



HAL
open science

Précarité et indicateurs de santé dans la population carcérale : étude prospective au sein de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces

Aline Prost

► **To cite this version:**

Aline Prost. Précarité et indicateurs de santé dans la population carcérale : étude prospective au sein de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00724348

HAL Id: dumas-00724348

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724348v1>

Submitted on 20 Aug 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

N°

**Précarité et indicateurs de santé dans
la population carcérale.**

**Etude prospective au sein de la Maison d'Arrêt
de Grenoble-Varces.**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT
EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Aline PROST

Née le 7 avril 1984 à St Martin d'Hères (38)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*
Le 15 Juin 2012

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Luc BARRET

Membres :

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Monsieur le Docteur François PAYSANT

Madame le Docteur Myriam BLANC

Mme Martine BIANCHI

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propre à leurs auteurs.*

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGEANT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

Monsieur le professeur Luc BARRET

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Je vous remercie sincèrement pour votre intérêt porté à ce sujet et pour m'avoir permis de réaliser ce stage qui m'a tant appris.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Je vous remercie d'avoir accepté d'assister à cette soutenance, alors que vous êtes tant sollicité, et d'avoir manifesté tant d'intérêt pour mon sujet.

Monsieur le docteur François PAYSANT

Je vous remercie de m'avoir proposé ce stage si passionnant puis ce sujet de thèse. Vous m'avez initié au travail au sein de cette population particulière et je vous en suis grandement reconnaissante. Ces six mois ont représenté un bouleversement dans ma vie professionnelle. Ce fut un très grand plaisir de travailler avec vous au sein de l'UCSA et sur ce projet de thèse, de part vos compétences mais aussi votre disponibilité toujours présente.

Madame le docteur Myriam BLANC

Le premier mot qui me vient à l'esprit est « qui l'eu cru ?! ». Merci d'avoir été entière et de m'avoir transmis cette passion qui t'anime, passion pour la médecine et pour les plus vulnérables. Merci d'avoir partagé une partie de ton savoir si riche. Et merci de me faire confiance à présent. C'était tout naturel de te convier à l'évaluation de mon travail. Merci d'avoir accepté d'y participer malgré le peu de temps que tu as pour toi en ce moment.

Madame Martine BIANCHI, Directrice de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces

Merci d'avoir accepté de juger de mon travail dans cet univers étranger. Je réalise pleinement les efforts que vous avez dû réaliser et je vous en suis très reconnaissante. Merci d'œuvrer ainsi pour la cohésion entre les divers acteurs de prise en charge des détenus.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude

- Aux médecins qui ont rempli les questionnaires : Audrey, François, Myriam, Sébastien. Merci de votre aide.
- A Laurence qui a éclairci le brouillard que représentait le vaste monde des statistiques pour moi...Fais chauffer SPSS, on en n'a pas fini !

Aux personnes qui ont jalonné mon cursus

- Tout d'abord à ceux qui m'ont accompagné durant ces six derniers mois :
 - o Bérengère, Bernard, Lucile, Myriam : la famille de la PASS, unie, transmettant des vraies valeurs. Ca a vraiment été un bonheur de travailler avec vous...Et pour mon plus grand plaisir, ça le sera encore pour quelques mois !
 - o Angélique, Alexia, et tous les bénévoles de MdM : la découverte enrichissante du monde associatif et de son engagement...
 - o Antoinette, Audrey, Chantal, Myriam, Marie-Ange, Véro, Virginie : la fine équipe de l'UCSA ! Merci de votre aide, votre soutien...et pour tous les fous rires ! C'est aussi grâce à vous que j'ai tellement aimé travailler à Varcès.
- A Jean-Luc REYNIER qui m'a appris la médecine générale de ville : merci pour tout ce que vous m'avez transmis, les connaissances mais aussi le savoir-faire, le savoir-être... et merci de me faire confiance à présent.
- Enfin, aux Drs GUILLAND et LE CALVEZ : vous ne vous trompez pas, votre place est bien ici. Dès toute petite vous m'avez montré le visage de la médecine que je voulais exercer. Vous n'êtes pas étrangers à tout ça.

A ma famille,

A mes parents, bien sûr c'est grâce à vous que j'en suis là. Mais d'autant plus parce que vous m'avez transmis le « souci de l'autre ». Vous m'avez toujours encouragée et surtout supportée alors que je ne vous menais pas la vie facile à l'époque des « combles » ! Merci d'être fiers de moi.

A Milie, merci de me soutenir comme tu le fais, de manière discrète. Et juste d'être là. Tu seras bientôt MA secrétaire médicale !

A Xav, à Léo, mon petit rayon de soleil !

A Taty et Dédé, merci d'être là, je ne pouvais pas imaginer de passer cette étape sans ma marraine et mon parrain. Vous répondez toujours présents.

A Michèle, Xavier et Audrey, je suis fière de vous compter parmi ma famille. Merci pour votre soutien, constant et discret.

A mes amis,

Mes amies de la 1^{ère} heure...Stéph, ma choupinette, nous étions côte à côte le 1^{er} jour au 1^{er} cours et, même si nous avons pris des chemins différents, nous sommes toujours aussi proches aujourd'hui; et Marie, Ah Marie !...les mots sont difficiles pour décrire ce que nous avons vécu mais tu as cette place qui m'est chère encore aujourd'hui.

Carinette, Domdom, Julie, Kloklo, Marygolotte, Matou, Mél, Ségo...une sacrée équipe ! Même si les lois de la vie nous ont envoyées aux 4 coins de la France et de l'autre côté des océans nos retrouvailles sont toujours d'une simplicité réconfortante. Vous êtes les bases. Je vous aime !

Amé, Anaïs, Elo, Emilie...les pionnières de Grenoble ! Tant de bons moments partagés depuis 10 ans...et à venir !

Benj, Jé, Pierrot...Bon, faut bien le dire, avec vous, il y a moins d'effusions...mais des sentiments simples et vrais ! Merci !

Aurélie et Lise, merci de m'avoir fait partager vos expériences et de m'avoir apporté votre aide pour ces détails qui ont leur importance.

Aux amis de la Réunion, Julia, Julien et Marguerite, Kheira et Flo ... vous avez été une étape importante dans ma vie et vous restez dans mon cœur.

Mais surtout, à **Chouchou**,

Tu m'as aidée et soutenue tout au long de ce travail. Tu m'as apporté tes compétences et ton réconfort. Je n'aurai pas pu arriver à ce résultat sans toi. Mais surtout tu es là, dans les moments heureux comme les moments difficiles. Les années passées à tes côtés ont paru des jours, des minutes...j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres. Tu as tout mon amour.

À tous ceux qui n'ont pas été nommés dans ces pages mais qui ont contribué à la réalisation de cette thèse,

À toutes les personnes présentes le jour de ma soutenance,

Merci beaucoup !

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Administration pénitentiaire
CES : Centres d'Examens de Santé
CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DOM : Départements d'outre-mer
CSP : Catégorie socio-professionnelle
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ESPS 2008 : Enquête Santé Protection Sociale 2008
ETP : Equivalent Temps Plein
GGT : Gamma Glutamyl-transférase
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HTA : Hypertension artérielle
IGAS : Inspection Générale des Affaires sociales
IMC : Indice de Masse Corporelle
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IRES : Institut de Recherches Economiques et Sociales
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odd-Ratio
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
Score EPICES : Score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé des Centres d'Examens de Santé
QIS : Quartier Intermédiaire Sortants
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TGI : Tribunal de Grande Instance
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Inter-Régionale
UPS : Unité Pour Sortants
VGM : Volume Globulaire Moyen

Table des matières

1- INTRODUCTION	13
2- CONTEXTE	15
2-1 La notion de précarité	15
2-1.1 Quelques définitions de la santé	15
2-1.2 Concept de la précarité	16
2-1.3 Mesures de la précarité	17
2-1.4 Présentation du score EPICES	18
2-2 Présentation de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces	20
2-2.1 Présentation générale	20
2-2.2 Présentation de la population carcérale	21
2-2.3 Présentation de l'UCSA	21
3- MATERIEL ET METHODE	24
3-1 Type d'étude	24
3-2 Population source, critères d'inclusion et d'exclusion	24
3-3 Recueil des données	24
3-4 Critères de jugement	25
3-5 Modalités de traitement des données	27
4- RESULTATS	28
4-1 Caractéristiques de la population d'étude	28
4-1.1 Motifs d'exclusion	28
4-1.2 Age	28
4-1.3 Score EPICES	28
4-1.4 Niveau d'études	29
4-1.5 Catégorie socio-professionnelle	29
4-2 Prévalence des indicateurs selon les quintiles modifiés du score EPICES	30
4-2.1 Age	30
4-2.2 Indicateurs de santé	31
4-2.3 Indicateurs socio-économiques	32
4-2.4 Indicateurs de mode de vie	33
4-2.5 Indicateurs d'accès aux soins	34
4-2.6 Indicateurs d'accord pour dépistage	34
4-3 Etude des liens entre la précarité et les indicateurs	35
4-3.1 Corrélation du score EPICES aux indicateurs	35
4-3.2 Estimation du risque relatif des différents indicateurs en fonction des quintiles modifiés du score EPICES	36

5- DISCUSSION	40
5-1 Précarité et différents indicateurs	40
5-1.1 Précarité au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces	40
5-1.2 Précarité et indicateurs de santé	40
5-1.2.1 Indice de masse corporelle	40
5-1.2.2 Tension artérielle	41
5-1.2.3 Examen dentaire et cutané	41
5-1.2.4 Auto-évaluation de la santé	42
5-1.3 Précarité et indicateurs socio-économiques	42
5-1.4 Précarité et mode de vie	43
5-1.4.1 Tabagisme	43
5-1.4.2 Traitement psychotrope	43
5-1.4.3 Consommation d'alcool	43
5-1.4.4 Consommation de cannabis	44
5-1.4.5 Consommation d'héroïne	44
5-1.4.6 Consommation de cocaïne	44
5-1.5 Précarité et indicateurs d'accès aux soins	45
5-1.6 Précarité et accord pour les dépistages	45
5-2 Mécanismes explicatifs des inégalités sociales de santé	46
5-2.1 Moins bon accès aux soins et à la prévention	46
5-2.2 Barrières financières	47
5-2.3 Perception de la santé	48
5-2.4 Perception de la part du patient et du médecin	49
5-2.5 Perspective temporelle	50
5-2.6 Santé mentale, anxiété	51
5-2.7 Evènements précoces et histoires de vie : « life course perspective »	52
5-2.8 Lien inverse, la pathologie crée la précarité	53
5-3 Biais	54
5-3.1 Taille de l'échantillon de la population	54
5-3.2 Choix de l'indicateur de précarité	54
5-3.3 Lieu de l'étude	55
5-3.4 Causalité	56
5-4 Perspectives	56
6- CONCLUSION	60
7- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
8- ANNEXES	71
ANNEXE 1 : Calcul du score EPICES	71
ANNEXE 2 : Questionnaire comportant des données socio-administratives et des données sur les déterminants de santé	72

1- INTRODUCTION

Selon J. Wresinski, dans le rapport remis au Conseil économique et social en 1987, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi »¹. Or, le taux de chômage est passé de 7,5% à 9,8% de la population active française (avec les DOM) de 2008 à fin 2011. Plus généralement, en France métropolitaine, 3,4 millions de personnes ne travaillent pas mais souhaitent travailler². Durant une telle crise économique, la précarité constitue donc plus que jamais un problème majeur dans notre société, d'autant plus qu'elle est en voie d'aggravation.

Les données de l'INSEE sur la pauvreté vont dans ce sens. En 2009, 13,5 % de la population française vivait sous le seuil de pauvreté (954 euros par mois) et l'écart de niveaux de vie entre les personnes les plus modestes et les plus aisées était en augmentation par rapport à 2008³.

Par ailleurs, selon des critères socio-économiques (profession, niveau d'études), la population carcérale est connue pour être plus précaire que la population générale⁴.

Cependant, la précarité ne se résume pas seulement en une définition économique mais revêt un caractère multidimensionnel. Elle concerne, entre autres, le revenu et l'emploi mais aussi le logement, les loisirs, la culture et la santé.

Durant les dernières décennies, des progrès énormes ont été réalisés en matière de santé mais ils n'ont pas profité de la même manière à tous. Les inégalités sociales de santé ont donc tendance à se creuser. Pour preuve, la différence d'espérance de vie à 35 ans est de plus de 6 ans entre un ouvrier et un cadre supérieur⁵. Ces inégalités sociales de mortalité concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risques et des états de santé⁶.

Au vu de ces constatations, il paraissait intéressant d'évaluer la précarité au sein de la population carcérale et son lien avec les indicateurs de santé à l'aide d'un score individuel pouvant prendre en compte son caractère multifactoriel. Cette démarche entraine dans le cadre d'une volonté de cibler les détenus précaires afin d'en améliorer la prise en charge sanitaire, de réaliser des actions de santé publique et de les préparer à leur sortie de prison, période extrêmement périlleuse pour leur santé⁷.

Le score EPICES a été choisi car il a été validé dans les Centres d'Examens de Santé (CES) de l'Assurance Maladie et est relié à une détérioration des indicateurs de santé au sein de cette population⁸.

L'objectif principal de cette étude visait donc à valider le score EPICES au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces en mesurant la précarité à l'aide de ce score et son lien avec les différents indicateurs de santé.

Les objectifs secondaires consistaient à vérifier la corrélation du score EPICES aux indicateurs socio-économiques, de mode de vie, d'accès aux soins et à l'accord des détenus pour la réalisation du dépistage de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles au sein de cette même population carcérale.

2- CONTEXTE

2-1 La notion de précarité

2-1.1 Quelques définitions de la santé

La santé a longtemps été considérée comme un état stable dans lequel les individus sont indemnes de pathologie et de handicap.

Cependant, la dimension du bien être social a été présente dès la définition proposée par l’OMS en 1946, la santé étant définie comme « un état de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité ». En particulier, la santé était caractérisée par « l’intégrité anatomique, physiologique et mentale, la capacité à assurer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux, et l’absence de risques de maladie ou de décès prématuré »⁹.

En 1986, la charte d’Ottawa va compléter cette approche de la santé comme « une ressource de la vie quotidienne qui permet, d’une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d’autre part, d’évoluer avec le milieu ou s’adapter à celui-ci ». La charte d’Ottawa reprend également les conditions nécessaires à la santé : « se loger, accéder à l’éducation, se nourrir convenablement, disposer d’un certain revenu, bénéficier d’un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »¹⁰.

La dimension sociale a ensuite été abordée dans plusieurs travaux dont une synthèse peut être trouvée dans la définition de la santé par Eric Fuchs comme « la condition de possibilité physiologique et psychologique pour pouvoir participer à la vie commune [...]. Les interventions de santé sont jugées nécessaires chaque fois que, d’une manière ou d’une autre, un individu est empêché de partager ou d’améliorer sa vie dans ses rapports avec l’ensemble social où il a à prendre sa place »¹¹. Le concept de « santé sociale » ainsi décrit reprend l’idée d’interrelations multiples entre l’individu et son environnement social et des capacités de l’individu à les développer. Ce sont ces capacités qui seront fragilisées lors des processus de précarisation.

Ces différentes définitions de la santé prennent donc en compte l’individu dans sa globalité ainsi que les interactions avec son environnement. Il convient donc de faire de même pour prendre soin de la santé des patients.

2-1.2 Concept de la précarité

Concernant un nombre croissant de personnes, la précarité soulève des enjeux essentiels en France, comme dans tous les pays industrialisés.

Selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la précarité est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures, éventuellement transitoires et réversibles, qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle peut ainsi se manifester dans plusieurs domaines tels que le revenu, le logement, l'emploi, les diplômes, la protection sociale, la santé, les loisirs et la culture.^{6,12}

Les processus de précarisation ont également été décrits par Wresinski en 1987 dans son rapport sur la pauvreté et la précarité économique. La précarité y est définie comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »¹. Il précise en outre que les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant « le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique » sont défavorables¹. Il s'agit d'un processus dynamique, et donc possiblement réversible.

Les dimensions de la précarité ainsi énumérées rejoignent les critères retenus dans la littérature anglo-saxonne, notamment par Townsend en 1987. Il voit la défaveur sociale comme « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe »¹³. Il fait la distinction entre la défaveur matérielle qui se réfère aux biens ou aux commodités de la vie moderne, et la défaveur sociale qui renvoie aux relations familiales, au travail ou dans la communauté (« *material and social deprivation* »). Ces deux formes de précarité sont liées à la santé physique et mentale mais aussi au bien-être des populations comme le décrit Pampalon à partir de 2000 avec notamment une augmentation du risque d'hospitalisation pour trouble mental, de traumatisme intentionnel et de difficultés vécues par les jeunes^{14,15}.

Plus récemment, Rigaudiat prend en compte l'aspect psychologique de la précarité. Il présente les personnes précaires comme cette «part très importante de la population [qui] sans être pauvre à proprement parler, est en permanence sur le fil du rasoir, connaît des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même pouvoir en espérer la sortie»¹⁶. Il définit donc la précarité comme une très forte incertitude quant aux chances de pouvoir récupérer ou conserver une situation jugée socialement

acceptable dans un avenir proche. Il dépasse l'aspect matériel de la précarité et ajoute une notion de subjectivité.

2-1.3 Mesures de la précarité

L'évaluation de la vulnérabilité socio-économique doit prendre en considération l'emploi mais également les ressources, la famille, le logement, l'éducation, la protection sociale, la santé, les liens sociaux^{1,12}.

La littérature internationale montre que les relations précarité ↔ santé ont été essentiellement étudiées sur la base de mesures géographiques de défaveur sociale (« *area based measures* »).

Les trois précurseurs étaient anglo-saxons : Jarman en 1984¹⁷, Townsend en 1987¹³ et Carstairs en 1989¹⁸.

Des auteurs originaires d'autres pays ont ensuite construit leur propre score sur le même modèle, comme :

- le «NZDep96 index of deprivation» en Nouvelle Zélande en 2003¹⁹,
- l'indice additif simple de Fukuda et al. au Japon en 2007²⁰,
- l'« indice de défavorisation » de R. Pampalon au Canada en 2009²¹.

Certains de ces indices sont utilisés comme outil pour la planification de l'accès aux soins et pour l'étude des phénomènes de santé. Les plus utilisés, provenant de la littérature anglo-saxonne, sont ceux développés par Carstairs²² et Townsend¹³, dont les calculs ne nécessitent qu'une somme standardisée de quatre variables socio-économiques. La proportion de chômeurs, de ménages sans voiture et de logements surpeuplés sont des variables communes aux deux indices. Carstairs ajoute la proportion de personnes de catégorie sociale ouvrière alors que Townsend ajoute la proportion de ménages non propriétaires de leur logement. Ces deux mesures reflètent la défaveur matérielle. Ces indices sont tout à fait corrélés aux données de santé et de mortalité²³.

En France, des indicateurs composites similaires ont été développés dans le département du Doubs²⁴, dans la région Nord Pas de Calais²⁵ et sur l'ensemble du territoire (indice de désavantage social « FDep99»²⁶).

Les données agrégées à l'échelle communale ou cantonale peuvent donner à l'étude de la pauvreté une information supplémentaire par rapport aux mesures individuelles, comme par exemple le niveau de confort d'une communauté, l'influence du contexte social. Cependant ces scores sous-entendent que toutes les personnes issues d'un même quartier ont un niveau socio-économique similaire (« biais écologique »). Cette analyse sous-estime certaines dimensions de la

précarité en ignorant ainsi les caractéristiques individuelles et les hétérogénéités au sein des populations et peut donner lieu à des erreurs de classification^{27,28}.

Ainsi, un score individuel de précarité a été développé dans le cadre d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à Nantes en 2004²⁹. L'objectif était l'identification des personnes en situation de précarité afin d'adapter la prise en charge et les stratégies de soins par les services hospitaliers. Cependant, cet indicateur aborde essentiellement la dimension matérielle de la précarité (CMU, mutuelle complémentaire, difficultés financières à payer les médicaments, allocataires des minima sociaux, chômeur > 6 mois) et non la dimension sociale.

Cela nous amène donc à présenter le score EPICES : une mesure individuelle, multidimensionnelle et validée de la précarité.

2-1.4 Présentation du score EPICES

Cet indicateur a été produit par le Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF) des Centres d'Examens de Santé (CES) de l'Assurance Maladie dès 1998.

Suite à la publication de l'article 2 de l'arrêté ministériel de 1992³⁰, le réseau des CES a focalisé une grande partie de ses activités sur les personnes en situation de précarité.

Les six critères d'identification de la précarité à l'aide de l'article 2 sont les suivants :

- chômeurs,
- contrats emploi solidarité,
- bénéficiaires du RMI,
- bénéficiaires de la CMU et de la CMUC
- sans domiciles fixes,
- jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire engagés dans un processus d'insertion professionnelle.

Ces critères sont essentiellement socio-administratifs et reposent principalement sur la situation par rapport à l'emploi. Cependant, ils semblent trop restrictifs au vu des définitions énoncées ci-dessus de la précarité.

C'est pourquoi, afin de mieux identifier les diverses populations en situation de difficulté sociale et économique, les CES ont élaboré un score individuel de précarité, quantitatif, dénommé EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé), prenant en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité⁸.

Le score EPICES a été construit à l'aide d'un questionnaire portant sur les différentes dimensions de la précarité : sexe, âge, nationalité, niveau d'études,

situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, situation matérielle et événements graves de l'enfance (42 questions)³¹.

Ce questionnaire a été administré à 7 208 personnes lors d'une enquête ponctuelle menée en 1998 dans 18 CES pendant un mois. Une analyse factorielle des correspondances a mis en évidence un facteur latent reflétant le niveau de précarité.

Une technique de régression multiple a ensuite permis de réduire le questionnaire à 11 questions binaires pondérées (Annexe 1). Le coefficient de chaque question est ajouté à la constante (75,14) si la réponse à la question est positive. On obtient alors un score qui permet de positionner une personne sur cet axe de précarité allant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum).

Ce nombre de questions, considérablement réduit, permet donc d'utiliser le score EPICES plus facilement en pratique clinique.

Les propriétés psychométriques du score ont été testées à l'aide du calcul du coefficient de cohérence interne α de Cronbach. Un coefficient de 0,410 a été trouvé. Cette valeur relativement basse indique que chaque question du score EPICES a une valeur informative propre et que ce score ne mesure pas seulement une dimension de la précarité mais plusieurs dimensions.

On peut distinguer deux niveaux d'appréhension parmi ces 11 questions :

- le capital économique de l'individu à travers sa protection sociale et son logement. Il est à noter que le revenu est considéré sous l'angle des difficultés au cours du mois,
- le support relationnel est quant à lui mesuré à partir des contacts ou non avec la famille et les amis ainsi que la possibilité ou pas d'avoir des loisirs.

Son élaboration a été validée par trois études en France réalisées par Sass, Moulin et al.^{8,31,32} Il a été testé sur une population d'environ 200 000 patients des CES de l'assurance maladie. Des relations score-dépendantes, statistiquement significatives ont été observées entre l'accès aux soins, l'état de santé perçu et mesuré, les statuts socio-économiques et le niveau de précarité⁸.

Sass et al. ont ensuite réalisé une comparaison de la définition socio-administrative de la précarité avec le score EPICES³³. Cette étude a permis d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement mais non détectées par les critères simplement socio-administratifs. L'apport de cet outil est donc de mieux cibler les populations précaires.

Dans le cadre d'une stratégie de santé publique, il serait préférable d'envisager les individus et également le contexte dans lequel ils vivent (habitat, conditions de vie, environnement, etc.). Ce type d'approche pourrait être envisagé, en utilisant le score

EPICES comme mesure individuelle et un indicateur écologique de type Townsend comme mesure contextuelle.

2-2 Présentation de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces

2-2.1 Présentation générale

La maison d'arrêt de Grenoble-Varces est entrée en service le 25 octobre 1972.

L'établissement reçoit à la fois des prévenus (en attente de jugement) et des condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an ou, dans le cas contraire, en attente d'un transfert sur un établissement pour peines.

La maison d'arrêt dessert prioritairement la Cour d'Appel et le Tribunal de Grande Instance (TGI) de Grenoble. Cependant, sa compétence est étendue aux juridictions limitrophes (Valence-Chambéry-Lyon) en fonction des nécessités des instructions ou des directives ministérielles (mineurs du TGI de Gap, Valence et Bourgoin-Jallieu). Elle accueille également d'autres détenus condamnés d'établissements voisins, par mesure de désencombrement, notamment.

L'établissement comporte une partie dévolue à la détention sur ses 2/3 et le restant est réservé aux équipements communs et aux services d'administration.

Les quartiers spéciaux sont constitués :

- du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) comptant 10 cellules pour 22 places (2 cellules triples)
- du Quartier Mineur comptant 21 places (19 cellules individuelles + 1 cellule double) et situé dans un bâtiment spécifique ouvert en 2006.

Les locaux collectifs comprennent un terrain de sport, un gymnase, une zone de promenade, une médiathèque, quatre salles de classe et un secteur socio-éducatif.

Depuis son ouverture, l'état de la structure s'est dégradé, ce qui nécessite depuis quelques années d'importants efforts de maintenance, voire de rénovation.

Les données ultérieures concernant la population carcérale et l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) sont issues du rapport d'activité de 2010³⁴.

2-2.2 Présentation de la population carcérale

La population carcérale de la maison d'arrêt de Varcès est uniquement masculine et plutôt jeune puisque presque la moitié des détenus est âgée de moins de 30 ans et moins de 2% d'entre eux ont plus de 60 ans.

Elle est caractérisée par une surpopulation de 140% (329 détenus pour un effectif théorique de 233 places) et un turn-over important (674 entrants et 664 sortants en 2010).

En 2010, on a assisté à une augmentation des personnes condamnées (environ 70% de la population totale) avec une majorité des peines inférieure à 3 ans (presque 90%), ce qui est logique pour une maison d'arrêt.

Les 2/3 des infractions concernent le vol qualifié, les violences sur adulte et le trafic de stupéfiants.

Un peu moins de 20% des détenus travaillent au sein de la maison d'arrêt. Au 1^{er} mars 2012, 24 d'entre eux étaient employés aux ateliers et 38 au service général.

2-2.3 Présentation de l'UCSA

L'offre de soins aux personnes incarcérées a été profondément modifiée par la loi du 18 janvier 1994 qui a rattaché les services de soins en prison, jusque-là dépendants de l'Administration Pénitentiaire, aux établissements hospitaliers.

Elle prévoit que le service public hospitalier « assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier [et qu'il] concourt dans les mêmes conditions aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires »³⁵.

Elle s'inscrit par ailleurs dans un contexte international de dispositions et recommandations, élaborées sous l'égide des Nations Unies en 1955 avec l'adoption « d'un ensemble de règles et minimas pour le traitement des détenus »³⁶. De même, des règles pénitentiaires européennes ont été proposées par le Conseil de l'Europe en 1987 puis révisées en 2006³⁷. Elles rappellent que le système pénitentiaire ne doit pas aggraver les souffrances inhérentes à la situation de privation de liberté.

Depuis cette loi, tous les établissements pénitentiaires disposent d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), unité hospitalière dépendant directement d'un établissement de santé et placée sous la responsabilité de leur directeur. L'UCSA de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varcès fait partie de la Clinique

Universitaire de Médecine Légale et d'Addictologie du CHU de Grenoble et se situe au sein de l'établissement pénitentiaire, au 2^{ème} étage (sur 4).

Le personnel de l'UCSA est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant :

- une secrétaire (0.8ETP)
- 5 infirmières (4.6 ETP) avec une présence du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30 et samedi, dimanche et jours fériés de 7h30 à 12h00 et de 15h00 à 18h30,
- 4 médecins à temps partiel (1.4 ETP) effectuant la visite médicale d'arrivant systématique, les consultations à la demande du détenu, de l'administration pénitentiaire ou du personnel soignant et les visites bi-hebdomadaires au quartier disciplinaire, aux détenus isolés et aux détenus grévistes de la faim.
- des médecins spécialistes (ophtalmologie, dermatologie, hépato-gastro-entérologie, CISIH, rhumatologie)
- une dentiste (0.3 ETP)
- une kinésithérapeute (0.2ETP)
- un éducateur en santé (0.8 ETP)
- un agent de service hospitalier (1 ETP)

Un surveillant pénitentiaire est dédié à l'UCSA. Il reste présent dans les locaux tant qu'il y a des consultations ou des soins.

Certains soins externes sont réalisés au CHU de Grenoble. Il s'agit de consultations spécialisées et de soins non réalisables à l'UCSA ainsi que les examens complémentaires tels que les radiographies (hors radiographie pulmonaire de dépistage de la tuberculose), échographies, endoscopies, etc...

En ce qui concerne les hospitalisations, si elles sont urgentes ou de courte durée (inférieures à 48h), elles ont lieu au CHU de Grenoble. Les autres hospitalisations sont réalisées préférentiellement dans le Centre Hospitalier Lyon Sud qui possède une Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale (UHSI).

Le rapport d'activité 2010³⁴ montre :

- 3181 consultations de médecine générale,
- 186 consultations spécialisées,
- 5052 actes infirmiers,
- 398 actes de kinésithérapie,
- 53 consultations par les médecins d'astreinte,
- 263 consultations spécialisées ou examens complémentaires au CHU de Grenoble,
- 18 hospitalisations dont 16 au CHU de Grenoble.

Les chiffres des actes infirmiers et des consultations spécialisées, en baisse par rapport à 2009, sont à interpréter en fonction de la baisse du flux des détenus

arrivant à Varcès entre 2009 et 2010 (environ -10%) et l'absence de rhumatologue durant presque toute l'année.

L'équipe de l'UCSA a pu consacrer une partie de son temps, particulièrement à l'initiative de l'éducateur de santé, à des actions préventives en matière d'éducation à la santé. Au nombre de ces actions, il est à noter :

- une action « relaxation » avec un professeur de yoga,
- une action « théâtre » avec une pièce de théâtre jouée ayant pour but la prise de conscience de l'importance d'une alimentation équilibrée,
- une action « secourisme » permettant l'obtention par 35 détenus d'un diplôme de secouriste,
- une action « éducation à la sexualité et sensibilisation aux risques » dans le Quartier Mineur,
- un groupe de parole de détenus permettant d'échanger sur des questions de santé ; ce groupe appelé « café-santé » a concerné 91 détenus en 2010.

3- MATERIEL ET METHODE

3-1 Type d'étude

Une étude épidémiologique, transversale, descriptive et prospective a été menée au sein de l'UCSA de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces du 2 novembre 2011 au 3 février 2012 inclus, soit 14 semaines.

3-2 Population source, critères d'inclusion et d'exclusion

145 patients ont été vus en consultation à leur entrée au sein de la maison d'arrêt durant cette période.

Les critères d'inclusion étaient définis par les détenus majeurs vus en « consultation arrivant ».

Les critères d'exclusion comprenaient :

- les détenus incarcérés (quelque soit le lieu) dans les 12 mois précédents leur incarcération actuelle (non-pertinence des données concernant le suivi médical et dentaire ainsi que les items du score EPICES),
- les détenus ne parlant pas le français et l'impossibilité de réaliser l'entretien en présence d'un interprète (impossibilité d'obtenir le consentement éclairé et d'administrer le questionnaire de façon convenable),
- le refus de la part du détenu.

3-3 Recueil des données

Deux documents devaient être remplis par le médecin lors de la consultation d'entrée de chaque détenu :

- le questionnaire comportant des données socio-administratives et des données sur les déterminants de santé, le mode de vie, l'accès aux soins et l'accord pour les dépistages (Annexe 2),
- le questionnaire EPICES pour déterminer le score de précarité (Annexe 1).

Le questionnaire comportant des données socio-administratives et des données sur les déterminants de santé recherchait à l'interrogatoire :

- le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle,
- la présence d'antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques,
- la présence d'addictions (notamment le tabagisme),
- le traitement habituel,
- le suivi médical et dentaire au cours des 2 dernières années.

L'examen clinique permettait ensuite de recueillir la taille et le poids (avec calcul de l'indice de masse corporelle), la tension artérielle, l'examen dentaire et l'examen cutané.

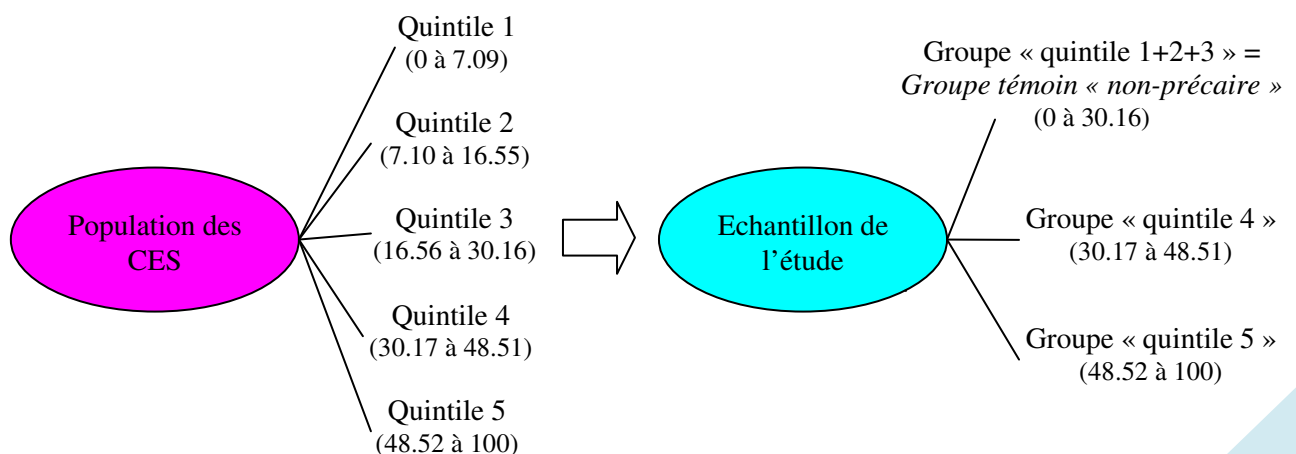
Les deux derniers items portaient sur l'accord vis-à-vis de la proposition de dépistage de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles ainsi que sur l'auto-évaluation de la santé.

Nous avons choisi le score EPICES comme mesure de la précarité dans notre étude car c'est un index fiable et reproductible évaluant sous un angle moins réducteur la précarité. De plus, c'est un outil rapide et facilement réalisable en pratique courante.

3-4 Critères de jugement

Les critères de jugement de cette étude ont été regroupés au sein d'indicateurs :

- Le **score EPICES** : Dans les études ayant servi à la construction puis à l'évaluation du score EPICES^{8,30}, les patients étaient divisés en 5 groupes égaux : les quintiles 1 à 5 (précarité croissante). Dans la présente étude, les mêmes bornes de ces quintiles ont été reprises pour diviser les sujets de l'échantillon en 5 groupes de précarité croissante. Cependant, les effectifs étaient insuffisants dans les 3 premiers groupes. Ils ont donc été regroupés. Le groupe témoin des «non-précaires» comprenait les sujets ayant un score de 0 à 30.16 «quintile 1+2+3», puis le niveau de précarité augmentait en fonction du score pour les 2 derniers groupes : «quintile 4» de 30.17 à 48.51 puis «quintile 5» de 48.52 à 100 (précarité maximale). Cette classification sera nommée « quintiles modifiés du score EPICES » par la suite. Ceci est schématisé ci-dessous.



- Indicateurs de santé :
 - **l'indice de masse corporelle (IMC)** : les patients ont été considérés comme maigres si l'IMC était inférieur à 18.5 kg/m², de poids normal entre 18.5 et 25 kg/m², en surpoids entre 25 et 30 kg/m² et obèses pour un IMC supérieur à 30 kg/m².
 - **l'hypertension artérielle** : les patients étaient considérés hypertendus si leur tension artérielle systolique était supérieure ou égale à 140mmHg, si leur tension artérielle diastolique était supérieure ou égale à 90mmHg, ou s'ils prenaient un traitement anti-hypertenseur.
 - **l'examen dentaire** : il était jugé mauvais si le médecin généraliste retrouvait au moins une carie dentaire non traitée lors de l'examen buccal.
 - **L'examen cutané** : les patients étaient tout d'abord divisés en 6 catégories (examen satisfaisant, mycose, eczéma, furonculose, acné, autre) pour l'étude de la corrélation avec le score EPICES puis en 2 catégories en fonction qu'ils avaient ou non un examen cutané satisfaisant pour l'estimation du risque relatif.
 - **l'autoévaluation de la santé** : la perception de la santé était jugée positive pour un score supérieur ou égal à 7 sur 10.

- Indicateurs socio-économiques :
 - le **niveau d'études** : les sujets ont été divisés en 6 classes (illettré, sans diplôme, CAP/BEP/Brevet des collèges, Baccalauréat, DEUG/DUT, Licence ou plus) pour l'étude de la corrélation avec le score EPICES puis en 2 classes en fonction qu'ils étaient titulaires du baccalauréat ou non pour l'estimation du risque relatif.
 - la **catégorie socio-professionnelle** : les sujets ont été divisés en 7 classes (sans emploi, ouvrier, employé, commerçant, profession intermédiaire, cadre, autre) pour l'étude de la corrélation avec le score EPICES puis en 2 classes (sans emploi/ ouvrier vs toutes les autres catégories) pour l'estimation du risque relatif.

- Indicateurs de mode de vie :
 - le **tabagisme** : les patients ont été divisés en 2 catégories, d'un côté les patients non fumeurs (absence de tabagisme ou tabagisme sevré) et de l'autre les patients fumeurs (tabagisme actif ou en cours d'arrêt).
 - les **addictions** (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne) : dans un 1^{er} temps, pour l'étude de la corrélation avec le score EPICES les patients étaient divisés, pour chaque substance, en 4 catégories, soit l'absence de consommation, la consommation occasionnelle, la consommation régulière et la consommation sevrée. Une catégorie « substitution en cours » a été ajoutée pour les opiacés. Puis ils ont été classés de façon binaire pour l'estimation du risque relatif comme suit :

- pour l'alcool : absence de consommation/consommation occasionnelle/consommation sevrée vs consommation régulière.
 - pour le cannabis et la cocaïne : absence de consommation/consommation sevrée vs consommation occasionnelle ou régulière.
 - pour l'héroïne : absence de consommation/consommation sevrée vs consommation occasionnelle/consommation régulière/substitution en cours
 - La **consommation de psychotropes** : les patients ont été divisés en 2 catégories en fonction qu'ils avaient ou non des médicaments psychotropes dans leur traitement habituel.
- Indicateurs d'accès aux soins :
- le **suivi médical et dentaire** : les patients ont été considérés comme ayant un suivi médical (ou dentaire) quand ils avaient consulté le médecin généraliste (ou le dentiste) au moins une fois durant les 2 dernières années (y compris au sein de l'UCSA pour ceux qui ont été incarcérés durant cette période).
- Indicateurs d'accord pour les dépistages :
- le **dépistage de la tuberculose** par radiographie pulmonaire et **des infections sexuellement transmissibles** (IST) par bilan sanguin : les patients étaient divisés en 3 catégories (accord, refus ou examen réalisé il y a moins d'un an) pour l'étude de la corrélation avec le score EPICES puis en 2 catégories (accord ou refus) pour l'estimation du risque relatif.

3-5 Modalités de traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 17.0.

Les corrélations entre le score EPICES et les différents indicateurs de santé, socio-économiques, de mode de vie, d'accès aux soins et d'accord pour les dépistages ont été étudiées avec le test Tau de Kendall permettant d'obtenir un coefficient de corrélation (r). Les associations ont été considérées comme statistiquement significatives si la p-value était strictement inférieure à 0,05.

Le groupe « quintile 1+2+3 », groupe de référence non précaire, a ensuite été comparé au groupe « quintile 4 » puis au groupe « quintile 5 » afin d'estimer les risques relatifs de survenue de chaque indicateur par le calcul des Odds Ratios (OR). Les résultats sont exprimés sous la forme d'OR bruts puis ajustés à l'âge, et de leurs intervalles de confiance à 95%.

4- RESULTATS

4-1 Caractéristiques de la population d'étude

97 des 145 patients vus en « consultation arrivant » ont été inclus.

4-1.1 Motifs d'exclusion

Le Tableau 1 indique les motifs d'exclusions et leur proportion.

Motif d'exclusion	Effectif	Pourcentage de la population totale d'étude
Incarcération dans l'année précédente	40	27.6 %
Refus	5	3.4 %
Problème de langue	3	2 %

Tableau 1 : Motifs d'exclusion de l'étude

Le principal motif d'exclusion de l'étude était le fait que le patient ait été incarcéré dans l'année précédant l'incarcération actuelle.

4-1.2 Age

La population d'étude comprenait 97 hommes majeurs avec un âge moyen de 30.3 ans +/- 10.6 ans (médiane 27 ans).

4-1.3 Score EPICES

Le score EPICES moyen était de 41 points +/- 19.9 (médiane = 37.28 points). Le groupe «quintiles 1+2+3» comportait 29 sujets (29.9 %), le groupe «quintile 4», 35 sujets (36.1 %) et le groupe «quintile 5», 33 sujets (34 %).

4-1.4 Niveau d'études

La Figure 1 résume les caractéristiques concernant le niveau d'étude des sujets.

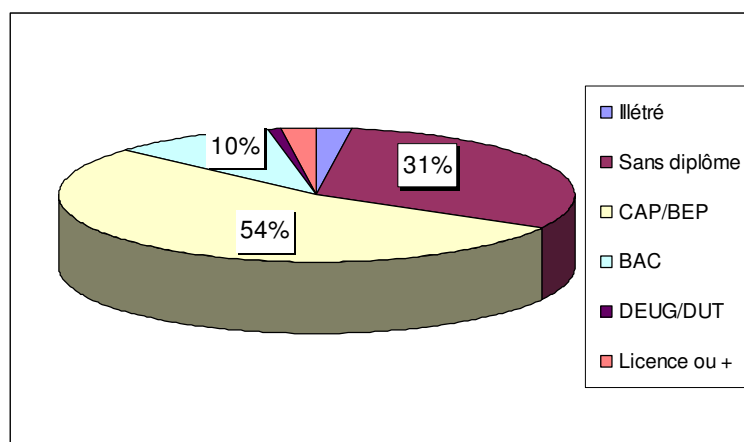


Figure 1 : Distribution de la population selon le niveau d'études

Plus de la moitié des sujets étaient titulaires d'un CAP ou d'un BEP et presque un tiers d'entre eux n'avait pas de diplôme.

4-1.5 Catégorie socio-professionnelle

Les caractéristiques concernant la catégorie socioprofessionnelle des sujets sont décrites dans la Figure 2.

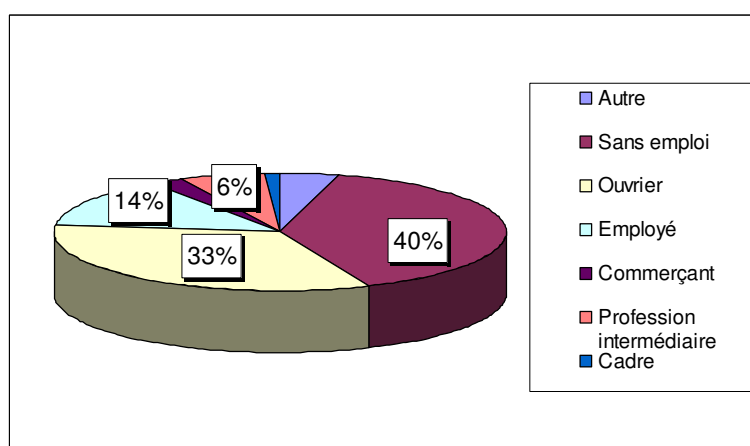


Figure 2 : Distribution de la population selon la catégorie socio-professionnelle

Environ 40% des sujets étaient sans emploi avant d'être incarcérés et un sujet sur trois était ouvrier.

4-2 Prévalence des indicateurs selon les quintiles modifiés du score EPICES

4-2.1 Age

Les données concernant l'âge des sujets en fonction des différents quintiles modifiés du score EPICES sont décrites dans le tableau 2.

	Quintiles modifiés			Total
	1+2+3	4	5	
Age moyen (ans)	26,3	31,7	32,2	30,3
Ecart type (ans)	7,87	13,08	8,98	10,6
Comparaison quintiles 1+2+3 vs 4 (p)	0.054			
Comparaison quintiles 1+2+3 vs 5 (p)	0.008			

Tableau 2 : Age des sujets dans les différents quintiles modifiés du score EPICES

Les sujets du groupe «quintile 5» étaient significativement plus vieux que ceux du groupe «quintiles 1+2+3» ($p = 0,008$). Par contre, l'âge ne différait pas significativement entre les groupes «quintiles 1+2+3» et «quintile 4».

4-2.2 Indicateurs de santé

Le tableau 3 montre la prévalence des indicateurs de santé selon les quintiles modifiés du score EPICES.

		Quintiles modifiés			Total
		1+2+3	4	5	
Indice de masse corporelle	Maigreur (< 18,5)	6,9%	14,3%	6,1%	9,3%
	Surpoids (25 à 30)	24,1%	11,4%	9,1%	14,4%
	Obésité (> 30)	6,9%	11,4%	9,1%	9,3%
HTA		17,2%	25,7%	21,2%	21,6%
Examen dentaire (Au moins 1 carie non traitée)		60,7%	60,0%	63,6%	61,5%
Examen cutané	Non satisfaisant	20,6%	28,6%	36,3%	28,9%
	Dont mycose	6,9%	14,3%	21,2%	14,4%
Perception négative de la santé		21,4%	25,0%	45,2%	30,8%

Tableau 3 : Prévalence des indicateurs de santé selon le score EPICES

On note une augmentation régulière de la perception négative de la santé et d'un examen cutané non satisfaisant du groupe «quintiles 1+2+3» au groupe «quintile 5». Concernant l'obésité et l'hypertension artérielle, la prévalence était supérieure pour les groupes «quintiles 4 et 5» par rapport au groupe témoin. L'examen dentaire était plus mauvais pour les personnes les plus précaires (groupe «quintile 5»). Par contre, la prévalence du surpoids diminuait lorsque le score EPICES augmentait et les sujets du groupe «quintile 5» avaient une prévalence de la maigreur inférieure à ceux du groupe de référence.

4-2.3 Indicateurs socio-économiques

Concernant la prévalence des indicateurs socio-économiques selon les quintiles modifiés du score EPICES, les résultats sont décrits dans le tableau 4.

	Quintiles modifiés			Total
	1+2+3	4	5	
Niveau d'études				
Illétre		2,9%	3,0%	2,1%
Sans diplôme	27,6%	34,3%	30,3%	30,9%
CAP/BEP	62,1%	45,7%	54,5%	53,6%
BAC	3,4%	14,3%	12,1%	10,3%
DEUG/DUT	3,4%			1,0%
Licence ou +	3,4%	2,9%		2,1%
Catégorie socio-professionnelle				
Autre	3,6%	5,7%	3,0%	4,2%
Sans emploi	32,1%	31,4%	54,5%	39,6%
Ouvrier	28,6%	40,0%	30,3%	33,3%
Employé	28,6%	8,6%	6,1%	13,5%
Commerçant		2,9%	3,0%	2,1%
Profession intermédiaire	3,6%	11,4%	3,0%	6,3%
Cadre	3,6%			1,0%

Tableau 4 : Prévalence des indicateurs socio-économiques selon le score EPICES

La prévalence de sujets titulaires du Baccalauréat ou plus était plus importante parmi les sujets des groupes «quintiles 4 et 5» par rapport au groupe «quintiles 1+2+3» mais celle des sujets sans diplôme ou illettrés était également plus importante au sein des groupes «quintiles 4 et 5». Alors que la proportion de sujets employés diminuait avec l'augmentation de la valeur du score EPICES, celle des ouvriers était plus importante dans les groupes «quintiles 4 et 5» et celle des demandeurs d'emplois était supérieure dans le groupe des plus précaires («quintile5») par rapport au groupe de référence.

4-2.4 Indicateurs de mode de vie

Le tableau 5 montre la prévalence des indicateurs de mode de vie selon les quintiles modifiés du score EPICES.

		Quintiles modifiés			Total
		1+2+3	4	5	
Consommation tabagique		65,5%	80,0%	93,9%	80,4%
Consommation de psychotropes		6,9%	17,6%	27,3%	17,7%
Consommation d'alcool	Non	44,8%	28,6%	27,3%	33,0%
	Occasionnel	37,9%	45,7%	27,3%	37,1%
	Régulier	13,8%	20,0%	39,4%	24,7%
	Sevré	3,4%	5,7%	6,1%	5,2%
Consommation de cannabis	Non	62,1%	65,7%	57,6%	61,9%
	Occasionnel	13,8%	11,4%	9,1%	11,3%
	Régulier	20,7%	20,0%	21,2%	20,6%
	Sevré	3,4%	2,9%	12,1%	6,2%
Consommation d'héroïne	Non	100,0%	94,3%	68,8%	87,5%
	Occasionnel			3,1%	1,0%
	Substitution		5,7%	18,8%	8,3%
	Sevré			9,4%	3,1%
Consommation de cocaïne	Non	96,6%	100,0%	81,3%	92,7%
	Occasionnel	3,4%		6,3%	3,1%
	Sevré			12,5%	4,2%

Tableau 5 : Prévalence des indicateurs de mode de vie selon le score EPICES

La prévalence des comportements à risque, comme le tabagisme, la consommation régulière d'alcool, la consommation d'héroïne et de cocaïne, augmentait régulièrement avec le score EPICES. La prise de psychotropes était également plus fréquente au fur et à mesure que ce score augmentait. Par contre, les prévalences de la consommation régulière de cannabis étaient égales dans les différents groupes.

4-2.5 Indicateurs d'accès aux soins

Le tableau 6 montre la prévalence des indicateurs d'accès aux soins selon les quintiles modifiés du score EPICES.

	Quintiles modifiés			Total
	1+2+3	4	5	
Pas de suivi médecin généraliste	17,9%	17,6%	42,4%	26,3%
Pas de suivi dentiste	50,0%	58,8%	78,8%	63,2%

Tableau 6 : Prévalence des indicateurs d'accès aux soins selon le score EPICES

L'absence de suivi médical et dentaire était plus marquée pour les personnes les plus précaires (groupe «quintile 5»).

4-2.6 Indicateurs d'accord pour dépistage

Le tableau 6 montre la prévalence de l'accord pour les différents dépistages selon les quintiles modifiés du score EPICES.

	Quintiles modifiés			Total
	1+2+3	4	5	
Accord pour dépistage BK	79,3%	85,7%	81,8%	82,5%
Accord pour dépistage IST	44,8%	68,6%	78,8%	64,9%

Tableau 7 : Prévalences des indicateurs d'accord pour dépistage selon le score EPICES

Les prévalences étaient voisines dans les différents groupes pour le dépistage de la tuberculose par radiographie pulmonaire alors qu'elles augmentaient régulièrement du groupe «quintile 1+2+3» au groupe «quintile 5» pour le bilan sanguin à la recherche des IST.

4-3 Etude des liens entre la précarité et les indicateurs

4-3.1 Corrélation du score EPICES aux indicateurs

La réalisation du test Tau de Kendall montre les corrélations entre le score EPICES et les différents indicateurs (santé, socio-économiques, mode de vie, accès aux soins et accord pour le dépistage des IST et de la tuberculose). Les résultats avec les niveaux de significativité sont résumés dans le Tableau 8.

	Score EPICES	
	Coefficient de corrélation (r)	Niveau de significativité (p)
Indicateurs de santé		
Indice de masse corporelle	-0.103	0.195
Tension artérielle	0.032	0.738
Examen dentaire (>1 carie non traitée)	0.043	0.651
Examen cutané	-0.125	0.174
Auto-évaluation de la santé	-0.199	0.046
Indicateurs socio-économiques		
Niveau d'études	-0.038	0.681
Catégorie socio-professionnelle	-0.178	0.045
Indicateurs de mode de vie		
Tabagisme	0.269	0.005
Consommation de psychotropes	0.202	0.037
Consommation d'alcool	0.198	0.027
Consommation de cannabis	0.064	0.482
Consommation d'héroïne	0.357	<0.001
Consommation de cocaïne	0.230	0.016
Indicateurs d'accès aux soins		
Suivi par médecin généraliste	-0.220	0.024
Suivi par dentiste	-0.229	0.019
Accord pour dépistages		
Tuberculose	-0.015	0.878
IST	0.233	0.020

Tableau 8 : Corrélation entre le score EPICES et les différents indicateurs

La corrélation était positive, c'est-à-dire que le score EPICES et les variables évoluaient dans le même sens, pour les différents comportements addictifs tels que la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'alcool, le tabagisme et la présence d'un traitement psychotrope à l'entrée en prison. Il en était de même pour l'accord concernant le dépistage des IST par bilan sanguin.

La corrélation était négative, c'est-à-dire que le score EPICES et les variables évoluaient en sens inverse, pour la catégorie socio-professionnelle, la présence d'un suivi médical et dentaire et l'autoévaluation positive de la santé.

Il n'y avait pas de corrélation entre le score EPICES et le niveau d'études, la consommation de cannabis, l'indice de masse corporelle, la tension artérielle, l'examen cutané et dentaire ainsi que l'accord pour dépistage de la tuberculose par radiographie pulmonaire.

4-3.2 Estimation du risque relatif des différents indicateurs en fonction des quintiles modifiés du score EPICES

Les groupes «quintiles 1+2+3 et 5» étant significativement différents pour l'âge, des OR bruts puis ajustés à l'âge ont été calculés. Les résultats sont résumés dans le Tableau 9 et la Figure 3.

Les risques d'hypertension artérielle, d'obésité, de surpoids, de carie dentaire et d'examen cutané non satisfaisant n'étaient pas plus élevés lorsque le score de précarité augmentait. Le risque de mycose semblait être plus important dans les groupes «quintiles 4 et 5» par rapport au groupe de référence. Le risque de maigrreur paraissait être plus important parmi les sujets du groupe «quintile 4» puis diminuer ensuite pour ceux du groupe «quintile 5» dans les deux modèles. Les sujets les plus précaires (groupe «quintile 5») risquaient plus d'avoir une perception négative de la santé.

Concernant les indicateurs socio-économiques, les sujets du groupe le plus précaire semblaient avoir moins de chances d'avoir un niveau d'études ou une catégorie socio-professionnelle élevés.

Les risques de tabagisme et, dans une proportion moindre, de consommation de psychotropes et d'alcool augmentaient régulièrement du groupe «quintile 1+2+3» au groupe «quintile 5». Cependant, la relation pour la consommation d'alcool devenait non-significative pour le groupe «quintile 5» lorsque le modèle était ajusté à l'âge. Les risques de consommation d'héroïne et de cocaïne augmentaient du groupe «quintile 1+2+3» au groupe «quintile 5» mais les OR ajustés à l'âge pour ces catégories n'ont pas pu être réalisés du fait d'effectifs insuffisants.

Concernant l'accès aux soins, la chance d'avoir un suivi médical et dentaire diminuait régulièrement du groupe «quintile 1+2+3» au groupe «quintile 5».

Concernant les dépistages, les sujets semblaient plus enclins à accepter la réalisation du bilan sanguin dans le cadre des IST et ce, de façon régulière du groupe «quintile 1+2+3» au groupe «quintile 5» avec une relation encore plus forte lorsque l'on ajustait les résultats à l'âge. Par ailleurs, les OR ne variaient pas dans les différents groupes pour l'accord pour le dépistage de la tuberculose.

Ces résultats sont cependant à prendre avec prudence car ils avaient un intervalle de confiance englobant 1, ce qui les rend non significatifs hormis pour les OR 1+2+3 vs 5 concernant le tabagisme, le suivi médical et dentaire ainsi que l'accord pour le dépistage des IST.

	OR brut (IC 95%)		OR ajustés à l'âge (IC 95%)	
	1+2+3 vs 4	1+2+3 vs 5	1+2+3 vs 4	1+2+3 vs 5
Indicateurs de santé				
Obésité	1,74 (0,30-10,27)	1,35 (0,21-8,70)	0,80 (0,10-6,14)	1,15 (0,16-8,35)
Surpoids	0,41 (0,11-1,56)	0,87 (0,12-6,61)	0,39 (0,10-1,55)	0,23 (0,05-1,09)
Maigreur	2,25 (0,40-12,57)	0,31 (0,07-1,35)	3,23 (0,55-18,91)	1,07 (0,12-9,35)
HTA	1,66 (0,49-5,66)	1,29 (0,36-4,62)	1,30 (0,36-4,72)	0,83 (0,20-3,37)
Présence de carie(s)	0,79 (0,28-2,28)	0,93 (0,32-2,72)	1,02 (0,34-3,12)	0,89 (0,28-2,82)
Examen cutané non satisfaisant	1,53 (0,48-4,89)	2,19 (0,70-6,89)	1,32 (0,40-4,40)	1,81 (0,54-6,06)
Mycose	2,25 (0,40-12,57)	3,64 (0,69-19,14)	2,60 (0,45-14,86)	2,79 (0,50-15,73)
Autoévaluation santé	0,82 (0,25-2,73)	0,33 (0,11-1,04)	1,15 (0,31-4,24)	0,39 (0,12-1,28)
Indicateurs socio-économique				
Niveau d'études	1,79 (0,41-7,91)	1,20 (0,24-5,85)	1,24 (0,26-6,00)	0,82 (0,15-4,52)
CSP	2,08 (0,49-8,94)	0,83 (0,15-4,50)	1,17 (0,23-5,96)	0,43 (0,06-2,92)
Indicateurs de mode de vie				
Tabagisme	2,11 (0,68-6,50)	8,16 (1,61-41,31)	2,99 (0,86-10,47)	7,21 (1,38-37,70)
Ttt psychotropes	2,89 (0,54-15,61)	5,06 (0,99-25,78)	1,71 (0,27-10,97)	2,99 (0,53-16,89)
Consommation alcool	1,66 (0,49-5,66)	4,00 (1,23-13,05)	0,96 (0,24-3,92)	2,27 (0,59-8,74)
Consommation cannabis	0,85 (0,31-2,38)	1,21 (0,44-3,34)	1,24 (0,41-3,72)	1,48 (0,49-4,43)
Consommation héroïne	1,06 (0,98-1,15)	1,44 (1,15-1,80)	Impossible	impossible
Consommation cocaïne	0,97 (0,90-1,03)	6,22 (0,70-55,16)	Impossible	impossible
Indicateurs d'accès aux soins				
Suivi médecin généraliste	1,01 (0,27-3,76)	0,30 (0,09-0,97)	0,89 (0,23-3,42)	0,19 (0,05-0,72)
Suivi dentiste	0,70 (0,26-1,92)	0,27 (0,09-0,82)	0,64 (0,23-1,83)	0,27 (0,08-0,88)
Accord pour dépistage				
Tuberculose	1,74 (0,35-8,55)	0,94 (0,23-3,92)	1,46 (0,29-7,33)	1,00 (0,22-4,52)
IST	2,12 (0,72-6,25)	4,00 (1,22-13,08)	2,57 (0,82-8,11)	6,60 (1,60-27,24)

Tableau 9 : Estimation du risque relatif par l'odd-ratio brut puis ajusté à l'âge des différents indicateurs en fonction des quintiles modifiés du score EPICES

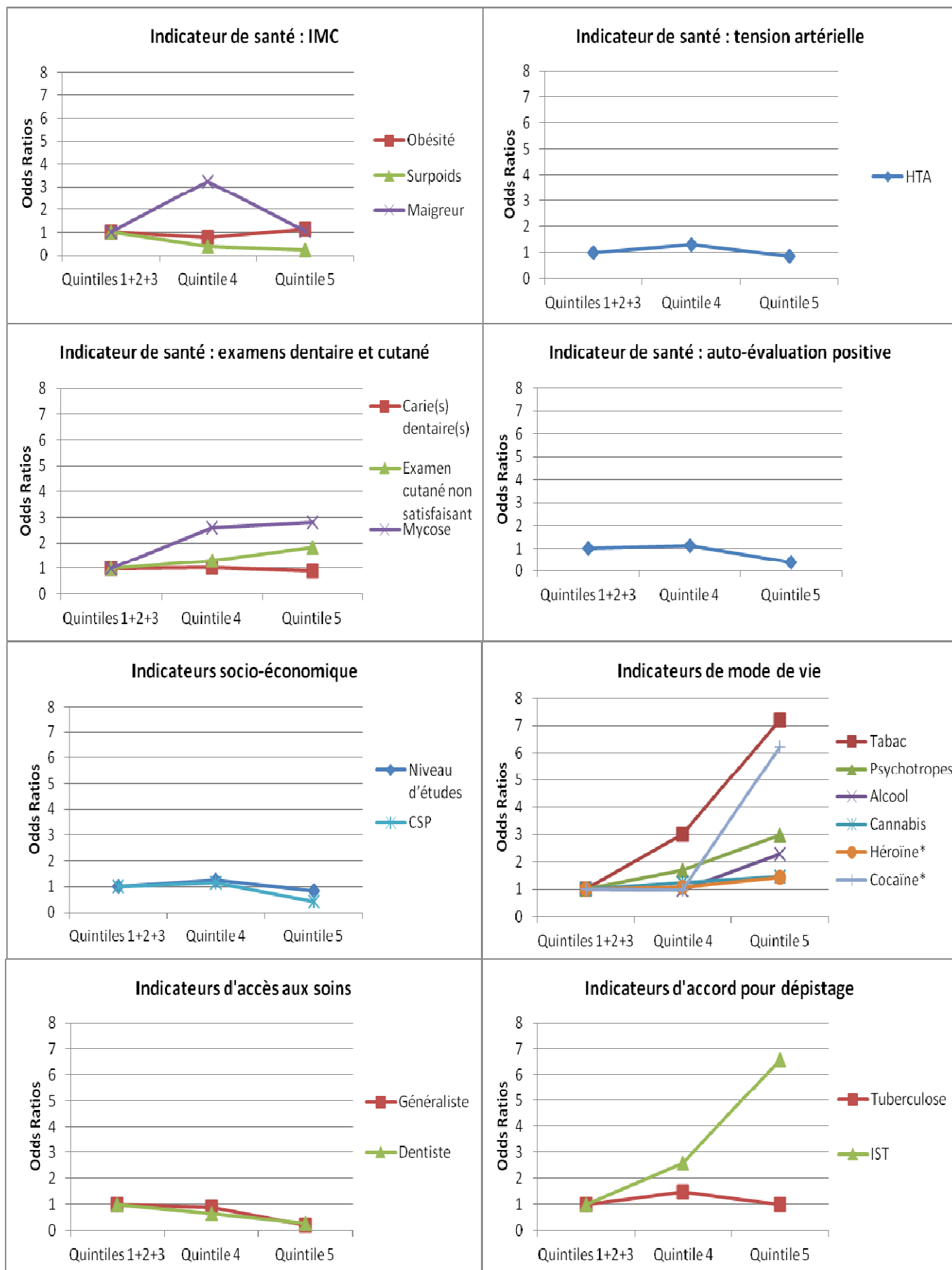


Figure 3 : Odds-ratios* des indicateurs par quintiles modifiés du score EPICES

*Odds ratios et Intervalle de confiance à 95% ajustés à l'âge sauf pour la consommation d'héroïne et de cocaïne

5- DISCUSSION

Les résultats obtenus vont tout d'abord être comparés aux données de la littérature. Nous tenterons ensuite d'expliquer les mécanismes régissant ces inégalités sociales de santé en faisant le rapprochement avec la population carcérale. Les limites de l'étude seront alors détaillées avant d'en dégager les perspectives.

5-1 Précarité et différents indicateurs

5-1.1 Précarité au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces

La population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces est plus précaire, selon le score EPICES, que la population générale et que celle des CES. En effet, Le score EPICES moyen est de 25 points dans ces deux populations³⁸ alors qu'il était de 41 points dans notre étude.

5-1.2 Précarité et indicateurs de santé

5-1.2.1 Indice de masse corporelle

Les sujets de notre échantillon étaient en moyenne plus maigres et moins en surpoids que la population générale masculine³⁸. Ils étaient également moins obèses³⁸. Sur ce dernier point, la littérature internationale est contrastée, des résultats identiques ayant été retrouvés aux Etats-Unis³⁹ mais pas en Italie⁴⁰.

L'indice de masse corporelle n'était pas corrélé au score EPICES dans notre étude. Ceci n'est pas en accord avec les données concernant les hommes consultant dans les CES et la population générale masculine. En effet, les risques de maigreur dans les CES et d'obésité dans les deux études augmentent régulièrement avec le score EPICES^{8,38}. Le surpoids est également plus fréquent dans la population générale masculine lorsque le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenus baissent³⁸.

L'expérience des consultations en milieu carcéral montre que de nombreux détenus prêtent une attention particulière à leur poids. Ils semblent très préoccupés par leur apparence physique en général. De plus, la consommation de cocaïne et d'héroïne au long cours, très répandue dans la population carcérale, entraîne souvent une perte de poids (par anorexie ou hypercatabolisme).

Ces éléments peuvent donc contrebalancer, au sein de la population carcérale, la tendance au surpoids et à l'obésité associée à la précarité.

5-1.2.2 Tension artérielle

La prévalence d'HTA est inférieure à celle de la population consultant dans les CES⁸ mais légèrement supérieure à celle de la population générale âgée de 18 à 64 ans³⁸.

La première différence peut s'expliquer par le fait que les sujets de notre échantillon sont plus jeunes que ceux de l'étude au sein des CES (30.3 ans +/- 10.6 ans vs 45.5 ans +/- 14.3 ans)³¹. Or, l'HTA est plus fréquente avec l'âge⁴¹, il n'est donc pas surprenant que sa prévalence soit inférieure dans notre étude.

Pour ce qui est de la différence avec la population générale âgée de 18 à 64 ans, cette donnée est concordante avec la littérature internationale, certains auteurs allant même jusqu'à penser que l'incarcération pourrait être un facteur de risque indépendant pour le développement d'une HTA^{42,43}.

Les chiffres de la tension artérielle n'étaient pas corrélés au score EPICES et nous n'avons pas noté de variation significative du risque d'HTA en fonction de ce score. Cependant, la relation proportionnelle entre l'HTA et le score EPICES au sein de la population consultant dans les CES était parmi les plus faibles de tous les indicateurs testés.⁸ L'explication réside peut-être dans le manque de puissance de notre étude due à un échantillon insuffisant.

5-1.2.3 Examen dentaire et cutané

La fréquence d'un examen dentaire et/ou cutané non satisfaisant est supérieure dans notre étude par rapport à la population générale masculine de l'Enquête Santé Protection Sociale 2008 (ESPS 2008) même si cette comparaison doit être nuancée par la nature déclarative des données de cette enquête, et donc la possibilité de sous-estimation³⁸. Ces résultats peuvent en partie s'expliquer par un mauvais suivi médical et dentaire ainsi qu'une consommation répandue d'opiacés parmi les sujets de l'échantillon (hyposialorrhée entraînant des caries dentaires, toxicomanie intraveineuse entraînant des abcès cutanés).

Ces indicateurs de santé n'étaient pas corrélés au score EPICES.

Le risque de présenter au moins une carie dentaire non traitée ne variait pas avec le score EPICES. Ceci est discordant avec les résultats des CES et de la population générale qui retrouvent une augmentation de ce problème avec le score EPICES pour les premiers⁸ et certains indicateurs socio-économiques de précarité comme le niveau d'études, la catégorie socio-professionnelle ou le niveau de revenus pour les seconds³⁸.

La consommation d'opiacés peut détériorer l'état dentaire. Or, comme nous le verrons dans l'analyse de cette addiction, elle peut toucher des personnes de tous milieux sociaux. Ceci peut expliquer, en plus de notre faible échantillon, l'absence de

corrélation entre l'examen dentaire et le score de précarité au sein de cette population carcérale.

Le risque de présenter un examen cutané non satisfaisant, et à fortiori une mycose, semblait quant à lui augmenter régulièrement avec le score EPICES, sans cependant que les relations soient significatives. Ceci va dans le sens d'une enquête de l'IRDES qui montre que le motif " dermatologie " est plus de quatre fois plus fréquemment en cause dans les recours aux soins en centres de soins gratuits qu'en médecine générale libérale⁴⁴. Selon Rémy, la surreprésentation des maladies cutanées au sein des populations précaires est multifactorielle : promiscuité, manque d'argent, hygiène au sens large, impact des facteurs climatiques, traumatismes, plus grande prévalence de l'alcoolisme massif et des carences nutritionnelles⁴⁵.

5-1.2.4 Auto-évaluation de la santé

Les sujets de notre échantillon ont deux fois plus souvent une perception négative de la santé que la population générale masculine³⁸.

L'auto-évaluation de la santé était corrélée au score EPICES et la chance d'avoir une perception positive de la santé décroissait lorsque le score EPICES augmentait. Les mêmes résultats sont retrouvés dans la population générale masculine et chez les hommes consultant dans les CES^{38,8}.

5-1.3 Précarité et indicateurs socio-économiques

Les sujets de notre échantillon ont un niveau d'études et une catégorie socio-professionnelle plus bas que ceux de la population générale masculine; 13,4% d'entre eux sont au moins titulaires du Baccalauréat (contre 46,7%) et 7,3% sont cadres ou exercent une profession intermédiaire (contre 39,5%)³⁸. Ceci va dans le sens des enquêtes qui ont étudié les relations entre précarité économique et comportements délictueux^{46,47}.

Il existait une corrélation inverse entre le score EPICES et les catégories socio-professionnelles mais pas avec le niveau d'études. La chance d'avoir une catégorie socio-professionnelle élevée semblait diminuer surtout pour le «quintile 5» du score EPICES mais les résultats n'étaient pas significatifs. Ceci n'est que partiellement en accord avec deux études évaluant ces indicateurs en fonction du score EPICES. Elles retrouvaient une augmentation nette de la proportion des personnes faiblement ou non diplômées, des emplois précaires et de la perception d'aides sociales avec le niveau de précarité mesuré par le score EPICES et très rapidement pour les deux derniers quintiles^{8,38}.

Cette différence peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. De plus, les résultats concernant la catégorie socio-professionnelle ne sont pas strictement comparables à ceux utilisés dans ces études car la catégorie «sans emploi» a été ajoutée dans notre étude. Quant au niveau d'études, ceci peut s'expliquer par le fait qu'il soit bas de façon générale au sein de notre population.

5-1.4 Précarité et mode de vie

Les comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool de façon régulière et la consommation de drogues illicites sont beaucoup plus fréquents que dans la population générale, il en est de même pour la présence d'un traitement psychotrope³⁸.

Concernant la consommation d'alcool et de drogues illicites, ces résultats ne sont pas surprenants du fait de la fréquence des incarcérations motivées par des infractions liées à l'alcool (et notamment la conduite en état d'ivresse) et des infractions à la législation sur les stupéfiants. En effet, ces dernières représentaient respectivement presque 20% et 8% des condamnations en France en 2010⁴⁸.

Ces données sont en accord avec celles de la population carcérale nationale sauf pour la consommation de cannabis (21.9% vs 29.8%), d'héroïne (9,3% vs 6,5%) et de cocaïne (3,1% vs 7,7%). Cependant, pour cette dernière, le libellé de la question n'était pas identique dans les 2 études, l'étude nationale détaillant cette consommation « cocaïne ou crack ». Les résultats ne sont donc pas complètement comparables⁴⁹.

5-1.4.1 Tabagisme

La proportion de fumeurs et le risque de tabagisme augmentaient régulièrement avec le score EPICES comme dans la population générale et les hommes consultant dans les CES^{8,38}.

5-1.4.2 Traitement psychotrope

Plus les sujets étaient précaires, plus la présence d'un traitement psychotrope à l'entrée en prison était fréquente. Ceci est également retrouvé au sein de la population consultant dans les CES^{8,50}. De façon concordante, il a été montré, dans la population générale, que les bénéficiaires de la CMU consommaient plus de médicaments psychotropes⁵¹.

5-1.4.3 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool de manière régulière augmentait proportionnellement avec le score EPICES, même si cette relation s'atténuait et devenait non significative

quand les risques relatifs étaient ajustés à l'âge. Ceci est en accord avec une étude réalisée en 2004 au sein de la maison d'arrêt de Lyon qui a montré que la population alcool-dépendante était plus âgée et plus précaire selon certaines caractéristiques socio-démographiques (faible niveau d'études, situation familiale instable, isolement, perception d'aides sociales)⁵².

Par rapport à la population consultant dans les CES, on note que les marqueurs relatifs à une consommation régulière d'alcool (VGM et GGT élevés) évoluent également dans le même sens que le score EPICES³².

Par contre, dans la population générale de l'étude ESPS 2008, la consommation d'alcool n'évolue pas grandement en fonction du niveau d'études, de la catégorie socio-professionnelle et du niveau de revenus³⁸.

Cela montre que d'autres aspects de la précarité peuvent entrer en jeu dans la consommation d'alcool, d'où l'intérêt d'une mesure multidimensionnelle.

5-1.4.4 Consommation de cannabis

La consommation de cannabis n'apparaissait pas corrélée au score EPICES et le risque d'être consommateur n'augmentait pas avec ce score. Ceci est discordant avec les données nationales qui montrent que plusieurs indicateurs de précarité sont associés à une consommation plus importante de cannabis comme le chômage et le faible niveau d'études. Les comparaisons entre la consommation de cannabis et la catégorie socio-professionnelle sont cependant plus nuancées : les cadres sont plus souvent expérimentateurs mais moins souvent usagers réguliers que les ouvriers⁵³. L'explication de la non significativité de nos résultats peut donc résider dans le fait que nous n'avons pas distingué les différents niveaux de consommation du cannabis dans la durée (notion d'expérimentateur) ainsi que la banalisation de cette consommation au sein de notre échantillon.

5-1.4.5 Consommation d'héroïne

La consommation d'héroïne était corrélée au score EPICES et le risque de consommation (non ajusté à l'âge) augmentait proportionnellement à ce score tout en restant dans proportions modérées. Ceci est partiellement en accord avec les données nationales car même si l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies note qu'une part importante des usagers est en situation de précarité, un groupe émergent, caractérisé par un usage « récréatif » de l'héroïne, est « relativement » à « très » inséré sur le plan social⁵⁴.

5-1.4.6 Consommation de cocaïne

La consommation de cocaïne était corrélée au score EPICES et le risque de consommation augmentait très rapidement avec ce score dans le modèle non-ajusté à l'âge sans être significatif.

Ceci est partiellement en accord avec les données nationales. En effet, si les personnes au chômage s'avèrent les plus consommatrices, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins marquées entre les différentes catégories socio-professionnelles⁵³. Une ébauche d'explication peut résider dans la hausse de la diffusion de cette substance et donc la diminution des prix, traduisant la démocratisation d'un produit autrefois circonscrit à des catégories aisées et qui touche, depuis quelques années, des sphères de plus en plus larges de la société^{54,55}.

De plus, les consommateurs de cocaïne et les sujets les plus précaires de notre échantillon sont significativement plus âgés, l'âge peut donc être un facteur de confusion dans ces résultats comparant la consommation de cocaïne et le niveau de précarité. Il n'a cependant pas été possible de réaliser des mesures de risques relatifs ajustés à l'âge probablement à cause d'une taille insuffisante de l'échantillon.

5-1.5 Précarité et indicateurs d'accès aux soins

Les sujets de notre étude avaient un moins bon suivi en médecine générale que la population générale masculine et la relation était encore plus flagrante au niveau du suivi dentaire³⁸.

Le suivi médical et dentaire était inversement corrélé au score EPICES et les sujets avaient de moins en moins de chance d'être suivi quand ce score augmentait. Les mêmes tendances sont retrouvées au sein des consultants dans les CES et de la population générale masculine avec une relation plus forte pour le suivi dentaire^{8,38}.

5-1.6 Précarité et accord pour les dépistages

Les sujets de notre étude étaient plus enclins à participer au dépistage de la tuberculose qu'à celui des IST et ce, quelque soit le niveau de précarité. Ceci est peut être dû au caractère non invasif de l'examen. La radiographie pulmonaire peut aussi être considérée comme l'opportunité de réaliser un bilan de santé au sein de cette population grandement concernée par le tabagisme. A noter, jusqu'à novembre 2010, la réalisation de cette radiographie était obligatoire. Cela est peut-être resté dans la mémoire des récidivistes.

Concernant le dépistage des IST, l'augmentation de l'accord pour le dépistage avec le score EPICES peut être le reflet d'un besoin non satisfait à l'extérieur par les populations plus précaires (plus de comportements à risque mais moins de connaissance de possibilités de dépistage).

Ces dépistages, dans le contexte carcéral, peuvent être considérés comme l'opportunité de mettre à profit le temps de l'incarcération pour faire le point et repartir sur de bonnes bases.

L'étude a donc montré plus de comportements à risques, une perception plus négative de la santé, moins de recours aux soins et plus d'accords pour le dépistage des IST lorsque le niveau de précarité s'intensifiait au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces.

Les différences notées avec la littérature concernant la population générale ou celle consultant dans les CES sont souvent expliquées par les caractéristiques inhérentes à la population (jeune âge, consommation importante de toxiques) ou à la méthodologie de l'étude (catégories socio-professionnelle, niveaux de consommation du cannabis, faible échantillon).

5-2 Mécanismes explicatifs des inégalités sociales de santé

Devant ces résultats et la constatation d'une augmentation des inégalités sociales de santé dans les observations épidémiologiques, la recherche de mécanismes expliquant ces différences semble nécessaire.

En effet, selon le HCSP, « il est pourtant souvent illusoire de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle »⁶.

5-2.1 Moins bon accès aux soins et à la prévention

D'un point de vue général, l'accès aux soins peut être limité par des barrières d'ordre géographique (peu d'offre de soins à proximité du lieu d'habitation), financier (cf ci-après) ou encore fonctionnel (structures de soins non adaptées).

La disponibilité et l'accès médiocres aux structures de santé peuvent influencer les comportements vis-à-vis de la santé et de l'accès aux soins. Pourtant, l'accès et le recours aux soins ou à la prévention sont cruciaux pour un bon état de santé par le biais d'un dépistage précoce de certaines pathologies. L'accès à la santé pour tous fait d'ailleurs partie des recommandations de l'OMS afin de promouvoir l'équité en santé⁵⁶.

Des études ont montré que vivre dans un lieu de résidence défavorisé avait un effet nocif sur les connaissances en termes de santé et sur la capacité à changer ses comportements à risques, indépendamment du niveau socioéconomique individuel^{57,58}. Le manque de cohésion sociale et d'accès à l'information ainsi que

l'insuffisance d'accès et de disponibilité des soins dans le quartier de résidence étaient cités parmi les explications apportées à l'effet nocif.

Le lieu de résidence des sujets précaires de notre étude pourrait donc en partie expliquer leur moins bon suivi médical et dentaire du fait d'un moins bon accès aux soins.

5-2.2 Barrières financières

Les barrières financières peuvent se comprendre en termes de difficultés d'accès aux soins pour raisons financières. En effet, en 2008, 15,4% de la population adulte a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Sans surprise, elles se concentrent sur les soins dentaires et l'optique mais les consultations en médecine générale sont également touchées. Ces chiffres sont en augmentation constante depuis 2002⁵⁹.

Ces barrières sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins. La création de la CMU-C a facilité l'accès aux soins des plus démunis mais encore 6,1% des français n'ont pas de couverture complémentaire. La cause est d'origine financière pour 42,6% d'entre eux malgré le dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire proposé par la CPAM³⁸. Cette absence de protection sociale est un élément encore plus discriminant au sein de la population carcérale car, en 2003, plus de 13% des entrants n'étaient pas couverts⁴⁹.

L'accès aux soins est également limité par les dépassements dans le secteur à honoraires libres. En théorie, ils ne devraient pas s'appliquer aux patients bénéficiaires de la CMU-C mais la réalité est toute autre selon le rapport d'avril 2007 de l'IGAS⁶⁰. A cela s'ajoute le tiers-payant non systématique et les forfaits et franchises restants à la charge des assurés⁶¹.

D'autres facteurs, notamment liés à l'histoire de vie, interviennent dans le processus de renoncement aux soins pour raisons financières. Ils font référence à la situation sociale passée, présente (priorisation des choix devant des troubles jugés mineurs ou passagers) mais aussi aux perspectives d'avenir (comportement de précaution, d'anticipation de lendemains difficiles)⁵⁹. D'ailleurs, le coût est vécu comme une barrière d'accès aux soins pour les personnes ayant déjà été incarcérées, même après ajustement pour les facteurs économiques (revenu, emploi, assurance maladie)⁶².

Enfin, les barrières financières aux soins contribuent à la construction de renoncements relevant du refus ou tout du moins de résistances afin de préserver

son identité et son estime de soi ou d'obtenir une certaine reconnaissance sociale⁶³. Ce type de refus « culturel » ou « social » peut être présent chez le détenu pour qui ne pas aller chez le dentiste, par exemple, constitue une transgression d'une règle d'hygiène (similitude criminologique).

Elles peuvent donc expliquer quelques résultats de notre étude concernant le plus mauvais suivi médical et dentaire pour les sujets les plus précaires et une augmentation de l'accord pour certains dépistages quand ils sont proposés gratuitement.

5-2.3 Perception de la santé

La santé perçue est considérée comme une bonne mesure de l'état de santé car elle est corrélée à des indicateurs de morbidité, de consommation de soins et de mortalité objectivables⁶⁴. Cependant, la perception de la santé semble être le résultat d'un processus complexe de rassemblement et de synthèse de plusieurs informations détenues par l'individu.

Une partie des écarts de santé perçue entre groupes sociaux trouve son origine dans des différences de conditions de travail (travail physiquement pénible, de nuit, exposition à des produits toxiques). Or nous avons vu qu'au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces le score EPICES était inversement corrélé à la catégorie socio-professionnelle. La plus mauvaise perception de la santé pourrait donc être liée aux conditions de travail parmi les sujets de l'étude.

Par ailleurs, cette mesure étant subjective, elle prend en compte la norme de bonne santé qu'a l'individu ainsi que ses attentes en termes de santé. Elles sont liées à ses connaissances ainsi qu'à son environnement économique, social et culturel^{65,66}. Ainsi, selon Emmanuelle Cambois, «en plus d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité exposent aussi à de plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes»⁶⁷.

Elle intègre également la morbidité connue par l'individu représentée par les maladies et limitations fonctionnelles ressenties mais aussi les problèmes de santé diagnostiqués et/ou traités.

Deux éléments sont primordiaux dans cette appréciation. Premièrement, le rapport au corps joue un rôle clé. Dans le cas des personnes précaires, il est particulier car il résulte des conditions de vie ou de survie dans lesquelles ces individus évoluent, de références culturelles qui sont les leurs et de l'utilisation qu'ils font de ce corps⁶⁸. Dans l'exemple de la population carcérale, nous avons noté plus haut que les

détenus attachent une grande importance à leur apparence physique. Ainsi, bon nombre d'entre eux pourront percevoir leur santé de manière très dégradée s'ils sont affectés d'une pathologie « voyante » comme une affection dermatologique même si objectivement elle ne présente pas de danger pour la santé.

Deuxièmement, les interactions de l'individu avec les professionnels de santé sont importantes car d'elles dépendent la transmission du « savoir » pour que le patient puisse avoir une « connaissance éclairée » de sa santé⁴⁴. Nous verrons ci-dessous que ces relations sont différentes d'une part en situation de précarité et d'autre part au sein du système carcéral.

5-2.4 Perception de la part du patient et du médecin

La perception du médecin par le patient peut être plus péjorative dans des conditions de vie précaires.

En effet, une étude a montré que le manque d'informations, d'explications et de contacts humains des médecins était très fréquemment reproché par les patients consultant dans les centres gratuits⁴⁴.

De plus, les logiques de défiance sont plus ancrées parmi les personnes précaires⁶⁹. Comparativement à la population générale – et à structure d'âge et de sexe rendus comparables – elles expriment moins facilement une totale reconnaissance alors qu'elles n'hésitent pas à exprimer un profond mécontentement⁷⁰. Cette défiance est souvent expliquée par le sentiment d'avoir été mal soigné ou de ne pas avoir été pris au sérieux⁴⁴.

De façon analogique, en milieu carcéral, les patients sont rarement satisfaits de leur système de soins comme le montre une étude norvégienne retrouvant un taux de satisfaction parmi les détenus de 41% alors que la quasi-totalité des services de soins avait rapporté des conditions adéquates pour l'offre de soins⁷¹. Cela se réfère au système de soins carcéral qui n'est pas en tous points comparable à celui au sein de la communauté mais, donne cependant une indication sur l'état d'esprit des personnes détenues face au système de soins en général.

De manière inverse, des études rapportent que la perception du patient par le médecin est influencée par le statut social du patient et qu'une appartenance à un faible statut socioéconomique est associée à une moins bonne perception.

Le patient précaire est souvent considéré comme insuffisamment apte à comprendre sa maladie et à s'impliquer pour améliorer son état de santé. Il est perçu comme moins adhérent aux soins, moins rationnel et plus impulsif^{72,73}.

La communication médecin-patient peut ainsi être altérée. Willems et al. ont montré que les patients de plus basse catégorie sociale recevaient moins de paroles émotionnellement positives de la part du médecin, mais un discours plus directif leur donnant moins d'information, moins de pouvoir et d'implication dans les décisions thérapeutiques⁷⁴. Ceci était en partie influencé par la façon de communiquer des personnes de bas niveau socio-économique, posant moins de questions, exprimant moins leurs émotions. La classe sociale semblait jouer un rôle indépendant surajouté. Les auteurs parlaient d'un cercle vicieux : le médecin a une mauvaise perception des désirs de son patient et de sa capacité à participer au processus de soin. Le patient a du mal à exprimer son intérêt. Le médecin communique alors avec lui d'une façon qui ne l'encourage pas à prendre une part active à la discussion. Et ainsi l'image primaire que le médecin a de son patient est renforcée. De plus, Wissow a montré que le temps de consultation imparti aux informations données et à l'éducation thérapeutique était raccourci avec ces patients⁷⁵.

L'anthropologue S. Fainzang constate, quant à elle, que les médecins ont plus facilement tendance à garder pour eux certaines informations médicales voire à mentir aux patients supposés faire partie d'une classe défavorisée par rapport aux patients qu'ils considèrent comme aisés⁷⁶.

Ces différences de perception et difficultés de communication peuvent en partie expliquer nombreux comportements à risque pour la santé et un moindre recours aux soins.

5-2.5 Perspective temporelle

Le rapport au temps est différent pour le patient précaire. En effet, selon Fieulaine, la précarité se définit en partie par une « difficulté à anticiper l'avenir »⁷⁷. Cela a comme corollaire la difficulté à percevoir la notion de prévention.

L'exemple du tabagisme est évocateur. Les sujets précaires, n'étant pas forcément conscients des conséquences à long terme (carcinologiques, bronchite chronique...), peuvent être moins enclins au sevrage tabagique. Ceci peut s'appliquer à la plupart des comportements à risque.

Concernant le recours aux soins, l'inscription dans des parcours de soins dépend de la capacité des personnes à réagir en cas de difficultés (non nécessairement liées à la santé) et à se projeter dans l'avenir. Plus précisément, la « confiance en soi, en l'autre et en l'avenir » dans des situations d'adversité ressort généralement comme une variable pouvant peser sur la prévalence du non-recours aux soins et à la prévention⁷⁸.

De manière comparable, le sujet ayant un comportement délictueux vit généralement au jour le jour et ne fait pas de projet à long terme notamment du fait de la menace d'incarcération qui pèse sur lui. Il est donc moins susceptible d'adopter des comportements préventifs ou de stopper des comportements à risque.

5-2.6 Santé mentale, anxiété

Renvoyant à la fois à la dépendance et à l'éphémère, la précarité confère un fort potentiel anxiogène.

D'ailleurs, une étude réalisée au sein de 12 CES a montré que la prévalence de personnes anxieuses et/ou dépressives ainsi que la consommation de psychotropes étaient plus importantes parmi les plus précaires selon le score EPICES⁵⁰.

De plus, dans une population française suivie pendant deux ans, la précarité était liée à un mauvais état de santé (dont un tabagisme plus important) et à une augmentation du risque de mortalité toutes causes confondues. Le score d'anxiété expliquait en partie la relation entre précarité et mortalité⁷⁹.

Le HCSP explique dans son rapport en 1998 que «la pauvreté et la précarité provoquent des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire même de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique [et qu'elles créent] un sentiment de mal être, voire de véritable souffrance, qui est à l'origine de comportements à risque et de violences»¹². Ces comportements à risque, et notamment les addictions et la surconsommation de psychotropes, peuvent alors se comprendre comme « une forme de compensation à ce mal être ressenti»⁸⁰.

Maisondieu reprend cette idée pour tenter d'expliquer les liens complexes entre précarité économique et addictions par la honte que provoque le sentiment de ne pas avoir sa place dans la société. En effet, il voit la précarité comme « une maltraitance, un meurtre de l'autre en tant qu'entité bio-psycho-sociale [...] en supprimant ses moyens convenables d'existence »⁸¹.

D'après l'expérience des « consultations arrivants », on peut noter que pour de nombreux sujets, l'incarcération n'était pas une surprise, ils s'y attendaient. On peut donc raisonnablement penser que vivre chaque jour avec la menace d'une incarcération est un facteur anxiogène voir dépressogène qui peut conduire à des comportements à risque.

En quelques chiffres, les détenus entrant en prison présentent plus de troubles psychologiques ou psychiatriques. En effet, une étude montre qu'avant leur incarcération, plus du tiers des personnes détenues ont déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique⁸². Dans une autre enquête menée par la DREES, les médecins

psychiatres des SMPR ont repéré au moins un trouble psychiatrique pour plus de la moitié des détenus entrants. Ils distinguaient principalement les troubles anxieux (anxiété exprimée ou observée, phobies, pensées obsédantes) repérés chez 55 % des entrants présentant des troubles, les troubles addictifs (tendances addictives, consommation d'alcool), les troubles psycho-somatiques (incluant les troubles du sommeil et de l'alimentation) et les troubles de conduite (impulsivité, tendance au passage à l'acte, colère, conduite antisociale, excitation psychomotrice). Les soignants des SMPR préconisaient un suivi pour un entrant sur deux, soit la quasi-totalité de ceux pour lesquels ils avaient identifié des troubles⁸³.

Les détenus précaires ont donc deux facteurs de risques surajoutés de présenter des comportements à risque via des troubles mentaux occasionnés par la précarité d'un côté et la menace de l'incarcération de l'autre.

5-2.7 Evènements précoces et histoires de vie : « life course perspective »

Le HCSP place les conditions de vie dans l'enfance parmi les déterminants socio-économiques majeurs de la santé⁶.

En effet, des évènements très précoces de la vie in utéro et de la petite enfance peuvent avoir des effets à très long terme et notamment peuvent se traduire par la survenue de maladies tout au long de la vie⁸⁴. L'explication de ces relations peut résider dans l'effet cumulatif de ces facteurs précoces, associés à des conditions défavorables tout au long de l'enfance, de l'adolescence et de la vie adulte. Ces conditions sont de différentes natures (conditions matérielles de vie, évènements de vie, santé, éducation, statut de l'emploi et carrière professionnelle...)⁸⁵. Les comportements défavorables pour la santé, comme les comportements alimentaires ou l'exercice physique, seraient ainsi largement induits par cet ensemble de conditions⁸⁶.

Dans le même sens, selon Menahem, les inégalités sociales de santé sont aggravées par le fait d'avoir connu des « problèmes graves » lors de son enfance. Les principaux processus mis en cause renvoient à de plus fréquentes prises de risque⁸⁷.

Concernant la population carcérale, l'histoire familiale des détenus montre qu'ils sont souvent issus de classes populaires, de familles nombreuses et qu'ils ont fréquemment quitté le domicile de façon précoce⁴.

De plus, ils ont souvent connu des évènements traumatisants dans leur enfance. Une étude réalisée dans une vingtaine d'établissements pénitentiaires français en 2003 et 2004 montre que 42% d'entre eux ont été séparés d'au moins un de leurs

parents pendant plus de 6 mois, 34% ont vécu le décès d'un membre de leur famille proche, 28% ont subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle et 26% ont vécu un autre événement traumatisant durant leur enfance (violence chez des proches, accidents, divorces, abandons, témoins de violence ou d'un meurtre)⁸⁸.

Suivant ces considérations, il est donc licite de penser que les détenus précaires présentent des prédispositions à avoir des comportements à risque du fait de leurs expériences passées.

5-2.8 Lien inverse, la pathologie crée la précarité

Les relations précarité↔santé/comportements ont jusqu'alors été abordées en pensant la précarité comme étant la cause de la détérioration des différents indicateurs de mode de vie et de recours aux soins. Les liens sont cependant complexes et la relation peut se voir dans l'autre sens, la précarité devenant une conséquence de la santé et des différents comportements.

Prenons l'exemple du marché de l'emploi. Selon une enquête de l'IRDES, un actif occupant un emploi connaît davantage de risques de devenir chômeur ou inactif s'il souffre de problèmes de santé. En effet, ces derniers sont souvent associés à l'inactivité (invalidité du travail, inactivité pour handicap, etc.)⁶⁵. Par ailleurs, le risque de chômage est deux fois plus élevé pour les personnes qui se considèrent en mauvaise santé⁸⁹.

Les atteintes de santé, en provoquant une restriction des loisirs au domicile en plus de l'arrêt de l'activité professionnelle, peuvent induire une pauvreté de la participation à des réseaux sociaux et donc jouer sur la position sociale de l'individu⁹⁰. En effet, le fait de disposer ou non de loisirs est une des dimensions de la précarité et entre dans la construction du score EPICES.

Du point de vue des comportements à risque, la consommation de substances illicites peut avoir des conséquences sur les divers aspects de la précarité. Tout d'abord, elle induit des dépenses financières importantes d'où une diminution du capital économique de l'individu (et en corollaire un risque de basculement vers le trafic et la prostitution). Dans le même sens, elle fait courir le risque d'une incarcération et donc la possibilité de la perte de son emploi. Ensuite, les effets physiques et psychologiques du produit, créant la dépendance, induisent un isolement social qui est une des dimensions importantes de la précarité.

5-3 Biais

5-3.1 Taille de l'échantillon de la population

L'étude a été réalisée sur un échantillon de 97 patients inclus de manière consécutive et prospective.

La population de l'étude ayant servi à évaluer les score EPICES dans les CES de l'Assurance Maladie était, quant à elle, composée de près de 200 000 personnes. Les sujets du premier quintile ont été considérés comme population de référence non précaire et chaque autre quintile a été comparé au premier³¹. Les effectifs de notre échantillon étant insuffisants dans chacun des 3 premiers quintiles, nous avons dû prendre le parti de les regrouper pour former le groupe témoin des sujets « non précaires ».

Les résultats ne montraient pas d'association significative entre certains critères de jugement et le score de précarité. Cela était probablement en partie dû à la faible puissance de l'étude (par l'échantillon insuffisant) qui faisait diminuer les forces d'associations. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons continué d'administrer ces questionnaires aux sujets entrant à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces jusqu'au 30 avril 2012. L'analyse des données est en cours.

5-3.2 Choix de l'indicateur de précarité

Malgré la constatation d'une plus mauvaise santé chez les patients précaires, les inégalités de santé divergent suivant la classification utilisée. Une étude a montré que l'impact de la précarité sur des déterminants de santé dépendait de l'outil utilisé pour la mesurer⁹¹.

Le score EPICES, présenté dans la première partie de cet exposé, a été choisi comme mesure de la précarité du fait de son caractère individuel (par opposition aux mesures géographiques) et multidimensionnel (par opposition aux mesures économiques ou socio-administratives). Cependant, quelques critiques peuvent être formulées sur son utilisation.

Comme cela a été précisé précédemment, nous avons regroupé les trois premiers quintiles du score EPICES tels que définis dans l'étude au sein des CES pour former notre population de référence qualifiée de « non précaire ». Nous avons choisi cette valeur seuil du «quintile 4» car cela correspond, dans la population des CES, aux sujets ayant des indicateurs socio-économiques et de santé plus défavorables (OR le plus souvent supérieurs à 2)³¹. De plus, cette valeur a également été choisie pour comparer deux définitions de la précarité, selon le score EPICES et selon les critères

socio-administratifs, par l'IRES³². Ceci induit une notion de seuil de précarité. Or, lors de sa création, le score EPICES n'avait pas pour vocation de classer les sujets en « précaires » ou « non précaires » mais plutôt de donner une mesure linéaire de la précarité.

Par ailleurs, les questionnaires ont été administrés aux patients lors de la « consultation arrivant » par cinq médecins différents. Ceci peut donner lieu à un biais lié à l'enquêteur car les questions du score EPICES peuvent parfois laisser place à une interprétation subjective. Par exemple, l'item «Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?» pouvait être expliqué au patient par un contact avec un ou une assistant(e) social(e) ou englober également les contacts avec un éducateur spécialisé. De même, la référence au «spectacle» de la question numéro 7 a été élargie aux sorties cinéma et aux matchs de football ou autres par certains médecins. Enfin, les deux dernières questions concernant le soutien sur lequel le sujet pouvait compter, donnaient souvent lieu à une réaction d'orgueil «de toute façon je ne demanderai jamais d'aide». Le médecin pouvait alors cocher la case « non » ou approfondir la question «d'accord, mais si jamais vous deviez le demander... ?».

Ceci peut donc engendrer des variations dans l'évaluation du score EPICES et donc dans le classement des sujets dans les différents quintiles.

Le score EPICES lui-même est adapté à notre culture occidentale mais n'est pas forcément applicable à des personnes d'une autre culture. Prenons l'exemple de la population Rom. La question numéro 3 du score sur le fait d'être propriétaire de son logement n'est pas forcément pertinente pour eux. En effet, ces personnes se déclarent comme propriétaires de leur caravane ou leur abri de fortune, ce qui ne les empêche pas de vivre dans des conditions très précaires. Elles seront cependant classées comme moins précaires que des personnes locataires de leur logement.

Les spécificités de la population carcérale peuvent également donner lieu à des informations contradictoires. Le fait d'être suivi par un travailleur social est comptabilisé comme un facteur de précarité. Cependant, au sein de cette population souvent récidiviste, ce suivi peut se faire dans le cadre d'une liberté conditionnelle et ne préjuge pas des difficultés financières ou sociales. Par ailleurs, de par leur jeune âge, de nombreux sujets de l'étude habitaient encore chez leurs parents. Ils n'étaient donc de fait pas propriétaire de leur logement, ne payaient pas de factures.

5-3.3 Lieu de l'étude

Cette étude a été menée au sein de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Comme toute étude monocentrique, les résultats ne peuvent pas être généralisés à plus grande échelle.

De plus, la population de la maison d'arrêt n'est pas représentative de la population carcérale générale et notamment des établissements pour peine. En effet, elle rassemble des détenus non encore jugés ou condamnés à des peines courtes alors que les centres de détentions ne comprennent que des détenus condamnés à des peines plus longues. Les populations de ces 2 types d'établissements ne sont donc pas comparables notamment en termes d'âge.

5-3.4 Causalité

Comme toute étude transversale, les relations observées ne permettent pas de conclure sur l'existence de relations causales entre les variables étudiées, la précarité pouvant être la cause comme la conséquence des problèmes de santé ou mode de vie.

5-4 Perspectives

Le score EPICES pourrait être utilisé en pratique au sein de la population carcérale à plusieurs visées.

Premièrement, du point de vue épidémiologique, déterminer le score EPICES à toutes les personnes arrivant en prison permettrait d'évaluer la précarité au sein de la population carcérale de façon plus efficace qu'avec les critères socio-administratifs³³.

Deuxièmement, cela permettrait de cibler les détenus les plus précaires afin de dépister puis traiter précocement leurs problèmes de santé. L'occasion se présenterait également de mettre en place des actions de santé publique dans cette population présentant des comportements à risque comme le recommandent l'OMS⁹² et les différents rapports ministériels^{93,94}. Lors de l'incarcération, le détenu a un accès gratuit aux soins (ce qui n'est pas forcément le cas à l'extérieur), ce serait donc l'opportunité de (re)prendre sa santé en mains, une santé souvent négligée auparavant en milieu libre. De plus, l'intérêt dépasse le champ individuel. En effet, le traitement de pathologies contagieuses, par exemple, est bénéfique pour la population, souvent également précaire, d'où il vient en diminuant le risque de contamination lorsqu'il est libéré.

Ceci pourrait contribuer à diminuer les inégalités sociales de santé, ce qui est un devoir de « justice sociale » selon l'OMS⁵⁶.

Troisièmement, cela pourrait servir pour préparer la sortie des détenus les plus précaires en effectuant une consultation médicale et un entretien social systématiques avant leur libération.

Cette préparation à la sortie est motivée par plusieurs constats.

Tout d'abord, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoit, dans les articles 46 et 53, une consultation médicale obligatoire dans le mois précédant la sortie pour les détenus condamnés afin qu'ils aient accès à «une continuité des soins équivalente à celle de l'ensemble de la population»⁹⁵. Cependant, dans la pratique, elle ne peut pas toujours être réalisée.

De plus, plusieurs études ont montré que la période immédiatement après la sortie et jusqu'à un an après, comporte un risque très augmenté de décès, notamment du fait d'overdose, de pathologies cardio-vasculaires, d'homicide et de suicide^{7,96,97}.

Enfin, préparer la sortie au niveau médico-social permettrait de diminuer les inégalités sociales et les dépenses de santé en abaissant le recours aux services des urgences et aux hospitalisations^{98,99,100}.

La consultation médicale servirait à faire le lien avec le médecin traitant, rédiger une ordonnance de sortie et délivrer le traitement au patient pour une durée variable en fonction de son état de santé et des conséquences d'une rupture de traitement. L'entretien social, quant à lui, serait utile pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, comme le suggère l'OMS⁵⁶. Ces déterminants consistent notamment en la présence d'une couverture sociale (normalement ouverte pendant l'incarcération), d'un logement et de ressources à la sortie.

Les recommandations nationales et internationales abondent dans ce sens concernant l'ensemble de la population carcérale^{92,93,101,102,103,104,105} ou des sous-ensembles présentant des caractéristiques particulières comme la présence d'addictions¹⁰⁶. Elles soulignent l'importance de la préparation à la sortie et les deux conditions majeures à sa réussite. La première est le lien que doivent établir les travailleurs au sein de l'établissement pénitentiaire avec le système de soins communautaire (dont le médecin traitant) mais aussi la CPAM, les organismes d'aide au logement ou d'autres services sociaux en fonction des besoins.

La collaboration entre les différents acteurs au sein même de la prison est la deuxième condition nécessaire. Ils sont composés des équipes de l'UCSA, du SMPR, du Service Pénitentiaire, d'Insertion et de Probation (SPIP) et de l'Administration Pénitentiaire (AP).

Pendergrast, en détaillant les différentes interventions qui améliorent la réinsertion des détenus présentant des addictions, va même jusqu'à penser qu'arrêter un traitement quelques semaines après la libération est davantage délétère que l'absence de traitement¹⁰⁷. D'où l'importance de ce lien entre prison et systèmes de soins communautaires. Mallik-Kane et Visher insistent quant à eux sur l'importance de placer l'individu au centre de la démarche en évaluant ses besoins avant toute action¹⁰⁸.

Certaines prisons françaises et étrangères ont mis en place des programmes de préparation à la sortie. Ces derniers sont souvent orientés vers des personnes comportant des troubles psychologiques ou des addictions.

Des Unités Pour Sortants (UPS) ont été mises en place dans huit établissements pénitentiaires français. A Fresnes, l'évaluation de ce programme, consistant en un stage de préparation à la sortie au sein d'un Quartier Intermédiaire Sortant (QIS), n'a pas montré d'amélioration significative en termes de mortalité mais l'étude manquait de puissance du fait d'une faible population⁹⁶.

Un exemple de partenariat entre l'UCSA et les SPIP, dans le Val d'Oise, a montré une diminution de la récidive dans le cadre d'aménagements de peine pour des détenus toxicomanes¹⁰⁹.

Dans un registre voisin, celui de la formation et de l'emploi, un programme intitulé « Réussir Sa Sortie (R2S) » a été mis en place dans le département de l'Essonne à partir de 2009¹¹⁰. Il s'agit d'une coordination entre les Missions Locales du département, le SPIP et la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ayant pour but final de lutter contre la récidive. Depuis 2009, 116 jeunes Essonnais âgés de 18 à 25 ans et incarcérés à Fleury-Mérogis, sont passés par ce dispositif. Composé de 3 phases, il propose tout d'abord un bilan avec jeune détenu alors qu'il est encore incarcéré (niveau scolaire, papiers d'identité ou carte vitale, projet professionnel, réalisation d'un CV...). Puis, lorsque l'aménagement de peine est validé, le jeune passe par un « sas » de 15 jours, permettant une bonne transition entre la détention et la liberté. Ensuite, il travaille son projet professionnel accompagné par la Mission Locale (remise à niveau, recherches d'emploi avec l'aide de Free Association). Chez les détenus passés par R2S, le taux de récidive est passé de 68% à 15%. Une baisse qui s'explique notamment par le fait que la plupart d'entre eux sont parvenus à accéder à un emploi ou à une formation. Face à cette réussite, ce programme a été renouvelé pour 2011-2012.

Dans la même optique, une étroite collaboration entre les SPIP et les Missions Locales au sein de la région Rhône-Alpes existe depuis 20 ans¹¹¹. Une convention de partenariat devrait d'ailleurs être signée en 2012 permettant à chaque référent justice d'avoir, au sein de l'AP, un interlocuteur identifié tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert.

Aux Etats-Unis, de nombreux programmes d'aide à la sortie fonctionnent. Le programme SVORI (Serious and Violent Offender Reentry Initiative), fondé en 2003, comprend 69 organismes créés pour améliorer le suivi judiciaire et faire face aux difficultés concernant le logement, l'emploi, l'éducation et la santé à la sortie de prison. Au moins quatre entretiens sont réalisés, un 30 jours avant la libération, puis 3 autres à 3, 9 et 15 mois. Une recherche salivaire de toxiques est pratiquée lors des entretiens du 3^{ème} et 15^{ème} mois. Une évaluation a montré des meilleurs résultats, par rapport au groupe témoin ne bénéficiant pas du programme, concernant le logement, l'emploi, l'usage de drogues et le comportement criminel déclaré¹¹². D'autres

programmes portent sur des populations plus spécifiques comme le Project Bridge à Rhodes Island¹¹³ et le Tarzana Treatment Center à Los Angeles¹⁰⁴ évitant la rupture du traitement chez les personnes séropositives pour le VIH.

Il persiste cependant des obstacles à la mise en œuvre de tels programmes, en particulier dans les maisons d'arrêt où de nombreuses libérations sont décidées du jour au lendemain dans le cadre de la détention provisoire.

De plus, la coopération entre les différents services au sein même de la prison est difficile à s'établir car elle nécessite une négociation entre ces différents acteurs locaux, aux missions et aux cultures diversifiées, qui doivent élaborer des compromis. En effet lors d'un Colloque sur la « Santé en prison » en 2004, Mr PERETTI, directeur du SPIP du Val d'Oise, remarquait que 10 ans après les deux lois régissant le fonctionnement des UCSA³⁵ et des SPIP¹¹⁴, «chacun poursuit ses missions dans l'ignorance de l'autre»¹⁰⁹.

La communication est parfois altérée du fait du secret médical liant le médecin à son patient. Certes, il importe de protéger le patient-détenu qui ne dispose déjà pas du choix de son médecin. Cependant, les informations des uns et des autres sont interdépendantes, notamment pour les aménagements de peine. Une coordination souple mais rigoureuse et donc nécessaire afin de mettre la personne au centre du dispositif¹⁰⁶.

Enfin, une attention particulière pourrait être attribuée à la population carcérale féminine en évaluant le score EPICES en son sein, ce qui n'a pas pu être réalisé, la population d'étude étant exclusivement masculine. L'utilisation en pratique du score EPICES y serait valable pour toutes les raisons ci-dessus mais aussi parce qu'il a été montré, dans la population des CES, que les patientes les plus précaires selon ce score avaient un suivi gynécologique moins régulier⁸. L'incarcération serait donc l'occasion de proposer un suivi gynécologique pour les détenues précaires.

6- CONCLUSION

La population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces s'est avérée plus précaire, selon le score EPICES, que la population générale.

Les indicateurs de santé n'étaient pas corrélés au score EPICES sauf l'autoévaluation de celle-ci.

Sur l'aspect socio-économique, la catégorie socio-professionnelle évoluait inversement à la précarité mais les odds ratios n'étaient pas significatifs. Le niveau d'études, quant à lui, n'était pas corrélé à la précarité quelque soit la méthode d'analyse utilisée.

Concernant les indicateurs de modes de vie et d'accès aux soins, l'étude a, par contre, montré une augmentation significative de certains comportements à risque avec la précarité tel que le tabagisme. Une diminution de l'accès aux soins médicaux et dentaires a également été mise en évidence.

Enfin, l'accord pour le dépistage des IST s'est révélé plus fréquent chez les sujets les plus précaires, ce qui n'était pas le cas pour la tuberculose.

Un faible accès aux soins, notamment du fait de barrières financières, une perception différente de la santé et du soignant, une difficulté à se projeter dans l'avenir, une souffrance psychologique et une histoire de vie perturbée peuvent aider à comprendre ces comportements particuliers concernant la prise de risques, la prévention et le suivi médical et dentaire.

L'utilisation en pratique du score EPICES au sein de la population carcérale pourrait être utile à visée épidémiologique et pour réduire les inégalités sociales de santé. Cette démarche représenterait une opportunité au niveau individuel et en termes de santé publique. Elle permettrait de cibler les détenus précaires, qui ont une moins bonne perception de leur santé, davantage de comportements à risque et un moins bon accès aux soins, et ainsi de dépister et de traiter précocement des pathologies. Son utilisation pourrait également contribuer à mettre en place une préparation effective à la sortie des détenus précaires en introduisant une consultation médicale et un entretien social avant la libération pour cette population fragilisée. La création d'un lien avec le système de santé communautaire apporterait un bénéfice non seulement sanitaire mais aussi économique en diminuant le recours aux urgences et aux hospitalisations.

Précarité et indicateurs de santé dans la population carcérale.

Etude prospective au sein de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

Thèse soutenue par **Aline PROST**

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'amplifier et la population carcérale est connue pour être plus précaire que la population générale selon les critères socio-économiques établis.

L'objectif principal de cette étude visait donc à valider le score EPICES au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces en mesurant la précarité à l'aide de ce score et son lien avec les différents indicateurs de santé.

Nous avons réalisé une étude transversale, épidémiologique, descriptive et prospective dans la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. 97 patients majeurs examinés en « consultation arrivant » ont été inclus consécutivement du 2 novembre 2011 au 3 février 2012. Le questionnaire EPICES, composé de 11 questions, a été utilisé pour évaluer la précarité individuelle dans son aspect multidimensionnel. La corrélation entre ce score et les indicateurs de santé, puis les indicateurs socio-économiques, de mode de vie, d'accès aux soins et d'accord pour les dépistages a été évaluée à l'aide du test Tau de Kendall. Le groupe « quintile 1+2+3 », groupe de référence non précaire, a ensuite été comparé au groupe « quintile 4 » puis au groupe « quintile 5 » (précarité croissante) afin d'estimer les risques relatifs (Odds Ratios) d'occurrence de chaque indicateur.

La population carcérale de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces s'est avérée plus précaire, selon le score EPICES, que la population générale (score moyen 41 points vs 25 points).

Les indicateurs de santé n'étaient pas corrélés au score EPICES sauf l'autoévaluation de celle-ci ($r = -0,199$, $p = 0,046$).

Sur l'aspect socio-économique, la catégorie socio-professionnelle évoluait inversement à la précarité ($r = -0,178$, $p = 0,045$) mais les odds ratios n'étaient pas

significatifs. Le niveau d'études, quant à lui, n'était pas corrélé à la précarité quelque soit la méthode d'analyse utilisée.

Concernant les indicateurs de modes de vie et d'accès aux soins, l'étude a, par contre, montré une augmentation significative de certains comportements à risque avec la précarité tel que le tabagisme ($r = 0,269$, $p = 0,005$ et OR (1+2+3 vs 5) = 7,21 (1,38-37,70)). Une diminution de l'accès aux soins médicaux ($r = -0,220$, $p = 0,024$, OR (1+2+3 vs 5) = 0,19 (0,05-0,72)) et dentaires ($r = -0,029$, $p = 0,019$, OR (1+2+3 vs 5) = 0,27 (0,08-0,88)) a également été mise en évidence.

Enfin, l'accord pour le dépistage des IST s'est révélé plus fréquent chez les sujets les plus précaires ($r = 0,233$, $p = 0,02$, OR (1+2+3 vs 5) = 6,6 (1,6-27,24)), ce qui n'était pas le cas pour la tuberculose.

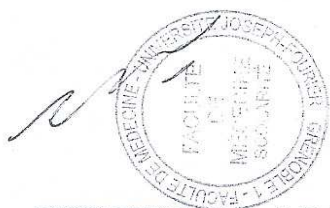
Un faible accès aux soins, notamment du fait de barrières financières, une perception différente de la santé et du soignant, une difficulté à se projeter dans l'avenir, une souffrance psychologique et une histoire de vie perturbée peuvent aider à comprendre ces comportements particuliers concernant la prise de risques, la prévention et le suivi médical et dentaire.

L'utilisation en pratique du score EPICES au sein de la population carcérale pourrait être utile à visée épidémiologique et pour réduire les inégalités sociales de santé. Cette démarche représenterait une opportunité au niveau individuel et en termes de santé publique. Elle permettrait de cibler les détenus précaires, qui ont une moins bonne perception de leur santé, davantage de comportements à risque et un moins bon accès aux soins, et ainsi de dépister et de traiter précocement des pathologies. Son utilisation pourrait également contribuer à mettre en place une préparation effective à la sortie des détenus précaires en introduisant une consultation médicale et un entretien social avant la libération pour cette population fragilisée. La création d'un lien avec le système de santé communautaire apporterait un bénéfice non seulement sanitaire mais aussi économique en diminuant le recours aux urgences et aux hospitalisations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21/5/2012

LE DOYEN



PROFESSEUR J-P ROMANET

LE PRÉSIDENT DE THESE

PROFESSEUR L BARRET

7- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris: Journal Officiel. 1987;14.
2. Le taux de chômage augmente de 0,1 point au quatrième trimestre 2011. Informations Rapides INSEE. 1 mars 2012 - n° 59
3. LOMBARDO P, SEGUIN E, TOMASINI M. Les niveaux de vie en 2009. INSEE Première. Août 2011;N°1365
4. CASSAN F, TOULEMON L, KENSEY A. L'histoire familiale des hommes détenus. INSEE Première. Avril 2000 - n° 706
5. BLANPAIN N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. INSEE Première. Octobre 2011 - n° 1372.
6. Haut Conseil de la santé publique Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport. décembre 2009.
7. BINSWANGER I.A., STEM M.F., DEYO R.A. [et al.] Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. N Engl J Med 2007;356:157-65
8. SASS C. MOULIN JJ. GUEGUEN R. [et al.] Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH 2006;14 : 93-6.
9. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Available et : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
10. Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, OMS. 1986. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
11. FUCHS E. La justice sociale et les coûts de la santé. Eglise et théologie. 1997;28:5-17
12. Haut conseil de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes. Editions ENSP. Avis et Rapports. 1998;1244-5622
13. TOWNSEND P. Deprivation. Journal of Social Policy. 1987;16(2):125-146
14. PAMPALON R. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. Maladies chroniques au Canada. 2000;(21):113-122
15. PAMPALON R. RAYMOND G. Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. Santé, société et solidarité. 2003;(1):191-208.
16. RIGAUDIAT J. À propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques. Droit Social. mars 2005;(3):243-261.
17. JARMAN B. Underprivileged areas : validation and distribution of scores. Br Med J (Clin Res Ed). 1984 December ;289(6458):1587-1592
18. CARSTAIRS V. MORRIS R. Deprivation and mortality: an alternative to social class ? Community Med. 1988;11(3):210-9.

19. TOBIAS M. CHEUNG J. Monitoring health inequalities: life expectancy and small area deprivation in New Zealand. *Population Health Metrics*. 2003;1:2
20. FUKUDA Y. NAKAMURA K. TAKANO T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health*. 2007;121(3):163-73
21. PAMPALON R [et al]. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2009;29(4):199-213.
22. MORRIS R. CARSTAIRS V. Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes. *J Public Health Med*. 1991;(13):318-26.
23. CARSTAIRS V. Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *J Epidemiol Community Health*. 1995 Dec;49(Suppl 2):S3-8.
24. CHALLIER B. Pertinence et validité d'un nouvel indice composite français mesurant la pauvreté au niveau géographique. *Revue épidémiologique et santé publique*. 2001;(49):41-50.
25. DECLERCQ C. Inégalités socio-spatiales de mortalité dans la région Nord-Pas-de-Calais, Lille, Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais. 2004.
26. REY G. RICAN S. JOUGLA E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. *BEH 8-9 / 8 mars 2011* : 87-90.
27. GERONIMUS A T. BOUND J. Use of Census-based Aggregate Variables to Proxy for Socioeconomic Group: Evidence from National Samples. *Am J Epidemiol*. 1998;(148):475-86.
28. DEMISSIE K. HANLEY J A. MENZIES D [et al]. Concordance des mesures du statut socio-économique : mesures par région et mesures individuelles. *Maladies chroniques au Canada*. 2000;21(1):1-7.
29. PASCAL J. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. *Presse médicale*. 2004;(33):710-715.
30. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. *Journal officiel*. 1992. Available at : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332>
31. MOULIN J-J. SASS C. LABBE E. [et al.] Le score EPICES : indicateur de précarité dans les Centre d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie. Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de Santé (CETAF). Rapport d'étude. Janvier 2005. Available at : www.cetaf.asso.fr
32. LABBE É. MOULIN JJ. GUEGUEN R. [et al.] Un indicateur de mesure de la précarité et de la «santé sociale» : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Revue de l'IRES*. 2007;(53).
33. SASS C. [et al.] Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*. 2006;18(4):513-522.
34. Rapport d'activité 2010 de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

- 35.** Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Code de Santé Publique. Available at : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0E4ACAC4DDE6EE7494AC73F5EE9115CC.tpdjo13v_2?cidTexte=LEGITEXT000005615126&dateTexte=20120504
- 36.** Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus. Adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Droit international en matière de droits de la personne. Recueil de documents. Available at : <http://www.forces.gc.ca/jag/publications/oplaw-loiop/colldocs-ihrl-dimdp-fra.pdf>
- 37.** Les règles pénitentiaires européennes. Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de la Justice. Available at : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE1.pdf
- 38.** ALLONIER C, DOURGNON P, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES. Juin 2010 - n° 1800.
- 39.** BISWANGER IA. KRUEGER PM. STEINER JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population *J Epidemiol Community Health*. 2009;(63):912-919.
- 40.** VOLLER F. SILVESTRI C. ORSINI C. [et al.] The health conditions of prison inmates in Tuscany. *Epidemiol Prev*. 2011 Sep-Dec;35(5-6):297-306.
- 41.** LANOË J-L et MAKDESSI-RAYNAUD Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. DREES, Etudes et Résultats. octobre 2005 - n°436.
- 42.** WANG EA. PLETCHER M. LIN F. [et al] Incarceration, Incident Hypertension, and Access to Healthcare: Findings from the Coronary Artery Risk Development In young Adults (CARDIA) Study, *Arch Intern Med*. 2009 April 13;169(7):687-693.
- 43.** WILPER AP. WOOLHANDLER S. BOYD JW. [et al]. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. *Research and Practice. Peer Reviewed. American Journal of Public Health*. 2009;(99):666-672.
- 44.** COLLET M. MENAHEM G. PICARD H. Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants. IRDES. Biblio n° 1627. Avril 2006.
- 45.** REMY J.M. Chapitre 54 : Dermatoses et précarité. Conférences : Infections cutanées. SFMU. 2011.
- 46.** KAWACHI I. KENNEDY BP. WILKINSON RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science & Medicine*. 1999;(48):719-731.
- 47.** LAGRANGE H. Crime et conjoncture socio-économique. *Revue française de sociologie*. 2001;42(1):57-79.
- 48.** Tableaux de l'Economie Française Chapitre Justice. INSEE. Paris. Edition 2012.
- 49.** MOUQUET M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DREES Etudes et Résultats. mars 2005 - n°386.

- 50.** ROYER B. GUSTO G. VOL S. [et al.] Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et organisation des soins*. Oct-déc 2010;41(4):313-321.
- 51.** PLANCKE L. AMARIEI A. DANIEL T. [et al.] Les facteurs qui influencent la consommation intensive et régulière de médicaments psychotropes. *Thérapie*. 2009 Novembre-Décembre;64(6):371-381.
- 52.** MANIERE-HAESEBAERT J. SAHAJIAN F. LAMOTHE P. [et al] Caractéristiques des personnes alcoolodépendantes incarcérées en maison d'arrêt. Observatoire Régional de la Santé de Rhône-Alpes (ORSRA). *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*. 2008;56(3):189-195.
- 53.** BECK F. GUILBERT P. GAUTIER A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Ed. INPES.
- 54.** CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., LAHAIE E. [et al.] Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT. 2010:281p.
- 55.** BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B. [et al.] Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. INPES. *Tendances*. 2011;(76).
- 56.** Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Organisation Mondiale de la Santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. 2008:1-40.
- 57.** CUBBIN C. WINKLEBY MA. Protective and Harmful Effects of Neighborhood-Level Deprivation on Individual Level Health Knowledge, Behavior Changes, and Risk of Coronary Heart Disease . *Am. J. Epidemiol.* 2005;162(6):559-568.
- 58.** PICKETT KE. PEARL M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*. 2001;(55):111-122
- 59.** DESPRES C. DOURGNON P. JUSOT F. [et al.] Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*. Novembre 2011 - n°170.
- 60.** ABALLEA P. BARTOLI F. ESLOUS L. YENI I. Les dépassements d'honoraires médicaux. Rapport n°RM 2007-054P. Inspection Générale des Affaires Sociales. Avril 2007.
- 61.** DENANTES M. CHEVILLARD M. RENARD JF. [et al] Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer*. 2009;(85):22-6.
- 62.** KULKARNI SP. BALDWIN S. LIGHTSTONE AS. [et al] Is incarceration a contributor to health disparities ? Access to care of formerly incarcerated adults. *J Community Health*. 2010;(35):268-274.
- 63.** DESPRES C. Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique. DREES. Série Etudes et Résultats. Mars 2012 - n°119.
- 64.** BURSTROM B. FREDLUND P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*. 2001;(55):836-40.

- 65.** MONTAUT A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. 1ers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et Résultats. 2010 - n°717.
- 66.** DEVAUX M. [et al.] Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*. 2008;(1):29-47.
- 67.** CAMBOIS E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Dans *Les Travaux de l'Observatoire 2003-2004*. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.
- 68.** CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique. Paris, PUF. 1966.
- 69.** COLLINS TC. CLARK JA. PETERSEN LA. KRESSIN NR. Racial differences in how patients perceive physician communication regarding cardiac testing. *Med Care*. 2002 Jan;40(1 Suppl): 27-34.
- 70.** GUILBERT P. BAUDIER F. GAUTIER A. Baromètre santé 2000. Résultats. Volume 2. INPES. Editions CFES. Décembre 2001.
- 71.** BJOMGAARD JH. RUSTAD AB. KJELSBERG E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research*. 2009;(9):176.
- 72.** VAN RYN M. BURKE J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med*. 2000 Mar;50(6):813-28.
- 73.** VAN RYN M. BURGESS D. MALAT J. GRIFFIN J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease. *Am J Public Health*. 2006;(96):351-357.
- 74.** WILLEMS S. DE MAESSCHALCK S. DEVEUGELE M [et al.] Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference ? *Patient Education and Counseling*. 2005;56(2):139-146.
- 75.** WISSOW L. Assessing socio-economic differences in patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*. 2005;56(2):137-138.
- 76.** FAINZANG S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris, Presses Universitaires de France. 2006 : 159 p.
- 77.** FIEULAINE N. APOSTOLIDIS T. OLIVETTO F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2006 - n°72.
- 78.** FURTOS J. Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Ed Elsevier Masson. 2008 : 284p.
- 79.** THOMAS F. PANNIER B. JEGO B. [et al.] Relation entre la précarité et la mortalité toute cause : le rôle de l'anxiété. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56(5):289-289.
- 80.** DUCLOUX M. Rôle du médecin face à la précarité. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999. Available at : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/precarite.pdf?download=1>

- 81.** MAISONDIEU J. Précarité économique, précarité affectivo-sexuelle et addictions. Dans "Addictions et comorbidités : comment travailler ensemble ?". Assises nationales de la Fédération française d'addictologie. Paris, 27-28 septembre 2007.
- 82.** FALISSARD B. ROUILLON F. Enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les personnes détenues. Dans «Colloque Santé en prison. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues?» Sous la direction du Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, l'INPES et le Ministère de la Justice. 7 décembre 2004.
- 83.** COLDEFY M. FAURE P. PRIETO N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. DREES. Etudes et résultats. juillet 2002 - n° 181.
- 84.** WADWORTH MEJ. KUH DJL. Childhood influence on adult health: a review of recent work in the British 1946 National Birth Cohort Study. Paediatric Perinatal epidemiology. 1997;(11):2-29.
- 85.** GAY ZINS M. Déterminants sociaux des consommations d'alcool dans la cohorte GAZEL. Thèse d'épidémiologie. Université Paris XI. Soutenue le 12 juillet 2011.
- 86.** BLANE D. NETUVELI G. STONE J. The development of life course epidemiology. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007;(55):31-38.
- 87.** MENAHEM G. Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance : Inégalités sociales de santé. La Revue du Praticien. 2004;54(20):2255-2262.
- 88.** DUBURCQ A. COULOMB S. BONTE J. [et al.] Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire). Décembre 2004.
- 89.** JUSOT F. KHLAT M. ROCHEREAU T. SERMET C. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Questions d'économie de la santé. 2007;(125):1-4.
- 90.** RUFFIN D. VILLE I. Les expériences de santé comme vecteur de l'identité. Economie et Statistiques. 2006;(393-394):61-79.
- 91.** MACINTYRE S. MCKAY L. DER G. [et al] Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it, Journal of Public Health Medicine. 2003;25(4):288-294.
- 92.** Organisation Mondiale de la Santé – Europe. Déclaration : Santé en prison et santé publique. Moscou. 24 octobre 2003.
- 93.** Plan d'actions stratégiques 2010 – 2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la Santé et des Sports. Ministère de la Justice et des Libertés.
- 94.** FATOME M. VERNEREY M. LALANDE [et al]. L'organisation des soins aux détenus, rapport d'évaluation. Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires. Juin 2001.

- 95.** Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Available at : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>
- 96.** PRUDHOMME J. VERGER P. ROTILY M. Fresnes-Mortalité des sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet d'évaluation des unités pour sortants (UPS). Paris. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Décembre 2003:58p.
- 97.** SPAULDING A C. SEALS R M. McCALLUM V A. [and al]. Prisoner Survival Inside and Outside of the Institution: Implications for HealthCare Planning. American Journal of Epidemiology. Am J Epidemiol. 2011;173(5):479–487.
- 98.** ROBERTS C. KENNEDY S. HAMMETT T M. Linkages Between In-Prison and Community-Based Health Services. J Correct Health Care. April 2004;10(3):333-368.
- 99.** BINSWANGER IA. Treatment for individuals with HIV/AIDS following release from prison. JAMA. 2009;(302):147.
- 100.** RICH JD. HOLMES L. SALAS C C. [et al.] Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. J Urban Health. 2001;(78):279-289.
- 101.** Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Sous la direction du Ministère de la Santé et de la Protection sociale et du Ministère de la Justice. Septembre 2004.
- 102.** Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues. Recommandations de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH). Janvier 2006.
- 103.** ASHE MJ Jr. CONKLIN. A Public Health Model for Correctional health care. A guide for correctional facilities to put public health services into practice. Hampden County Sheriff's department and Massachusetts Public Health Association. Oct 2002.
- 104.** Helping inmates return to the community. Academy for Educational Development, with funding from CDC. August 2001.
- 105.** National Commission of Correctional Health Care. The Health Status of Soon-To-Be-Released Inmates. A Report to Congress. Volume 1. April 2002.
- 106.** Garantir la continuité des soins à la sortie de prison. L'exemple de la prise en charge des addictions. Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique. Module interprofessionnel de santé publique. 2011.
- 107.** PENDERGAST M. Interventions to encourage successful re-entry among drug-abusing parolees. Addiction, Science and Clinical Practice. 2009;5(1):4-13.
- 108.** MALLIK-KANE K. VISHNER C A. Health and Prisoner Reentry : How Physical, Mental, and Substance Abuse Conditions Shape the Process of Reintegration. Research Report. Urban Institute Justice Policy Center. Feb 2008.
- 109.** PERETTI M. Trajectoire des soins pendant l'incarcération : des textes à l'épreuve du terrain... Dans «Colloque Santé en prison. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues?» sous la direction du Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, l'INPES et le Ministère de la Justice. 7 décembre 2004.

- 110.** LEMAIRE A. Du côté des Missions Locales. Réussir sa sortie (R2S) : une expérimentation phare du réseau de l'Essonne. Info Hebdo UNML. Semaine du 6 au 12 février 2012 ;(62):8
- 111.** LEMAIRE A. Rhône- Alpes : l'accompagnement des jeunes sous main de justice, une priorité régionale. Info Hebdo UNML. Semaine du 6 au 12 février 2012 ;(62):5-6
- 112.** LATTIMORE PK. VISHER CA. The Multi-site Evaluation of Serious and Violent Offender Reentry Initiative : Summary & Synthesis. Décembre 2009.
- 113.** WAKEMAN SE. MCKINNEY ME. RICH JD. Filling the Gap: The Importance of Medicaid Continuity for Former Inmates, J Gen Intern Med. 2009;24(7):860–2.
- 114.** Circulaire du 15 octobre 1999 relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation et à leurs relations avec les autorités judiciaires. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice n° 76. Available at : <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap76b.htm>

8- ANNEXES

ANNEXE 1 : Calcul du score EPICES

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+ 10.06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11.83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8.28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8.28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	+ 14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

ANNEXE 2 : Questionnaire comportant des données socio-administratives et des

QUESTIONNAIRE THESE EVALUATION DE LA PRECARITE AU SEIN DE LA POPULATION CARCERALE ET CORRELATION A L'ETAT DE SANTE (à réaliser lors de l'entretien de chaque entrant)

Nom : Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Médecin traitant :

1/ QUESTIONNAIRE EPICES (Cf Annexe)

2/ Questionnaire socioprofessionnel :

- Niveau d'études : licence ou + DEUG/DUT Bac CAP/Brevet des collèges sans diplôme illettré
- Catégorie socioprofessionnelle : Cadre Profession intermédiaire Commerçant Employé Ouvrier
Sans emploi Autre (étudiant, personne au foyer, jamais travaillé)

3/ Questionnaire médical :

3.1/ Antécédents - médicaux :

.....

- chirurgicaux :

.....

- psychiatriques :

.....

- addictions :

.....

3.2/ Traitements :

.....

3.3/ Nb de consultations chez le médecin généraliste durant les 2 années précédentes :

3.4/ Nb de consultations dentaires durant les 2 années précédentes :

3.5/ Facteurs de risques cardio-vasculaires :

- Poids :kg et Taille : m → BMI :kg/m²
- TA :/..... mmHg
- Consommation tabagique : oui (.....cig/j depuis.....an(s) ->PA) non
- (Glycémie capillaire :g/l)

3.6/ Examen dentaire : ≥ 1 carie dentaire non traitée absence de carie -> orientation vers dentiste : oui non

3.7/ Examen cutané : satisfaisant acné mycose furonculose autre

3.8/ Accord pour dépistage - Tuberculose par radiographie pulmonaire : oui non réalisé < 1an

- IST par prélèvement sanguin : oui non réalisé < 1an

3.9 / Auto-évaluation de la santé physique : Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note de 0 à 10 votre état de santé tel que vous le percevez :



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coëpropago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois ouvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Précarité et indicateurs de santé dans la population carcérale.

Etude prospective au sein de la Maison d'Arrêt de Grenoble-Varces.

RESUME

Introduction

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'amplifier et la population carcérale est connue pour être précaire selon les critères socio-économiques établis.

Il paraissait donc intéressant de valider un score individuel et multidimensionnel de la précarité, le score EPICES, au sein de cette population carcérale en mesurant la précarité à l'aide de ce score et son lien avec les différents indicateurs de santé.

Les objectifs secondaires concernaient l'évaluation du lien entre la précarité et les indicateurs socio-économiques, de mode de vie, d'accès aux soins et d'accord pour les dépistages de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles.

Matériel et Méthodes

Une étude transversale, descriptive et prospective incluant 97 patients a été réalisée du 2 novembre 2011 au 3 février 2012 dans la maison d'arrêt de Grenoble-Varces.

Résultats

La population d'étude s'est avérée plus précaire, selon le score EPICES, que la population générale (score moyen 41 points vs 25 points).

Les indicateurs de santé n'étaient pas corrélés au score EPICES sauf l'autoévaluation négative de celle-ci ($r = -0,20$, $p = 0,046$).

L'étude a, par contre, montré une augmentation significative de certains comportements à risque avec la précarité tel que le tabagisme ($r = 0,27$, $p = 0,005$ et OR (1+2+3 vs 5) = 7,21 (1,4-37,7)) ainsi qu'une diminution de l'accès aux soins médicaux ($r = -0,22$, $p = 0,02$, OR (1+2+3 vs 5) = 0,19 (0,1-0,7)) et dentaires ($r = -0,03$, $p = 0,02$, OR (1+2+3 vs 5) = 0,27 (0,1-0,9)).

Conclusion

L'utilisation en pratique du score EPICES au sein de la population carcérale pourrait être utile à visée épidémiologique et pour réduire les inégalités sociales de santé, au niveau individuel et en termes de santé publique.

Elle pourrait par ailleurs contribuer à mettre en place une préparation effective à la sortie des détenus précaires apportant un bénéfice non seulement sanitaire mais aussi économique en diminuant le recours aux urgences et aux hospitalisations.

Mots clés : précarité, score EPICES, population carcérale, comportements à risque, accès aux soins.