



HAL
open science

Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes

Catherine Champion-Boutoille

► To cite this version:

Catherine Champion-Boutoille. Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01356291

HAL Id: dumas-01356291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01356291>

Submitted on 21 Jun 2017

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.



Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes

Catherine Champion-Boutoille

► To cite this version:

Catherine Champion-Boutoille. Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01356291>

HAL Id: dumas-01356291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01356291>

Submitted on 21 Jun 2017

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 - N°95

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Catherine CHAMPION - BOUTOILLE
Née le 19 Avril 1963 à St-Symphorien (37)
le 7 Juillet 2016

Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral :
état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du
dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes.

DIRECTRICE DE THESE :

Dr Estelle SUDRE

JURY :

Pr Bernard GAY PU-PH

Président

Pr Frank ZERBIB PU-PH

Rapporteur

Pr Sophie GROMB-MONNOYEUR PU-PH

Dr Denis SMITH

Sommaire

Sommaire	2
Liste des abréviations utilisées	5
Introduction.....	6
Contexte	9
I. Le dépistage du cancer colorectal	9
1. Généralités	9
2. Le principe du dépistage	9
3. La participation.....	18
4. Les freins connus à la réalisation du test	20
II. La population carcérale de l'inter-région de Bordeaux	22
1. Généralités sur les lieux d'incarcération français.....	22
2. Caractéristiques démographiques du milieu carcéral en France et dans l'inter-région de Bordeaux	26
3. La prise en charge sanitaire de la population carcérale.....	32
4. L'état de santé de la population carcérale	37
III. Le dépistage du CCR en milieu carcéral	41
1. Le cadre institutionnel	41
2. Le dispositif en milieu carcéral.....	42
3. Les résultats connus.....	45
Etude	48
I. Objectifs	48
II. Type d'étude	49
III. Population d'étude	51

IV. Les variables étudiées	52
1. Généralités	52
2. Les données de l'USN 1	52
3. Les données individuelles du patient	56
V. Réalisation de l'étude	58
1. Taille de l'échantillon et stratégie d'échantillonnage	58
2. Le recueil des données	59
VI. Analyse des données	61
1. Généralités	61
2. Description de l'organisation des US en charge du DOCCR	61
3. Description du dépistage du CCR en milieu carcéral	62
VII. Résultats	64
1. Les unités sanitaires	64
2. La population étudiée	65
3. Description du dépistage du CCR	68
Discussion	72
I. Intérêts et limites de l'étude	72
II. Les résultats	74
1. Les unités sanitaires	74
2. Le dépistage du CCR	75
III. Les perspectives	77
1. La stratification de la population pénale par rapport au risque de CCR	77
2. L'amélioration de la participation en milieu carcéral	78
Conclusion	83
Bibliographie	85

Annexes	90
Annexe 1 : Les directions inter-régionales	90
Annexe 2 : Législation et réglementation	91
Annexe 3 : Plan d'actions stratégique 2010-2014	94
Annexe 4 : Questionnaire Unité Sanitaire	96
Annexe 5 : Questionnaire Patient	98
Serment d'Hippocrate	101
Remerciements	102
Résumé	103

Liste des abréviations utilisées

CD	:	Centre de Détention
qCD	:	quartier Centre de Détention
CP	:	Centre Pénitentiaire
CCR	:	Cancer ColoRectal
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
D+	:	Être participant au programme de prévention et de dépistage CCR
DO	:	Dépistage Organisé
DO+	:	Être dépisté dans le cadre du DO du CCR
DOCCR	:	Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DREES	:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DSP	:	Dispositif de Soins Psychiatriques
DSS	:	Dispositif de Soins Somatiques
ETP	:	Equivalent Temps Plein
EXC+	:	Être exclu du dépistage par FOBT
FOBT	:	Faecal Occult Blood Test
HNPC	:	Hereditary Non-Polyposis colorectal Cancer
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
INVS	:	Institut National de Veille Sanitaire
IGAS	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
MICI	:	Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
MA	:	Maison d'Arrêt
qMA	:	quartier Maison d'Arrêt
MC	:	Maison Centrale
PMSI	:	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PAF	:	Polypose Adénomateuse Familiale
PA	:	Paquet-Année
PJJ	:	Protection Judiciaire de la Jeunesse
SFED	:	Société Française d'Endoscopie Digestive
T0	:	Le « jour donné »
US	:	Unité Sanitaire
USN 1	:	Unité Sanitaire de niveau 1
UHSI	:	Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est un problème de santé publique majeur en France^{1,2}.

C'était en 2013 le troisième cancer le plus fréquent et le deuxième en terme de mortalité³.

La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du CCR est la plus élevée pour les deux sexes.

L'âge supérieur à 50 ans est le principal facteur de risque de CCR. Quatre vingt dix pour cent des CCR sont diagnostiqués à partir de 50 ans. Le risque d'avoir un CCR dans la population âgée de 50 à 74 ans sans autres facteurs de risque que l'âge a été estimé à 3,5 %¹.

Le pronostic est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment de son diagnostic : le taux de survie relative à 5 ans a été estimé à 90,8% pour le stade local contre 69,5% pour le stade d'envahissement ganglionnaire et 11,3% pour le stade métastatique⁴.

Le diagnostic précoce du CCR est donc un enjeu majeur pour sa prise en charge.

Une stratégie nationale de dépistage s'adressant à la population générale a été élaborée et mise en oeuvre depuis 2008. Elle repose sur la stratification de la population générale en groupes à risque moyen, élevé et très élevé de CCR et sur l'orientation vers une prise en charge du dépistage adaptée au niveau de risque.

Les personnes à risque moyen représentent 80% des cas et sont orientées vers un dépistage organisé du CCR par auto-test.

En France, sur la période de 2013-2014, la taux de participation à ce dispositif de dépistage organisé s'élève à 29,8%, le taux d'exclusion à 12,4%⁵.

La participation à ce dispositif de dépistage organisé est un élément primordial à son efficacité : un taux de participation compris entre 50 % et 60 % permettrait de réduire de 15% la mortalité par CCR¹.

La population carcérale est essentiellement masculine (plus de 95% des personnes écrouées sont des hommes), et jeune (avec une moyenne d'âge de 34,6 ans au 1er janvier 2015)⁶.

Elle est assez stable en nombre depuis 3 ans, mais vieillissante compte tenu de l'allongement des peines.

Cette population est précaire et plus particulièrement concernée par des problématiques psychiatriques et d'addictions. Toutefois, son vieillissement est à l'origine de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques.

Concernant les pathologies cancéreuses, les rares estimations disponibles dans la littérature^{7 8} rapportent une fréquence de 1 à 3 % en milieu carcéral similaire à celle de la population générale.

Le stade de prise en charge dans l'évolution de la maladie serait plus tardif en raison des conditions d'accès aux soins en milieu carcéral, les aspects de prévention et de dépistage n'étant pas évalués.

L'objectif principal de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, tel que réaffirmé dans la loi pénitentiaire N°2009-1436 du 24 novembre 2009, est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins et de la prévention équivalentes à celles dont bénéficie la population générale.

Dans ce cadre, il est préconisé de rendre plus accessible le dépistage organisé des cancers en adaptant les protocoles aux spécificités du milieu carcéral.

Peu de données sur la réalisation du dépistage du CCR en milieu carcéral en France et à l'étranger sont disponibles dans la littérature. Il nous a semblé pertinent et en

cohérence avec le travail effectué sur le dépistage des cancers féminins en milieu carcéral d'analyser et d'évaluer la réalisation de ce dépistage.

Cette étude a pour principal objectif d'établir un état des lieux de l'organisation et de la réalisation du dépistage du CCR en milieu carcéral dans l'inter-région pénitentiaire de Bordeaux .

Elle porte plus spécifiquement sur la population masculine largement sur-représentée en milieu carcéral, et est circonscrite aux régions Aquitaine et Poitou-Charentes. Elle comprend :

- une description de l'organisation du dépistage organisé au sein des établissements pénitentiaires,
- une estimation du taux de réalisation du dépistage obtenu un « jour donné » dans cette zone géographique.

Contexte

I. Le dépistage du cancer colorectal

1. Généralités

Après une phase-pilote, un programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé à l'ensemble du territoire à partir de 2008.

L'avantage d'un tel dépistage organisé par rapport à un dépistage individuel est de garantir l'accès au dépistage à toute la population-cible par un système d'invitation systématique, par la prise en charge à 100% des examens de dépistage par la CPAM (test FOBT et coloscopie), par la fiabilité et l'homogénéité des tests de dépistage, et par la minimisation des délais de prise en charge en cas de test positif.

2. Le principe du dépistage

a. *Le public concerné*

La stratégie de prévention et de dépistage appliquée en France aujourd'hui repose sur la stratification de la population en groupes à risque moyen, élevé et très élevé de CCR.

Les principes de la classification en groupe de risque sont repris par la figure 1⁹.

Figure 1 :

LES GROUPES À RISQUES	
Risque Moyen (80% des cas)	Population générale • âge ≥ 50 ans • pas d'antécédents personnels • pas d'antécédents familiaux • pas de MICI • pas d'acromégalie
Risque Elevé (15-20% des cas)	Groupe hétérogène • Facteurs familiaux • Facteurs environnementaux
Risque très élevé (1-3% des cas)	Syndromes héréditaires • HNPCC • PAF • Turcot, Peutz-Jeghers...

Le groupe à risque moyen est le plus important en nombre (80% des cas). Il est constitué par la partie de la population générale âgée de plus de 50 ans, sans antécédents personnels, familiaux et MICI.

Les antécédents personnels à prendre en compte selon l'HAS sont ceux de:

- CCR
- ou d'adénome (un adénome de structure villoseuse ou de diamètre > 10 mm au moins, deux adénomes quelles que soient leur taille ou leur contingence villoseuse)
- MICI
- Acromégalie.

Les antécédents familiaux à prendre en compte pour l'HAS sont ceux de CCR ou d'adénome (de structure villoseuse ou de diamètre >10mm) chez :

- un parent du 1er degré < 65 ans
- ou deux parents du 1er degré (quel que soit l'âge).

Le groupe à risque très élevé (1 à 3% des cas) est celui des syndromes héréditaires.

Le groupe à risque élevé (15-20% des cas) est un groupe hétérogène sans syndrome héréditaire, présentant des antécédents personnels, familiaux tels que définis précédemment par l'HAS.

La classification entre le risque moyen et élevé peut, dans certains cas, être délicate. Il existe parfois des facteurs familiaux et environnementaux à prendre en compte bien que ne rentrant pas dans la définition de l'HAS.

Cela a fait l'objet d'une conférence de consensus de la SFED en 2014 précisant ces antécédents familiaux et environnementaux élargis justifiant pour ces spécialistes une coloscopie de dépistage et de prévention¹⁰.

Les antécédents familiaux sont :

- antécédent familial de CCR :
 - antécédent(s) unique ou multiples au premier degré quel que soit l'âge
 - antécédents multiples au deuxième degré quel que soit l'âge
- antécédent familial de poly-adénome avancé :
 - antécédent(s) unique ou multiple au premier degré quel que soit l'âge

La tableau suivant compare les antécédents familiaux à prendre en compte selon les recommandations de l'HAS et ceux pertinents pour la SFED.

TABLEAU 1 : LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX SELON L'HAS ET LA SFED

	Antécédents familiaux HAS	Antécédents familiaux SFED
CCR	unique 1er degré < 65 ans	unique ou multiple 1er degré quel que soit l'âge
	multiple 1er degré quel que soit l'âge	multiple 2ème degré quel que soit l'âge
Adénome	unique 1er degré < 65 ans	unique ou multiple au 1er degré quel que soit l'âge
	multiple 1er degré quel que soit l'âge	

Les facteurs environnementaux sont :

- âge \geq 50ans, sans antécédents personnels, pas de MICI,
- une exposition à des facteurs environnementaux ou à des co-morbidités, définie par un score¹¹ dit de Kaminski \geq 5.

La figure 2 détaille le calcul du score de Kaminski.

Figure 2 :

SCORE DE KAMINSKI

Score	0	1	2	3	
âge	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans	/ /
antécédent familial	aucun	CCR 1er degré et \geq 60 ans	CCR 1 er degré et < 60 ans	2 CCR au 1er degré	/ /
sexe	Femme	-	Homme	-	/ /
tabac	< 11 PA	\geq 11 PA	-	-	/ /
IMC	< 30	\geq 30	-	-	/ /
Total					

Ce score prend en compte le sexe, les antécédents familiaux du 1er degré avant et après 60 ans, la consommation de tabac et l'IMC.

Les études citées par le SFED ont établi qu'un score compris entre 0 et 2 correspond à un niveau de risque d'adénome avancé et/ou de CCR inférieur à 5%.

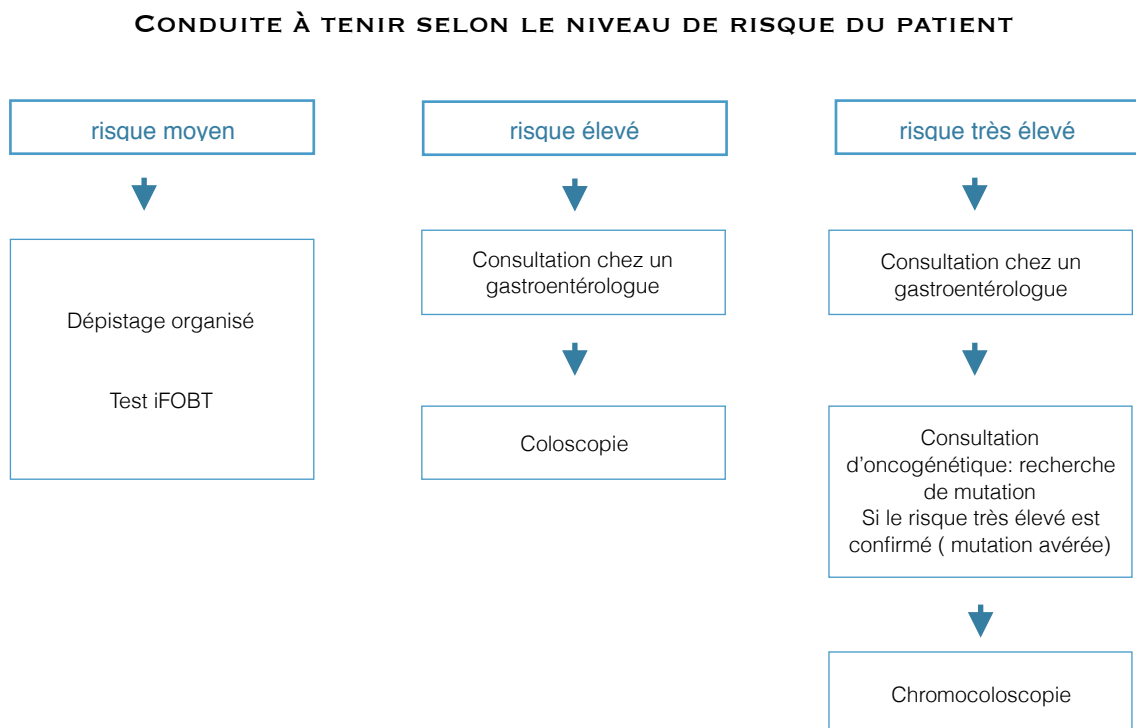
Entre 3 et 4, le risque est de 5 à 10%. Si le score est supérieur ou égal à 5, le risque est de 10 à 20%.

Pour la SFED, il y a une continuité dans le risque et ceci est une proposition pour en tenir compte. Ces propositions ne font pas l'unanimité parmi les spécialistes et font l'objet de nombreuses études de validation. Elles ont cependant le mérite de proposer une attitude pour le médecin généraliste face à un patient ne correspondant pas tout à fait aux critères.

La classification de référence reste celle préconisée par l'HAS et elle détermine la conduite à tenir.

Celle-ci, différente selon le niveau de risque¹², est détaillée en figure 3.

Figure 3 :



La population classée à risque élevé et très élevé relève d'une prise en charge spécialisée en gastroentérologie, et celle classée à risque moyen du DO si elle est asymptomatique.

Le DO s'adresse à l'ensemble de la population entre 50 et 74 ans n'ayant pas de symptomatologie évocatrice de CCR, et n'appartenant pas aux groupes à risque élevé ou très élevé.

Les principaux symptômes évocateurs de CCR sont :

- rectorragies/melaena,
- douleurs abdominales inhabituelles, persistantes ou inexpliquées,
- troubles du transit d'apparition récente,
- amaigrissement inexpliqué,
- anémie ferriprive.

b. Le test

Les différentes techniques de dépistage disponibles en 2015 ^{13,14} sont :

- invasives : la rectosigmoïdoscopie, la coloscopie,
- non invasives :
 - les tests fécaux à la recherche de saignement occulte (FOBT) ou d'ADN fécal
 - l'imagerie : le coloscanner, le lavement baryté en double contraste
 - les tests sanguins comme Septin9.

Le tableau repris en figure 4 donne un bref aperçu des caractéristiques de ces techniques.

La coloscopie est le « Gold standard ». Le test sanguin Septin9 est très récent. Sa mise en oeuvre est simple, il n'y a pas de contact avec les selles, ce qui peut susciter chez les patients des sentiments de gêne et de dégoût. Il fait l'objet d'études

internationales comme celle de WU et AI.¹⁵ montrant son intérêt dans le cadre d'une stratégie de dépistage opportuniste du CCR.

Figure 4: Méthodes disponibles pour le dépistage du CCR et évaluation du test en fonction de différents critères¹³

Méthode	Sensibilité	Spécificité	Préparation	Désagréments pour le patient	Coût	Réduction de la mortalité démontrée par des essais randomisés et contrôlés
gFOBT	Faible	Faible	Régime	En général minimales	Modique	oui
iFOBT	Faible	Moyenne	Aucune	En général minimales	Moyen	Non
Recherche ADN dans les selles	Faible	Moyenne	Aucune	En général minimales	Moyen	Non
Lavage baryté en double contraste	Faible	Moyenne	Purge	Importants	Moyen	Non
Coloscanner	Elevée	Elevée	Purge	Importants	Elevé	Non
Recto-sigmoidoscopie	Elevée dans les parties intestinales visualisées	Elevée	Lavage	Modérés	Moyen	Oui
Coloscopie	Gold standard	Gold standard	Purge	Importants	Elevé	Non
Test sanguin Septin9	Faible	Moyenne	Aucune	Minimes	Moyen	Non

Pour la commission européenne, le FOBT reste la méthode de référence à mettre en oeuvre pour un dépistage systématique. C'est la technique retenue dans le cadre du dépistage organisé en France.

Il existe deux types de FOBT : le test au Gaïac (par exemple Hemoccult II®) (gFOBT) et les tests immunologiques (par exemple OC Sensor) (iFOBT).

Le test iFOBT est plus performant¹⁶ au niveau de sa faisabilité, de sa fiabilité et du rapport coût/efficacité.

Le tableau suivant compare les tests selon plusieurs critères, et montre en quoi le test iFOBT est supérieur.

TABLEAU 2 : COMPARAISON DES 2 FAMILLES DE TEST FOBT

	iFOBT	gFOBT
Restrictions alimentaires et médicamenteuses	0	oui
Nombre de prélèvements	1	3 (1 par jour sur 3 jours)
Spécificité	95 à 98%	98 %
Sensibilité	70 à 85%	50 %
Compliance du patient	91 %	23 %
Lecture du test	automatisée	manuelle
Echantillon	système clos	système ouvert , risque de pollution du test rendant le test non contributif
Echantillonnage	facile, en 1 étape	nombreuses erreurs potentielles du patient

En France, le test gFOBT a été choisi dans un premier temps, mais est remplacé par le test iFOBT depuis Mars 2015. De nombreuses études en cours cherchent à déterminer l'influence de ce changement sur la participation, cet élément ne sera pas traité dans le cadre de cette étude.

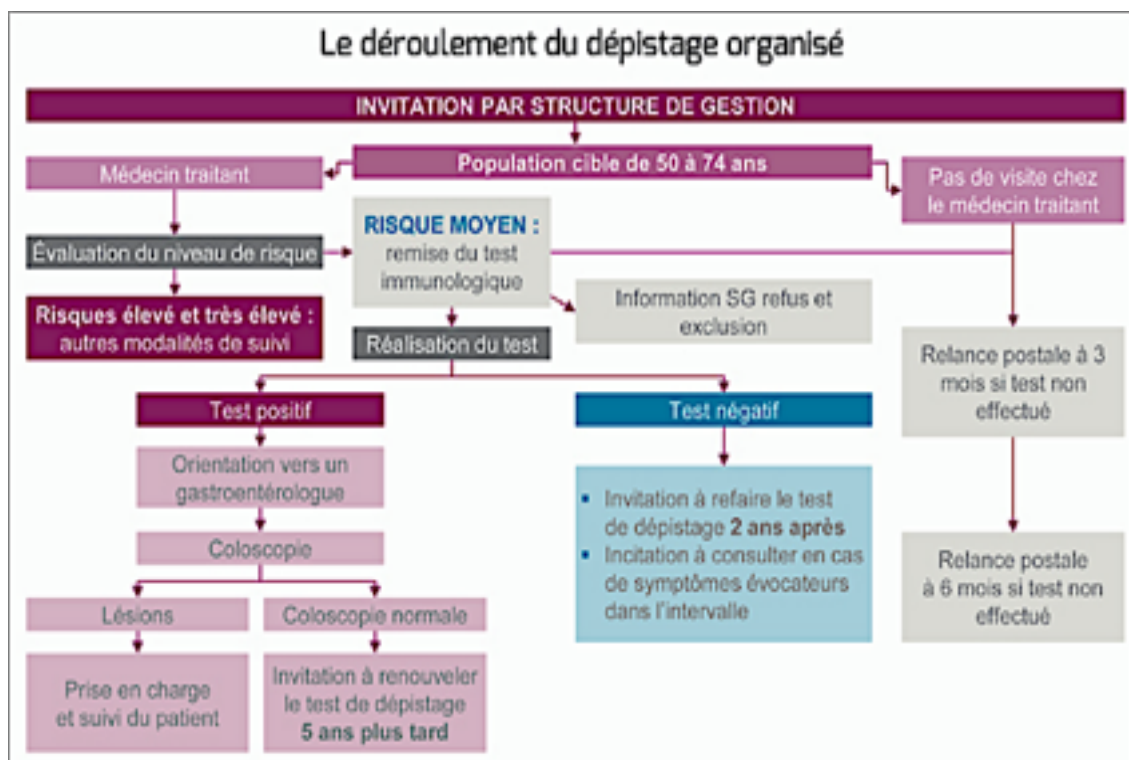
c. Les modalités du DOCCR

Le DOCCR consiste en la réalisation d'un test fécal à la recherche d'un saignement occulte (FOBT) tous les 2 ans. En cas de test positif, une coloscopie est proposée.

La structure de gestion est l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale du DOCCR à l'échelle d'un ou plusieurs départements. Elle est responsable¹⁷ « des relations avec les professionnels concourant au dépistage; de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population; de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées; des relations avec les personnes dépistées; du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées; de la gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type; de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme; du retour d'information vers les professionnels de santé, comportant la transmission périodique de statistiques individuelles et globales permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique; de la conservation des données. »

L'organisation du DO en France¹⁸ est illustré par la figure 5.

Figure 5 :



Source¹⁸

Le patient est invité à consulter son médecin traitant par la structure de gestion pour participer au dépistage.

Lors de la consultation, le médecin évalue son risque et détermine la conduite à tenir.

Si le patient est à risque élevé ou très élevé, il est orienté vers une prise en charge avec un gastroentérologue. Le médecin informe alors la structure de gestion.

Si le patient est à risque moyen, le médecin lui remet un test FBOT. En cas de refus du patient, le médecin informe la structure de gestion.

Le patient réalise le test à son domicile et adresse le prélèvement au centre de lecture à l'aide de l'enveloppe pré remplie et pré affranchie

Les résultats sont adressés par la structure de gestion au patient et au médecin.

Si ce test est négatif, le patient est invité à refaire un test deux ans après, et à consulter en cas de symptomatologie dans l'intervalle.

Si ce test est positif, le patient est orienté vers un gastroentérologue. Une coloscopie de dépistage est réalisée à la recherche de lésions.

Si il n'y a pas de lésion, le patient sera invité au dépistage 5 ans après.

En présence de lésion, une prise en charge adaptée à leur nature, déterminée par analyse anatomo-pathologique, est organisée.

3. La participation

Les indicateurs évaluant le DO au niveau national sont calculés sur deux ans, période au cours de laquelle l'ensemble de la population d'un département est invitée à participer au dépistage.

Les deux principaux indicateurs sont le taux de participation et le taux d'exclusion.

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont extraites

les personnes exclues du dépistage pour raisons médicales¹⁹. Il se calcule ainsi sur la

$$\text{Taux de participation} = \frac{\text{Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période T}}{\text{Population Insee 50/74 ans} - \text{Nombre de personnes exclues sur la période T}}$$

période T :

Le taux d'exclusion est le rapport entre le nombre de personnes exclues temporairement ou définitivement du programme de DOCCR, et la population Insee cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans). La formule de calcul sur la période T est :

$$\text{Taux d'exclusion} = \frac{\text{Nombre de personnes de 50 à 74 ans exclues sur la période T}}{\text{Population Insee 50/74 ans sur la période T}}$$

Les nombres de personnes dépistées et exclues du dépistage par FOBT sont des données fournies par les structures de gestion du DO.

Pour la période 2013-2014, le taux de participation à ce programme en France est de 29,8%^{19 20}. Ce taux reste inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45% de participation, et loin derrière le taux souhaitable de 65%.

Le taux d'exclusion correspondant aux patients à risque élevé et très élevé s'élève à 12,6%.

L'augmentation de la participation est un enjeu majeur de la stratégie de prévention et de dépistage du CCR.

4. Les freins connus à la réalisation du test

Il est établi que la participation est plus importante chez les femmes que les hommes quelque soit la classe d'âge, la classe d'âge des 65-69 ans a une meilleure participation quel que soit le sexe, et le taux de participation varie d'un département à l'autre¹.

Les études et publications^{21,22,23,24,25,26} analysant plus spécifiquement les facteurs influençant la participation au dépistage, mettent en évidence des freins liés au test, au patient et au médecin.

Les principaux freins liés au test retenus sont la réalisation du test de dépistage seul au domicile, les modalités du test de dépistage en lui-même, et la méconnaissance des objectifs du DOCCR.

Ceux liés au patient sont, pour l'essentiel, le manque d'intérêt (il ne se sent pas concerné ou déclare avoir d'autres problèmes), l'absence de symptômes, la confusion entre dépistage et diagnostic, et enfin la peur du diagnostic de cancer.

Les médecins, quant à eux, rapportent des difficultés inhérentes au manque de temps, à l'absence de rémunération spécifique aux activités de prévention particulièrement consommatrices de temps, au manque de formation, et à la résistance des patients.

Par ailleurs, les populations cibles moins participantes au DOCCR sont :

- les hommes et les femmes les plus jeunes (50-60 ans),
- les personnes issues de l'immigration,
- les professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales), traditionnellement peu ancrées dans le parcours de santé,
- les populations en situation de précarité,
- les hommes quelle que soit la catégorie d'âge (par comparaison aux femmes),

- et les personnes en marge du système de soins.

D'une manière générale, le DOCCR s'intègre dans une politique de santé publique visant à réduire la mortalité par CCR.

C'est une partie de l'activité de dépistage du CCR s'adressant à la grande majorité des cas.

La participation à ce DOCCR en France reste à environ 30 %, en deçà de l'objectif minimum de 45% fixé par les instances européennes.

Les freins à la participation font l'objet d'un travail d'analyse et d'évaluation en constante évolution, ayant par exemple conduit à la modification récente du type de test FOBT.

II. La population carcérale de l'inter-région de Bordeaux

1. Généralités sur les lieux d'incarcération français

a. Les établissements pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires⁶ sont des lieux privés de liberté gérés par l'administration pénitentiaire. On distingue deux grandes catégories : les maisons d'arrêt (MA) et les établissements pour peine.

Les MA sont des lieux où sont placés les prévenus dans l'attente de leur jugement lorsqu'ils ont fait l'objet d'un placement en détention provisoire et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à 2 ans.

L'extrait suivant du bulletin officiel du ministère de la justice²⁷ reprend les conditions dans lesquelles un condamné peut être placé en MA ou qMA :

« Lorsque des conditions, tenant à la préparation de leur libération, à leur situation de famille ou à leur personnalité, le justifient (article 717 alinéa 2 du Code de Procédure Pénale (CPP)) :

- les condamnés à l'emprisonnement, d'une durée inférieure ou égale à deux ans, peuvent être maintenus en maison d'arrêt ou en quartier maison d'arrêt. Ils doivent être incarcérés, dans ce cas, dans un quartier distinct,*
- les condamnés, affectés en établissement pour peine, auxquels il reste à subir une peine d'une durée inférieure à un an, peuvent être orientés en maison d'arrêt s'ils font une demande de changement d'affectation.*

Lorsqu'un aménagement de peine a été prononcé, ou est susceptible d'être prononcé rapidement (article 717 du CPP), la personne condamnée, détenue en maison d'arrêt et à laquelle il reste à subir une peine d'une durée supérieure à deux ans, peut être maintenue en maison d'arrêt »

En ce qui concerne les établissements pour peine, « *les classifications au sein de cette catégorie s'opèrent en fonction des régimes de détention, des régimes d'exécution des peines et des caractéristiques des structures.*

Les établissements pour peines et quartiers dans lesquels s'exécutent les peines ont vocation à recevoir des condamnés, et sauf décision contraire du magistrat saisi du dossier de l'information, les condamnés également prévenus et détenus pour autre cause. »

Les principaux établissements pour peine sont les maisons centrales, les centres de détention, les centres pénitentiaires, et les centres de semi-liberté et pour peine aménagée.

Une maison centrale (MC) est un établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles et les longues peines, d'où un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité :

« Les maisons centrales et les quartiers maison centrale comportent une organisation et un régime de sécurité renforcé dont les modalités internes permettent également de préserver et de développer les possibilités de réinsertion sociale des condamnés (article D.71 du CPP). »

Un centre de détention (CD) est un établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion sociale les meilleures, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus (article D. 72 du CPP).

Un centre pénitentiaire (CP) est un établissement pénitentiaire mixte comprenant au moins deux quartiers à régimes de détention différents.

Un centre de semi-liberté (CSL) et un centre pour peine aménagée (CPA) sont des établissements pénitentiaires qui reçoivent « *les personnes condamnées admises au régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur sans surveillance de personnel pénitentiaire (article D. 136 du CPP).* »

« *Ce régime d'exécution de peine, essentiellement orienté vers la réinsertion sociale et la préparation à la sortie des condamnés, permet à la personne condamnée de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant la journée pour exercer une activité professionnelle, bénéficier d'un traitement médical, suivre un enseignement ou une formation ou tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive (Article D72-1 du CPP).* »

Ainsi, au 1er janvier 2015, 188 établissements accueillent les personnes détenues en France :

- 91 MA et 42 quartiers MA (situés dans des centres pénitentiaires),
- 88 établissements pour peines, soit 46 CP, 25 CD et 36 quartiers CD, 6 MC et 6 quartiers MC, 11 CSL et 12 quartiers CPA.
- un centre national d'évaluation (CNE) sur 3 sites : Fresnes, Sud francilien et Lille-Annœullin. Cette entité a notamment pour mission d'évaluer la personne détenue, sur la base d'une observation au quotidien et d'entretiens réguliers pendant des sessions de plusieurs semaines, préalablement à la décision d'affectation en établissement pour peines.
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM),
- 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) (hôpital public placé à l'intérieur de la prison de Fresnes).

Ils sont répartis dans 9 directions interrégionales et une mission outre-mer²⁸ : Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lyon, Centre Est-Dijon, Est-Strasbourg, Paris, Lille, Rennes.

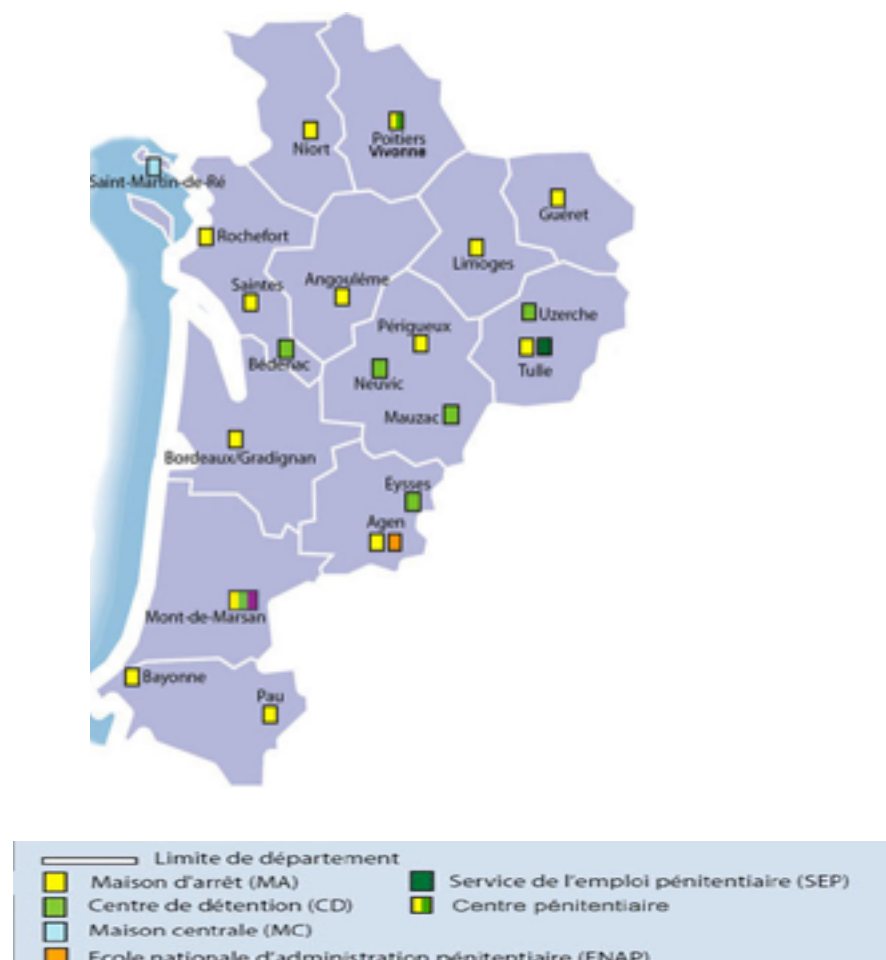
Les DOM-TOM sont rattachés à la mission outre-mer.

La carte en annexe 1 illustre ces directions inter-régionales.

b. Les établissements pénitentiaires dans l'inter-région de Bordeaux

La carte en figure 6 décrit plus particulièrement l'implantation géographique des établissements pénitentiaires de l'inter-région de Bordeaux²⁹ comprenant les régions Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin .

Figure 6 : Carte des établissements pénitentiaires - DI de Bordeaux



2. Caractéristiques démographiques du milieu carcéral en France et dans l'inter-région de Bordeaux

a. Généralités

Les personnes placées sous main de justice sont écrouées. Lorsqu'elles sont détenues, c'est à dire hébergées dans un établissement pénitentiaire, elles peuvent être soit « prévenue », soit « condamnée ».

Un prévenu est une personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée, ou dont la condamnation n'est pas encore définitive (en appel). Elle sera alors incarcérée en MA ou qMA.

Un condamné est une personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive. Elle sera incarcérée en établissement pour peine.

Au 1er janvier 2015, la population écrouée concernait un peu plus de 77000 personnes dont 3,1% de femmes et 1,1% de mineurs^{6 30}.

Le flux d'entrée en 2014 était estimé à 86000 pour autant de sorties.

Les personnes détenues étaient un peu plus de 66000.

La durée moyenne de détention s'élevait en 2014 à 10,4 mois.

L'âge moyen était de 34,6 ans.

b. Répartition et évolution par âge

Depuis le 1er janvier 2011, la population écrouée totale a progressé de 15,4 % avec une tendance à la stabilisation depuis 2 ans.

Le tableau suivant reprend les données d'évolution récente .

TABLEAU 3 : EFFECTIFS DE LA POPULATION ÉCROUÉE DEPUIS 5 ANS

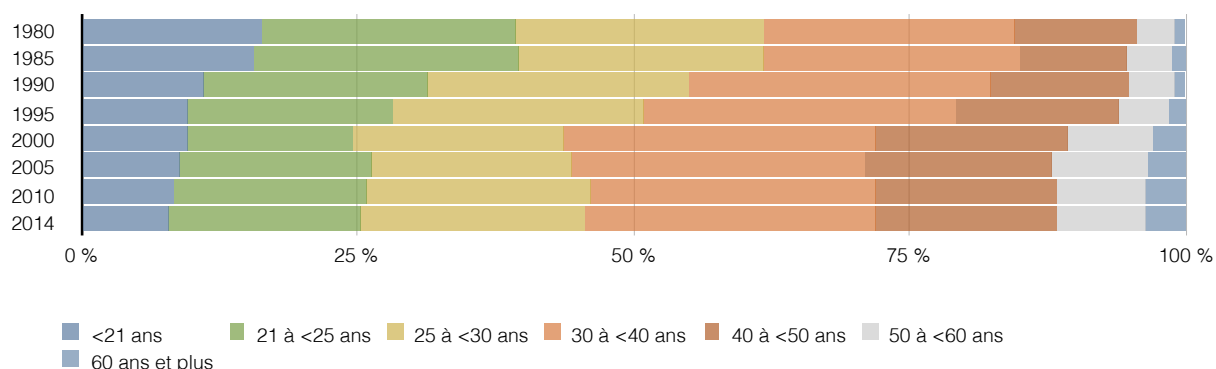
	2011	2012	2013	2014	2015
Personnes écrouées	66 975	73 780	76 798	77 883	77 291
Personnes écrouées âgées de plus de 50 ans	7 726	8 284	8 618	9 144	9 291
Proportion	11,5 %	11,2 %	11,2 %	11,7 %	12,0 %

Sur la même période, la population âgée de plus de 50 ans a progressé de 20%. En proportion, elle est assez stable : en 2011 elle représentait 11,5% de la population écrouée, en 2015 12%.

Pour comparaison, la population âgée de plus de 50 ans représente 38% de la population générale.

La figure 7 reprend un graphique de la DAP décrivant la répartition en âge de la population écrouée depuis 1980³¹. Elle met en évidence le vieillissement progressif de la population carcérale. L'amorce de ce phénomène se situe aux environs de 1985 et se poursuit jusqu'aux environs des années 2000. Depuis 10 ans, il y a une relative stabilité de la proportion de détenus âgés de plus de 50 ans.

Figure 7 : Effectifs des personnes écrouées selon l'âge de 1980 à 2014



Comme dans la population générale, ce vieillissement génère l'émergence de nouveaux besoins de santé dans le domaine des maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), mais aussi dans le domaine du handicap.

c. Densité carcérale et répartition par type d'établissement

La densité carcérale moyenne sur l'ensemble des établissements pénitentiaires français est de 113,4%^{30 32}.

La densité moyenne des MA est de 130% et la densité moyenne des établissements pour peine est de 88,4%.

La surpopulation carcérale touche essentiellement les MA. Il n'y a pas comme en établissement pour peine de numéris clausus : un prisonnier - une cellule.

Au 1er septembre 2015, dans l'inter-région de Bordeaux, la densité moyenne est de 94,3%, celle des MA de 107,3%, celle des établissements pour peine de 85%.

La répartition des détenus entre les différents types d'établissement de l'inter-région est 48% en MA et qMA, et 52% en établissements pour peine (8% en MC; 44% en CD et qCD)

d. Caractéristiques socio-économiques à l'entrée

Les caractéristiques sociales des détenus ont été principalement étudiées dans le cadre de deux études portant sur l'état de santé à l'entrée en détention, l'une réalisée par la DRESS en 1997 et réactualisée en 2003, portant sur l'ensemble des établissements pénitentiaires en France³³, et l'autre sur le même modèle en 2013 en Picardie³⁴.

La population carcérale est une population précaire.

La précarité se définit comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Les critères de précarité définis suite à la publication de l'article 2 de l'arrêté de 1992 (ministère des Affaires sociales et de l'Intégration,1992) sont socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires de contrats aidés, du RMI ou de la CMU,jeunes en insertion professionnelle, personnes sans domicile fixe.

Le score de précarité EPICES³⁵ a été construit par la suite en 2002. Il constitue un outil de mesure pertinent de la situation de précarité, en lien avec les indicateurs socio-économiques et avec les données de santé.

L'accès à un logement stable et une couverture sociale sont deux critères importants intervenant dans ce score.

Les deux tableaux suivants reprennent ces données concernant les détenus avant incarcération.

TABLEAU 4 : DOMICILE AVANT INCARCÉRATION

	2003	2013
Logement stable	81,3 %	87,2 %
Logement précaire + sans abri	18,7 %	12,8 %

Source^{33 34}

TABLEAU 5 : PROTECTION SOCIALE AVANT L'INCARCÉRATION

	2003		2013	
	Détenu	Population générale	Détenu	Population générale
Pas de protection sociale	13,6 %	0,5 %	11 %	NC
CMU	17,3 %	2,5 %	31,3 %	8 %
AME	0,8 %	0,25 %	NC	NC

Source^{33 34}

En 2003, une personne sur cinq issue de la population carcérale se déclare sans domicile fixe, en 2013, 15% n'ont pas de logement.

En 2003, 13,6% des détenus; déclarent ne pas avoir de protection sociale (0,5% dans la population générale). En 2013, 11% sont dans cette situation et une personne sur trois bénéficie de la CMU à l'entrée en prison (contre 8% dans la population générale).

En ce qui concerne le travail qui est aussi un indicateur fort de précarité, il n'y a pas d'élément de comparaison en 2003. En 2013, trois détenus masculins sur cinq étaient au chômage ou sans profession.

Les données fournies par l'administration pénitentiaire concernant le niveau d'instruction de la population pénale à l'entrée des établissements au 1er janvier 2015 sont regroupées dans le tableau suivant.

TABLEAU 6 : POPULATION ÉCROUÉE PAR NIVEAU D'INSTRUCTION

	Effectifs	%
Illettré	1 008	1,3
Primaire	5 352	6,9
Secondaire et supérieur	56 631	73,3
Inconnu	14 300	18,5
	77 291	100

Le repérage systématique des personnes illettrées, initié depuis 1995, donne des informations plus précises, et contradictoires avec celles déclarées à l'entrée, sur le niveau de formation de la population pénale au moment de l'entrée en détention³⁶. En 2014 :

- 1,5% n'a jamais été scolarisé ;
- 4,8% ne parlent pas le français et 5,2% le parlent de manière rudimentaire ;

- 48,5% sont sans diplôme ;
- 76% ne dépassent pas le niveau CAP ;
- 28,5% des personnes sont issues de cursus courts ou d'échecs du système scolaire (primaire, enseignement spécialisé, collège avant la 3e...) ;
- 22,6% des personnes rencontrées échouent au bilan de lecture.

Le ministère de la justice estime ainsi que plus de la moitié des personnes détenues se situent au mieux à un niveau de fin d'études primaires et ne disposent pas de réelle qualification professionnelle.

De plus, le taux d'illettrisme de la population détenue est d'environ de 11 %, il est supérieur à la moyenne nationale (7%).

D'une manière générale, la population carcérale est:

- une population masculine et jeune,
- une population au 2/3 détenue en maison d'arrêt, lieux particulièrement affectés par une surpopulation pénale,
- une population précaire, fragilisée et vulnérable, caractérisée par un niveau éducatif peu élevé et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération,
- Une population assez stable en nombre depuis 3 ans mais vieillissante compte tenu de l'allongement des peines impactant ainsi les besoins sanitaires.

3. La prise en charge sanitaire de la population carcérale

a. Le dispositif réglementaire en matière d'organisation des soins

La prise en charge sanitaire des personnes détenues a été largement modifiée par la loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Une organisation sanitaire indépendante de l'administration pénitentiaire, gérée par les institutions sanitaires (Ministère chargé de la Santé et Agences régionales de santé) est mise en place, remplaçant l'infirmerie à laquelle était attaché du personnel soignant recruté et rémunéré par le Ministère chargé de la Justice.

Cette organisation sanitaire est chargée, dans une double approche individuelle et collective, de mettre en oeuvre une véritable politique de prise en charge sanitaire des détenus.

Les principes d'actions peuvent être décrit ainsi :

- Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale;
- Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en oeuvre en milieu carcéral;
- La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé.

Ces principes ont été depuis réaffirmés par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009³⁷
³⁸. L'annexe 2 reprend les références des textes législatifs encadrant cette prise en charge.

Le transfert au Ministère chargé de la Santé de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a donc été à l'origine de la mise en place dans

chaque établissement pénitentiaire d'Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires, renommées récemment Unité Sanitaire de Niveau 1 (USN 1). Ces unités sont rattachées à un établissement de santé de référence par le biais d'une convention, passée entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire. Cela concerne des prestations de médecine générale.

L'affiliation des personnes détenues au régime général de sécurité sociale fait aussi partie de ce dispositif.

b. Un plan national d'actions pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

L'identification des besoins spécifiques des personnes détenues a permis d'élaborer une politique de santé spécifique avec des axes stratégiques d'actions^{39 40}.

Les besoins de santé identifiés et pris en compte sont ceux en lien :

- avec des affections fréquentes et graves : les infections par le VIH et le VHC, la tuberculose, le handicap de plus en plus fréquent, la mortalité par suicide, la consommation d'au moins 2 substances psycho actives, l'augmentation constante de la proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral, la couverture vaccinale mal connue, la santé mentale;
- avec l'impact de l'incarcération : l'incarcération en elle-même génère une violence qui s'exerce contre soi et les autres avec des conséquences sur la santé physique et mentale. La mortalité par suicide est très élevée : les personnes détenues se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans³⁹.

Il existe aussi des besoins de santé liés aux caractéristiques socio-démographiques de la population pénale.

Compte tenu de l'évolution démographique, accroissement, mais aussi vieillissement de la population, ces besoins de santé sont croissants.

c. L'organisation des soins et les structures de soins

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques (DSS), le second pour les soins psychiatriques (DSP) chacun d'entre eux étant structuré en trois niveaux⁴¹ :

- le niveau 1 : les soins relevant de consultations, prestations et activités ambulatoires;
- le niveau 2 : les soins requérant une prise en charge à temps partiel;
- le niveau 3 : les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

Les lieux de prise en charge des soins peuvent être communs à certains niveaux. Le tableau suivant permet de décrire l'organisation de manière synthétique :

TABLEAU 7 : LIEUX DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

	DSS	DSP
Niveau 1	USN 1 (UCSA/ SMPR)	USN 1 (UCSA/ SMPR)
Niveau 2	Hôpital de rattachement de l'US de l'établissement pénitentiaire	US niveau 2 en milieu pénitentiaire (Hôpital de jour) 1 par département
Niveau 3	UHSI	UHSA UMD

Les équipes des USN 1 présentes dans les établissements de détention assurent les consultations liées au suivi médical des personnes détenues : celles-ci résultent de demandes formulées soit par la personne détenue elle-même, soit, le cas échéant, par

le personnel pénitentiaire, les services éducatifs de la PJJ ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue. Elles peuvent être demandées par le médecin dans le cadre des suivis médicaux.

Elles assurent aussi les consultations spécifiques et réglementaires en milieu pénitentiaire :

- l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté;
- l'examen médical des personnes condamnées sortantes;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire et le suivi des grévistes de la faim et/ou de la soif.

Au 1er janvier 2015, on dénombre au total 175 USN 1 en France.

Auxquelles s'ajoutent:

- 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les CHU pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures : Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris Pitié-Salpêtrière, Rennes;
- 1 établissement public de santé national à Fresnes;
- 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), implantés dans 26 établissements pénitentiaires;
- 7 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) implantées en milieu hospitalier qui accueillent les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) : Lyon, Nancy, Toulouse, Orléans, Paris, Lille, Rennes (9 sont en prévision pour 2016).

d. Les droits sociaux du détenu

L'article L.381-30 du Code de Sécurité Sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie à compter de la date d'incarcération quels que soient leur situation de couverture sociale antérieure, leur âge, leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France, et leur situation administrative et pénale en détention⁴¹.

Ce régime général leur ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, c'est-à-dire au remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de laboratoire...).

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Les personnes détenues peuvent avoir une protection complémentaire pendant leur détention afin de couvrir notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires.

La caisse d'assurance maladie compétente est la caisse d'assurance maladie dont dépend géographiquement l'établissement pénitentiaire où est écrouée la personne détenue. L'affiliation est effectuée par le chef de l'établissement pénitentiaire via la greffe.

La caisse reprend les droits à la CMU complémentaire, le bénéfice d'une pension d'invalidité, la reconnaissance d'une ou plusieurs affections de longue durée, etc., et informe le directeur de l'établissement pénitentiaire (via le greffe). Le greffe transmet ensuite l'information à l'USN 1.

Les cartes Vitale et/ou attestations-papier des personnes détenues reprenant les droits au régime général de la personne détenue sont conservées au greffe, et devront être remises à l'occasion de toute permission de sortir.

4. L'état de santé de la population carcérale

a. Les données générales

En France

L'état de santé de la population carcérale est assez peu étudié en France.

Une vaste étude menée par la DRESS en 1997 et refaite en 2003 fait encore référence³³. Elle a été complétée plus récemment par une étude de l'état de santé de la population entrante menée en 2013 en Picardie sur le même modèle que celle de 2003³⁴.

Le constat général concernant la population masculine fait en 2013 est intéressant car il a un précédent. On peut retenir que :

- neuf hommes sur dix (89,8%) présentent un bon état de santé général. Un peu plus d'un quart (27,8%) est en surcharge pondérale (6,8% sont obèses);
- un tiers des entrants déclarent avoir au moins une pathologie somatique chronique connue et prend au moins un traitement;
- un traitement psychiatrique est pris pour un entrant sur cinq (19,8%);
- pour un peu plus de la moitié (55,1%) des nouveaux entrants des soins bucco-dentaires sont à programmer (avec une certaine urgence pour 1,1%).

(Ces pourcentages sont globalement similaires pour la population féminine).

Par ailleurs, les problématiques liées aux addictions s'ajoutent aux troubles psychiatriques⁴². Ainsi :

Les nouveaux entrants déclarent :	en 2003	en 2013
fumer du tabac	80 %	85 %
une consommation excessive d'alcool*	30 %	17,5 %
une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédent l'incarcération	33 %	24 %
prendre un traitement de substitution aux opiacés (TSO)	7 %	16,4 %
prendre un traitement par médicament psychotrope	15 %	20 %

* plus de 3 verres par jour

On peut constater, depuis 2003, une relative stabilité de la consommation de tabac, et une tendance à la baisse de la consommation excessive d'alcool et de l'utilisation de drogues illicites accompagnant une tendance à une augmentation de la prise en charge des pathologies addictives par traitement substitutif oral dans le milieu ouvert.

A l'étranger

La revue de littérature réalisée par l'INVS en 2013 sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger^{43 44} témoigne d'une situation française similaire à celle des autres pays :

- une sur-représentation des troubles mentaux, des addictions et des maladies infectieuses dans la population carcérale, ces 3 problématiques étant bien documentées par un niveau de publication élevé⁴⁵;
- la thématique des maladies chroniques en milieu carcéral est moyennement documentée mais les résultats de prévalence paraissent cohérents avec ceux retrouvés en population générale, sans sur-représentation, *a priori*.

Des études étrangères rendent compte de l'importance de certaines pathologies chroniques auprès des seniors incarcérés (notamment l'hypertension artérielle et le diabète) en comparaison des seniors en population générale⁴⁶.

L'étude menée par Binswanger et al. en 2010 aux USA⁴⁷ décrit ainsi l'état de santé des détenus masculins : 40% ont une pathologie chronique, 20% des troubles psychiatriques et 50% un problème d'addiction (Alcool ou Opiacés, mais le tabac n'y est pas évoqué).

b. Les cancers des personnes détenues

Toujours selon la même étude, le cancer concerne 1,1% de la population masculine (dans la littérature en moyenne autour de 1 à 3%) ce qui ne semble pas différer des fréquences retrouvées en population générale telles que mentionnées dans l'étude.

Cependant, la population carcérale est certes vulnérable et a de nombreux comportements à risque, mais elle est jeune et moins exposée à ce type de pathologies.

Le rapport de l'IGAS paru en 2011⁴⁸, concernant le dispositif d'hospitalisation des personnes détenues, met en évidence les éléments suivants :

- D'après les données du PMSI pour les UHSI étudiées, « *la répartition entre ces différents types d'affections-motifs d'hospitalisation est proche de celle observée dans l'ensemble des établissements de santé* » avec « *cependant une plus grande fréquence (...) des affections myéloprolifératives et tumorales (4,4% vs 1,8 %), (...).* »
- L'importance relative des affections myéloprolifératives a amené la mission à préciser l'activité de cancérologie en UHSI : « *l'analyse des niveaux de gravité des séjours avec un diagnostic principal ou relié de cancer montre que les niveaux de sévérité 3 et 4 sont particulièrement représentés en UHSI : 16 % des séjours pour 2,6 % dans les CHU sièges d'UHSI et 2,5 % dans la base nationale* ».

Ces éléments permettent de conclure à un probable retard à la prise en charge des cancers chez ces personnes au cours de l'incarcération ou antérieurement à celle-ci.

Par ailleurs, un avis du comité d'éthique et cancer en 2012⁴⁹ pointe, pour cette population, les difficultés de prise en charge des cancers essentiellement liées aux conditions d'accès aux soins et à l'organisation autour de la période de fin de vie, sans aborder les aspects de prévention et de dépistage.

En résumé :

- La fréquence des cancers pris en charge chez les détenus serait donc similaire à celle de la population générale.
- Le stade de prise en charge dans l'évolution de la maladie serait plus tardif.
- Cette prise en charge tardive serait liée aux conditions d'accès aux soins, les aspects de prévention et de dépistage n'étant pas évalués.

III. Le dépistage du CCR en milieu carcéral

1. Le cadre institutionnel

Une troisième version du guide méthodologique de prise en charge sanitaire des détenus⁴¹ a été éditée en 2013. Cette actualisation du guide fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

Il décline les actions à engager pour un repérage, une prise en charge spécifique et la prévention des principales problématiques de santé concernant les détenus .

Pour rappel, les problématiques sanitaires à prendre en compte sont le suicide, les conduites addictives, le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, les maladies transmissibles comme VIH, les hépatites et IST, les maladies non transmissibles (les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, le diabète, les maladies broncho-pulmonaires chroniques, l'insuffisance rénale chronique, les cancers), mais aussi la maternité, le handicap et le vieillissement.

En ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge des cancers, le cadre fixé aborde les aspects préventifs et curatifs.

Pour la prévention et le dépistage, les auteurs rappellent que :

- les personnes détenues doivent avoir accès aux dépistages organisés des cancers du sein et cancers colorectaux pour les personnes de 50 à 74 ans;
- l'organisation de cet accès doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral. Elle repose sur une coordination entre l'équipe de l'unité sanitaire et la structure de gestion du dépistage des cancers du département. Ils insistent surtout sur les missions de ces structures de gestion qui sont les véritables chefs d'orchestre de ces dépistages.

La prise en charge et l'éducation thérapeutique du patient spécifiques à ce type de pathologies chroniques sont abordées très généralement : «*En fonction de la situation de la personne et de la fréquence des soins, l'accès aux différents dispositifs de permissions de sortir, d'aménagements de peine voire de suspension de peine pour raison médicale doit être facilité.* »

Par ailleurs, parmi les actions à mener, décrites dans le plan stratégique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, la mesure 6 concerne plus particulièrement le dépistage du CCR :

Mesure 6: rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues

- | |
|--|
| - Action 6.1 : améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention |
| - Action 6.2 : améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention |

Source³⁹

L'annexe 3 reprend le détail de la mesure 6.2.

Ce plan d'actions est accompagné de propositions pour l'évaluation du dispositif mis en place en milieu carcéral⁵⁰.

2. Le dispositif en milieu carcéral

En 2012, dans le cadre de la stratégie désignée par les institutions, une note technique destinée aux acteurs concernés par le dépistage établie par la DGS propose des adaptations du protocole de dépistage CCR en milieu carcéral⁵¹.

Les acteurs autour du patient sont plus nombreux (cf l'inventaire des acteurs dans le tableau qui suit), imposant la nécessité d'actions de coordination, de formalisation et de gestion plus importantes.

LES ACTEURS DU DOCCR SELON LE CONTEXTE

En milieu ouvert	En milieu carcéral
ARS, Structures de gestion de DO, CPAM	ARS, Structures de gestion de DO, CPAM
Médecin traitant	USN 1 et équipes de soins intervenant en milieu carcéral : Médecins, Infirmières
	Direction pénitentiaire de l'établissement

Le principe du dépistage reste le même, mais la DGS propose les adaptations suivantes:

- aborder la question du dépistage systématiquement lors des consultations légales encadrant toute incarcération,
- organiser des actions d'information individuelles ou collectives en s'appuyant sur les USN 1 et les institutions,
- établir la liste des personnes concernées et la centraliser à l'USN 1 :
 - soit elle est établie dans les USN 1 qui transmettent ces listes à l'organisme de gestion pour initier l'envoi des invitations aux détenus,
 - soit l'organisme de gestion établit la liste à partir de fichiers de la CPAM et adresse l'ensemble des invitations au médecin de l'USN 1,
- la participation des personnels infirmiers à l'évaluation des critères d'exclusion du dépistage, et à l'explication de la réalisation pratique,
- l'envoi des résultats au médecin de l'USN 1 afin de garantir le respect du secret médical,
- la mise en place d'une évaluation des processus et des résultats dans les USN 1.

Le tableau suivant reprend les différences essentielles entre le protocole utilisé en milieu libre et le protocole adapté proposé par la DGS.

TABLEAU 8 : DISPOSITIF DE DÉPISTAGE CCR SELON LE CONTEXTE

	En milieu ouvert	En milieu carcéral
L'information individuelle ou collective	Consultation libre du médecin traitant Campagne d'information organisée par ARS et Structure de gestion	Lors des consultations réglementaires Campagne d'information organisée par ARS et Structure de gestion Action dans le cadre du programme d'éducation pour la santé de l'établissement pénitentiaire
Etablir la liste des personnes concernées	Structure de gestion	USN 1 ou Structure de gestion
L'invitation	Adressée individuellement par la structure de gestion régionale	Adressée individuellement si liste établie par USN 1 ou adressée au médecin de l'USN 1 si la liste est établie par la structure de gestion
La consultation d'inclusion	Médecin traitant	Rôle de coordinateur des médecins des USN 1 Participation active des équipes infirmières pour évaluation d'exclusion et réalisation pratique
Le résultat	Adressé individuellement et au médecin traitant	A l'USN 1
L'évaluation	transmission régulière de statistiques personnelles au médecin traitant par la structure de gestion	L'équipe de l'US

L'unité sanitaire devient le relai de la structure de gestion à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. L'essentiel de la gestion du dépistage reposerait ainsi sur les USN 1, ceux-ci s'appuyant ensuite sur la structure de gestion pour l'analyse des tests et l'édition des résultats garantissant ainsi la gratuité prévue pour le dépistage organisé.

3. Les résultats connus

Les données de la littérature sur ce sujet sont rares et disparates.

Une étude⁵² réalisée aux USA en 2005 par l'équipe Binswanger et al. porte spécifiquement sur le dépistage des cancers. Ainsi, concernant le cancer CCR 31% des détenus concernés étaient à jour dans leur dépistage et 70% étaient motivés pour participer au dépistage. (les critères d'accès au dépistage sont sensiblement les mêmes qu'en France, la coloscopie en 1er intention est plus souvent utilisée.)

Elle fait aussi le lien entre l'origine ethnique et la couverture sociale avant l'incarcération, et un meilleur dépistage. Les Noirs américains étaient particulièrement peu fréquemment dépistés.

Toutefois, elle reste isolée et porte sur une population assez réduite en regard de la population américaine incarcérée (N = 133; 82 femmes et 51 hommes).

En France, l'étude menée sur la population carcérale entrante en Picardie réalisée en 2013³⁴ s'est aussi intéressée à la question des dépistages chez les entrants :

- le dépistage des maladies infectieuses : trois cinquièmes des nouveaux détenus ont effectué les dépistages pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH et la syphilis avant l'incarcération;
- le dépistage du CCR : parmi les hommes, 28,6% des nouveaux entrants âgés de 50 à 74 ans, se sont fait dépister par le test Hemocult® avant leur incarcération. Parmi les femmes de 50-74 ans nouvellement incarcérées, les deux tiers sont à jour pour leur test Hemocult®;
- le dépistage des cancers féminins : parmi les femmes concernées par le frottis vaginal, trois sur dix sont à jour (32,4%), il n'y a pas d'informations disponibles concernant la mammographie.

Cette étude porte sur une population plus importante que l'étude américaine (N=1896), elle rapporte un taux de dépistage CCR chez les détenus d'environ 30% du même ordre que celui retrouvé dans l'étude américaine.

Une action d'éducation à la santé menée sur le sujet à la maison centrale de Poissy en 2010⁵³ a montré une adhésion importante de la population carcérale à ce type de dépistage organisé puisque 72% des personnes sollicitées ont participé à cette campagne.

Ce résultat est en cohérence avec l'étude américaine : la population carcérale est réceptive à ce type de prise en charge.

Il faut cependant remarquer que ces deux études ont été menées dans des maisons centrales et ont donc concerné des personnes détenues pour de longues périodes.

Par ailleurs, l'étude récente initiée par la DGS visant à faire un état des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral en 2013⁵⁴ a mis à jour « *les nombreux écueils et difficultés rencontrés par les équipes soignantes, malgré une motivation certaine dont témoigne le taux de réponse aux questionnaires* » :

- Les difficultés d'organisation et de gestion des US : protocole de réalisation des dépistages, relation avec les structures de gestion, absence de données de réalisation permettant une autoévaluation,...
- Les freins spécifiques du milieu carcéral pour l'accès aux spécialistes et aux équipements radiologiques.
- L'absence de données de réalisation n'a pas permis de calculer un taux de couverture que l'on peut comparer à celui dans la population générale mais l'accès au dépistage semble globalement plus faible en maison d'arrêt et les taux d'activité de dépistages (nombres de dépistages réalisés rapportés à la file active) sont relativement faibles (20-30%).

D'une manière générale, le dépistage du CCR en milieu carcéral fait partie des priorités réaffirmées par les institutions et fait l'objet de mesures dans le plan stratégique d'actions.

Des aménagements de la procédure de participation au DOCCR ont été proposés et devraient être mis en oeuvre.

D'ors et déjà, les résultats connus montrent une participation de l'ordre de 30% et une réceptivité certaine au message de santé publique sur ce sujet chez les détenus.

Etude

I. Objectifs

Dans un premier temps, la DGS s'est intéressée aux dépistages des cancers féminins⁵⁴. En effet, ils ont une plus grande prévalence en milieu carcéral par rapport à la population générale féminine⁴⁷. Cependant, les mêmes questions se posent concernant le dépistage du CCR .

Ainsi, cette étude a pour principal objectif d'établir un état des lieux de l'organisation et de la réalisation du dépistage CCR en milieu carcéral un « jour donné ». Elle est circonscrite à la population masculine détenue dans la région géographique dépendante de l'UHSI de Bordeaux, plus précisément dans les régions Aquitaine et Poitou-Charentes.

Pour cela, elle comprend :

- une description de l'organisation du dépistage au sein des établissements pénitentiaires étudiés;
- une estimation du taux de réalisation du dépistage obtenu en s'attachant à :
 - déterminer le taux de participation et le taux d'exclusion du DOCCR,
 - déterminer le taux de participation au dépistage et à la prévention du CCR,
 - rechercher les facteurs influençant sur la participation au dépistage en général.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique portant sur le dépistage du CCR dans les établissements pénitentiaires des régions d'Aquitaine et du Poitou-Charentes.

Cette étude est :

- rétrospective : cela permet de réaliser un état des lieux rapide non exhaustif de la réalisation du dépistage. L'étude s'est faite à un moment charnière du dépistage avec l'arrivée du nouveau test qui devrait modifier les comportements par rapport au DO, le mode rétrospectif était donc plus approprié.
- descriptive : aucune intervention n'a été réalisée par les investigateurs et aucune action de santé publique sur le sujet n'avait été menée en amont.
- transversale : les sujets inclus dans l'étude étaient les détenus présents au moment de l'enquête dans leur globalité. L'échantillon servant à l'étude a été sélectionné par tirage au sort dans la population cible de détenus. Les informations ont été recueillies simultanément et concernent les conditions de réalisation du dépistage dans l'établissement pénitentiaire concerné, les données générales du patient et la réalisation effective du dépistage.
- multicentrique : l'échantillonnage réalisé par tirage au sort parmi les détenus a été réalisé sans conditions. Les détenus peuvent provenir des 16 établissements concernés.

Par ailleurs, c'est une enquête transversale menée « un jour donné ».

Une période d'inclusion plus longue, similaire à celle utilisée pour le calcul du taux de participation dans la population générale, nécessitait des moyens d'investigations plus

importants, la population d'inclusion étant alors liée au flux d'entrée et de sortie en prison.

Comme il s'agissait avant tout d'avoir une première idée du taux de réalisation et de la manière de l'étudier, nous avons opté pour une estimation « un jour donné » sur le même modèle des études menées sur les hépatites⁵⁵.

III. Population d'étude

La population étudiée est celle des détenus masculins présents dans les établissements pénitentiaires des régions Aquitaine et Poitou-Charentes en relation avec l'UHSI de Bordeaux.

Les critères d'inclusion sont :

- homme,
- âgé de plus de 50 ans et de moins de 74 ans,
- présents le jour de l'étude, sans notion de durée d'incarcération,
- dans l'un des 16 établissements pénitentiaires de l'inter-région de Bordeaux participant à l'étude.

Les critères d'exclusion sont :

- femme,

Elles représentent environ 3,5% de la population carcérale, elles participent à un dépistage organisé spécifique pour d'autres pathologies qui change probablement leur attitude par rapport au DOCCR, et elles ont fait l'objet d'une étude spécifique en milieu carcéral⁵⁴.

- âgé de moins de 50 ans
- âgé de plus de 75 ans
- non participation de l'USN 1 de l'établissement d'incarcération du détenu.

Après refus ou après 2 relances téléphoniques à 15 jours d'intervalle, l'USN 1 sera considérée comme non participante.

IV. Les variables étudiées

1. Généralités

Deux types de questionnaires ont été utilisés : un questionnaire « Unité Sanitaire » et un questionnaire « Patient ».

Le questionnaire « Unité Sanitaire » est destiné à préciser les moyens et l'organisation du dépistage de chaque USN 1.

Les données quantitatives ou qualitatives sont déclaratives, recueillies par interview d'un correspondant désigné dans l'équipe de l'USN 1. Un seul questionnaire est rempli par unité sanitaire participante.

Le questionnaire « Patient » est anonyme. Les données qualitatives ou quantitatives sont recueillies par consultation des dossiers médicaux.

La principale donnée concerne le dépistage. Les autres données du patient concernant sa situation socio-judiciaire et sa situation médicale sont recueillies afin de permettre l'étude d'éventuelles associations. Un questionnaire est rempli par patient-détenu tiré au sort.

Ainsi un patient-détenu tiré au sort a été décrit pour l'étude par des données concernant l'USN 1 de l'établissement auquel il appartient, et des données présentes dans son dossier médical.

2. Les données de l'USN 1

Le questionnaire porte sur 3 domaines : l'établissement pénitentiaire où est située l'USN 1, les moyens disponibles de l'USN 1 et l'organisation spécifique du dépistage à l'USN 1.

a. *L'établissement pénitentiaire*

L'établissement pénitentiaire a été caractérisé par son type (MA,CD,CP ou MC) et par sa taille (nombre de places et la file active de détenus).

Les patients condamnés détenus pour une peine moyenne à longue sont incarcérés dans les établissements pour peine. Ils sont a priori des patients plus « stables » qui pourront être suivis dans le temps. L'équipe médicale aura le temps de mettre en place une relation thérapeutique individuelle de confiance, ainsi que des actions collectives d'éducation à la santé permettant une meilleure adhésion au programme de dépistage.

Le type d'établissement nous a donc paru un indicateur pertinent de facteurs facilitant la réalisation du dépistage.

Nous avons aussi choisi de le caractériser avec sa taille et le nombre de détenus gérés par l'établissement sur une année.

La taille est le nombre de places annoncé par la DAP.

Nous avons recueilli le nombre total de détenus homme présents le 1er janvier 2014, et le nombre total de détenus homme entrés à partir du 1er janvier 2014.

La file active a été définie comme la somme de ces deux populations de détenus hommes présents dans l'établissement. Cette donnée est fournie par l'administration pénitentiaire de l'établissement.

Cette file active correspond aussi au nombre de patients gérés par l'USN 1 de l'établissement et permettra de comparer les moyens des USN 1 entre eux.

b. Les moyens disponibles de l'USN 1

Pour caractériser les moyens de l'US, nous avons considéré des données qualitatives comme :

- l'informatisation des dossiers médicaux : bien qu'obligatoire elle n'est peut être pas toujours en place. Elle permet la récupération des dossiers, leur suivi et facilite l'organisation et la gestion du service,
- la présence d'une consultation spécialisée en gastroentérologie : les hépato-gastro-entérologues effectuent le suivi des hépatopathies (hépatites et cirrhoses) et la prévention des pathologies chroniques gastro-intestinales,
- l'organisation d'actions collectives ou individuelles de promotion de la santé et d'éducation à la santé,
- l'organisation d'actions de formation des équipes médicales et paramédicales.

Des données quantitatives ont aussi été considérées :

- l'équivalent temps plein (ETP) médical par semaine et l'ETP infirmier par semaine. Ces temps de travail soignant et médical rapportés aux nombres de détenus présents dans la file active pour l'année 2014 ont permis d'objectiver les moyens respectifs de chaque unité sanitaire, et ainsi de moduler les réalisations.
- le délai moyen d'obtention d'une consultation par le détenu est aussi un bon élément pour caractériser globalement l'organisation et les moyens de l'unité sanitaire.

Ces données ont permis une comparaison globale des moyens entre les établissements.

c. L'organisation spécifique du dépistage

Ce sont des données uniquement qualitatives classées dans 3 sous-sections : l'organisation générale, la réalisation pratique des tests et l'évaluation du dépistage.

- L'organisation générale
 - Existe-t-il un protocole formalisant les relations pour la mise en place du DO avec les instances organisatrices? (ARS, Structures de gestion)
 - Qui établit la liste des personnes concernées par le dépistage? (l'USN 1, la structure des gestion du DO)
 - Comment le patient est invité au dépistage? (USN 1, structure de gestion, courrier adressé à l'USN 1 ou au patient via la direction de l'établissement)
 - Quand la question du dépistage est-elle abordée? (visite d'entrée, visite de sortie, lors de toute consultation pour un autre motif)

- La réalisation pratique des tests
 - Qui réalise la consultation de dépistage avec détermination des critères d'inclusion?
 - Qui remet le test au patient?
 - Qui envoie le test au centre de lecture?
 - Qui reçoit les résultats?

- L'évaluation du dépistage
 - Existe-t-il un tableau de bord de suivi avec les dépistages à faire, réalisés et les résultats reçus?
 - Quelles sont les données numériques de suivi de l'unité sanitaire disponibles (nombre de personnes éligibles, nombre de tests proposés, nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs, nombre de coloscopies réalisées, taux de participation)?

Le questionnaire dans sa forme est disponible en annexe 4.

3. Les données individuelles du patient

Les données individuelles des patients recueillies portent sur 2 domaines : les caractéristiques générales du patient et le dépistage CCR du patient.

Nous avons choisi ces données à partir des informations disponibles dans la littérature et de l'expérience des médecins généralistes exerçant dans cet environnement particulier.

a. Caractéristiques générales du patient

Pour caractériser la situation socio-judiciaire, ont été recueillies :

- des données sociales : âge, niveau études, statut familial,...

Même si la population carcérale est par définition une population précaire, nous avons sélectionné ces données informant sur la dynamique de vie personnelle des détenus avant l'incarcération, cette attitude générale pouvant expliquer une adhésion différente aux soins et au dépistage.

- des données judiciaires : statut pénal, récidive, ancienneté de l'incarcération, durée d'incarcération, type d'établissement d'incarcération, cellule individuelle ou collective.

Ces informations propres à l'incarcération sont des éléments importants voire essentiels pour comprendre la vie du patient détenu, et par extension pouvant favoriser l'adhésion au dépistage.

La situation médicale en général du détenu a été caractérisée avec :

- le nombre de consultations médicales en 2014.

Ce nombre est un bon indicateur du type de relation que le patient détenu entretient avec l'US.

- La description de ses antécédents: addictions, troubles psychiatriques, maladies infectieuses, maladies chroniques, cancers.

La connaissance des antécédents du patient détenu nous a paru être un élément important pour analyser et interpréter la participation au dépistage.

b. Le dépistage CCR du patient

Les informations concernant le dépistage individuel du patient sont qualitatives. Ce sont des données explicatives concernant :

- Le statut du patient par rapport au dépistage : oui, non, pas d'information
- Si le dépistage n'a pas été réalisé, quelles sont les raisons? : critère d'exclusion invoqué, refus du patient du mode de dépistage par FOBT, refus du patient du dépistage quelque soit le mode.
- Si le dépistage a été réalisé, quelles en sont les modalités? : invitation au dépistage (individuel ou dans le cadre du DO), méthode de dépistage utilisée (FOBT ou coloscopie), résultats du dépistage par FOBT (positif, négatif, à refaire, non disponible), coloscopie normale ou anormale avec présence de polypes ou de tuméfaction suspecte, résultat de l'analyse anatomo-pathologique.

Pour l'analyse des résultats de l'étude, les détenus dépistés dans le cadre du DOCCR par FOBT ont été désignés par DO+, les détenus exclus du DOCCR par EXC+.

Les détenus participant au dépistage du CCR soit par FOBT, soit pas coloscopie proposée en cas d'exclusion ont été désignés par D+.

Le questionnaire est disponible en annexe 5.

V. Réalisation de l'étude

1. Taille de l'échantillon et stratégie d'échantillonnage

Confrontés à des considérations de faisabilité matérielle de l'étude puisqu'il faut prévoir un déplacement sur site pour le recueil des données avec une région pénitentiaire très vaste, s'étendant de Saint-Martin-de-Ré à Bayonne, nous avons sélectionné de manière arbitraire quatre USN 1 parmi celles qui ont répondu au questionnaire.

Le choix s'est fait sur la variable « type d'établissement pénitentiaire ».

Un établissement type MA et deux établissements pour peine (MC, CD) et un établissement mixte (CP: qMA et qCD) ont été choisis parmi les établissements participants.

Pour mémoire, la répartition des détenus entre les différents types d'établissement de l'inter-région est 48% en MA et qMA et 52% en établissements pour peine dont 8% en MC.

Pour pouvoir garder un échantillon représentatif et étendre nos résultats à l'ensemble de la population de l'inter-région, nous avons tiré au sort les détenus en respectant cette répartition.

La liste des personnes détenues sujets de l'étude a été établie par l'UNS 1 : les détenus âgés de plus de 50 ans et de moins de 74 ans présents dans l'établissement le jour de l'étude.

Puis, un tirage au sort aléatoire simple a été effectué dans chaque établissement sélectionné en tenant compte d'un taux de perte de 10%.

Ainsi, un total de 160 détenus a été tiré au sort pour assurer un échantillon d'au moins 145 détenus.

Ces 160 détenus tirés au sort sont répartis dans les différents types d'établissements pénitentiaires comme suit: 13 en MC, 72 en CD et qCD, 75 en MA et qMA.

2. Le recueil des données

a. *Les USN 1*

Les USN 1 de tous les établissements pénitentiaires des régions Aquitaine et Poitou-Charentes ont été questionnées sur leur pratique de dépistage, et leur offre de soins par rapport à ce dépistage.

Les questionnaires concernant les unités sanitaires ont été adressés à chaque unité avec un courrier explicatif de l'étude demandant les coordonnées d'un membre de l'équipe médicale référent pour l'étude. Ces documents ont été adressés par email.

Le recueil des données de l'USN 1 a été ensuite effectué par entretien téléphonique planifié. Le questionnaire a été rempli par l'interviewer.

En cas de non réponse, une relance téléphonique a été effectuée. Si un rendez-vous pour une interview n'a pas pu être planifié, ni réalisé dans un délai de 15 jours, l'USN 1 a alors été considérée comme ne participant pas à l'étude.

b. *Les patients détenus*

Les questionnaires concernant les patients sont anonymes, et portent sur les pratiques médicales de dépistage.

Il n'y a pas eu de demande d'accord de participation des patients.

Ils ont été remplis sur place à partir des éléments présents dans le dossier médical.

Si le dossier médical de la personne détenue tirée au sort n'était pas disponible le jour du recueil alors un autre détenu était choisi parmi les 10% de dossiers supplémentaires.

La DAP a donné les autorisations d'accès aux établissements pénitentiaires et leurs unités sanitaires à la personne en charge du recueil de données.

L'USN 1 a mis à disposition les dossiers médicaux des détenus tirés au sort pour consultation sur place par celle-ci.

Les questionnaires patients ont été identifiés par un numéro séquentiel attribué par l'unité sanitaire. Ils ont été remplis sur place au sein de l'USN 1.

La table de correspondance entre les numéros d'écrou et les numéros des questionnaires est restée dans chaque unité sanitaire afin de garantir l'anonymat et le secret médical. A aucun moment, ne sont sortis de l'unité sanitaire les numéros d'écrou des détenus sujets de l'étude, ni leurs données personnelles d'identification (nom, prénom, date de naissance, nationalité, ...).

Elle a été conservée à l'USN 1 le temps de l'étude (c.a.d. jusqu'à la fin de l'analyse des données).

Le tirage au sort s'est effectué un « jour donné » mais le recueil des données s'est étalé sur 30 jours consécutifs afin de permettre de se rendre sur les différents lieux d'incarcération.

VI. Analyse des données

1. Généralités

Les informations recueillies ont été saisies dans une base de données créée avec un tableur type Excel .

Cette base de données a ensuite été utilisée pour extraire des tableaux, effectuer des calculs et obtenir des statistiques descriptives.

Les données qualitatives sont décrites par l'effectif et la fréquence.

Les données quantitatives sont décrites par la moyenne et l'écart type.

Les analyses statistiques bi-variées pour comparer des groupes sont réalisées en ligne à l'aide du logiciel BiostaTGV .

2. Description de l'organisation des US en charge du DOCCR

Les données recueillies concernant les USN 1 ne font pas l'objet d'analyse statistique, il s'agit d'une synthèse des observations.

Afin de comparer les moyens humains paramédicaux et médicaux des établissements le ratio suivant a été calculé :

$$R = \frac{\text{ETP /semaine}}{\text{File active}}$$

La file active est définie comme le nombre de détenus présents le 1er janvier 2014 ajouté au nombre de détenus entrés en 2014.

3. Description du dépistage du CCR en milieu carcéral

a. Population d'étude

Une description univariée des variables suivantes a été réalisée à partir des effectifs de chaque catégorie : le dépistage, âge, caractéristiques socio-judiciaires, caractéristiques médicales.

b. Le dépistage CCR

- La participation au DO

Le calcul du taux de participation au DO est le suivant : (T0 = le jour donné)

$$T_p \text{ DOCCR} = \frac{\text{Nombre de détenus ayant réalisé un FOBT à T0}}{\text{Nombre de détenus âgés de 50 à 74 ans à T0} - \text{Nombre de détenus exclus du DO à T0}}$$

Le calcul du taux d'exclusion au DO est le suivant :

$$T_{\text{EXC}} \text{ DOCCR} = \frac{\text{Nombre de détenus exclus du DO à T0}}{\text{Nombre de détenus âgés de 50 à 74 ans à T0}}$$

- La participation au dépistage et à la prévention du CCR

Le calcul du taux de réalisation du dépistage est le suivant :

$$T_p \text{ DCCR} = \frac{\text{Nombre de détenus ayant réalisé un FOBT à T0} + \text{exclus du DO à T0}}{\text{Nombre de détenus âgés de 50 à 74 ans à T0}}$$

- L'estimation des taux de participation et d'exclusion

L'estimation a été faite par la méthode de l'intervalle de confiance. L'intervalle de confiance de niveau $(1 - \alpha)$ du taux de participation, fondé sur la valeur observée p , p étant calculée sur l'échantillon de n détenus, est donnée par l'intervalle ci-dessous :

$$IC_{1-\alpha} = [p - u_{\alpha}(p(1-p)/n)^{1/2}; p + u_{\alpha}(p(1-p)/n)^{1/2}]$$

Après vérification des conditions de validité

Le seuil à 5% est choisi ($\alpha = 0,05$) : $u_{\alpha} = 1,96$

- c. *Recherche de facteurs influençant la participation au dépistage et à la prévention du CCR.*

La recherche d'associations pouvant expliquer une meilleure participation s'est faite sur le cas des patients participant au dépistage CCR en général (D+).

L'analyse bi-variée entre la donnée D+ et tour à tour chacune des variables caractérisant la population a été réalisée afin de déterminer l'effet de chaque facteur sur la participation.

Les variables qualitatives sont comparées par test exact de Fisher (OR, IC à 95%).

Les facteurs suivants ont été testés : âge (comme variable qualitative par classes d'âges de 5 ans), situation familiale, type d'établissement d'incarcération, durée d'incarcération, les pathologies chroniques, tabac, participation au dépistage HIV/HBV/HCV.

VII. Résultats

1. Les unités sanitaires

Sur les 16 établissements des régions Aquitaine et Poitou-Charentes, 3 établissements ont refusé de participer pour des raisons matérielles, et 3 ont été considérés comme non répondant.

Les 10 établissements participants sont donc : une maison centrale, 5 maisons d'arrêt, 2 centres de détention et 2 centres pénitentiaires.

La population concernée est en théorie incarcérée pour 15% en MC, 45% en MA et 40% en CD.

D'une manière générale, les données d'organisation ont été difficiles à collecter et doivent être fiabilisées pour en tirer des conclusions.

Toutefois, on peut constater concernant les moyens généraux que :

- le ratio R médical calculé serait environ 2 (compris entre 1 et 3 à une exception près) et le ratio R infirmier serait environ 10 (compris entre 5 et 15);
- seuls les établissements à proximité immédiate d'un CHU ou CHR ont une consultation spécialisée en gastroentérologie;
- les dossiers sont informatisés dans 4 établissements sur 9;
- les établissements pour peine sont moins souvent informatisés : le centre pénitentiaire de Mont de Marsan est le seul informatisé, mais il est très récent (2008);
- les actions collectives d'éducation à la santé menées concernent les facteurs de risques cardiovasculaires et la nutrition.

Pour le dépistage CCR, il n'y a pas de procédure particulière :

- pas d'action spécifique d'éducation à la santé ciblée sur le CCR,
 - pas d'information spécifique du médecin de l'USN 1 : la liste des personnes concernées est établie par la structure de gestion qui envoie des invitations aux détenus sans informer l'unité sanitaire,
 - la consultation d'inclusion est réalisée avec le médecin de l'USN 1,
 - les explications pour réaliser le test sont données par les infirmières,
 - les analyses ne sont pas toujours réalisées par le centre de lecture de la structure de gestion car alors le médecin n'est pas informé (le médecin de l'UCSA ne peut pas être reconnu comme médecin traitant par le logiciel),
 - les résultats suivent le même parcours que dans le milieu ouvert,
 - une stratégie d'autoévaluation est mise en place dans 2 établissements pour peine.
- Le suivi est géré par les infirmières.

2. La population étudiée

La taille de l'échantillon obtenu après élimination des dossiers non présents et non complets est 145 détenus.

L'âge moyen est de 57,5 ans (+/- 7 ans).

Le tableau suivant donne la description complète de l'échantillon.

TABLEAU 9 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Catégories		N	%
Âge	50-54 ans	66	46 %
	55-59 ans	33	23 %
	60-64 ans	21	14 %
	65 - 69 ans	20	14 %
	plus de 70 ans	5	3 %
Situation familiale	célibataire	50	34 %
	marié, divorcé, veuf	79	54 %
	non retrouvée	16	11 %
Niveau d'étude	primaire	16	11 %
	collège	37	26 %
	lycée	13	9 %
	universitaire	6	4 %
	non retrouvé	73	50 %
Situation pénale	prévenu	37	26 %
	condamné	108	74 %
Durée d'incarcération	< 2 ans	34	31 %
	< 5 ans	19	18 %
	< 10 ans	23	21 %
	< 15 ans	11	10 %
	15 ans et plus	17	16 %
	non retrouvée	41	38 %
Etablissement pénitentiaire	MA	13	9 %
	CD	63	43 %
	MC	69	48 %
Situation Médicale	Tabac	87	60 %
	Dépistage HIV/HBV/HCV	104	72 %
	Maladies chroniques	96	66 %
	Cancer	9	6 %

Les données concernant les caractéristiques socio-judiciaires des détenus comme la situation professionnelle, familiale, le niveau d'études et la durée d'incarcération ont été retrouvées de manière aléatoire et non formalisée. Elles ne permettent pas de commenter la population de ce point de vue.

La répartition selon l'âge retrouvée dans l'échantillon est comparable à celle de la population nationale détenue.

TABLEAU 10 : RÉPARTITION SELON L'ÂGE

	Echantillon		Population nationale	
	Effectifs	%	Effectifs	%
50-60 ans	99	68 %	6270	67 %
> 60 ans	46	32 %	3021	33 %
Total	145		9291	

Du point de vue de la situation pénale, la répartition prévenu-condamné et la répartition dans les établissements sont comparables à celle de la population dans l'inter-région de Bordeaux et nationale.

TABLEAU 11 : RÉPARTITION SELON LE STATUT PÉNAL

	Echantillon		Population interregion Bordeaux		Population nationale	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Prévenu	37	26 %	1 089	19 %	16 549	21 %
Condamné	108	74 %	4 539	81 %	60 742	79 %
Total	145		5 628		77 291	

TABLEAU 12 : RÉPARTITION SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT D'INCARCÉRATION

	Echantillon		Population interregion Bordeaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%
MC	13	9 %	389	8 %
MA	69	48 %	2272	48 %
CD	63	43 %	2098	44 %
Total	145		4759	

En ce qui concerne la situation médicale, la population de l'échantillon fume moins que ce que l'on pourrait attendre d'après l'étude déjà citée réalisée en 2013 en Picardie (60% versus 85%).

Par ailleurs, 66% sont atteints d'une maladie chronique et 6% d'une pathologie cancéreuse. Ces proportions sont supérieures à celles retrouvées dans la littérature.

La participation au dépistage des maladies infectieuses sexuellement transmissibles est importante et s'élève à 72%

3. Description du dépistage du CCR

a. La participation au DO

Le tableau suivant montre les résultats obtenus pour la réalisation du dépistage CCR.

Il sert de base pour les calculs et les estimations de taux de participation.

TABLEAU 13 : EFFECTIFS PARTICIPANT AU DÉPISTAGE CCR

Effectifs		MC	MA	CD	Total
D-		6	58	42	106
D+		7	11	21	39
	DO+	5	3	12	20
	EXC	2	8	9	19
Total		13	69	63	145
Tx de participation DOCCR		45 %	5 %	22 %	16 %
Tx d'exclusion DOCCR		15 %	12 %	14 %	13 %
Tx de réalisation du dépistage CCR		54 %	16 %	33 %	27 %

Le taux de participation au DOCCR « un jour donné » calculé sur l'échantillon est de 16%.

En MC, MA et CD, il est respectivement de 45%, 5% et 22%, sans que l'on puisse en tirer de conclusion compte tenu de la taille des échantillons et de la méthode de l'étude.

Avec la méthode par intervalle de confiance au seuil de 5%, on peut estimer que le taux de participation de la population carcérale masculine locale au DOCCR est de 16%, IC95% [10%;22%].

Le taux d'exclusion au DOCCR calculé « un jour donné » sur l'échantillon est de 13%.

En MC, MA et CD, il est respectivement de 15%, 12% et 14%.

On peut estimer que le taux d'exclusion de DOCCR de la population carcérale masculine locale est de 13%, IC95% [8%;18%].

b. La participation à la prévention et au dépistage CCR

Le taux de réalisation du dépistage et de la prévention du CCR à T0 calculé sur l'échantillon est de 27%.

En MC, MA et CD, il est respectivement de 54%, 16% et 33%.

On peut estimer que le taux de réalisation du dépistage et de la prévention du CCR de la population carcérale masculine locale est de 27%, IC95% [20%;34%].

c. Les facteurs influant sur la réalisation du dépistage CCR

Le tableau suivant présente la participation au dépistage CCR en fonction de la classe d'âge.

TABLEAU 14 : PARTICIPATION AU DÉPISTAGE CCR SELON LA CLASSE D'ÂGE

Catégories d'âge	D+		Population totale	OR	IC à 95 %
	N	%	N		
Moins de 55 ans*	10	15 %	66		
55-59 ans	12	36 %	33	3,017	[1.029 ; 9.0831]
Plus de 60 ans	17	37 %	46	3,245	[1.223 ; 9.0455]
	39	27 %	145		

* catégorie de référence pour les calculs Odds Ratio

La participation augmente avec la classe d'âge. Les détenus âgés de 50 à 54 ans sont ceux qui participent le moins souvent au dépistage (OR = 3, [1.029;9.0831] par rapport à la classe d'âge des 55-59 ans).

Les participations sont très différentes en fonction du type d'établissement d'incarcération.

TABLEAU 15 : PARTICIPATION AU DÉPISTAGE CCR SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Lieu d'incarcération	D+		Population totale	OR	IC à 95 %
	N	%	N		
MA *	11	16 %	69		
CD	21	33 %	63	2,617	[1.0716 ; 6.7039]
MC	7	54 %	13	5,967	[1.4221 ; 26.3508]
	39	27 %	145		

*catégorie de référence pour les calculs Odds Ratio

Les détenus incarcérés en MC (OR = 6, [1,4221; 26,2508]) et en CD (OR = 2,5, [1,0716; 6,7039]) participent le plus souvent au dispositif de dépistage.

Le tableau suivant décrit les autres facteurs influents envisagés.

TABLEAU 16 : FACTEURS INFLUANT SUR LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE CCR

		D+		Population Totale	OR	IC à 95%
		N	%	N		
Age	< 60 ans	22	22 %	99		
	> 60 ans	17	37 %	46	2,0409	[0.8838 ; 4.6939]
Vie familiale	Célibataire	10	20 %	50		
	En couple, séparé, veuf	25	32 %	79	1,8433	[0.7511 ; 4.8104]
Statut pénal	Condamné	34	31 %	108		
	Prévenu	5	14 %	37	2,9214	[1.0059 ; 10.4469]
Tabac	Fumeur	23	26 %	87		
	Non fumeur	16	28 %	58	0,9437	[0.4204 ; 2.1522]
Maladies chroniques	Oui	28	29 %	96		
	non	11	22 %	49	1,4191	[0.6022 ; 3.5276]
Dépistage HIV	Oui	30	29 %	104		
	Non	9	22 %	41	1,4379	[0.5805 ; 3.8487]

Le tabac, les pathologies chroniques et la participation à d'autres programmes de dépistage ne semblent pas être des facteurs liés à la participation au dépistage CCR.

En ce qui concerne les caractéristiques sociales des détenus, les données décrivant le niveau d'instruction étaient trop incomplètes pour être exploitées.

Les données du parcours familial semblent montrer une meilleure participation des détenus en couple ou ayant été en couple par rapport aux détenus célibataires sans que cette différence soit exploitable.

Le statut pénal semble en lien avec la participation. Ainsi, les condamnés participent plus souvent au dépistage et à la prévention du CCR (OR = 3 , [1,0059;10,4469]).

Discussion

I. Intérêts et limites de l'étude

Le principal intérêt de cette étude réside dans son sujet même : peu d'informations sont disponibles sur cette question d'actualité.

Le sujet est difficile à explorer en raison du peu de formalisation des dossiers médicaux et des procédures.

Afin de progresser dans l'analyse de la situation de santé des détenus et de répondre aux demandes institutionnelles d'évaluation de la politique de santé des personnes détenues, une étude est en cours pour la faisabilité de telles études à partir des dossiers médicaux informatisés⁵⁶.

Les limites de l'étude sont :

- La taille de l'échantillon : elle limite la puissance de l'étude mais peut être aisément améliorée. De plus, les différentes études de la littérature sur le sujet portent sur des échantillons de taille similaire.
- L'hétérogénéité du recueil des données : il n'y a pas de formalisation commune des dossiers médicaux de chaque établissement. Les données ne se retrouvent pas toujours ou alors pas sous la même forme.

De plus, de nombreuses variables potentiellement explicatives pour la participation au DOCCR, comme le niveau d'étude, le type de profession, le parcours familial, la couverture sociale, la durée d'incarcération, sont plutôt disponibles dans le dossier pénal ou dans le système de recueil de données de la DAP.

- Le résultat de participation obtenu n'est pas strictement comparable au résultat national : c'est un instantané sur « un jour donné » alors que le résultat national est calculé sur une période de 2 ans.

- La période charnière de changement de test FOBT : cela a certainement différé certains dépistages dans le temps. Le recueil a été fait en fin d'année 2015. On peut supposer que les tests différés avaient été réalisés. Mais, le lien entre ce test plus adapté aux conditions carcérales et une meilleure participation ne sera pas évoquée ni traitée.
- La méthodologie de l'étude : l'échantillon de population carcérale a été sélectionné pour tenter de la rendre représentative de la population générale sur la variable « lieu d'incarcération ».

Peu d'établissements ont été visités. Les organisations, les moyens et l'implication sont différents d'un établissement à l'autre et propre à chacun. L'organisation de l'USN 1 est donc lié au lieu d'incarcération. Ainsi, un lien entre participation et lieu d'incarcération peut être confondu avec un lien entre participation et l'organisation de l'USN 1 du lieu d'incarcération.

De plus, les prévenus sont placés uniquement en MA et les condamnés, d'une manière générale, en établissement pour peine (CD, MC, CP). Le statut pénal est d'une certaine manière lié aussi au type d'établissement. Un lien entre participation et lieu d'incarcération peut aussi être un lien entre participation et statut pénal.

On peut donc penser qu'il y aura un biais de confusion entre le type d'établissement et le statut pénal, et les éléments d'organisation de l'établissement.

II. Les résultats

1. Les unités sanitaires

La participation des USN 1 est de 60%.

Le recueil des informations a été rendu difficile par l'éclatement géographique et la difficulté pour récupérer des données auprès de la direction pénitentiaire des établissements concernant les files actives pour les USN 1.

Les interlocuteurs sont multiples, souvent partagés entre plusieurs activités. Ils font aussi l'objet de multiples sollicitations administratives paraissant déconnectées de la vie carcérale et du quotidien de la relation médecin-patient en milieu carcéral. Cela a motivé les refus de participation.

Les moyens disponibles en temps médical et infirmier semblent assez homogènes sans que l'on puisse s'avancer davantage compte tenu de la qualité des données recueillies.

Il y a peu d'adaptations du protocole de DO. Lorsqu'elles existent, il s'agit essentiellement d'aménagements administratifs pour permettre aux médecins de récupérer les résultats des tests.

20% des établissements participants sont dans une logique d'autoévaluation et de gestion. Ceux sont des établissements pour peines. La charge de cette gestion est alors assurée par un membre de l'équipe infirmière.

2. Le dépistage du CCR

a. *Le taux de participation au dépistage au CCR*

Cette étude rétrospective a permis d'estimer le taux de participation au DOCCR de la population carcérale masculine locale à 16%. Il appartient à l'intervalle [10%;22%] dans 95% des cas.

La précision de ce résultat peut largement s'améliorer en augmentant le nombre de dossiers pris en compte.

Le taux de participation au DOCCR n'est pas strictement comparable au taux annoncé par l'INVS de 29,8% pour la période 2013-2014, mais il permet d'affirmer que la participation au DOCCR de la population carcérale est nettement inférieure à celle de la population générale.

Le taux d'exclusion du DOCCR de la population carcérale est de 13% celui de la population générale 12,4% : la population carcérale n'est pas plus souvent exclue du DOCCR.

Si on considère le taux de participation à la prévention et au dépistage, que nous avons caractérisé en incluant les exclus quelle que soit la cause, il est encore largement en dessous du taux de la population générale (27% versus 40%).

La population carcérale participe largement moins que la population générale à la politique de santé publique concernant la prévention et le dépistage du CCR.

b. *Les facteurs influents*

D'une manière générale, ce type d'étude rétrospective ne se prête pas à l'étude de liens de causalité. Cependant, il est possible de mettre en évidence des facteurs

influent en recherchant des associations à l'aide de méthodes statistiques telles que le calcul d'Odds Ratio.

Le lien de causalité devra être prouvé par la suite par d'autres types d'études (des études prospectives cas/témoin ou randomisées).

Notre étude a permis d'établir deux liens potentiels avec une meilleure participation (sans pour autant exclure d'autres liens) :

- l'âge : la participation s'améliore avec l'âge comme en milieu libre;
- le lieu d'incarcération : la participation s'améliore dans les établissements pour peine, est meilleure en MC qu'en CD, sans que l'on puisse dire si cela est dû au statut pénal, à la durée d'incarcération ou au dispositif de santé propre à chaque établissement.

Les données concernant la durée d'incarcération n'ont pas permis d'explorer un lien expliquant l'amélioration entre MC et CD. On peut en effet supposer que la stabilité spatio-temporelle de la situation d'incarcération du détenu permettrait l'installation d'une dynamique relationnelle entre lui et l'équipe médicale et paramédicale favorisant une meilleure participation.

On peut dire que :

- le détenu non participant type est âgé de moins de 55 ans, placé en MA;
- le détenu participant type est âgé de plus de 55 ans, condamné et placé en MC, CD ou qCD.

III. Les perspectives

1. La stratification de la population pénale par rapport au risque de CCR

Avant de se poser la question de l'amélioration de la participation au dépistage par test FOBT, on peut se poser celle de la stratification de la population pénale masculine par rapport au risque de CCR.

Notre étude a montré une part de fumeurs d'environ 60% (chiffre minimal, les études nationales rapportent une valeur plus près de 80%) .

Les personnes en surpoids seraient d'environ 25% d'après l'étude récente menée en Picardie.

Si on se réfère au calcul du score de Kaminski, on a, pour un détenu :

	50 à 54 ans	55 à 59 ans	> 60 ans
Homme	2	2	2
Age	1	2	3
Tabac	60 % fument	60 % fument	?
IMC	25 % IMC >30	25 % IMC >30	?
Antécédents	?	?	?
Score K	15% ont $K \geq 5$	85% ont $K \geq 5$	5

Donc, 100% des détenus masculins âgés de plus de 60 ans, 85% de ceux âgés de 55 à 59 ans et 15% de ceux âgés de 50 à 54 ans seraient à risque élevé de CCR sans tenir compte des antécédents. Mais, par ailleurs, l'utilisation généralisée de ce score dans la population générale conduirait à classer tous les hommes de plus de 60 ans en risque élevé.

Néanmoins, le recours à ce score pour les prisonniers pourrait justifier une prise en charge plus pragmatique et volontaire du dépistage du CCR en milieu carcéral en proposant une coloscopie de dépistage en première intention.

2. L'amélioration de la participation en milieu carcéral

a. *Un protocole spécifique au milieu carcéral*

L'étude n'a pas mis en évidence d'adaptation spécifique du protocole comme décrite et proposée par la DGS.

La population carcérale est particulièrement concernée par les freins à la participation au DOCCR déjà connus dans la population générale comme :

- le manque d'intérêt : ne pas se sentir concerné, déclarer avoir d'autres problèmes;
- les modalités de réalisation du test (probablement plus freinant compte tenu de la promiscuité en prison).

Cette population cumule aussi des facteurs de risques de non participation connus décrits antérieurement : situation de précarité, personne en marge du système de soins.

La liberté de participer à ce type de dépistage collectif est celle des détenus⁵⁷ mais, compte tenu de leurs multiples facteurs de risques pour le CCR et de non participation au dépistage, il faut probablement être plus actif pour proposer le test et ne pas se reposer uniquement sur les campagnes d'invitation organisées par les structures de gestion du DO.

Il semble donc important de tenter de mettre en oeuvre sur le terrain les propositions du groupe de travail de la DGS et plus particulièrement celle concernant l'invitation au dépistage et ce dans le cadre d'actions de promotion à la santé.

Ainsi, les USN 1 pourraient devenir aussi émetteurs d'invitation, en lien avec la structure de gestion mais centralisant l'information. Elles doivent s'engager dans une démarche de gestion et de suivi du dépistage au niveau de l'établissement pénitentiaire, devenir, en quelque sorte, le relai de la structure de gestion à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

De manière opérationnelle, on pourrait envisager de :

- rajouter un item au dossier médical d'entrée (informatique ou papier) pour formaliser la prise en compte du sujet au moins à la visite d'entrée, par exemple « classification par rapport au risque de CCR »,
- émettre une demande d'invitation ou un avis d'exclusion à l'attention des structures de gestion suite à la visite d'entrée,
- construire avec les USN 1 un outil adapté de gestion de suivi des dépistages dans l'établissement.

Il s'agirait aussi d'assurer à l'USN 1 les moyens humains pour mettre en oeuvre ces aménagements.

Comme préconisé par la note technique de la DGS et par le plan d'actions stratégiques 2010-2014, le déploiement d'un tel protocole pourrait se faire en priorité en maison centrale et centre de détention.

b. Evaluer le dépistage et étudier les facteurs influents

L'amélioration de la participation au DOCCR passe par la compréhension des mécanismes d'adhésion au DOCCR, et par la mise en place d'actions favorisant cette adhésion. Il faut aussi avoir des indicateurs permettant d'évaluer et de piloter les actions de terrain.

Le recours à des études prospectives plus adaptées et plus puissantes permettrait de continuer à évaluer et comprendre les ressorts d'une meilleure participation au DOCCR.

Il faudrait préalablement faire un effort commun de formalisation des données entre les établissements. Cela permettrait de faire des études à plus grande échelle avec des données homogènes pour l'exploitation.

De plus, les USN 1 disposeront ainsi d'indicateurs d'activité de dépistage communs permettant de piloter leurs actions

Des études fines des facteurs influents utilisant une méthode de recueil plus proche du terrain et plus contributive par interview (mais bien plus difficile à organiser de l'extérieur de la prison) pourraient être organisées.

Elles pourraient avoir pour objet de confirmer les facteurs influents potentiels mis en évidence dans notre étude.

Elles pourraient aussi explorer l'influence de la durée d'incarcération ainsi que d'autres caractéristiques psycho-socio-judiciaires du détenu ou des caractéristiques liées à son état et ses besoins de santé (comme, par exemple, l'existence d'une pathologie chronique sous jacente).

Elles pourraient aussi mesurer l'effet d'actions menées pour améliorer la participation à ce dépistage : le changement de test iFOBT, le recours à une autre stratégie de dépistage,...

Le référentiel d'intervention de l'INPES⁴⁵ pour le promotion de la santé en milieu pénitentiaire donne un cadre pour mettre en place et mener des actions d'éducation à la santé. Ce type d'actions ciblées sur le dépistage peuvent aussi potentiellement améliorer la participation (cf l'expérience de Poissy⁵³). Ces études pourraient en mesurer les effets.

c. *Le test de dépistage utilisé*

Une autre piste d'amélioration de la participation en milieu carcéral serait d'envisager un test plus adapté à l'environnement carcéral.

La promiscuité qui règne en prison majeure les problèmes d'acceptabilité du test FOBT. En ce qui concerne la coloscopie, c'est un examen morphologique invasif.

Il pose des problèmes d'organisation, majorés dans le cas d'un détenu, liés à la nécessité d'un régime alimentaire et d'une préparation colique, d'une hospitalisation et d'une anesthésie générale. L'hospitalisation en UHSI suppose pour le détenu des conditions de détention souvent mal supportées : pas de promenades, pas de tabac, pas de contacts avec les autres détenus, dates d'hospitalisation ne tenant pas compte des dates de parloirs (non connues des équipes organisatrices),...

Cet examen pose aussi des problèmes d'acceptabilité évidents, en lien avec les modalités même, se majorant dans un environnement clos comme la prison où, malgré toutes les procédures, le secret médical est difficile à préserver.

De nouveaux tests reposant sur la recherche de biomarqueur dans la circulation sanguine comme le test Septin9 sont à l'étude. Ainsi, l'équipe chinoise WU et Al.¹⁵ déjà citée rapporte des performances satisfaisantes de détection des CCR quel que soit le stade (sensibilité = 76,6%; spécificité = 95,9%). Ces premières études permettent d'espérer leur validation dans un avenir proche.

Ces tests reposent sur un simple prélèvement sanguin. Ils ont beaucoup plus faciles à mettre en oeuvre autant sur le plan du patient que du soignant. Ils sont particulièrement adaptés à l'environnement spécifique carcéral.

Ils présentent cependant l'inconvénient d'un cout supérieur au test iFOBT rendant son utilisation à grande échelle dans un dépistage systématique délicate. De plus, ils ne sont pas encore validés.

L'utilisation de ces tests pourrait avoir un réel impact sur le dépistage du CCR en milieu carcéral. La mise à disposition de ces tests pourrait faire partie de l'adaptation du protocole de DO aux spécificités du monde carcéral en mettant en place une stratégie pragmatique laissant libre choix du test de dépistage pour augmenter le taux de couverture.

Conclusion

Cette étude originale permet d'établir un état des lieux de l'organisation et de la réalisation du dépistage et de la prévention du CCR.

Il n'y a pas d'aménagements spécifiques du dispositif de DOCCR en milieu carcéral malgré quelques recommandations, et le taux de participation y est nettement inférieur à celui de la population générale (16% *versus* 29,8%).

Par ailleurs, cette étude a confirmé un lien, connu dans la population générale, entre l'âge et la participation pour la population pénale.

Elle suggère un lien entre la participation et le lieu d'incarcération sans que l'on puisse impliquer le statut pénal, la durée d'incarcération ou le dispositif de santé propre à chaque établissement.

Nous proposons 2 axes de réflexions concernant le dépistage du CCR en milieu carcéral pour contribuer à la politique de santé publique concernant le CCR et optimiser la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice :

- la classification des personnes détenues de plus de 55 ans en risque élevé de CCR quels que soient leurs antécédents et facteurs de risques.
- l'amélioration de la participation avec les évolutions suivantes :
 - un protocole spécifique au milieu carcéral : classification par rapport au risque de CCR lors de la visite d'entrée, émission des invitations par l'USN 1, construction de tableau de bord de suivi spécifique;
 - la mise en place d'indicateurs de participation : homogénéisation de la formalisation des données, centralisation et exploitation de ces données, construction d'indicateurs communs aux USN 1;

- la réalisation d'analyses prospectives de la participation et des facteurs influents pour l'améliorer en s'appuyant sur les associations mises en évidence dans notre étude (l'âge et le lieu d'incarcération);
- la mise à disposition des tests sériques de dépistage du CCR en milieu carcéral lorsqu'ils seront validés : la simplicité de mise en oeuvre et de réalisation de ces tests, serait un atout considérable pour améliorer la participation.

Bibliographie

¹ HAS. Dépistage et prévention du cancer colorectal Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013.[Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf; [cited 2015 Apr 1]

² Bouvier A-M, others. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. BEH thématique. 2009,3:13–32.

³ INCa. Les Cancers en France édition 2013. INCa; 2013, 256 p.[Internet]. Available from: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/11505-les-cancers-en-france-edition-2013; [cited 2015 Mar 31]

⁴ Inserm 1086. Cancers et preventions INSERM 1086 [Internet]. Available from: <http://cancerspreventions.fr/lequipe/presentation/>; [cited 2016 Mar 30]

⁵ INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014. 2015. [Internet]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>; [cited 2015 Apr 1]

⁶ Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015. Ministère de la Justice; 2015, 19 p. [Internet]. Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf; [cited 2015 Oct 13]

⁷ Godin Blandeau E, Verdote C, Develay AE. Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint Maurice- INVS. 2014, 94 p. [Internet]. Available from: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12125; [cited 2015 Oct 13]

⁸ Binswanger IA. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. Journal of epidemiology and community health . 2009,63:912–9.

⁹ Pienkowski P, Heresbach D. Risque moyen ou élevé de cancer colo-rectal : comment classer en 2014 ? 2014. [Internet]. Available from: http://www.sfed.org/sites/sfed.prod/files/documents_sfed/files/mediatheque/vd14_kcolorectrisqclass.pdf; [cited 2015 Dec 1]

¹⁰ Société Française d'Endoscopie Digestive. Prévention du cancer colo-rectal par coloscopie en dehors du dépistage en population - Consensus et position de la SFED. 2015, 9p. [Internet]. Available from: http://www.sfed.org/files/files/Coloscopie_prevention.pdf; [cited 2016 Mar 16]

¹¹ Kaminski MF, Polkowski M, Kraszewska E, Rupinski M, Butruk E, Regula J. A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy. Gut. 2014,63:1112–9.

-
- ¹² INCa. Dépistage du cancer colorectal - Dépistage et détection précoce. Institut National du Cancer. 2015. [Internet]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal>; [cited 2016 Mar 29]
- ¹³ Benjamin Misselwitz, Andreas Beckera, Peter Bauerfeind, Stephan R. Vavricka, b. Dépistage du cancer du côlon: le test Septin. Suisse Medical Forum. 2011,103–7.
- ¹⁴ Pienkowski P. Actualites et nouveaux-outils dans le dépistage du cancer colorectal. POST'U 2013-Association Francaise de FMC en Hépatogastro-entérologie; 2013, 213–24. [Internet] Available from: <http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2013/actualites-nouveaux-outils.pdf>; [cited 2015 Dec 1]
- ¹⁵ Wu D, Zhou G, Jin P, Zhu J, Li S, Wu Q, et al. Detection of Colorectal Cancer Using a Simplified SEPT9 Gene Methylation Assay Is a Reliable Method for Opportunistic Screening. The Journal of Molecular Diagnostics 2016 [Internet]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525157816300265>; [cited 2016 May 3]
- ¹⁶ Colorectal Cancer Association of Canada - CCAC. A guide to FOBT and FIT tests [Internet] Available from: <http://www.colorectal-cancer.ca/en/screening/fobt-and-fit/>; [cited 2016 Mar 30]
- ¹⁷ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. JORF. Sect. N°49 p. 19240.
- ¹⁸ INCa. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. e-cancer.fr. 2015. [Internet] Available from: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>; [cited 2015 Apr 1]
- ¹⁹ INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014. 2015. [Internet]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>; [cited 2015 Apr 1]
- ²⁰ INVS. Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal. INVS; 2015.[Internet] Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>; [cited 2015 Apr 1]
- ²¹ BEH. Dépistage organisé du cancer colo-rectal en France . BEH thématique. 2009,3:13–32.
- ²² Bous A. Facteurs de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal: point de vue des patients en Haute-Normandie [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen; 2013, 148 p.
- ²³ Romain M. Situation de précarité et dépistages organisés des cancers. Etude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux; 2014,N°20, 122p.

²⁴ Laborde M. Enquête sur les facteurs pouvant expliquer les inégalités de participation au dépistage organisé du cancer colorectal, basée sur l'étude de 500 médecins généralistes de Gironde [Thèse de médecine générale]. Université de bordeaux II; 2013, 119p.

²⁵ Poggi P. La participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Indre-et-Loire de 2003 à 2011 [Thèse de médecine générale]. Université Francois-Rabelais - TOURS; 2011,52 p.

²⁶ Hartog B. Passage au test immunologique dans le dépistage organisé du cancer colorectal : étude en Gironde parmi les personnes ayant refusé de participer au test Hemocult [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux II; 2016, N°16, 54 p.

²⁷ BO du Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues. 2012, 73 p. [Internet]. Available from: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1240006C.pdf; [cited 2016 Apr 15]

²⁸ Justice / Annuaires et contacts / Etablissements pénitentiaires [Internet]. Available from: <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/>; [cited 2016 Apr 13]

²⁹ Justice / Annuaires et contacts / Direction interrégionale de Bordeaux [Internet]. Available from: <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-bordeaux-10122/>; [cited 2016 Apr 9]

³⁰ Bureau des statistiques et des études - Me5. Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé - Mouvements au cours du 4ème trimestre 2014 Situation au 1er janvier 2015. Direction de l'administration pénitentiaire; Report No.:140, 30 p. [Internet]. Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_janvier_2015_v2.pdf; [cited 2015 Oct 12]

³¹ Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 - 2014 .DAP; Report No.: DAP / PMJ / PMJ5 / 80-2014, 74 p.[Internet] Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF; [cited 2015 Oct 28]

³² Bureau des statistiques et études - Me5. Statistiques mensuelles des personnes écrouées et détenues en France - Situation au 1er septembre 2015. Direction de l'administration pénitentiaire; 56 p.[Internet]. Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_septembre_2015.pdf; [cited 2015 Oct 12]

³³ Drees . La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats, 2005, [Internet]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003,4513.html>; [cited 2015 Apr 1]

³⁴ Comité rédacteur. Etude transversale sur les caractéristiques sanitaires et sociales des nouveaux détenus en Picardie en 2013. ARS de Picardie; 2015, 4 p.[Internet]. Available from: <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/fr/epidemiologie-france/fiches/etude-transversale-sur-les-caracteristiques-sanitaires-et-sociales-des-nouveaux-detenus-en-picardie/fre-fr>; [cited 2015 Oct 28]

³⁵ Labbe E., *, Moulin J.J., *, Guegen R., *, et al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale»: le score EPICES. Revue de l'IRES. 2007:3–39.

-
- ³⁶ Bryon I. L'enseignement en milieu pénitentiaire - Rapport sur l'année 2014-2015. DAP-SDMi-pôle enseignement; 2016, 31 p. [Internet] Available from: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_enseignement_2014.pdf; [cited 2016 Apr 13]
- ³⁷ DGS. Enquête PREVACAR Volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Promoteur DGS-Coordination scientifique INVS; 2011, 88 p. [Internet]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf; [cited 2015 Apr 1]
- ³⁸ Geneviève Guérin, et al. La santé en prison [Internet]. Haut comité de la santé publique.; 2003; Report No: 44, p. 18–54. [Internet]. Available from: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>; [cited 2015 Apr 1]
- ³⁹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. 2015 [Internet]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/personnes-detenu/es/article/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁴⁰ Pr. Vernant JP. Recommandations pour le 3e plan cancer. 2013. 136 p. [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf>; [cited 2015 Dec 1]
- ⁴¹ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2013. [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁴² Duburcq A., Coulomb S., Bonte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard P.B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral.. CEMKA; 2004, Report No.: 2001-148, 283 p. [Internet]. Available from: http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Enquete_dec2004.pdf; [cited 2016 Mar 15]
- ⁴³ Godin-Blandeau E., Verdot C., Develay AE. Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. DMCT- INVS; 2014, 94 p. [Internet] Available from: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12125; [cited 2016 Mar 15]
- ⁴⁴ Verdot C, Godin-Blandeau E, Grémy I, Develay A-E. Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad. Eur J Public Health. 2015;25:167–72.
- ⁴⁵ Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Référentiel d'intervention. Saint-Denis-INPES; 2014; 230 p. [Internet]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/022-referentiel-sante-milieu-penitentiaire.asp>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁴⁶ Binswanger IA. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. Journal of epidemiology and community health. 2009; 63:912–9.

-
- ⁴⁷ Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American journal of public health*. 2010;100:476–82.
- ⁴⁸ Marsala V., Pautrat C. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. IGAS.2011; 101 p. [Internet] Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000640/index.shtml>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁴⁹ Comité éthique et cancer. Avis n°20 du 1er octobre 2012 « La détention carcérale conduit-elle à une perte de chance dans la prise en charge des personnes détenues atteintes de cancer ? » [Internet]. [cited 2015 Apr 1]. Available from: <http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailavis/topic-1/article-88/avis-n-20-du-1er-octobre-2012.html>
- ⁵⁰ Haut Conseil de la santé publique. Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice ». 2011;18 p. [Internet]. Available from: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=289>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁵¹ Groupe de travail Ministère de la santé. Dépistage organisé du cancer colorectal en milieu carcéral. DGS. 2012;Report No.: DGS/MC1/CB/MC3/RAP, 9 p.
- ⁵² Binswanger IA, White MC, Pérez-Stable EJ, Goldenson J, Tulskey JP. Cancer Screening Among Jail Inmates: Frequency, Knowledge, and Willingness. *American Journal of Public Health*. 2005;95:1781–7.
- ⁵³ Cordonnier F, Laplanche E. Dépistage du cancer CCR à la centrale de Poissy. Congrès UCSA; 2010; Bordeaux.[Internet]. Available from: <http://slideplayer.fr/slide/1146056/>; [cited 2015 Apr 1]
- ⁵⁴ Ancelle-Park R, Barbier C. Etat des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral. DGS; 2013, 25 p.[Internet] Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_depistage-cancersfeminins_VF_2_.pdf; [cited 2015 Apr 1]
- ⁵⁵ Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al ; et le groupe Prévacar Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd* 2013;(35-36):445-50
- ⁵⁶ Develay AE, Emmambux S. Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral Saint-denis-INVS; 2014, 64 p. [Internet] Available from: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12250; [cited 2015 Apr 1]
- ⁵⁷ Feron J-M, Tan LHN, Pestiaux D, Lorant V. High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour. *Int J Prison Health*. 2008;4:146–55.

Annexes

Annexe 1 : Les directions inter-régionales



Annexe 2 : Législation et réglementation

Source : Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

LOI N° 94-43 DU 18 JANVIER 1994 RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE ET À LA PROTECTION SOCIALE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère de la Santé.

Cette loi a notamment fixé trois principes fondamentaux :

- *l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général ;*
- *la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence ;*
- *le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).*

LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES (HPST)

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO du 22 juillet 2009) comporte quatre titres :

- *Titre 1 : La modernisation des établissements de santé*
- *Titre 2 : L'accès de tous à des soins de qualité*
- *Titre 3 : Prévention et santé publique*
- *Titre 4 : Organisation territoriale du système de santé*

Les enjeux de la réforme sont majeurs :

- *mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population ;*
- *répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire ;*
- *développer une politique de prévention et de santé publique ;*
- *définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).*

Cette loi précise notamment que l'organisation de ces soins rentre bien dans les compétences des missions des agences régionales de santé (article L. 1431-1 du CSP), les objectifs et les moyens dédiés étant fixés par le schéma régional d'organisation des soins (article L. 1434-9 du CSP) en articulation avec le projet régional de santé.

LOI N° 2002-1138 DU 9 SEPTEMBRE 2002 D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR LA JUSTICE

La population pénale se caractérisant par une prévalence accrue des troubles mentaux et la proportion des personnes détenues atteintes augmentant, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, en son article 48, a apporté d'importantes modifications au Code de la santé publique dans le but d'améliorer les conditions d'accès aux soins pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Ces dispositions excluent la possibilité d'hospitalisation à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire. Les hospitalisations doivent désormais être réalisées en milieu hospitalier et principalement effectuées dans des unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir des personnes détenues (UHSA).

Ces unités sont créées dans l'objectif de recevoir les personnes détenues hospitalisées avec ou sans leur consentement, pour une durée indéterminée notamment lorsqu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge dans une unité pour malades difficiles. Le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 pris pour l'application de ces dispositions de la loi d'orientation et de programmation pour la justice définit les modalités de garde, d'escorte et de transport au sein des UHSA.

En l'absence d'UHSA ouverte dans le ressort territorial, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité.

La loi opère également, pour les personnes détenues, la fusion des régimes d'hospitalisation sous contrainte (hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers) en un régime unique fondé sur la nécessité des soins.

Par cette loi, le législateur a notamment voulu renforcer l'action éducative auprès des mineurs détenus, d'une part en inscrivant l'intervention continue des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) au sein des quartiers mineurs, et d'autre part en créant des nouveaux établissements pénitentiaires entièrement voués à l'accueil de ces publics (EPM).

LOI N° 2009-1436 DU 24 NOVEMBRE 2009 PÉNITENTIAIRE

Plusieurs facteurs justifiaient l'adoption de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : le contexte international (la résolution du 17 décembre 1998 du Parlement européen invitant les États à élaborer une loi fondamentale sur les établissements pénitentiaires, les "règles minima" des Nations unies, les règles pénitentiaires européennes), le contexte juridique interne (les normes régissant la détention étaient majoritairement réglementaires) et le contexte médiatique et politique.

Cette loi, texte d'envergure relatif au service public pénitentiaire, comporte plusieurs grandes orientations :

- les missions du service public pénitentiaire assurées par l'administration pénitentiaire avec le concours des autres services de l'État, des collectivités territoriales et des associations, sont clarifiées ;*
- la prévention de la récidive est renforcée avec le développement des mesures en milieu ouvert et des aménagements des peines;*
- la condition juridique de la personne détenue est reconnue et le bénéfice de ses droits, notamment civiques, sociaux, religieux, familiaux et professionnels est rappelé et limité aux seules contraintes inhérentes à la détention;*
- les principes généraux relatifs aux régimes de détention sont élevés au niveau législatif (répartition des personnes condamnées, régime disciplinaire, isolement, règlements intérieurs, encellulement individuel, etc.) ;*
- les personnels pénitentiaires bénéficient d'une meilleure reconnaissance par une valorisation de leurs fonctions, un renforcement de leur autorité et de leur protection ainsi que par la création d'un code de déontologie et d'une prestation de serment.*

Ce texte conforte la spécificité de la prise en charge des mineurs détenus en garantissant le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant et en consacrant l'obligation d'activité à caractère éducatif pour les mineurs qui ne sont pas soumis à l'obligation scolaire. Par voie de décret, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) assure la mise en œuvre des activités socio-éducatives.

Concernant la santé, la loi pénitentiaire garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaires, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Elle réaffirme le droit des personnes détenues au secret médical, au secret de la consultation, et octroie également le droit à un bilan relatif aux produits stupéfiants, d'alcool et de tabac, à une visite médicale précédant la libération, à un aidant si elle souffre d'un handicap et le droit de s'entretenir, hors la présence du personnel pénitentiaire, avec les personnes de confiance, les personnes majeures accompagnant les personnes mineures ou les bénévoles intervenant auprès des malades en fin de vie.

Par ailleurs, la loi pénitentiaire prévoit de prendre en compte l'état psychologique des personnes détenues tout au long de leur détention ainsi que des spécificités liées aux femmes et aux mineurs.

Annexe 3 : Plan d'actions stratégique 2010-2014

Source : Plan d'actions stratégique 2010-2014 - politique de santé des personnes placées sous main de justice.

Action 6.2 : améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention

1. Contexte

Les personnes détenues doivent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage organisés des cancers que les personnes en milieu libre. Toutefois, cette organisation doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral.

Le plan cancer 2009-2013 insiste sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction.

Dans chaque département, une structure de gestion du dépistage des cancers a pour missions²⁶ notamment la sensibilisation et l'information des professionnels et de la population, les relations avec les professionnels de santé concourant aux dépistages organisés, les médecins généralistes et spécialistes, les autres professionnels impliqués dans le dépistage.

A ce jour, ces structures ont peu ou pas connaissance du milieu carcéral.

La prévalence des cancers en milieu carcéral n'est pas connue, Le plan prévoit deux mesures qui devraient permettre d'améliorer la connaissance des prévalences des pathologies cancéreuses (étude de faisabilité InVS à partir des informations des dossiers médicaux pour mener des études de prévalence sur diverses maladies chroniques ainsi que l'étude de la morbidité et mortalité en UHSI.)

Les principaux dépistages à réaliser concernent :

- Le dépistage du cancer du col repose sur un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans. De façon optimale, ce frottis est réalisé par un médecin dans le cadre d'un bilan.*

Il concerne 1857 femmes de 25 à 60 et plus soit 79,3% de cette population écrouées dans 53 établissements pénitentiaires (sur un total de 198).

D'après les seules données disponibles²⁷, les freins pour réaliser ce dépistage tiennent essentiellement au manque de personnels et de locaux adaptés :

- 20 % de ces établissements pénitentiaires n'offrent pas de consultation de médecin gynécologue au sein de l'UCSA, alors que le guide méthodologique les prévoit*
- il n'est pas proposé de consultation en gynécologie pour les arrivantes dans 36 % de ces établissements pénitentiaires, et avant la sortie de prison dans 69 % des établissements.*
- les dépistages du cancer ne sont pas assurés dans 9 % de ces établissements*
- Le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans et concernerait donc 299 femmes soit 13,1% de cette population. L'accès à la mammographie est à organiser par l'hôpital de rattachement.*
- Le dépistage du cancer colorectal concerne la population de 50 à 74 ans (soit environ 7000 (11%) personnes en milieu carcéral) mais ne semble faisable qu'en centre de détention (cellule individuelle, durée d'incarcération plus longue, population plus âgée).*

D'après la seule expérience disponible²⁸, la population de référence est relativement importante (25 % de la population pénale de l'établissement a plus de 50 ans). Le dépistage a été proposé avec des adaptations locales, en particulier renforcement des explications, le taux de personnes dépistées est élevé : 86 % (50/58). La rentabilité reste à améliorer, 15 % d'exams sont à refaire, sans doute du fait d'explications insuffisantes, d'une mauvaise compréhension, du manque d'intimité en cellule notamment en maison d'arrêt. Deux tests se sont révélés positifs et ont débouché sur des coloscopies (un polype et un examen à refaire). Outre l'intérêt pour la personne détenue en termes de réduction de la mortalité, cette étude insiste sur le renforcement du lien de la personne détenue avec l'UCSA dans une démarche préventive.

Une montée en charge des dépistages doit organiser en parallèle le soutien et l'accompagnement des personnes en cas de résultats positifs par les personnels soignants et en lien avec les associations.

2. Objectifs

- Permettre à toutes les femmes concernées de bénéficier d'un frottis de dépistage*
- Améliorer l'accès aux mammographies dans le cadre du dépistage organisé*
- Proposer le dépistage du cancer colorectal particulièrement en centre de détention et améliorer la faisabilité et l'acceptabilité*

3. Contenu de l'action

- Poursuite de l'état des lieux : bilan des moyens des UCSA via l'observatoire (mesure 1.2) de l'accès aux frottis et aux mammographies.*
- Sensibilisation des personnels en lien avec les services spécialisés*
- Diffusion d'outils*
- Mobilisation des structures de gestion pour une meilleure prise en compte de cette population particulière. Le principe d'une intervention sur ce thème lors de la rencontre annuelle organisée par la DGS avec l'ensemble des structures de gestion est d'ores et déjà retenu pour fin 2010. Un groupe de travail national pourrait être mis en place pour adapter les protocoles.*

4. Acteurs

Direction Pilote : DGS

Partenaires associés : DGS, DGOS

Annexe 4 : Questionnaire Unité Sanitaire

Questionnaire Unité de Sanitaire CCR N°

Etablissement:

Date de l'interview :

Correspondant local de l'étude :

Nom:

Fonction:

Tel.:

Mail:

Caractéristiques de l'établissement :

Type : MC MA CD CP

Nbr de détenus :

Présents le 1er janvier en 2014 :

Entrés en 2014:

Sortis en 2014:

Hommes âgés de 50 à 74 ans le 1er janvier 2014:

Caractéristiques de l'US:

L'équipe :

Médicale :

Nombre de médecins:

ETP/semaine :

Paramédicale:

Nombres d'infirmières:

ETP/semaine:

Consultation spécialisée gastroentérologue sur place: oui non

Informatisation des dossiers médicaux : oui non

Quel est le délai moyen pour le détenu pour obtenir une consultation médicale?

1-2 jours

3-6 jour

> 1 semaine

Organisation d'actions d'éducation à la santé collective ou individuelle durant l'année 2014

oui

non

Lesquelles :

Actions de formation des équipes médicales et paramédicales sur le sujet durant l'année 2014

oui

non

Lesquelles :

Organisation de l'US pour le dépistage

Protocole formalisant les relations avec les instances organisatrices: oui

non

Si oui description succincte:

Contact avec l'ARS sur le sujet durant l'année 2014

La question du dépistage est abordée lors :

visite d'entrée

à l'occasion de consultation pour un autre motif

consultation spécifique

visite de préparation à la sortie

La liste des personnes concernées est établie par :

UCSA

L'organisme de gestion dont dépend chaque patient

Les 2

autre :

L'invitation au dépistage est lancée par :

- UCSA
- Organisme de gestion du DO
 - Courrier adressé à l'UCSA
 - Courrier adressé au patient via la DAP
- Demande du détenu

La réalisation du test de dépistage

explication Consultation de Dépistage avec détermination des critères d'inclusion et

- réalisée par infirmière uniquement
- réalisée par médecin uniquement
- l'un ou l'autre

Remise des tests et explication pour la réalisation du tests :

- réalisé par infirmière
- réalisé par médecin

Envoi test au centre de lecture UCSA Patient

Envoi des résultats à:

- UCSA
- Patient
- Les deux

Evaluation du dépistage

Tableau de bord de suivi du dépistage dans l'US

- oui
- non :

Si non, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour le réaliser ? :

En 2014

- Nombre de détenus éligibles : _____ non disponible
- Nombre de dépistage proposé : _____ non disponible
- Nombre de dépistage réalisé : _____ non disponible
- Nombre de dépistage à refaire : _____ non disponible
- Résultats positifs : _____ non disponible
- Nombre de coloscopie réalisée : _____ non disponible

Comment pensez vous pouvoir améliorer votre pratique ?

Merci du temps consacré à répondre à ce questionnaire et de la qualité de vos réponses.

Annexe 5 : Questionnaire Patient

Fiche de recueil de données individuelles CCR N° :

Date de recueil :

Etablissement :

Situation sociale et pénale du patient:

Sexe H F

Age _____ Francophone : oui non

Niveau études :

Niveau primaire
BEP/ CAP/BEPC
BAC
Universitaire
Non retrouvé

Situation familiale : célibataire
en couple
séparé ou divorcé
veuf

Nombre d'enfants à charge: _____

Activité professionnelle

Avant l'incarcération (2 ans) : non oui :
En détention: non oui : _____

Statut pénal : prévenu condamné

Récidivant: oui non

Ancienneté de l'incarcération :

Date de début d'incarcération :

Date de transfert dans l'établissement :

Durée de la peine : < 2 ans
< 5 ans
< 10 ans
< 15 ans
15 ans et plus

Incarcération : seul en cellule plusieurs

Situation médicale du patient

Nombres de visites médicales en 2014 : _____

Antécédents : oui non

Addiction : Tabac
OH
Drogues
Traitement de substitution opiacés: oui non

Troubles psychiatriques : oui non
Prise en charge :
 psychiatre psychologue traitement médicamenteux

Maladies infectieuses :

Sérologies de dépistages réalisées	HIV	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	HBV	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	HCV	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	Syphilis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Maladies chroniques : oui non

- BPCO
- Asthme
- Diabète
- Dyslipidémie
- HTA
- Maladies Cardio-vasculaires : IDM,IC,AOMI
- Pathologies Ostéo-articulaire

Cancer : oui non

Dépistage CCR

Oui Non Pas d'informations
Date :

Si exclusion du dépistage par hémocult:

- Symptomatologie digestive récente
- Coloscopie normale de moins de 5 ans
- Antécédents personnels de cancer ou adénomes colorectaux, MICI
- Antécédents familiaux: parent du 1er degré atteint CCR<65ans ou 2 parents du 1er degré
- Maladies intercurrentes
- Refus de ce mode de dépistage (colposcopie directe)

Proposé : individuellement dans le cadre du dépistage organisé

Réalisé : si oui refus patient
hémocult
coloscopie

Test non contributif : oui non

Résultat : positif négatif non disponible

Si positif :

Coloscopie : oui non

Diagnostic final :

- Carcinome
- Adénome
- Normal

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Je remercie le Dr Estelle SUDRE pour avoir accepté de me faire confiance et d'encadrer ce travail, pour son aide, ses précieux conseils, et ses relectures attentives et ses corrections.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail, le Professeur Bernard GAY pour avoir accepté dès le début de présider mon jury et le Professeur Frank ZERBIB pour avoir accepté la charge de rapporteur, le Professeur Sophie GROMB et le Docteur Denis SMITH pour avoir accepté de juger ce travail.

Je remercie les membres des équipes médicales et paramédicales des établissements pénitenciers pour leur disponibilité, et leur accueil chaleureux et bienveillant lors de la réalisation de ce travail.

Je remercie la DAP, les directions et les équipes d'agents pénitentiaires des établissements que j'ai visités pour m'avoir permis de réaliser ce travail et m'avoir assisté administrativement chaque fois que nécessaire.

Enfin, je remercie mon mari, mes enfants, ma famille et mes amis qui m'ont toujours encouragée et soutenue moralement.

Résumé

RESUME :

Titre : Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes

Contexte : La prise en charge sanitaire en milieu carcéral doit assurer aux personnes détenues un accès au dépistage organisé du CCR équivalent à celui dont bénéficie la population générale. Un état des lieux du dépistage du CCR a été réalisé avec une estimation du taux de participation au dépistage organisé de la population masculine détenue dans les régions Aquitaine et Poitou-Charentes. **Méthode** : Une enquête épidémiologique rétrospective transversale a été menée « un jour donné » sur un échantillon de 145 patients-détenus tirés au sort dans la population d'une maison centrale, d'une maison d'arrêt, d'un centre de détention et d'un centre pénitentiaire.

Résultats : Le protocole du dépistage organisé n'a pas été adapté aux spécificités du milieu carcéral. Le taux de participation est de 16%, IC95% [10%;22%], le taux d'exclusion de 13%, IC95% [8%;18%]. Les détenus âgés de 50 à 54 ans participent le moins souvent au dépistage (OR = 3, [1.029 ; 9.0831] par rapport à la classe d'âge des 55-59 ans). Les détenus incarcérés en maison centrale (OR = 6, [1,4221; 26,2508]) et en centre de détention (OR = 2,5, [1,0716; 6,7039]) participent le plus souvent au dispositif de dépistage. **Discussion** : La participation au DOCCR de la population carcérale est largement inférieure à celle de la population générale impactant la stratégie de prévention et de dépistage du CCR.

ABSTRACT :

Title : Colorectal cancer screening in prisons: current state of the organization and practical implementation of screening in Aquitaine and Poitou-Charentes areas.

Context : Health care in prisons must provide prisoners with access to CRC screening equivalent to that enjoyed by the general population. A statement of CRC screening venues was made. It describes the organization and estimates the rate of participation in screening of the male prison population. **Method** : Cross retrospective epidemiological survey was conducted on a particular day on a randomly chosen sample of 145 prisoners from the population of a prison, a detention center, a jail and a penitentiary. **Results** : The screening protocol was not been adapted to the specificities of prisons. The turnout is 16%, IC95% [10%;22%] and the exclusion rate 13%, IC95% [8%; 18%]. The 50-54 years's old inmates participate less often in screening (OR = 3, [1.029 ; 9.0831]). Inmates from prison (OR = 6, [1,4221; 26,2508]) and from jail (OR = 2,5, [1,0716; 6,7039]) are the most involved in screening. **Discussion** : Prisoners participate much less in screening CRC strategy than the general population.

DISCIPLINE : Médecine générale - Gastroentérologie

MOTS CLES : Cancer colorectal - Dépistage - Milieu carcéral

UFR des Sciences Médicales - Université de BORDEAUX