HAL
open science

Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes : enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens

Carole Aiche Djian

To cite this version:

Carole Aiche Djian. Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes : enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01261667

HAL Id: dumas-01261667

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01261667v1

Submitted on 25 Jan 2016

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.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS - UNIVERSITÉ PICARDIE JULES VERNE

ANNÉE 2015 N° 2015 - 151

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

- MENTION MÉDECINE GÉNÉRALE -

Présentée et soutenue publiquement le 14 Octobre 2015

Par **AICHE DJIAN Carole**

Née le 06/10/1985 à Suresnes (92)

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PATIENTS SORTANT DE PRISON PAR LEURS MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens

PRESIDENT DU JURY :	Professeur Cécile MANAOUIL
MEMBRES DU JURY :	Professeur Sandrine CASTELAIN
	Madame Catherine FRANCOIS
	Docteur Maxime GIGNON
	Docteur Océane REGNAUT
DIRECTEUR DE THESE :	Docteur Pierre-Henri DECOURCELLE

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Pour tout le temps qu'elle m'a consacré à distance, sa gentillesse et sa disponibilité en dépit de toutes ses responsabilités, pour ses grandes compétences et sa pertinence qui m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de ce travail, qu'elle trouve dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations,

Qui m'a fait l'honneur, avec une grande amabilité, d'accepter de faire partie de mon jury.

Qu'elle trouve dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame Catherine FRANCOIS,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Virologie),

Qui a très aimablement accepté d'intégrer mon jury de thèse.

Qu'elle trouve dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Maxime GIGNON,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé),

Qui a aimablement consenti à faire partie de mon jury de thèse.

Qu'il trouve dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierre-Henri DECOURCELLE,

Praticien Hospitalier

Médecin responsable de l'unité sanitaire – dispositif de soins somatiques de la maison d'arrêt d'Amiens,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de thèse et de siéger au sein de ce jury.

Pour son accueil chaleureux durant tout un semestre d'internat à la maison d'arrêt d'Amiens, pour sa gentillesse, son écoute, son sens de l'humour salvateur, sa disponibilité et tout le savoir qu'il a consenti à me transmettre avec pédagogie et finesse, qu'il trouve ici l'expression de mon plus profond respect, de toute ma reconnaissance et de mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Océane REGNAUT,

Praticien Hospitalier

(Médecine légale)

Médecin responsable de l'unité sanitaire – dispositif de soins somatiques de la maison d'arrêt d'Amiens,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury.

Pour les matinées de consultations passées ensemble à l'UCSA durant lesquelles j'ai beaucoup appris à son contact, pour son accueil chaleureux, son professionnalisme, son sourire, sa disponibilité, ses précieux conseils et son soutien sans faille, qu'elle trouve dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect et de mes plus sincères remerciements.

A mon merveilleux mari Benjamin, le meilleur des hommes, à qui je dois tous les plus beaux édifices de mon existence, sans qui je ne serais RIEN, et auprès de qui je suis TOUT. Ton aide et ton soutien inconditionnels durant toutes nos études en commun m'ont été plus qu'essentiels, il est évident qu'en ton absence j'aurais mille fois baissé les bras, et cette concrétisation est la nôtre.
Mari en or, papa drôle et aimant, bon fils, bon gendre, homme au grand cœur et médecin de talent, tu es le pilier, le fondement de ma vie entière.
Que notre amour dure une éternité et que nous soyons réunis main dans la main jusqu'à 120 ans au moins, dans la joie, la paix et la satisfaction de nos enfants.

Merci pour tout mon amour, du fond du cœur.

Aux éblouissants soleils de ma vie, mes chers enfants que j'aime par-dessus tout et qui mettent tellement de lumière dans mes jours. A ma passion pour vous qui me fait pousser des ailes. A la fatigue éreintante mais aussi la plus saine et la plus épanouissante, qui est la mienne depuis que je suis mère.

Un seul de vos sourires ou de vos mots doux suffit à faire de moi la femme la plus heureuse au monde. Vous êtes mes chefs-d'œuvre, ma plus belle réussite et mon plus grand bonheur, ma plus grande source d'inspiration et de motivation.
Je vous dédie ce travail et les dix années de galère qui l'ont précédé, mais qui en valaient bien la peine puisqu'elles m'ont menée jusqu'à vous…

Avec mon amour infini de maman.

A mes chers parents, sans l'amour et le soutien indéfectibles desquels je ne serais jamais parvenue jusque là…

A toi maman, pour les oranges pressées (très) matinales, pour les paniers repas des jours de fac, pour les mots d'encouragement cachés sous un livre ou dans un tiroir et dont je peux encore sentir le parfum réconfortant aujourd'hui, pour les trésors de patience et de diplomatie que tu as déployés durant toutes ces années, pour la mère d'exception que tu as toujours été et la grand-mère tant aimée que tu es aussi désormais, pour l'éducation que j'ai reçue et toutes les belles valeurs que tu m'as inculquées, enfin pour tout l'amour, la bonté et la bienveillance dont tu m'as bercée et réchauffée depuis ma plus tendre enfance et qui seront à jamais mon garde-fou… Merci.

A toi papa, pour le service voiturier du matin, pour la fierté élogieuse que j'ai souvent lue dans tes yeux et qui m'interdisait tout découragement, pour ton acharnement à ne pas me laisser perdre cette bataille qui n'était pas gagnée d'avance et ta détermination à croire en moi, pour le modèle de force et de courage que tu as toujours incarné aux yeux de tes enfants et pour ton éternelle joie de vivre que tu nous as communiquée, enfin à toi aussi, pour tout l'amour dont je me suis sentie couvée jusqu'à ce jour et que mes enfants ont aujourd'hui la chance de connaître à leur tour… Merci.

Moi ici aujourd'hui, qui l'eût cru…? Vous.

Votre satisfaction est ma plus belle récompense.

Avec tout mon amour d'enfant et ma reconnaissance d'adulte.

A mes frères adorés, avec qui j'ai partagé tant de moments mémorables qui sont aujourd'hui autant de merveilleux souvenirs…

A toi Stéphane, aussi fin et drôle que talentueux (mais ne va pas prendre la grosse tête), dont la tête est aussi « dure » que le cœur tendre, qui a toujours représenté à mes yeux un modèle de réussite, l'exemple à suivre, et a toujours mené sa barque où il le fallait avec beaucoup de courage et de détermination, forçant le respect et l'admiration de tout son entourage.

A toi Ludo, au formidable sentiment chaque fois que je te vois d'être encore une enfant prête à éclater de rire pour des futilités, à toute la tendresse que tu m'inspires et à l'homme accompli que tu es devenu, à qui je porte une infinie estime et beaucoup d'admiration également.

Comme il est loin le temps des batailles d'eau et de boules de neige dans le jardin, et pourtant il me semble parfois que c'était hier ; aujourd'hui nous voilà grâce à D.ieu mariés, parents, dentiste, pharmaciens et médecin, la vie nous éloigne parfois physiquement, le temps nous manque, les responsabilités nous écrasent, mais nos cœurs je le sais resteront, mes frères, liés à jamais par un amour plus fort que tout.
C'est à vous aussi, à votre confiance en moi, à nos éclats de rire communs, à votre soutien durant ces longues années de labeur, que je dois ma réussite universitaire.
Je vous souhaite, auprès de mes chères belle-sœurs Eve et Fanny qui me sont comme des sœurs, et de mes adorables neveux et nièces, tout le meilleur qui puisse être sur cette terre.

Avec tout mon amour de petite sœur.

A mes beaux-parents, dans la maison desquels je me sens comme chez moi en un peu moins surmenée…

A ma belle-mère Marlène, qui est à la fois une amie de grande valeur sur laquelle on peut toujours compter, une confidente, une copine rigolote avec qui partager des fous rires, une mamie en or pleine de tendresse, de dynamisme et de joie de vivre, mais qui sait aussi se montrer plus sévère lorsqu'il s'agit de sujets aussi importants que celui de passer sa thèse…
A force d'entendre les enfants chanter à tue-tête « la thèse de Carole ! la thèse de Carole ! », magnifique refrain enseigné par tes soins, j'ai fini par céder à l'élan de motivation si difficilement réfréné durant presque 2 ans et nous y voilà…
Tu y es donc pour beaucoup… Merci pour tout, je t'adore et que ça continue ainsi.

A mon beau-père André, dont la sensibilité, la discrétion, l'intelligence, l'humour, en font un homme de grande valeur à mes yeux, et puisque par bien des côtés ton fils te ressemble, merci de lui avoir transmis de si belles qualités.

Pour votre soutien et vos encouragements, pour vos sourires chaleureux, vos repas généreux, pour votre bienveillance, pour l'amour sans bornes dont vous abreuvez mes enfants et qui est à mes yeux bien plus précieux que tout l'or et les diamants qu'on pourrait me donner, pour le fils exceptionnel que vous avez mis au monde et qui fait mon bonheur, et aussi pour tout le reste… Merci.

A ma belle-sœur Alexandra et mon beau-frère Jordan (aussi dit le Doud), avec qui chaque rencontre est aussi une occasion de rire et de partager de beaux moments. Je vous souhaite auprès de vos princesses et toujours réunis, tout le meilleur qui soit sur terre.

A mes chers grands-parents Henriette, Simon, Annie et Albert qui ne sont plus et me manquent tant, qui je le sais auraient été très heureux en ce jour, et le sont certainement de là où ils se trouvent.
Je n'oublierai jamais le jour où, lui annonçant ma réussite inespérée au concours de P1, ma mamie Nana à la santé fragile m'a serrée fort dans ses bras, les larmes aux yeux, en me disant : « Tu m'as guérie ! ».
Tout l'amour et l'attention dont j'ai été l'objet durant ces inoubliables années passées à vos côtés depuis ma plus tendre enfance m'ont insufflé une force et une joie de vivre qui me portent encore jusqu'à présent. Votre souvenir, éternellement source de réconfort et de bénédictions, ne me quittera jamais. Merci de m'avoir tant donné.

Avec tout mon amour, ma tendresse et mon chagrin de petite-fille.

A monsieur le Dr Jean-François CADRANEL, chef du service d'hépato-gastro-entérologie à l'hôpital de Creil, par qui tout a commencé.
Interne de 1er semestre fraichement maman, éprouvée par les longues journées de travail, les courtes nuits de sommeil, les trajets interminables et le manque de son nouveau-né, j'ai cent fois voulu tout arrêter et cent fois vous m'avez ramenée à la raison, me forçant à reprendre courage par votre aide bienveillante. Sans notre rencontre, on ne peut plus providentielle, il est clair que je n'en serais pas là aujourd'hui.
Cinq ans plus tard je vous en suis toujours aussi reconnaissante, et vous souhaite tout le bonheur du monde auprès de votre épouse et de vos chers enfants.

Avec toute ma gratitude et ma plus profonde estime.

A toute l'équipe de l'UCSA de la maison d'arrêt d'Amiens, auprès de qui j'ai passé un formidable et inédit dernier semestre d'internat, et dont l'accueil chaleureux, l'humanité, l'humour, m'ont permis de voir en couleurs ce lieu fermé et parfois bien sombre que constitue une prison.

A Toi à qui je dois tout, à cet incroyable cadeau dont Tu m'as gratifiée et qui s'appelle la vie, à tout l'amour indicible et toute la reconnaissance qui déferlent en moi à Ta simple pensée.
Pour la famille formidable dans laquelle je suis née, pour le mari adorable que j'ai eu le bonheur d'épouser, pour les enfants merveilleux qui m'on été confiés, pour le plus beau métier du monde que j'ai la chance d'exercer, pour les joies mais hélas aussi pour toutes les peines d'une vie, qui bien souvent nous font grandir et nous délivreront un jour tout leur sens, enfin pour toutes les fois où simplement je n'ai pas su Te dire merci… du fond de l'âme que Tu as insufflée en moi, MERCI.

A ces études de médecine…qui m'ont rendue malade !

A ce métier que j'ai choisi lorsque j'avais 3 ans et dont l'appel ne m'a jamais quitté, que l'on embrasse non comme une simple profession mais comme un véritable sacerdoce.

A la force de la volonté qui nous ferait gravir des montagnes.

Enfin, à la vie…qui nous réserve parfois de merveilleuses surprises.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES MATIERES 12
LISTE DES FIGURES 14
ABREVIATIONS 15
INTRODUCTION 16
1) Prise en charge pendant l'incarcération 17
A) Prise en charge somatique : l'UCSA (nouvellement appelée « Unité sanitaire – Dispositif de Soins Somatiques ») 17
B) Prise en charge psychiatrique : le SMPR (nouvellement appelé « Unité sanitaire – Dispositif de Soins Psychiatriques) 18
C) Prise en charge addictologique : une prise en charge commune 19
D) La prise en charge à la sortie de prison 20
2) Les détenus et leurs principales pathologies 21
A) Une population à risque dans un environnement à risque 21
B) Les pathologies mentales en milieu carcéral 22
C) Les troubles de l'addiction en milieu carcéral 23
D) Les MST en milieu carcéral 24
3) La problématique 24
MATERIELS ET METHODES 26
1) Protocole de recherche 27
A) Objectif 27
B) Hypothèse de départ 27
C) Schéma général 27
2) Le questionnaire (Annexe numéro 2) 28
3) L'analyse des données 28
RESULTATS 30
DISCUSSION 35
1) Les limites de l'étude 36
2) Comparaison des résultats de notre étude avec d'autres études 37
3) La relation médecin malade du point de vue des détenus 40
4) La relation médecin malade du point des vue des médecins 42

CONCLUSION 51
BIBLIOGRAPHIE 53
ANNEXES 58
Annexe numéro 1 : Autorisation d'enquête délivrée par la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire au sein de la prison d'Amiens 59
Annexe numéro 2 : Questionnaire soumis aux détenus 60
RESUME ET MOTS-CLEFS 62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Temps de liberté entre les 2 incarcérations
Figure 2 : Nombre de consultations chez le MT entre les 2 incarcérations
Figure 3 : Principales pathologies des détenus
Figure 4 : Types de prises en charge des problèmes addictologiques par le médecin
Figure 5 : Comparaison des motifs d'incarcération de notre étude avec les chiffres officiels des condamnations en France en 2013
Figure 6 : Comparaison des fourchettes d'âge des détenus de notre étude avec les données du Ministère de la Justice sur les détenus en France en 2010
Figure 7 : Comparaison de notre étude et des données récentes du Ministère de la Justice concernant la récidive à 5 ans
Figure 8 : Comparaison de la réactivité du médecin généraliste en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient
Figure 9 : Proportion de médecins prodiguant un soutien psychologique en fonction de la connaissance ou non du passé carcéral de leur patient
Figure 10 : Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST
Figure 11: Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST quand le passé carcéral de son patient est inconnu
Figure 12: Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST quand le passé carcéral de son patient est connu
Figure 13 : Prise en charge addictologique par le médecin en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient
Figure 14 : Types de prise en charge des addictions par le médecin généraliste en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient

ABREVIATIONS

C.C.A.A : Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie

C.S.A.P.A : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

C.S.S.T : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

D.R.E.E.S : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

G.P : General Practitioner

I.F.O.P : Institut Français d'Opinion Publique

I.V.G : Interruption Volontaire de Grossesse

M.S.T : Maladie Sexuellement Transmissible

M.T : Médecin Traitant

S.A.M.U : Service d'Aide Médicale Urgente

S.D.T : Sexual Disease Transmission

S.M.P.R : Service Médico Psychologique Régional

S.P.M.P : Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

S.P.I.P : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

S.P.M.P : Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

T.S.O : Traitement de Substitution aux Opiacés

U.C.S.A : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

V.H.B : Virus de l'Hépatite B

V.H.C : Virus de l'Hépatite C

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1) **Prise en charge pendant l'incarcération**

Au 1er janvier 2015, on pouvait comptabiliser en France 188 établissements pénitentiaires abritant pas moins de 77291 détenus (1).

Cette population carcérale importante constitue une masse d'individus isolée et coupée du reste du monde, mais s'ils ont été condamnés pour des faits parfois très graves, les détenus n'en restent pas moins des hommes et des femmes qui sur le plan de leur santé nécessitent comme tout patient, un suivi médical et parfois des soins.

Dans ce milieu peu commun, très fermé et difficile d'accès que représente la prison, il n'est pas toujours évident de soigner et de guérir, aussi au fil des années ont été mises en place un certain nombre de structures permettant une prise en charge optimale, à défaut d'être parfaite, de cette population particulière.

A) Prise en charge somatique : l'UCSA (nouvellement appelée « Unité sanitaire – Dispositif de Soins Somatiques »)

Jusqu'alors assurée par l'administration pénitentiaire (Ministère de la Justice)(2), la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été confiée au service public hospitalier (Ministère de la Santé) selon la loi du 18 janvier 1994, votée à la suite de rapports parlementaires alertant la population sur la situation sanitaire alarmante dans les prisons (Maladies Sexuellement Transmissibles, problèmes addictologiques, psychiatriques,…), ceci afin de permettre aux patients incarcérés une prise en charge préventive et curative comparable à celle de la population générale.

Les besoins de santé des personnes détenues d'un établissement pénitentiaire sont assurés par un établissement de santé chargé des soins somatiques lui-même rattaché à un centre de santé de référence, l'un et l'autre étant unis par la conclusion d'un protocole déterminant les conditions de fonctionnement de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) au sein de l'établissement pénitentiaire, ainsi que les obligations respectives de chacun des deux établissements.

La prise en charge des patients par les UCSA est pluridisciplinaire ; elle comporte un versant médical incluant des consultations de médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées (gynécologie, ophtalmologie, infectiologie, dermatologie,…) ainsi que l'organisation du traitement des urgences (hospitalisation, consultations ou examens en milieu hospitalier,…).

On y trouve également un important versant paramédical avec des soins infirmiers, de kinésithérapie, la dispensation sur place par l'intermédiaire d'une pharmacie de l'ensemble des médicaments, la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie, un secrétariat médical gérant les consultations et les dossiers médicaux.

Il revient également aux UCSA de préparer le suivi médical qui suivra la détention et de mener des actions de prévention en faveur de la population détenue, population fragile pour laquelle l'accès aux soins n'est pas toujours facile, visant à l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé.

La responsabilité médicale de l'UCSA revient au praticien responsable de l'unité, sous l'autorité médicale duquel est placée l'équipe hospitalière chargée des soins somatiques. Il y exerce une activité régulière de consultations sous l'autorité du département hospitalier auquel l'unité est rattachée.

Différentes consultations sont assurées par le personnel médical de l'UCSA :

- Des consultations de médecine générale, parmi lesquelles des consultations de suivi à la demande de la personne détenue (3), demande adressée par écrit ou à la demande de toute personne agissant dans l'intérêt du détenu (personnel pénitentiaire, famille, visiteurs,…)

- Des consultations spécifiques en milieu pénitentiaire : examen médical d'entrée dans les 48 heures suivant l'incarcération (avec contrôle de l'état vaccinal, mise en place d'un traitement si besoin ou éventuelle continuité des soins, proposition de consultation spécialisée si nécessaire), consultation de sortie, visites au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire (au moins deux fois par semaine pour suivi et continuité des soins, le médecin étant également en moyen de juger la santé du détenu incompatible avec l'isolement ou le maintien en quartier disciplinaire et d'en référer au chef d'établissement pénitentiaire), prise en charge des grévistes de la faim et/ou de la soif (dont le suivi doit faire l'objet d'une surveillance particulière)

Des actions de prévention et de dépistage sont également menées au sein de l'UCSA, parmi lesquelles le dépistage obligatoire de la tuberculose mais aussi le dépistage des principales MST (VIH, VHB, VHC) avec le consentement de la personne détenue.

L'UCSA n'assure pas de continuité de soins, de ce fait en dehors des horaires d'ouverture, le protocole prévoit de joindre le SAMU afin d'évaluer la nécessité d'une prise en charge urgente et d'envoyer au besoin l'intervenant nécessaire.

B) Prise en charge psychiatrique : le SMPR (nouvellement appelé « Unité sanitaire – Dispositif de Soins Psychiatriques)

La prise en charge (2) de la santé mentale des personnes détenues a été confiée au Ministère de la Santé par le biais du service public hospitalier par le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ou SPMP instituant les Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire.

Les dispositifs qui en découlent sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, et ont pour objectif de répondre aux besoins de santé mentale, majeurs en milieu carcéral.

Les SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) (4), actuellement au nombre de 26 sur tout le territoire français, sont situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres de détention et constituent un lieu propice à un premier dépistage d'éventuelles pathologies mentales.

On y trouve principalement des médecins psychiatres, mais aussi du personnel infirmier, des psychologues ainsi que du personnel socio-éducatif (assistants de service social, éducateurs,…) et parfois des kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes ou psychomotriciens.

Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire propose une offre de soins diversifiée : consultations de dépistage des troubles psychiatriques à l'entrée et d'évaluation du risque suicidaire, unité d'hospitalisation, prestations ambulatoires, prises en charge à temps partiel (atelier thérapeutique, hôpital de jour,…)

Ainsi, on peut distinguer 3 niveaux de prise en charge depuis 2010 :

- Le niveau 1 avec des offres de proximité (ateliers, thérapies de groupe, consultations)
- Le niveau 2 avec des prises en charge hospitalières en hôpital de jour
- Le niveau 3 avec hospitalisation complète en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

C) Prise en charge addictologique : une prise en charge commune

La note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 (2) détermine les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance ou une consommation abusive. Il existe également un cahier des charges définissant les rôles respectifs des services sanitaires (principalement UCSA et SMPR, mais également Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) et Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie (CCAA)) et pénitentiaires, dans le cadre de cette prise en charge.

A l'heure actuelle, il existe 17 CSST au sein des établissements pénitentiaires en France.

Les modalités de coordination et d'organisation (5) de cette prise en charge sont à nouveau définies dans l'instruction de 2010 relative à la prise en charge des addictions en détention. (6).

Le grand nombre d'intervenants (7) participant aux soins addictologiques (UCSA, SMPR, CSST mais aussi Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)) permet une prise en

charge optimale mais concourt également souvent à entrainer des difficultés et incohérences découlant de problèmes de communication.

De ce fait et afin de conserver une ligne de conduite cohérente, de nombreux établissements pénitentiaires ont donc désigné un responsable de projet « addictions » faisant partie du personnel sanitaire (le plus souvent une personne exerçant à l'UCSA telle que médecin ou infirmier), ainsi que nous pouvons le voir dans une étude de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies de 2003 (8) où près de 70% des établissements avaient désigné un tel responsable en leur sein.

Lors de la visite médicale obligatoire d'entrée à l'UCSA doit être réalisé un repérage des personnes dépendantes, qui constitue un temps essentiel. Celui-ci passe par le biais d'un questionnaire évoquant notamment les consommations de tabac, d'alcool, de drogues illicites et de produits psychotropes détournés. Ce repérage permet si nécessaire l'orientation vers une consultation d'addictologie afin d'effectuer un bilan et proposer une prise en charge globale, mais également d'organiser un traitement préventif de sevrage en cas de besoin.

Puis la personne détenue doit pouvoir être à tout moment informée (le plus souvent par le SPIP ou les services sanitaires) des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire.

Une fois le diagnostic posé, la définition d'un projet de soins adapté s'impose, intégrant le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, ainsi que le suivi psychologique. Cette prise en charge est assurée au mieux par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, parfois par un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement ou d'un CSAPA de proximité.

Le professionnel référent de cette prise en charge assure une mise en relation avec des partenaires extérieurs afin de favoriser le suivi nécessaire du patient au moment de sa sortie et de l'y préparer.

Enfin, les modalités de cette organisation impliquent une politique de réduction des risques infectieux ainsi que des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

La coordination de l'ensemble des intervenants doit être organisée et lisible.

D) La prise en charge à la sortie de prison

La question de la nécessité d'une préparation puis d'un suivi sanitaire à la sortie des détenus a été soulevée par la loi de janvier 1994 par l'intermédiaire des SPIP, loi qui a ensuite été reprise par de nombreux rapports gouvernementaux.
Elle a préconisé la création d'une couverture universelle pour permettre aux détenus de bénéficier des mêmes droits à la sortie que les autres usagers de santé.

La prise en charge par les SPIP en coordination avec l'UCSA a pour objectif (9) de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle du détenu, d'assurer la continuité de couverture sociale et de préparer la sortie en terme d'hébergement, de travail…

Cette prise en charge peut souffrir de diverses failles, auxquelles contribuent entre autres le non-accès au dossier médical du détenu, des dates de libération imprévisibles (nouvelles peines, sorties anticipées,…) ; ainsi, seules 56% des UCSA disposent de la liste des détenus libérables (10) et seulement 20% fournissent aux détenus une liste de médecins généralistes pour assurer le suivi post-carcéral. La coordination des soins à la sortie constitue l'un des principaux freins à une prise en charge optimale du détenu (8).

La conférence de consensus de 2004, sur la place des traitements de substitution au sein des stratégies thérapeutiques (11) pour les personnes dépendantes aux opiacés préconise de «préparer le relais des soins en ville et la sortie des détenus » afin de prévenir les surdoses pourvoyeuses de mortalité, avec suivi par un addictologue si nécessaire.

La nécessité d'une préparation à la sortie est d'ailleurs un objectif de santé publique, afin que le détenu retrouvant sa liberté puisse bénéficier des contacts et documents indispensables à son suivi médical extérieur (12).

2) Les détenus et leurs principales pathologies

A) Une population à risque dans un environnement à risque

Dans un article de juillet 2013 (13) évoquant la santé des personnes détenues en France et à l'étranger, la population carcérale est présentée comme un groupe vulnérable et possiblement exposé à des risques cumulés : niveau socio-éducatif peu élevé (plus du quart des détenus ont quitté l'école avant d'avoir 16 ans, les trois quarts avant 18 ans (14)), logement précaire (1 détenu sur 5 est sans domicile fixe au moment de l'incarcération (15)) , mauvaise couverture sociale, prévalences et incidences plus élevées pour de nombreuses maladies (infectieuses, psychiatriques et addictologiques essentiellement).
Cet état de fait est fortement ressenti par les détenus eux-mêmes, qui dans une étude de 2011 (16) étaient 32% à considérer leur état de santé comme précaire.

A cela s'ajoute, à l'entrée en détention, un état de santé le plus souvent fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins et d'une prévalence importante de comportements à risque tels que les addictions, l'usage de drogues par voie intra-veineuse, la multiplicité des partenaires sexuels, et s'y ajoutent également des troubles mentaux.
Ces comportements à risque peuvent être en partie expliqués par la moyenne d'âge de la population détenue, plutôt jeune (dans une enquête de 2010 du Ministère de la Justice et des

Libertés, l'âge médian de la population carcérale française était de 32 ans et 46% des personnes incarcérées avaient entre 25 et 40 ans (17)).

Toutes ces difficultés préalables à l'incarcération peuvent être aggravées par des conditions de détention potentiellement pathogènes (18): surpopulation (dans une enquête du Ministère de la Justice et des Libertés de 2014, la densité de population en détention sur l'ensemble de la métropole était de 115% (19)), mauvaises conditions d'hygiène (20), sédentarité, promiscuité au contact d'autres détenus (21) avec augmentation du risque de transmission de maladie contagieuses (tuberculose, grippe…).
L'étude de 2011 (16), dont nous avons déjà parlé ci-dessus, montrait d'ailleurs que les détenus étaient nombreux à considérer que leur état de santé s'était dégradé au cours de l'incarcération.

De plus, on observe un vieillissement de la population carcérale ainsi qu'un allongement des peines, qui sont à l'origine de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques en milieu pénitentiaire.

D'une manière générale, il convient de distinguer 3 types de pathologies plus fréquentes en milieu carcéral : les pathologies mentales, addictives et infectieuses (MST).

B) Les pathologies mentales en milieu carcéral

Une enquête de prévalence (22) sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral a été réalisée en 2004 par les Ministères de la Santé et de la Justice, portant sur 998 détenus.

Cette enquête évaluait la prévalence des principaux troubles psychiatriques dans la population carcérale française. Ainsi, au sein des troubles thymiques, on retrouvait 38% de syndromes dépressifs, 7% de troubles maniaques, 5% de troubles bipolaires, puis concernant les troubles anxieux, il y avait 8% d'attaques de panique et névroses d'angoisse, 17% d'agoraphobies, 9% de névroses obsessionnelles, 30% d'anxiétés généralisées. Enfin, les troubles psychotiques à type de schizophrénie, bouffée délirante aiguë et psychose chronique non schizophrénique, étaient également représentés à hauteur de 23%, là où ce pourcentage n'excède pas 1% dans la population générale française.

Ces données ont été confirmées par l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2001 (4) dans laquelle un détenu sur deux se trouvait avoir des troubles psychiatriques dont un tiers de troubles de la personnalité et 12% de troubles anxieux.
Cette étude a d'ailleurs conclu à la nécessité d'un suivi en SMPR dans 50% des cas.

On note ainsi une surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral, estimée de 5 à 10 fois plus que dans la population générale (13) (que ce soit en France ou à l'étranger).

Cette étude nous permet de comprendre à quel point sont importants les besoins en santé mentale dans l'univers carcéral, et de là la nécessité de structures et prises en charges adaptées

afin que ces possibles troubles déjà présents ne se trouvent aggravés par la détention et ne soient un frein plus tard à la réinsertion.

C) Les troubles de l'addiction en milieu carcéral

Une étude (23) réalisée en mars 2005 par la DREES, portant sur la santé des personnes entrant en prison en 2003, témoignait du fait qu'à leur arrivée près du tiers des détenus présentait un abus de consommation ou une dépendance à au moins une substance psycho-active, plus précisément près de 4 personnes sur 5 déclaraient fumer du tabac quotidiennement et environ une personne sur 7 déclarait consommer plus de 20 cigarettes par jour. Cette prévalence se trouve plus élevée qu'au sein de la population générale et ce quelque soit l'âge, mais environ deux fois plus importante pour les hommes de 18 à 54 ans.

Pour ce qui est de l'alcool, un tiers des détenus en déclarait une consommation excessive. Celle-ci est de nouveau plus élevée que dans la population générale, chez qui elle représentait en 2002, 19% des hommes de 18 à 54 ans.

Ces données sont confirmées par l'enquête de prévalence (22) sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral réalisée pour le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice en 2004, estimant l'abus de consommation ou la dépendance à l'alcool à presque un tiers de la population carcérale masculine française.

Concernant l'usage de drogues illicites (23), une proportion également importante (environ un tiers) d'entrants en déclare une utilisation prolongée et régulière au cours des 12 derniers mois ; il s'agit le plus souvent de cannabis (pour 3 entrants sur 10) dont l'usage tend à se répandre, et de façon plus anecdotique, d'opiacés ou de cocaïne, l'usage de ces derniers étant lui en voie de diminution. De même pour l'usage de drogues par voie intra veineuse, ne concernant en 2003 que 6 % des entrants.

Pour les traitements de substitution, l'enquête PREVACAR (24) de 2010 montrait qu'environ 8% des entrants déclarent en bénéficier.

Elle montre également que les traitements de substitution en milieu pénitentiaire sont dispensés dans 63% des cas par l'UCSA, dans 14% des cas par le secteur psychiatrique et conjointement par les deux structures dans 23% des cas.

On note ainsi également une surreprésentation des addictions dans la population carcérale, ceci étant confirmé dans la littérature à l'échelle internationale (13).

A propos des moyens de prise en charge (25), il est à noter que 85,7% des établissements disposent de consultations pour patients toxicomanes, 77,9% de consultations pour patients alcooliques et seulement 59,3% ont des substituts nicotiniques à disposition.

D) Les MST en milieu carcéral

L'enquête PREVACAR (24) dans son volet prévalence, s'est donnée pour objectif d'évaluer la prévalence des principales MST au sein de la population carcérale. Celle-ci s'est déroulée dans 27 établissements pénitentiaires au sein desquels 2154 numéros d'écrou ont été tirés au sort, parmi lesquels 1861 questionnaires ont pu être exploités.

Ainsi, la prévalence du VHC en prison a été estimée à 4.8% soit 6 fois plus que dans la population générale, au sein de laquelle elle était estimée en 2004 à 0.84% (26).

La prévalence du VIH en prison est estimée à 2% soit 10 fois plus que dans la population générale, où elle était estimée en 2008 à 0.2% (27).

Concernant le VHB, la prévalence à l'arrivée en milieu carcéral a été estimée à 0,4% en 2004 (23) mais avec un taux de vaccination complète à 31,3%. Cette prévalence est estimée dans la population générale à 0,65% (26).

Du point de vue international, cette surreprésentation des MST au sein des populations carcérales est également mise en évidence (13).

Par ailleurs, dans tous les plans récents (24) de lutte contre les hépatites et les toxicomanies (plan national de lutte contre les hépatites, plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies, plan d'actions stratégiques) est d'ailleurs mise en avant la nécessité d'une prise en charge optimale des détenus en terme de dépistage, traitement et suivi.

En outre, cette prédominance est bien sur prise en compte par les UCSA qui, toujours selon l'enquête PREVACAR de 2010, proposent pour 93% d'entre elles un test de dépistage systématique du VIH, du VHB et du VHC à l'entrée.

3) La problématique

Force est de constater que pour beaucoup de détenus entrant en prison, le suivi médical de leurs éventuelles pathologies ou addictions est plus que négligé. Mauvais équilibres diabétiques, hypertensions artérielles non traitées, conduites sexuelles à risque, bilans sanguins de suivi et examens complémentaires récents quasi inexistant.

Pour la population toxicomane, des traitements de substitution absents ou mal gérés, des addictions totalement impulsives et non maitrisées, des syndromes anxieux ou dépressifs non pris en charge chez des sujets émotionnellement fragiles, souvent enclins à la paranoïa ou à la violence.

Pour une grande majorité des détenues femmes, il n'existe aucune prise en charge gynécologique : pas de frottis ni d'examens gynécologiques, pas de dépistage du cancer du

sein pour les tranches d'âge concernées, pas de contraception avec le plus souvent des IVG à répétition ou des grossesses non désirées.

La confrontation de ces patients à risque à l'environnement qui les attend en détention est très souvent délétère. Mais il n'en reste pas moins qu'au sein de la prison, ils se trouvent pris en charge tant sur le plan médical que psychologique au moyen de nombreuses structures adaptées, où le rôle de chaque professionnel est défini, les délais d'intervention raisonnables et l'offre de soins en adéquation avec les besoins.

Cependant, qu'advient-il de la santé de ces patients au jour de leur remise en liberté ? (Ce relais de prise en charge en sortie d'incarcération est d'ailleurs mis en avant dans de nombreux rapports gouvernementaux (Plan national de lutte contre les hépatites B et C de 2012 par le Ministère de la Santé et des Sports, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives de 2015 par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, (28) (29)) notamment au sujet des détenus avec morbidités telles qu'addictions ou IST, ces dernières populations étant particulièrement à risque.
Ces difficultés sont largement ressenties par les unités impliquées (25) dans la prise en charge addictologique des détenus, puisque 73 % pensent que la sortie constitue un moment problématique).

Est-il pour ces « nouveaux anciens détenus » toujours possible de se faire soigner, l'accès aux soins, aux consultations de médecine générale, leur reste-t-il toujours possible ? Ne négligent-ils pas d'eux-mêmes leur suivi médical ? Ou bien n'y a-t-il pas du côté des médecins de ville un désintérêt pour la prise en charge médicale de cette population ?

De toutes ces interrogations sont nées l'idée et l'envie de mener une enquête au cœur de cette population souvent isolée et mal considérée, au sein même d'une UCSA, parmi des détenus récidivistes afin de pouvoir les interroger sur la période passée en liberté depuis la précédente incarcération, mais également parce que la population récidiviste est, de par ses passages répétés en milieu carcéral ainsi que son mode de vie plus instable, particulièrement à risque (il est à noter que le problème de la récidive touche environ la moitié des détenus : selon un bulletin d'information statistique de 2014 du Ministère de la Justice, 45% des condamnés de 2004 ont récidivé entre 2004 et 2011 (30) et ce pourcentage peut même atteindre les 50% avec 10 années de recul (31)).

Ce travail a donc pour but de mettre en lumière les éventuelles carences et failles de la prise en charge médicale de ville du patient sortant de prison par son médecin généraliste. Nous réfléchirons d'autre part à ce qui pourrait constituer les points forts de cette prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

1) **Protocole de recherche**

A) Objectif

Les personnes détenues en prison constituent une population isolée, d'ordinaire peu compliante au soin.

Afin de mener au mieux notre étude, nous nous sommes intéressés à une population d'individus récidivistes, en effet l'objet de notre travail était d'évaluer la prise en charge médicale par le médecin généraliste des patients sortant de prison, or cela impliquait de proposer notre questionnaire à des détenus ayant passé un certain laps de temps en liberté. L'évaluation de cette prise en charge porte sur différents critères et vise à en déterminer la qualité ainsi que le degré d'implication du médecin traitant auprès de son patient ex-détenu.

B) Hypothèse de départ

Notre hypothèse de départ était que la prise en charge médicale des patients sortant de prison souffrait de carences et de failles dans de nombreux domaines.

C) Schéma général

Les patients ont été interrogés de façon prospective par questionnaires présentés et remplis par moi-même au cours d'entretiens à l'UCSA de la maison d'arrêt d'Amiens (établissement comportant 453 personnes écrouées au 1er novembre 2014 (19) constituant une surpopulation carcérale avec une densité de 147%) avec la collaboration du personnel du service.

Les critères d'inclusion étaient : patients récidivistes.

L'étude a donc été réalisée au sein de l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la prison d'Amiens.
Les demandes de consultation sont le plus souvent motivées par une lettre écrite par le patient et remise au médecin par le personnel pénitentiaire ou paramédical.

L'enquête a été menée au mois d'octobre 2014.

Les entretiens consistaient tout d'abord en une brève présentation de mon étude aux patients dans une salle de consultation, puis au recueil de leur consentement oral d'y participer.

Je demandais avant toute chose aux patients interrogés s'ils avaient à l'extérieur un médecin traitant généraliste qu'ils consultaient régulièrement, suite à quoi le reste du questionnaire était posé ou non.

À la fin de l'étude, tous les questionnaires ont été regroupés, triés et classés en vue de procéder à l'analyse des données.

2) **<u>Le questionnaire</u> (Annexe numéro 2)**

Notre questionnaire soulevait différentes questions, à commencer par les critères socio-démographiques tels que l'âge et le sexe du patient, qui étaient relevés au tout début du questionnaire à des fins statistiques.

Venaient ensuite les caractéristiques de la relation avec le médecin traitant généraliste ; nous voulions savoir quelles étaient la régularité et la fréquence des consultations, comment étaient gérées les urgences médicales, s'il existait une relation de confiance suffisamment forte entre le patient et son médecin pour qu'il ait partagé avec lui l'histoire de son passé carcéral (donnée qui nous permettra également d'établir un éventuel lien entre le fait pour le médecin de savoir que le patient a fait de la prison et le fait de mieux/moins bien le prendre en charge sur le plan médical).

Les patients étaient également interrogés sur leurs antécédents et leurs éventuels problèmes de santé chronique ; en effet, il était important de noter quelles étaient les raisons qui les avaient amenés à consulter.

Par la suite étaient analysées 3 thématiques que nous avions jugées pertinentes au vu de leur fréquence élevée au sein de la population carcérale, ces mêmes points ayant d'ailleurs été choisis par l'INVS en 2013 (13) pour en faire une revue de littérature qui concernait les problèmes de santé retrouvés chez les détenus :

- L'attitude du médecin généraliste vis-à-vis des MST : nous voulions savoir si le travail de prévention et de dépistage avait été fait correctement par le médecin généraliste, d'autant plus qu'ils étaient au courant du passé carcéral de leur patient.
- L'attitude du médecin généraliste vis-à-vis des problèmes psychologiques : nous voulions savoir si le médecin accordait suffisamment de temps d'écoute à son patient pour l'aider dans ses éventuels soucis, les anciens détenus étant souvent fragiles sur le plan psychologique et leur réinsertion dans le monde extérieur soulevant à coup sûr beaucoup de doutes et d'interrogations.
- L'attitude du médecin généraliste vis-à-vis des problèmes addictologiques : les problèmes d'addiction étant fréquents au sein de la population carcérale, nous avons jugé utile d'en évaluer la prise en charge et le suivi par le médecin traitant.

3) **<u>L'analyse des données</u>**

Les informations recueillies ont été numérisées sous forme de questionnaire-réponse électronique à l'aide du logiciel EPI info 7.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de ce même logiciel et du site internet BiostaTGV.

RESULTATS

• **Données générales sur les questionnaires** : 43 questionnaires ont été recueillis, et 100% de ces questionnaires ont été remplis de façon correcte.

• **Existence d'un médecin traitant généraliste** : les patients consultant occasionnellement ou régulièrement un médecin traitant généraliste représentaient 70% de l'effectif soit 30 questionnaires qui ont été inclus dans l'étude.

• **Sexe** : 100% des patients interrogés étaient des hommes.

• **Âge** : l'âge moyen était de 32 ans avec une médiane à 30 ans.

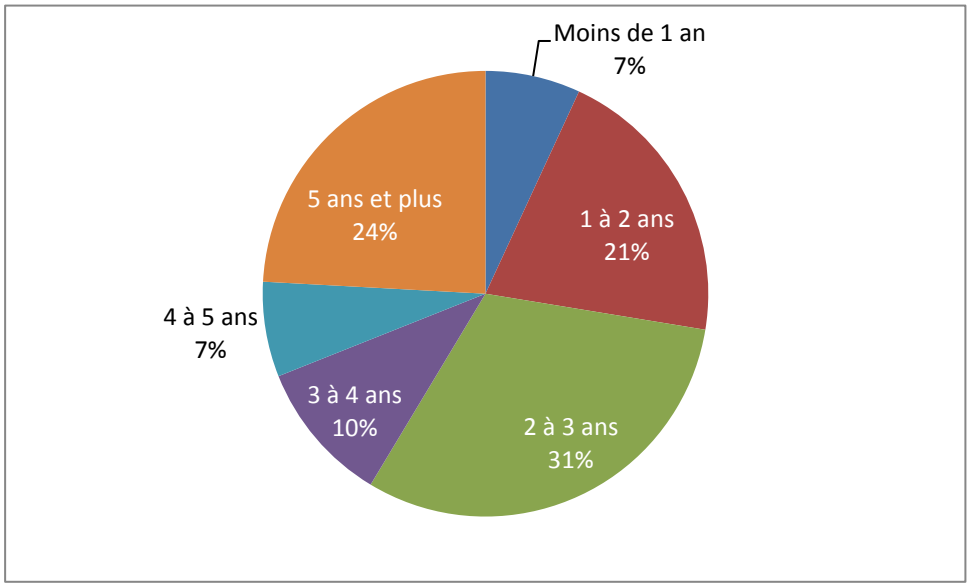
• **Motif de l'incarcération actuelle** :

Les principaux motifs étaient : vol (33%), violences (30%) et trafic de stupéfiants (13%).

Les autres motifs étaient : conduite sans permis (7%), dégradation (7%), séquestration (7%), viol (3%).

• **Intervalle de temps entre les 2 incarcérations** :

Figure 1 : Temps de liberté entre les 2 incarcérations

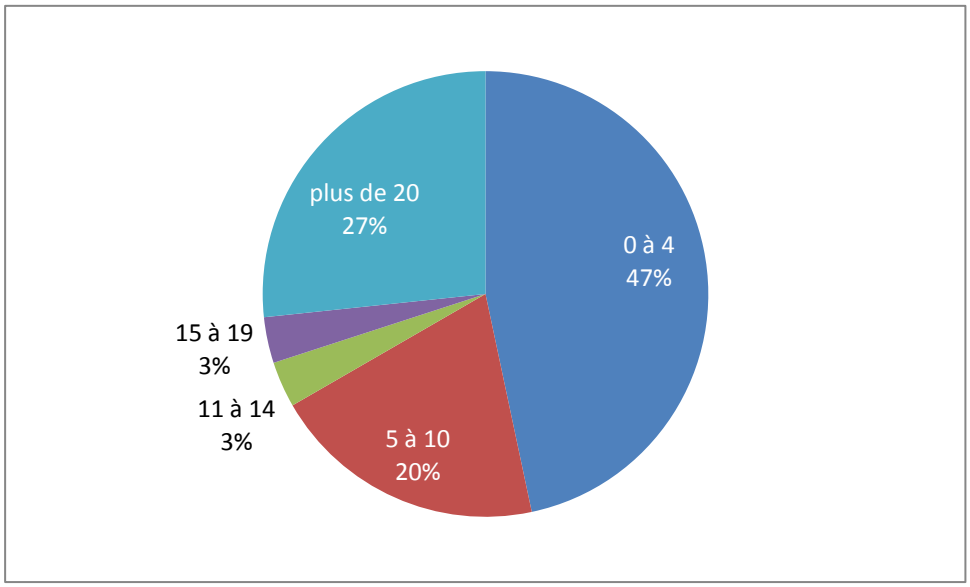


La dernière incarcération remontait à moins de 1 an pour 7% des détenus, de 1 à 2 ans pour 21%, de 2 à 3 ans pour 31%, de 3 à 4 ans pour 10%, de 4 à 5 ans pour 7% et de 5 ans et plus pour 24% des détenus.

• **Nombre de consultations chez le médecin généraliste depuis le dernier passage en maison d'arrêt** :

Le nombre de visites moyen s'établit à 13, la médiane est à 8.

Figure 2 : Nombre de consultations chez le MT entre les 2 incarcérations



La majorité des détenus (47%) ont consulté de 0 à 4 fois leur médecin traitant depuis la dernière incarcération, 20% l'ont fait 5 à 10 fois, et 27% plus de 20 fois.

• **Connaissance par le médecin traitant du passé carcéral :**

Pour 67% des détenus, le médecin traitant était au courant de leur dernière incarcération et donc du fait qu'ils sortaient de prison.

• **Motif de la méconnaissance par le médecin traitant du passé carcéral** :

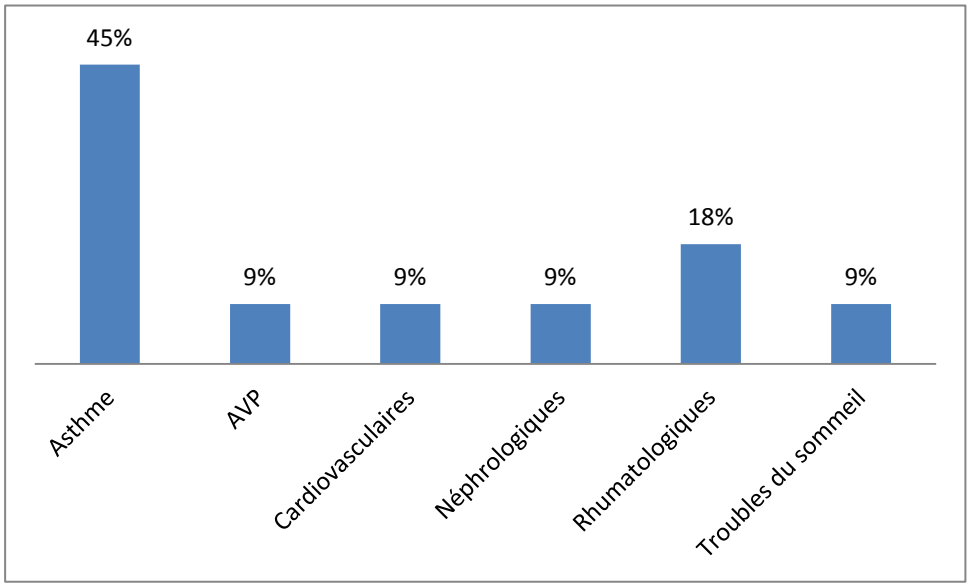
Sur les 33% de détenus de notre étude qui n'ont pas informé leur médecin traitant du fait qu'ils sortaient de prison, 50% n'ont pas eu envie de le lui annoncer, 30% ne voyaient pas l'intérêt qu'il le sache, et 20% ne l'ont pas fait car le médecin n'avait « pas posé la question ».

• **Présence de problèmes de santé** : 37% des détenus interrogés ont déclaré avoir des problèmes de santé.

• **Types de problèmes de santé s'il y en avait :**

L'asthme était évoqué par 45% des personnes interrogées, les problèmes rhumatologiques par 18%.
De façon plus marginale (9% pour chaque type de problème), on retrouvait les accidents de la voie publique, les problèmes cardiovasculaires, les problèmes néphrologiques et les troubles du sommeil.

Figure 3 : Principales pathologies des détenus



• **Suivi et renouvellement des traitements par le médecin traitant pour les patients ayant des problèmes de santé** : Le médecin traitant assure le suivi et les renouvellements dans 91% des cas.

• **Appel du médecin traitant en cas d'urgence** : Les patients ont répondu par l'affirmative dans 60% des cas.

• **Aptitude du médecin à recevoir rapidement le patient ou à lui donner des conseils téléphoniques en cas d'urgence** : Les patients ont répondu par l'affirmative dans 94% des cas.

• **Conseils de prévention des maladies sexuellement transmissibles donnés par le médecin traitant** : Les patients ont répondu par l'affirmative dans 53% des cas.

• **Prescription par le médecin traitant d'un bilan de dépistage des maladies sexuellement transmissibles** : Les patients ont répondu par l'affirmative dans 40% des cas.

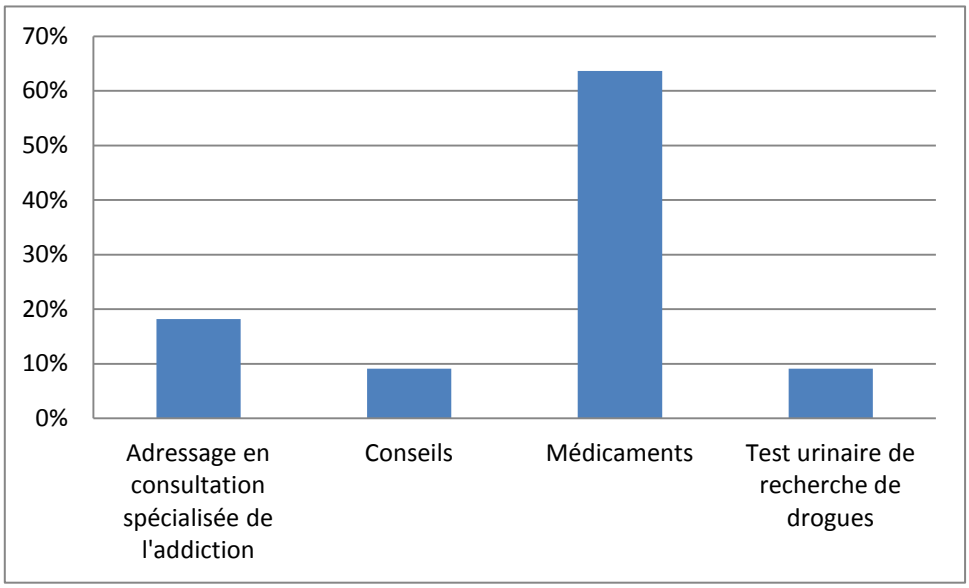
• **Ecoute et soutien psychologique de la part du médecin traitant** : 77% des individus interrogés se sentaient soutenus par leur médecin traitant en cas de besoin.

• **Présence de problèmes d'addiction (alcool ou drogues)** : 53% des individus interrogés étaient confrontés à des problèmes d'addiction.

• **Aide du médecin traitant à gérer les problèmes d'addiction** : pour 69% des patients interrogés, le médecin traitant les a effectivement aidés à gérer ce souci.

• **Types d'aides proposés pour les problèmes d'addiction** :

Figure 4 : Types de prises en charge des problèmes addictologiques par le médecin



64% des patients soutenus par leur médecin traitant dans leurs problèmes addictologiques ont bénéficié d'une prescription de médicaments, 18% d'entre eux ont été adressés en consultation spécialisée d'addictologie, 9% ont bénéficié de conseils sur le sujet et 9% ont subi des tests urinaires de détection de drogues.

DISCUSSION

1) Les limites de l'étude

Tout d'abord, la population d'étude se trouvait assez restreinte (43 questionnaires), du fait des contraintes imposées par la particularité du secteur pénitentiaire : horaires de consultations strictes et limitées, conditions d'enquête peu communes et parfois difficiles, indisponibilité de certains détenus du fait de leurs activités (parloirs, repas, promenades, travail,…)

Par ailleurs, la population d'étude était non représentative puisque non tirée au sort ; en effet, les détenus récidivistes étaient choisis et amenés à l'UCSA au fur et à mesure par le surveillant pénitentiaire du service, pour des raisons de faisabilité technique, de ce fait nous pouvons constater que seuls des hommes ont été interrogés pour aller à la simplicité et ne pas compliquer davantage les conditions de l'enquête (le quartier femmes étant entre autres plus loin et plus difficile d'accès), de façon identique les détenus qui travaillaient au sein de la prison n'étaient pas disponibles et n'ont pu être interrogés, de même que les détenus en isolement ou placés en quartier disciplinaire.
Il est regrettable que des femmes n'aient pas pu être interrogées, car elles présentent à bien des égards autant de facteurs de risque (32) que les hommes et même, nous pouvons voir dans l'enquête de la DREES (23) de 2004 qu'en milieu carcéral, celles-ci présentent un état de santé généralement moins bon que celui des hommes, avec davantage de comorbidités, d'addictions et une plus grande nécessité de suivi psychiatrique.

Nous pouvons également relever le fait que le temps d'enquête était limité et le rythme des entretiens assez rapide afin de ne pas perturber l'organisation du système pénitentiaire.

En outre, le choix d'un questionnaire de type quantitatif a pu limiter les conclusions de notre étude en terme de vécu et de ressenti de la qualité d'une relation parfois complexe et souvent plus profonde qu'il n'y parait pour n'être jugée que sur des chiffres ; un questionnaire de type qualitatif aurait peut-être permis d'accéder plus facilement ou du moins plus finement aux conclusions de l'enquête.

D'autre part, il existait également un biais de compréhension du questionnaire de la part du patient interrogé, lié à différents facteurs parmi lesquels un niveau socio-culturel souvent peu élevé, ainsi qu'un biais de langage pour ceux dont le français n'était pas la langue maternelle.

Il existait aussi nécessairement un biais d'oubli venant du patient, le questionnaire portant sur la qualité d'une relation médecin/malade qui ne datait pas forcément d'hier ; il existait un risque que le patient ait pu oublier certains points de consultations avec son médecin généraliste ou en négliger le déroulement.

On pouvait également évoquer un biais d'idéalisation et de fantasmatisation de la part de patients privés de liberté, se trouvant dans des conditions de vie difficiles, dont la vie

relationnelle est le plus souvent appauvrie par un manque de liens affectifs, d'échange et de communication ; l'enthousiasme d'un intérêt soudain porté à leur personne mêlé au souvenir d'une vie extérieure le plus souvent idéalisée aurait pu amener certains à fantasmer sur la qualité d'une relation médecin/malade qui n'a jamais existé et à déformer quelque peu la réalité.

Enfin, on pouvait considérer que les troubles psychiatriques que l'on rencontre de façon plus fréquente chez le patient détenu que dans la population générale, auraient pu amener certains patients à ne pas répondre aux questions de la façon la plus objective qui soit.

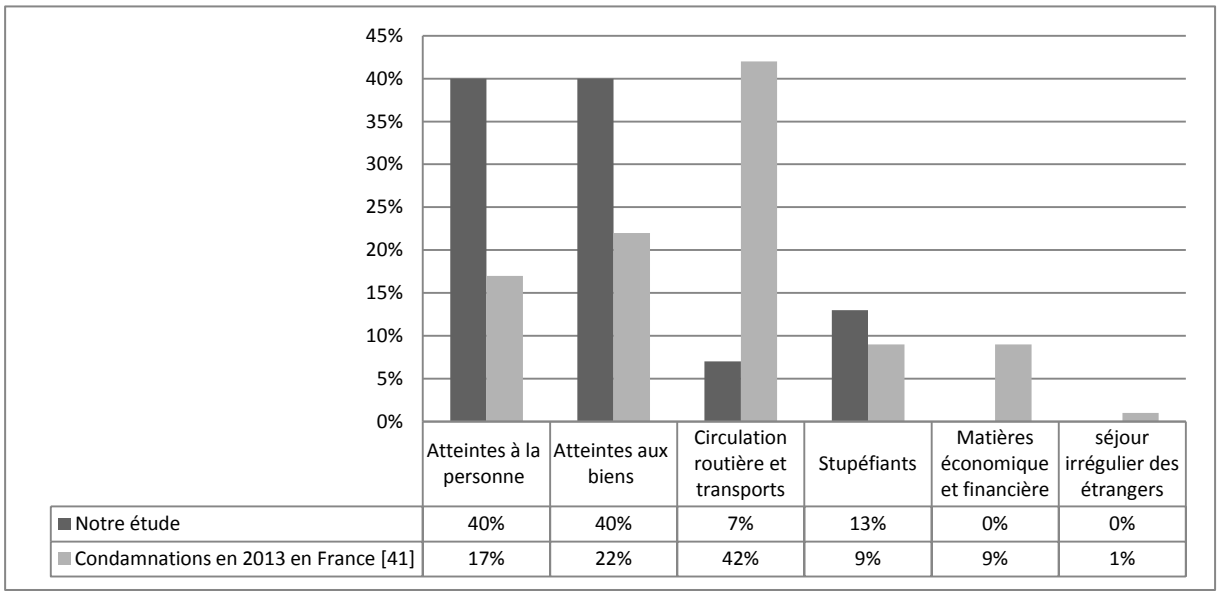
2) Comparaison des résultats de notre étude avec d'autres études

Concernant le sexe des détenus de notre étude, 100% des individus interrogés étaient des hommes, cependant les chiffres officiels du Ministère de la Justice de 2014 (19) étaient de 96,4% d'hommes dans les prisons sur l'ensemble de la France (Métropolitaine et Outre Mer).

Néanmoins, cette donnée était, comme nous l'avions déjà dit, biaisée par le fait que les individus interrogés ont été choisis de façon aléatoire et ramenés à l'UCSA par le surveillant pénitentiaire du service, qui pour des raisons pratiques n'a pu sélectionner que des hommes, ces derniers étant très largement majoritaires au sein de la maison d'arrêt et l'UCSA se trouvant de plus dans le bâtiment du quartier hommes.

Dans notre questionnaire, nous demandions à la personne interrogée quel était le motif de son incarcération actuelle. De là, nous avons voulu comparer les principaux motifs d'incarcération des détenus ayant participé à notre étude avec les données officielles du Ministère de la Justice datant de 2013 qui concernaient toutes les personnes incarcérées en milieu fermé (33).

Figure 5 : Comparaison des motifs d'incarcération de notre étude avec les chiffres officiels des condamnations en France en 2013



	Atteintes à la personne	Atteintes aux biens	Circulation routière et transports	Stupéfiants	Matières économique et financière	séjour irrégulier des étrangers
Notre étude	40%	40%	7%	13%	0%	0%
Condamnations en 2013 en France [41]	17%	22%	42%	9%	9%	1%

(À noter que les atteintes à la personne comprennent les violences, séquestrations et viols, et que les atteintes aux biens comprennent les vols et dégradations)

Le test statistique de Fisher appliqué à ces résultats montre une différence significative ($p<0.05$) de répartition des motifs d'incarcération entre les patients de notre étude et les chiffres officiels.

Nous pouvons voir en effet que dans notre étude, les atteintes à la personne ainsi que les atteintes aux biens sont deux fois plus importantes que dans les chiffres officiels des condamnations en France en 2013.

Inversement, les incarcérations liées aux délits de la circulation routière et des transports se trouvent être 6 fois moins importants dans notre étude.

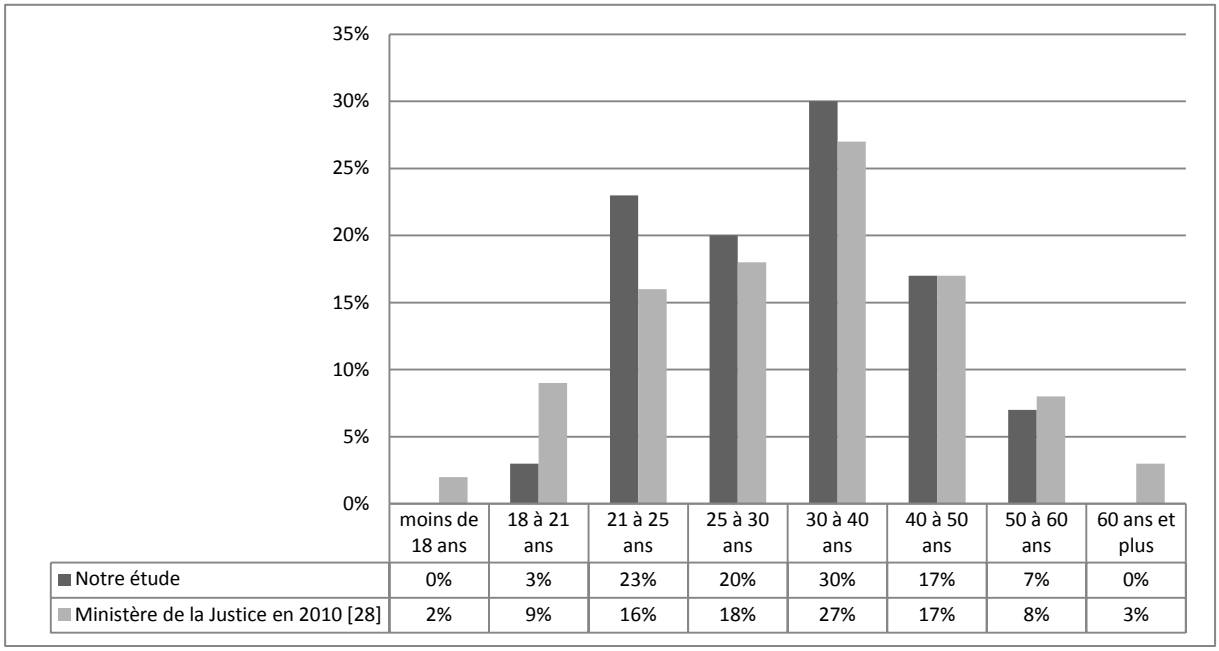
A noter qu'aucune condamnation pour matières économique et financière ainsi que pour séjour irrégulier des étrangers n'a été recensée dans notre étude.

La principale explication de ces différences repose sur le fait que, contrairement à notre étude menée exclusivement en maison d'arrêt, les études du Ministère de la Justice regroupent toutes les personnes incarcérées en milieu fermé, que ce soit en maisons d'arrêt (recevant des prévenus en attente de procès ainsi que des détenus condamnés à une peine d'emprisonnement inférieure à deux ans), ou en établissements pour peine (incluant les centres de détention, les maisons centrales, les centres de semi-liberté et les centres pénitentiaires) recevant des détenus condamnés à de longues peines d'au moins deux années.

Ainsi les détenus en maisons d'arrêt ne représentent que 25% de l'effectif total des personnes incarcérées en milieu fermé (19), ce qui permettrait d'expliquer les variations statistiquement significatives entre les deux effectifs.

Nous avons également comparé les âges des patients interrogés avec les statistiques officielles du Ministère de la Justice en 2010 (17).

Figure 6 : Comparaison des fourchettes d'âge des détenus de notre étude avec les données du Ministère de la Justice sur les détenus en France en 2010



	moins de 18 ans	18 à 21 ans	21 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 ans et plus
Notre étude	0%	3%	23%	20%	30%	17%	7%	0%
Ministère de la Justice en 2010 [28]	2%	9%	16%	18%	27%	17%	8%	3%

Nous pouvons voir ainsi qu'à l'exception des âges extrêmes, les répartitions ont tendance à se suivre.

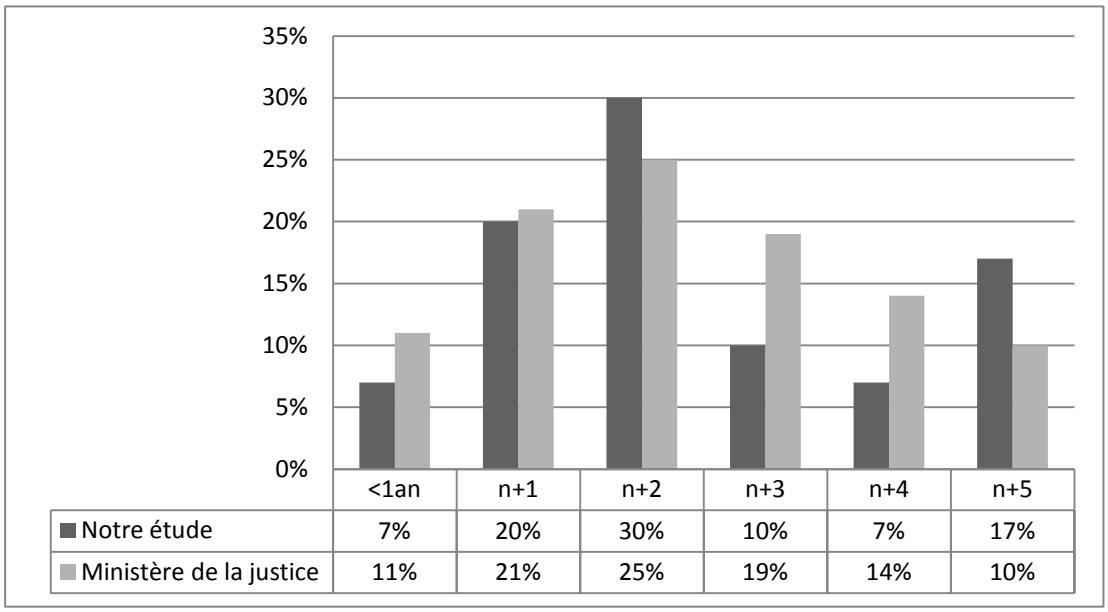
Le test de Fisher ne montre d'ailleurs pas de différence significative ($p>0.05$) entre les 2 échantillons.

Concernant l'âge médian, il s'établit à 30 ans dans notre étude et 32 ans dans les statistiques officielles.

Nous interrogions également les détenus sur la période de leur précédente incarcération, à la suite de quoi nous pouvions déterminer un taux de récidives sur 1 à 5 ans.

Nous avons comparé le taux de récidives à 5 ans de notre étude aux taux de récidives évalués par le Ministère de la Justice (31).

Figure 7 : Comparaison de notre étude et des données récentes du Ministère de la Justice concernant la récidive à 5 ans



	<1an	n+1	n+2	n+3	n+4	n+5
Notre étude	7%	20%	30%	10%	7%	17%
Ministère de la justice	11%	21%	25%	19%	14%	10%

Le test de Fisher confirme qu'il n'y a pas de différence significative ($p>0.05$) entre les 2 échantillons, ils sont donc comparables du point de vue répartition par année.

A propos des maladies chroniques déclarées par les patients, nous avons pu voir qu'il s'agissait principalement d'asthme (18%) suivi de maladies cardiovasculaires, rénales et rhumatologiques (9%).
Une méta-analyse réalisée par l'INVS en 2013 (13) montrait que l'asthme représentait 8 à 12% de prévalence en milieu carcéral, la DREES (23) a en 2004 estimé sa prévalence à 4,4%.

Du point de vue international, l'asthme représentait de 5,3 à 21,6% de prévalence en milieu carcéral (13).

Les maladies cardiovasculaires représentaient 9% des maladies chroniques de notre étude, ce résultat se situe dans la fourchette des estimations internationales (13) allant de 2% en France à 14% aux Etats-Unis.

Concernant les problèmes rhumatologiques, dans la littérature (13) ces pathologies en milieu carcéral sont estimées au niveau international à une fourchette allant de 3,5 à 13,5%, avec laquelle le résultat de notre étude est donc bien compatible.

3) <u>La relation médecin malade du point de vue des détenus</u>

Dans notre questionnaire, nous abordions le sujet de la fréquence des visites chez le médecin traitant ; nous avons pu en définir une moyenne au sein de notre population de patients récidivistes, en considérant la période de la précédente incarcération corrélée au nombre de

visites médicales estimé par le patient depuis celle-ci ; ainsi nous arrivons à une moyenne de 2.1 visites chez le médecin généraliste par an.

Or, dans une enquête publiée par l'IFOP (34) en 2013, nous voyons qu'en France cette même année, le nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste au sein d'un échantillon de personnes représentatif de la population française s'élevait à 4,3 consultations par an.

Les patients de notre étude sont donc deux fois moins consommateurs de consultations de médecine générale que la population générale française, et ce bien qu'il s'agisse d'une population à fort taux de morbidités (IST, problèmes psychiatriques,…). Cette marginalisation de la population carcérale en terme de consommation de soins est également mise en évidence dans l'étude de la DREES (23) où seulement 50% des entrants avaient consulté leur médecin généraliste dans l'année précédant l'incarcération, contre 70% des personnes au sein de la population générale.

Dans un second temps, nous avons voulu savoir si les médecins traitants de notre population de détenus étaient au courant du passé carcéral de leurs patients, ce afin d'évaluer entre autres la confiance portée au médecin par son patient. Dans 67% des cas, le médecin avait effectivement été mis au courant de ce fait par son patient. Cela dénote d'une certaine relation de confiance entre le médecin et le détenu, qui n'hésite pas à dévoiler une partie souvent refoulée et honteuse de son existence.

Nous avons mis ces résultats en balance avec une étude de l'Ipsos de 2007 (35), qui estime que 78% de la population française a le sentiment de pouvoir aborder des sujets intimes et confidentiels avec son médecin traitant. Les résultats de notre étude, relativement similaires, se trouvent donc confirmés par celle-ci.

Du point de vue des UCSA, une enquête nationale (36) de pratiques de 2006 montrait qu'une lettre était adressée au médecin traitant du détenu de façon systématique dans 31% des cas, au cas par cas dans 33% des cas, souvent dans 26% des cas et jamais dans 10% des cas.
Nous voyons de cela que la communication entre les services médicaux du milieu pénitentiaire et ceux du milieu général n'a pas toujours un caractère systématique, ce qui implique que les médecins traitants de ville devront bien souvent compter sur leurs patients anciens détenus pour obtenir des informations parfois importantes.

C'est d'ailleurs, selon cette étude, une piste d'amélioration de la prise en charge à la sortie de prison que de transmettre le dossier médical du détenu à son médecin traitant, principal pivot des soins en France.

Il faut par ailleurs rappeler que la communication du dossier médical par le médecin de l'UCSA au médecin traitant du patient détenu est régie par le code de Santé Publique (37) comme c'est le cas en dehors de prison (2), impliquant un respect strict du code de déontologie et donc du secret médical.
De ce fait, le transfert du dossier médical ou d'un simple courrier médical concernant le séjour en prison devrait obligatoirement être accompagné d'un accord préalable du patient, en

totalité ou en partie seulement pour certaines pathologies. Le dossier médical pourrait alors être remis au détenu ou directement transmis au médecin traitant.

La continuité du suivi médical va de paire avec une continuité de couverture sociale à la sortie, celle-ci constituant un élément-clef d'une réinsertion réussie (37).
La prise en charge sanitaire des patients détenus pendant et après leur incarcération repose (2) sur le droit qu'est leur affiliation au régime général d'assurance maladie dès le début de l'incarcération (selon l'article L 381-30 du Code de la Sécurité Sociale) afin de permettre une continuité des soins à la sortie.
Durant l'incarcération, les patients détenus sont pris en charge de façon complémentaire (38) par l'assurance maladie et par l'établissement pénitentiaire.
Avant la sortie de prison, un diagnostic social doit être réalisé afin d'anticiper la prise en charge post-incarcération.
Cela peut se faire au travers de la Couverture Maladie Universelle, d'une déclaration d'Affection de Longue Durée en cas de maladie chronique ou d'une Aide Médicale d'Etat en cas de situation irrégulière. Ces demandes sont faites essentiellement par les SPIP.

Pour ce qui est du renouvellement des traitements et du suivi médical pour les patients ayant des problèmes de santé chroniques, notre étude montre que ceci est assuré par le médecin traitant dans 91% des cas, ce qui témoigne d'une véritable confiance accordée au médecin généraliste qui est un interlocuteur et praticien de choix après la sortie d'incarcération.

Enfin, les patients de notre étude déclarent faire appel au médecin traitant en cas d'urgence dans 60% des cas ; il est nécessaire de distinguer les urgences relatives et absolues, néanmoins tous les patients connaissent les services d'urgences hospitalières et si 60% d'entre eux pensent malgré tout à consulter leur médecin traitant dans ce genre de situations cela témoigne encore une fois d'une véritable confiance en le médecin traitant, en sa disponibilité et en ses compétences.

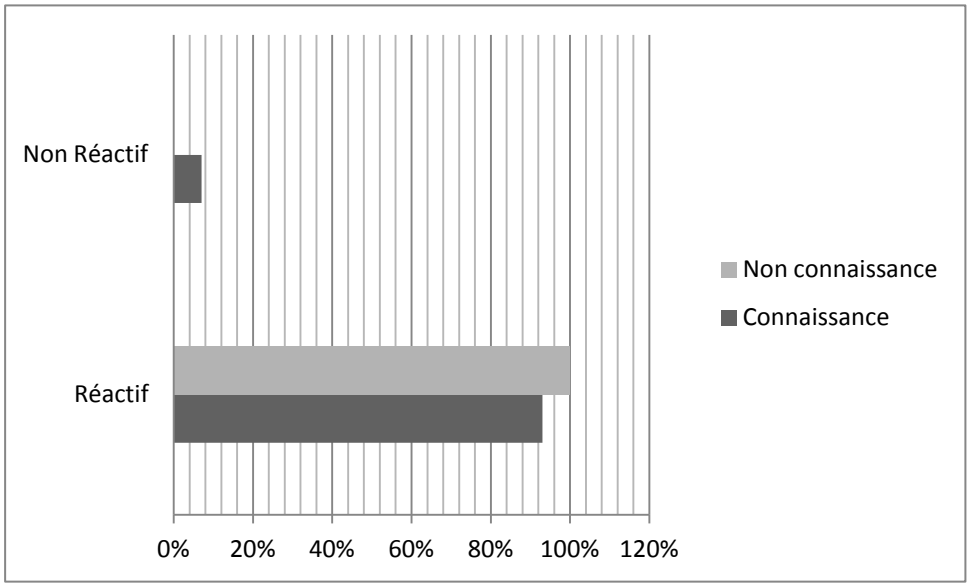
En outre, dans une étude de 2003 (20), on pouvait constater une surmortalité significative chez les sortants de prison par rapport à la population générale, avec un taux de mortalité standardisé toutes causes confondues d'environ 3 fois supérieur; il s'agit donc à l'évidence, à la sortie de prison, d'une population à fort risque médical, et c'est aussi en cela que la présence, la disponibilité du médecin traitant, ainsi que la confiance qu'on lui porte et l'aptitude à le consulter en cas de besoin, constitueront un garde-corps et un moyen de protection important de la santé fragile des anciens détenus.

4) <u>La relation médecin malade du point des vue des médecins</u>

Afin d'évaluer la réactivité des médecins traitants face à l'urgence médicale du patient anciennement détenu, nous avons interrogé ces derniers sur l'aptitude de leur médecin généraliste à leur délivrer des conseils téléphoniques ou à leur fixer rapidement un rendez-vous de consultation. Les résultats portant sur cette question étaient excellents, puisque dans 94% des cas le médecin traitant a pris très au sérieux la plainte de son patient et s'est montré extrêmement réactif.

Nous avons voulu corréler ces résultats au fait pour le médecin traitant d'avoir ou non connaissance du passé carcéral de son patient, afin d'estimer si éventuellement la connaissance de cette notion rendait le médecin plus réactif à l'urgence ou au contraire, le poussait à être moins précautionneux.

Figure 8 : Comparaison de la réactivité du médecin généraliste en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient

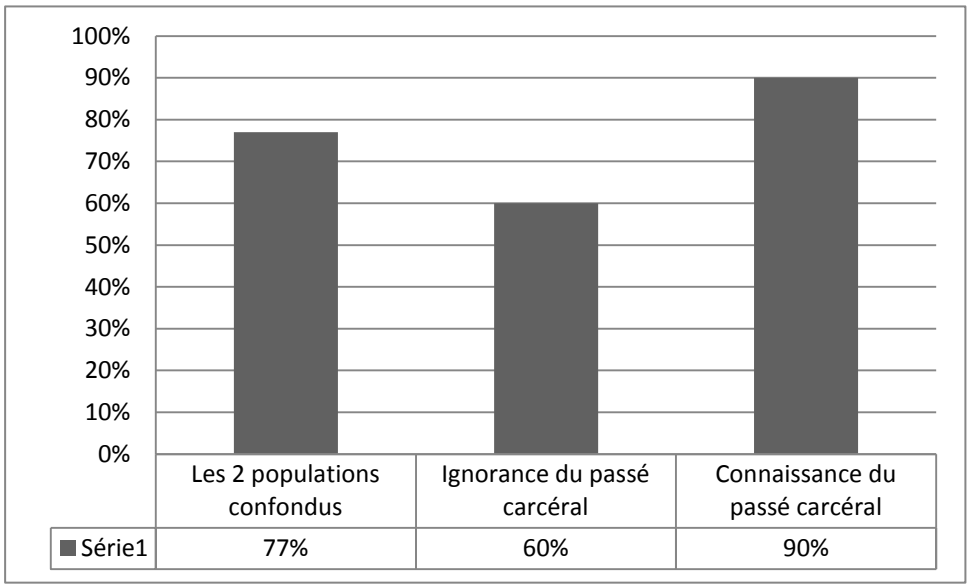


Nous voyons ici que les résultats semblent similaires, que le médecin ait ou non connaissance de l'histoire carcérale de son patient. Il est cependant difficile de conclure quoi que ce soit sur la base de ces pourcentages, du fait de la faiblesse du nombre de répondants (seuls 60% de la population d'étude faisant d'emblée appel au médecin généraliste en cas d'urgence).

A la question de savoir si le médecin traitant accordait au patient une écoute et un soutien psychologique en cas de besoin, dans 77% des cas le patient se montrait satisfait de l'attitude de son médecin, soucieux du bien-être de son patient et prenant ses soucis au sérieux.

En corrélant ces derniers résultats au fait pour le médecin généraliste d'avoir connaissance ou non du passé carcéral de son patient, on obtenait les données suivantes:

Figure 9 : Proportion de médecins prodiguant un soutien psychologique en fonction de la connaissance ou non du passé carcéral de leur patient



On découvre ainsi que les médecins traitants assuraient davantage d'écoute et de soutien psychologique aux patients dont le statut d'anciens détenus leur était connu.

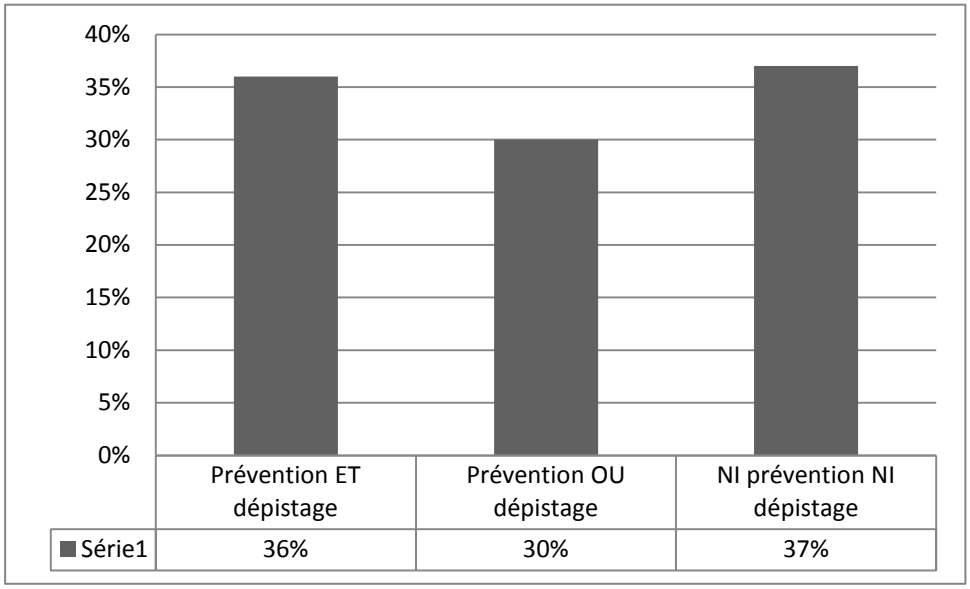
De cela découle que le médecin adapte vraisemblablement sa prise en charge selon le fait de savoir que son patient a ou non fait de la prison. Cette attitude est peut-être inconsciente, sachant toute la précarité sociale et psychologique qui entoure de façon manifeste les populations carcérales.

Une enquête de prévalence de 2004 sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (22) montrait que 18% des détenus ayant consulté avant leur incarcération pour motifs psychiatriques ont eu un suivi régulier par leur médecin généraliste (60% ont été suivis par un psychiatre ou un psychologue), nous voyons donc de cela que le médecin généraliste reste un élément important si ce n'est fondamental du suivi tant médical que psychiatrique des patients issus de la population carcérale.
Or paradoxalement, nous constatons que seules 31% des UCSA rédigent la lettre au MT (10), et que même une unité sur dix ne se prête jamais à cet exercice.

Le médecin généraliste est d'ailleurs cité dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (39) dans le cadre de la nécessité d'améliorer leur formation y compris à travers le développement professionnel continu (étant quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique) et d'améliorer également les collaborations entre psychiatres et médecins généralistes (visant entre autres en cas de besoin à un adressage plus rapide et efficace du patient en consultation psychiatrique par le médecin généraliste).

A propos des infections sexuellement transmissibles, nous avons classifié les résultats de prévention et dépistage des IST par le médecin traitant en 3 catégories : à la fois prévention et dépistage, prévention ou dépistage, et ni l'un ni l'autre. Les résultats étaient les suivants :

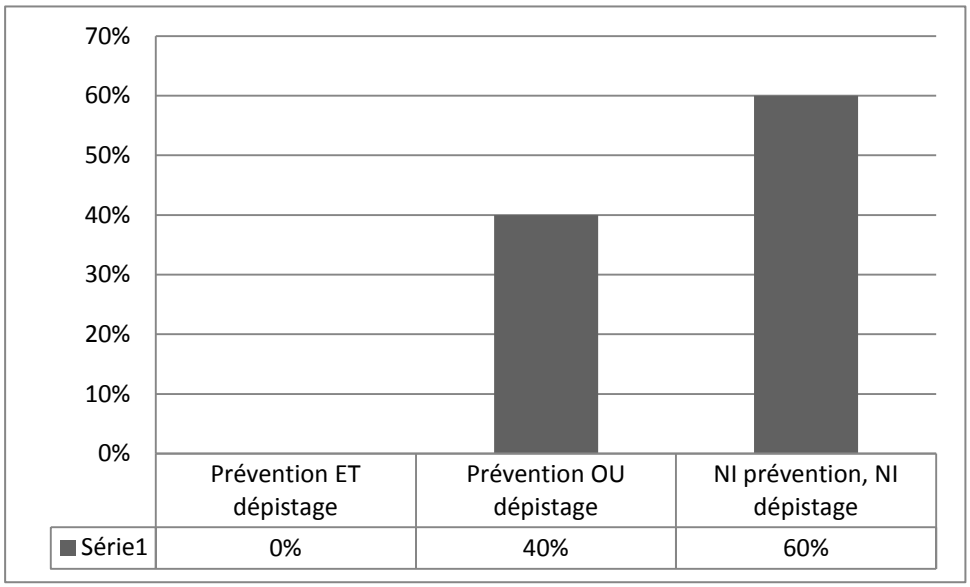
Figure 10 : Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST



Nous pouvons donc voir que le pourcentage de médecins ayant à la fois prodigué des conseils de prévention et fait pratiquer un dépistage était de 36%, celui des médecins n'ayant pratiqué ni conseils ni dépistage était de 37%.

Nous avons encore une fois voulu rapporter ces données au fait pour le médecin d'avoir connaissance ou non du passé carcéral de son patient. Les résultats, pour les médecins n'ayant pas connaissance de cette notion, étaient les suivants :

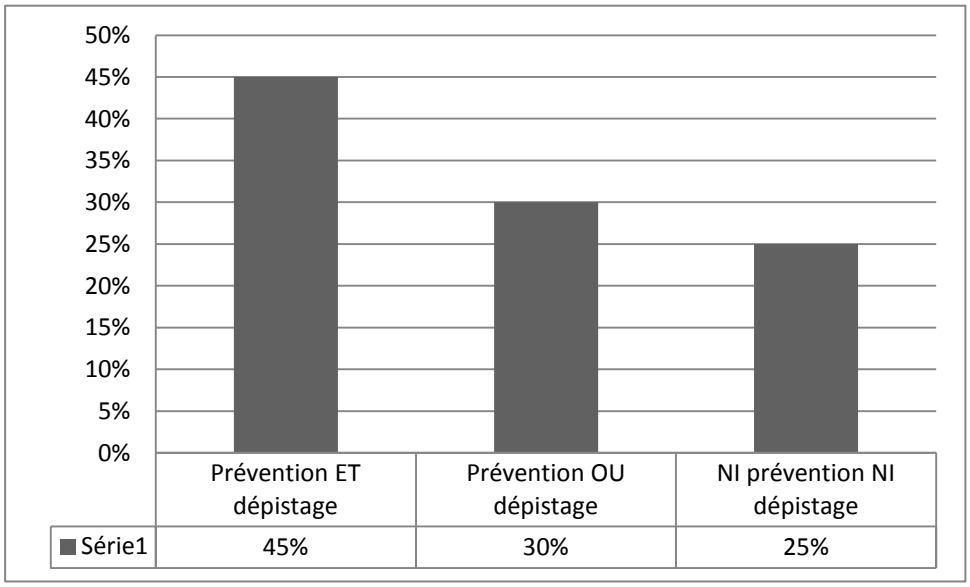
Figure 11: Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST quand le passé carcéral de son patient est inconnu



Nous voyons ici que chez les médecins traitants ignorant l'histoire carcérale de leur patient, les conseils de prévention et les dépistages étaient beaucoup plus inconstants : aucun médecin des patients de notre étude n'a prodigué à ces derniers à la fois des conseils de prévention et un dépistage, seuls 40% se sont chargés de l'un ou de l'autre, et tout de même 60% n'ont donné ni l'un ni l'autre.

En revanche, la suite de nos analyses, qui concerne les médecins ayant connaissance de l'ancien statut de détenu de leur patient, est différente :

Figure 12: Attitude pratique du médecin généraliste vis-à-vis des MST quand le passé carcéral de son patient est connu



Cela met de nouveau en évidence un fait notable : lorsque les médecins avaient connaissance du passé carcéral de leur patient, ils étaient 75% à avoir pratiqué au moins la prévention ou le dépistage voire les deux, et seulement 25% à n'avoir pratiqué ni l'un ni l'autre.

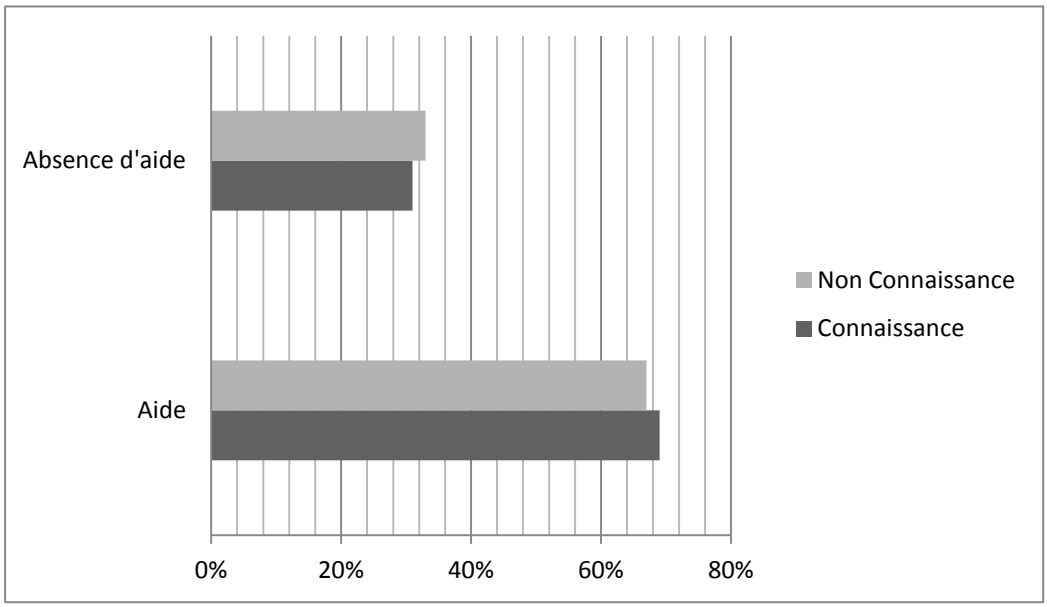
De ces différentes analyses découle à l'évidence la notion importante qu'au sujet des IST, les médecins traitants sont bien conscients des facteurs de risque plus importants au sein de la population carcérale que de la population générale, et se montrent alors plus prudents.

L'attitude générale des médecins traitants à cet égard est donc en accord avec les recommandations officielles selon lesquelles, pour les usagers de drogues intraveineuses (dont font souvent partie les détenus), un dépistage du VIH (40) et des IST doit être pratiqué au cours (et donc par extension au décours) d'une incarcération.
En effet, le fait d'avoir été incarcéré par le passé entraine par exemple un risque relatif d'infection par l'hépatite virale C de 3 fois supérieur à la normale (26).

Concernant la prise en charge des problèmes addictologiques, le médecin généraliste en constitue un élément clef, comme en témoigne une étude de 2001 (41) concernant le suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, qui juge que les cabinets de médecine générale sont mieux répartis géographiquement sur le territoire français, qu'ils sont pour le toxicomane plus accessibles que les centres spécialisés, le médecin généraliste se caractérisant comme un acteur de proximité ayant une bonne connaissance de la réalité et de la population locale, et la consultation chez celui-ci étant non stigmatisante (le patient toxicomane consultant au même titre que tout autre patient).
Dans notre étude, les addictions du patient quand elles existaient étaient prises en charge d'une façon ou d'une autre par 69% des médecins traitants.
Le médecin traitant était donc assez conscient des problèmes addictologiques du patient et s'y investissait.

Nous avons de nouveau corrélé ces chiffres au fait pour le médecin d'avoir ou non connaissance du passé carcéral de son patient :

Figure 13 : Prise en charge addictologique par le médecin en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient



Et l'on peut voir que l'aide à cette prise en charge ne différait pas pour le médecin généraliste selon qu'il était ou non au fait de l'histoire carcérale de son patient.

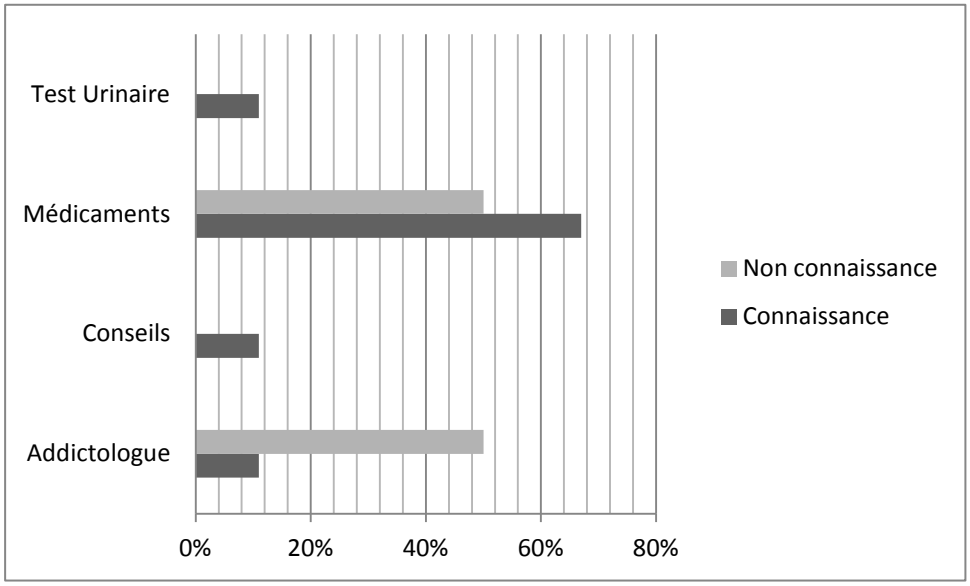
Pourtant, une prise en charge particulière de la part du médecin traitant à cet égard serait d'autant plus souhaitable (42) que la population carcérale est tout particulièrement à risque, du fait entre autres d'une fréquente désinsertion sociale, d'un usage plus important de substances illicites et moins important de TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) par rapport au reste de la population ayant des problèmes addictologiques mais n'ayant pas connu la prison.
La mortalité par overdose des patients sortant de prisons a même été évaluée à 120 fois plus importante que dans la population générale française, selon une étude de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies de 2003 (20).

De plus, on voit que l'usage de drogues est lié de façon statistique à un antécédent d'incarcération (dans l'enquête ANRS-Coquelicot de 2011, 57% des usagers de drogue ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie (43)) et avec la présence d'une IST (l'enquête ANRS-Coquelicot de 2011 montre également que les prévalences des VIH et VHC sont plus élevées chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération).
Tout cela témoigne de la pertinence pour le médecin traitant d'adopter une prise en charge addictologique plus minutieuse des patients ayant un ou des antécédents d'incarcération.

Par ailleurs, différents types de prises en charge étaient proposés par les médecins traitants aux patients en proie à des problèmes d'addiction (prise en charge médicamenteuse, conseils, adressage vers un confrère addictologue, tests urinaires de recherche de drogues).

Nous avons de nouveau voulu savoir si le mode de prise en charge proposé au patient différait selon que le médecin était ou non au courant du passé carcéral :

Figure 14 : Types de prise en charge des addictions par le médecin généraliste en fonction de sa connaissance ou non du passé carcéral de son patient



De là nous pouvons voir que les médecins ayant connaissance de ce passé carcéral privilégiaient une prise en charge médicamenteuse ou, plus minoritairement, un adressage vers un confrère spécialisé.

Cependant, cette comparaison n'avait pas grande valeur, du fait entre autres que le nombre de médecins n'étant pas au courant de l'histoire carcérale était trop faible pour en tirer quelque conclusion que ce soit, et que ces différences de modes de prise en charge n'étaient pas forcément imputables au fait que le médecin sache ou non que le patient sortait de prison, mais peut-être tout simplement à ses habitudes de travail. Il aurait fallu pour cela pouvoir comparer la prise en charge, par ces mêmes médecins, de leurs patients anciennement détenus avec celle de leurs autres patients appartenant à la population générale et également victimes de problèmes d'addiction.

Une étude réalisée par l'INPES (44) en 2009 montre que les deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année, et qu'ils ont prescrit dans 87% des cas un TSO.
Nous voyons de cela que les médecins généralistes ne recourent pas de façon abusive aux conseils d'un confrère addictologue, mais au contraire la plupart du temps, se sentent prêts si nécessaire à prescrire eux-mêmes un TSO.
Toutefois et comme l'étude ne le précise pas, nous pouvons supposer que les médecins généralistes prescrivent des TSO essentiellement dans le cadre d'un renouvellement mais feraient tout de même appel à un avis spécialisé pour l'initiation d'un tel traitement.

Une enquête de 2008 (45) montre d'ailleurs que le médecin généraliste est le deuxième relai à la sortie (loin derrière les CSST) préconisé par les structures prescriptrices de méthadone en milieu fermé, d'où le rôle majeur qu'il joue dans cette prise en charge.
Ce point important constitue une grande force mais est aussi générateur de faiblesses, puisque cette même enquête témoigne également de la difficulté pour les UCSA (elles sont 22% à en faire part) de trouver une structure relais à la sortie qui pourrait assurer la poursuite de la prescription des traitements, étant donné la grande diversité des cabinets de médecine générale et les désagréments engendrés par la nécessité d'une prise de contact restée jusque là inexistante.

Par ailleurs, il est à noter que la consommation de TSO doit être un facteur appelant à une vigilance accrue de la part du médecin pour son patient ; en effet, comme le démontre une étude (46) de 2005, les patients substitués ont un passé toxicomaniaque et pénal plus lourd, et sont également victimes d'une plus grande précarité sociale.
Ils ont également (47), par rapport à d'autres détenus non substitués, des prévalences de comorbidités psychiatriques, de tentatives de suicide, d'overdoses et même de MST (2 fois plus de VHC) augmentées de façon significative.
Cette notion de substitution doit donc être pour le médecin, non forcément au fait de l'histoire carcérale de son patient, un indice devant l'orienter vers la recherche d'autres pathologies spécifiques du détenus (troubles psychiatriques, MST…).

CONCLUSION

De cette étude concernant la prise en charge des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes découle le message essentiel que cette population de patients témoigne une confiance importante à son médecin traitant, ce dernier étant l'acteur principal de la prise en charge de leurs maladies chroniques et également un recours majeur en cas d'urgence médicale. De plus, nombreux sont les médecins à s'être vus confier par leur patient anciennement détenu le « secret » du passé carcéral de ce dernier.

De son côté, le médecin traitant en question assure une prise en charge de qualité ; ainsi, il se montre présent et réactif en cas d'urgence médicale, assure largement un soutien psychologique en cas de besoin ainsi que la prévention et le dépistage des MST, et même semble adapter ses attitudes au fait d'avoir connaissance ou non du passé carcéral de son patient, se montrant plus à l'écoute des problèmes psychologiques de son patient sortant de prison et plus soucieux à son égard concernant les MST.

La prise en charge des addictions est également de qualité, mais l'on pourrait regretter qu'à ce sujet en revanche les médecins généralistes de notre étude n'accordent pas une prise en charge spécifique aux patients ayant connu l'univers carcéral, ces derniers étant davantage à risque que les autres.

De même, la consommation de Traitements de Substitution aux Opiacés est une notion devant alerter le médecin traitant, même ignorant de l'histoire pénale de son patient, sur la nécessité d'une vigilance accrue ainsi que la recherche d'autres pathologies spécifiques du détenu.

Afin d'améliorer cette prise en charge fondamentale du patient à sa sortie de prison, il semble incontournable de suggérer la nécessité d'une meilleure communication entre les UCSA et les médecins généralistes, ces derniers devant pouvoir bénéficier d'une lettre systématique, voire de la transmission du dossier médical de leur patient récemment remis en liberté avec accord préalable de ce dernier.

Concernant les patients eux-mêmes, ceux qui sortaient de prison étaient largement moins consommateurs de consultations médicales que le reste de la population. Eduquer ces patients sur leurs besoins de santé et leur recommander un suivi médical plus sérieux et plus régulier permettrait sans aucun doute d'améliorer leur prise en charge tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

Le médecin généraliste n'en demeure pas moins un acteur essentiel de la prise en charge post-carcérale des anciens détenus.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Ministère de la Justice.** Les chiffres clés de la Justice. *Portail internet du ministère de la Justice.* [En ligne] 2015. [Citation : 28 août 2015.] http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/.

2. *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.* **Ministère de la Santé et de la Justice.** 2004.

3. **Ramahavita, S.** La relation soignant-soigné en prison. *Travail écrit de fin d'études.* 2007.

4. **DREES.** La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR. *Etudes et Résultats.* 2002. Vol. 181.

5. **Ministère de la Santé.** *Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à la prise en charge des addictions en détention.* 2010.

6. **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.** *Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.* 2010.

7. **Hyest, J-J.; Cabanel, G-P.** Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. *Rapport de commission d'enquête du Sénat n° 449.* 2000.

8. **Obradovic, I.** Addictions en milieu carcéral. *Focus, consommateurs et conséquences.* s.l. : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004. 2-11-094940-6.

9. **Obradovic, I.** Mesures d'accueil des sortants de prison. *Note 2014-6, à l'attention de la MILDECA et de la DGS.* s.l. : Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2014.

10. **Sidaction.** *Guide transversal de la sortie de prison.* 2008. p. 88 p.

11. *Conférence de conscensus: stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitutions.* **Fédération française d'addictologie.** 2004. p. 16 p.

12. **Ministère de la Santé et de la Justice.** *Circulaire relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.* 2005. p. 7 p.

13. **INVS.** La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature. *BEH.* 2013, 35-36, pp. 434-440.

14. **Cassan, F.; L., Toulemon; Kensey, A.** L'histoire familiale des hommes détenus. INSEE Première, 706, p. 4 p.

15. **DREES.** La santé à l'entrée en prison: un cumul de facteurs de risques. *Etudes et Résultats.* 1999, 4, p. 10 p.

16. **Ga Nobile, C.; Flotta, D.; Nicotera, G.; Pileggi, C.; Angelillo, IF.** Self-reported health status and access to health services in a sample of prisoners in Italy. *BMC Public Health.* 2011, 11, p. 8 p.

17. **Direction de l'administration pénitentiaire.** *Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010.* s.l. : Etudes et perspectives, 2010. 1967-5313.

18. **Sarlon, E.; Duburcq, A.; Neveu, X.; Morvan-Duru, E.; Tremblay, R.; Rouillon, F.; et al.** Imprisonment, alcohol dependance and risk of delusional disorder: a cross sectional study. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2012, 60, pp. 197-203.

19. **Direction de l'administration pénitentiaire.** *Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France.* Bureau des études et de la prospective, Ministère de la justice. 2014. p. 45 p.

20. **Prudhomme, J.; Verger, P.; Rotily, M.** Fresnes, mortalité des sortants. *Focus, consommateurs et conséquences.* Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2003, p. 60 p.

21. **Bick, J.** Infection Control in Jails and Prisons. *Clins Infect Dis.* 2007, Vol. 45, 8, pp. 1047-1055.

22. **Cemka-Eval.** *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral.* Ministère de la Santé et de la Justice. 2007. p. 283 p.

23. **DREES.** La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et résultats.* 2005, 386, p. 12 p.

24. **Direction générale de la Santé.** *Enquête Prevacar.* 2010. p. 88 p.

25. **Marzo, J.; Rotily, M.; Meroueh, F.; Varastet, M.; Hunault, C.; Zin, A.; et al.** *Réincarcération et mortalité chez les détenus dépendants aux opiacés: une étude de cohorte prospective (2003-2006).* Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. s.l. : Focus, consommations et conséquences, 2008. p. 95 p. 2-11-096701-3.

26. **INVS.** *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.* 2007. p. 114 p. 978-2-11-096434-2.

27. **Groupe d'expert sous la direction du Professeur Yéni.** *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.* Ministère de la Santé et des Sports. 2010. p. 417 p. 978-2-11-008038-7.

28. **Direction générale de la santé.** *Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.* s.l. : Ministère de la Santé et des sports. p. 88 p.

29. **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.** *Plan national de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2015.* Service du premier ministre, Etat Français. 2013. p. 54 p.

30. **Josnin, R.** Une approche statistique de la récidive des personnes des personnes condamnées. *Bulletin d'information statistique.* 2014, 127, p. 8 p.

31. **Sous-direction de la Statistique et des Études.** *Mesurer la récidive.* s.l. : Ministère de la Justice, 2013. p. 18 p.

32. **Sahajian, F.; Lamothe, P.; Fabry, J.; Vanhems P.** Consumption of psychoactive substances among 535 women entering a Lyon prison between June 2004 and december 2008. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2012, 60, pp. 371-381.

33. Justice / Portail/ Les condamnations. *Site du ministère de la Justice.* [En ligne] 15 Juin 2015. [Citation : 5 Aout 2015.] http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_condamnations_peine_2004_2013.ods.

34. **IFOP pour PHR.** *Les français et le système de santé.* 2013. p. 136 p.

35. **Zumsteeg, S. et Kraus, F.** *La bonne image des médecins généralistes.* s.l. : Ipsos public affairs, 2007.

36. *Accompagnement médico-social post carcéral des détenus atteints du VHB, VHC et VIH.* **Rémy, A-J.** 2006.

37. **Légifrance.** Article L110-4 du CSP, Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2. *Légifrance.* [En ligne] 12 août 2011. [Citation : 6 septembre 2015.] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685745&dateTexte=&categorieLien=cid.

38. *Garantir la continuité des soins à la sortie de prison: l'exemple de la prise en charge des addictions.* **EHESP.** 2011. Module inter-professionnel de santé publique. p. 54 p.

39. **Ministère de la Santé.** *Plan psychiatrie et santé mentalé 2011-2015.* République Française. 2010. p. 42 p.

40. **INPES.** *Dépistage du VIH et des IST: informations et ressources pour les professionnels de santé.* Ministère de la Santé. 2011.

41. **Perdrieau, J-F.; Bacle, F.; Lalande, M.; Fontaine, A.** Suivi de patients usagers de drogue en médecine générale. [éd.] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2001, p. 50 p.

42. **Pauly, V.; Frauger, E.; Rouby, F.** Evaluation des conduites addictives chez les personnes entrantes en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du reseau des centres d'évaluation et d'information de la pharmacodépendance. *L'Encéphale.* 2010, 36, pp. 122-131.

43. Prévention du risque infectieux dans les prisons Françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE. *BEH.* 2011, 93, pp. 409-412.

44. **Balcou-Debussche, M.; Baudier, F.; Beck, F.; Bourguei,l Y.; Butter, P.; Evrard, I.; et al.** *Baromètre santé, médecins généraliste.* INPES. s.l. : Baromètre Santé, 2009. pp. 177-201.

45. **Obradovic, I.** Primoprescription de méthadone en établissement de santé. *Tendances.* 2008, 60, p. 4 p.

46. **Renaud Maurupt, C., et al.** Substitution par BHD lors d'une incarcération. *La presse médicale.* 2005, Vol. 34, 7, p. 4 p.

47. **Obradovic, I.; Marzo, J-N.; Rotily, M.; Meroueh, F.; Robert, PY.; Vanrenterghem, B;. et al.** Substitution et réincarcération: éléments d'analyse d'une relation complexe. *Tendances.* OFDT, 2007, 57.

48. **Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J. et Weill-Barillet, L.** Estimation de la séroprévalence du VIH et VHC chez les usagés de drogues en France- premiers résultats de l'enquête Coquelicot 2011. *BEH .* 2013, 39-40, pp. 504-509.

ANNEXES

Annexe numéro 1 : Autorisation d'enquête délivrée par la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire au sein de la prison d'Amiens

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Lille, le 24 Juillet 2013

Le Directeur Interrégional

à

Monsieur le Directeur

De la Maison d'Arrêt d'AMIENS

DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

DIRECTION INTERREGIONALE DES SERVICES PENITENTIAIRES DU NORD - PAS DE CALAIS, HAUTE - NORMANDIE ET PICARDIE

BUREAU DES AFFAIRES GENERALES

SECRETARIAT DE DIRECTION

MAISON D'ARRÊT D'AMIENS
ARRIVÉE LE
26 JUIL. 2013
N° 217

OBJET *: Demande de diffusion d'un questionnaire anonyme auprès de la population pénale.*

REF. *: Vos mails des 19 et 23 juillet 2013.*

Pour faire suite à vos mails visés en référence, j'ai l'honneur de vous faire connaître que j'autorise la diffusion d'un questionnaire anonyme auprès de la population pénale par :

⇨ ***Madame Carole AICHE DJIAN,***

Interne en médecine générale, qui intervient à l'UCSA de l'établissement, dans le cadre de son stage d'interne.

A diffuser
UCSA
+ chef de détention

Le Directeur Interrégional,

DIRECTION INTERRÉGIONALE DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE LILLE

D.I.S.P.
NORD/PAS-DE-CALAIS,

Annexe numéro 2 : Questionnaire soumis aux détenus

• Avez-vous un médecin traitant **généraliste** que vous voyez régulièrement? OUI / NON

→ SI OUI : suite du questionnaire

→ SI NON : patient exclu de l'étude (mais recensé pour analyse statistique)

• Sexe : H / F

• Age : ans

• Quel est le motif (sans détails) de votre incarcération actuelle ?

• Combien de temps êtes-vous resté en liberté entre la dernière incarcération et l'incarcération actuelle ?

• Combien de fois avez-vous vu votre médecin généraliste depuis votre dernier passage en maison d'arrêt et pourquoi ?

• Votre médecin généraliste était-il au courant du fait que vous sortiez d'un établissement pénitentiaire ? OUI / NON

→ SI NON : pourquoi ?

• Avez-vous des problèmes de santé ? OUI / NON

→ SI OUI : - Lesquels ?

- Votre médecin généraliste a-t-il assuré votre suivi et le renouvellement de vos traitements quotidiens ? OUI / NON

• En cas d'urgence médicale, à qui faites-vous appel ? MEDECIN TRAITANT / AUTRE

→ SI MEDECIN TRAITANT : vous reçoit-il rapidement et/ou vous donne-t-il des conseils téléphoniques ? OUI / NON

• Votre médecin généraliste vous donne-t-il des conseils de prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles ? OUI / NON

• Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà prescrit un dépistage de Maladies Sexuellement Transmissibles (VIH, Hépatites B et C, Syphilis) ? OUI / NON

• Votre médecin généraliste vous accorde-t-il une écoute et un soutien psychologique en cas de besoin ? OUI / NON

• Avez-vous des problèmes addictologiques (alcool, drogues) ? OUI / NON

→ SI OUI : Votre médecin généraliste vous a-t-il aidé d'une manière ou d'une autre (médicamenteuse, soutien psychologique, envoi vers un spécialiste en addictologie, mise en place d'une prise en charge psychologique extérieure,…) à gérer cette addiction et si oui comment ?

RESUME ET MOTS-CLEFS

Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes: enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens

Contexte : La population pénale est à risque plus important de MST, de pathologies psychiatriques et de problèmes d'addiction. De plus, il s'agit d'une population détenue dans un environnement à risque, et dont la prise en charge médicale est limitée.

Objectif : Nous avons voulu évaluer la prise en charge des détenus à leur sortie de prison, par leurs médecins traitants généralistes.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé par questionnaire un recueil de données, sur un échantillon de détenus récidivistes incarcérés à la prison d'Amiens.

Résultats: Nous avons recueilli 30 questionnaires ; 67% des médecins traitant étaient au courant du passé carcéral de leur patient, 91% assuraient la prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques, ils étaient le premier recours en cas d'urgence pour 60% des détenus.

Les limites principales étaient le nombre restreint de questionnaires biaisant l'analyse pour certaines questions, la non représentativité de la population d'étude.

Les détenus consultaient deux fois moins leurs médecins généralistes que la population générale, mais leur faisaient confiance (premier recours en cas d'urgence dans 60% des cas, au courant de l'histoire carcérale dans 67% des cas).

Les médecins généralistes assuraient un meilleur soutien psychologique et une meilleure prise en charge des MST quand ils connaissaient le passé carcéral de leur patient. En revanche, pas de différence à ce sujet pour la prise en charge des addictions.

Conclusion : Les détenus ont confiance en leur médecin généraliste, il est le premier recours en cas d'urgence. De son côté, il adapte intuitivement sa prise en charge des pathologies dont le détenu est à risque.

Mots-clefs : Santé, détenu, prison, sortie, médecin généraliste, évaluation, soins

Medical care of recidivist inmate by their GPs : survey of 30 recidivist inmates in the prison population of Amiens

Context: The prison population is at an increased risk of STDs, psychiatric disorders and addiction problems. In addition, this is a population held in a risky environment and whose medical care is limited.

Objective: We wanted to evaluate the care of inmates by their general physicians upon release.

Material: We issued a questionnaire to collect data on a sample of recidivist inmates in the prison of Amiens.

Results: We collected 30 questionnaires; 67% of the doctors were aware of the prison history of their patients, 91% assured the management of their chronic conditions, they were the first resort in emergencies for 60% of inmates.

The main limitations were the small number of questionnaires skewing the analysis for certain issues and the non representativeness of the study population.

Inmates consulted their GPs twice less than the general population, but they trusted them (primary care in the case of emergency in 60% of cases, aware of prison history in 67% of the cases). General practitioners ensure better psychological support and better management of STD when they knew the prison history of their patient. However, there was no difference in this regard for the management of addictions.

Conclusion: Prisoners have confidence in their GP, he is their first resort in an emergency. In turn, he intuitively adapts his management of pathologies of which the prisoner is at risk.

Keywords: Health, inmate, release, prison, general practitioner, evaluation, care