :

27) Êtes-vous satisfait des horaires d'ouverture de l'UCSA (9h – 12h / 14h – 17h)?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

28) Êtes-vous satisfait du délai pour obtenir un RDV de consultation avec les médecins généralistes de l'USMP ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

29) Êtes-vous satisfait du système de RDV par courriers / tickets ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

30) Êtes-vous satisfait de la gestion de vos demandes médicales urgentes ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

31) Êtes-vous satisfait du temps passé en salle d'attente lors d'un RDV avec votre médecin généraliste ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

32) Êtes-vous satisfait de l'aménagement des locaux de l'USMP ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

Concernant les informations délivrées et disponibles à l'unité sanitaire :

33) Êtes-vous satisfait de la qualité des informations délivrées par les médecins généralistes ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

34) Êtes-vous satisfait du respect relatif au secret médical ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

35) Êtes-vous satisfait par les informations proposées sous forme de brochures ou d'affiches dans les couloirs et les salles de soin ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

Concernant le suivi et la qualité des soins à l'unité sanitaire :

36) Êtes-vous satisfait de l'accueil des professionnels de santé hors SPAD ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

37) Êtes-vous satisfait de la durée de consultation avec les médecins généralistes ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

38) Êtes-vous satisfait des prescriptions médicamenteuses faites par les médecins généralistes ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

39) Êtes-vous satisfait du suivi de vos problèmes de santé par les médecins généralistes de l'UCSA ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

Votre avis concernant l'évolution des pratiques des Unités Sanitaire :

40) Seriez-vous favorable à la mise en place d'une prise de rendez-vous médical par téléphone (sur messagerie vocale) à la place des tickets de consultation ?

Très favorable	Favorable	Peu favorable	Pas du tout favorable	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

41) Seriez-vous favorable à l'organisation d'une consultation avec un médecin généraliste dans le mois précédent votre sortie ?

Très favorable	Favorable	Peu favorable	Pas du tout favorable	Sans opinion

Commentaire(s) / Remarque(s) :

42) Pensez-vous que la télémédecine par visio-conférence avec l'hôpital (médecin des urgences ou spécialités) puisse être utile à votre santé ?

Oui	Non	Peut être

Commentaire(s) / Remarque(s) :

43) Pour les avis de médecins spécialistes, trouvez-vous préférable ?

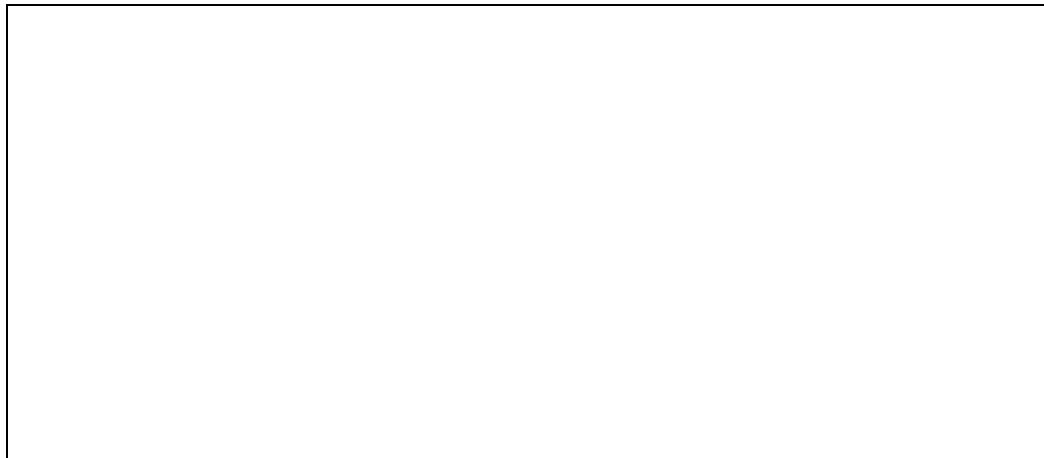
D'augmenter les extractions médicales	De développer la télémédecine	D'augmenter les consultations de médecins spécialistes à l'USMP

Commentaire(s) / Remarque(s) :

44) Parmi la liste de médecins spécialistes suivante, entourer 3 médecins spécialistes maximum que vous souhaiteriez pouvoir consulter en détention ?

Cardiologue	Dermatologue	Gastro-entérologue	Neurologue	ORL
Pneumologue	Ophtalmologue	Urologue	Chirurgien orthopédiste	
Chirurgien digestif	Autres :			

45) De manière générale, qu'est ce qui a dégradé votre santé en prison ?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 45.

46) De manière générale, qu'est ce qui a amélioré votre santé en prison ?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 46.

47) Numérotez vos besoins de santé actuels du plus important au moins important

La découverte et/ou le suivi d'une maladie infectieuse

Votre santé mentale

Une ou plusieurs addictions

Problèmes bucco-dentaires

Le suivi d'une ou plusieurs maladies chroniques

Les traumatismes liés à des accidents de sport, ou de travail

Les traumatismes liés à des violences intentionnelles

Les problèmes dermatologiques

Les troubles digestifs

L'existence de handicaps et déficiences (locomoteur, visuel, auditif, sensoriel)

Autres (précisez) :

FIN - MERCI

IX – ABBRÉVIATIONS

A

ALD : Affection Longue Durée

AP : Administration Pénitentiaire

ARS : Agence Régionale de Santé

C

CD : Centre de Détenzione

CEDH : Convention/Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNE : Centre National d'Évaluation

CSL : Centre de Semi-Liberté

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNCDH : Comité National Consultatif des Droits de l'Homme

CP : Centre Pénitentiaire

CPA : Centre pour Peines Aménagées

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CPT : Comité de Prévention de la Torture (Conseil de l'Europe)

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSL : Centre de Semi-Liberté

D

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

E

EPM : Établissement Pénitentiaire pour Mineurs

EPP : Établissement Pour Peine

EPSNF : Établissement Public de Santé National de Fresnes

ET : Écart-type

ETP : Équivalent Temps Plein

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

I

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judicaires

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

M

MA : Maison d'arrêt

MC : Maison Centrale

MG : Médecin Généraliste

O

OIP : Observatoire International des Prisons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P

PCS : nomenclature de l'INSEE des Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PPSMJ : Personnes Placées Sous Main de Justice

S

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPAD : Soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

U

UCSA : Unité de Consultation et Soins Ambulatoires
UE : Union Européenne
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSIR : Unité Hospitalière Sécurisée InterRégionale
UMD : Unité pour Malades Difficiles
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
UPR : Unité de Prévention de la Radicalisation
US : Unité Sanitaire
UVF : Unité de Vie Familiale
USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C