UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Florian GUILLEMOT

Le 26 mars 2019

Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers

Directeur de thèse : Docteur Philippe GOUIRY

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL, Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs : Pr Philippe COURTET, Professeur des Universités, Psychiatrie d'adultes et addictologie

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS, Maître de Conférence des Universités, Médecine Générale

Dr Philippe GOUIRY, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Florian GUILLEMOT

Le 26 mars 2019

Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers

Directeur de thèse : Docteur Philippe GOUIRY

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL, Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs : Pr Philippe COURTET, Professeur des Universités, Psychiatrie d'adultes et addictologie

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS, Maître de Conférence des Universités, Médecine Générale

Dr Philippe GOUIRY, Docteur en Médecine Générale

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe
COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe
FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A mes maîtres,

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,
Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon plus profond respect. Merci pour votre engagement dans le Département de Médecine Générale de Montpellier.

A Monsieur le Professeur Philippe COURTET,
Vous me faîtes l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS,
Vous me faîtes l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon plus profond respect. Merci pour votre engagement dans le Département de Médecine Générale de Montpellier.

A Monsieur le Docteur Philippe GOUIRY,
Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ta première thèse.
Merci pour ta confiance, ton soutien, tes conseils et ta disponibilité.
Merci pour ces six mois de stage à l'unité sanitaire de Béziers et de ton implication dans ma formation.

A tous les professionnels de santé rencontrés,

Au service d'Hépato Gastro-Entérologie et de Cancérologie Digestive de Perpignan, pour m'avoir laissé très rapidement de l'autonomie. Merci à mes co-internes, Mélanie et Coralie, à toute l'équipe d'infirmières et à notre secrétaire, Virginie, pour votre aide, votre soutien et votre efficacité.

Au service de Pneumologie de Carcassonne, pour votre confiance et votre implication dans la formation de vos internes. Merci à ma co-interne, Lan-Anh, pour m'avoir transmis ton expérience et tes réflexes de « vieille » interne.

Au service des Urgences Adultes de Nîmes, pour avoir réussi à rendre ce stage d'urgences si agréable. Merci à toute l'équipe de jeunes chefs et à tous mes co-internes pour l'ambiance apportée dans ce service. Mention spéciale à Robin.

Au Docteur Jean-Luc Puel, au Docteur Marie-Hélène Cornus et au Docteur Alain Mathieu, maîtres de stage, pour avoir confirmé mon goût de la médecine générale et m'avoir fait découvrir la médecine rurale.

Au service des Urgences Pédiatriques de Montpellier, pour m'avoir fait aimer (adorer) cette spécialité. Merci à tous mes co-internes, et tout particulièrement à Laurie, Isaure, Marie, Tasnime, Fanny, Georgette, Claudine et Estelle.

A toute l'équipe de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Béziers, pour votre accueil, votre bienveillance, votre professionnalisme et votre bonne humeur. Merci de m'avoir si rapidement intégré à votre équipe. Ce fût un plaisir de travailler avec vous pendant six mois et d'avoir réussi à contribuer un petit peu à l'amélioration de la sortie de vos patients. Je viendrais vous rendre visite avec plaisir, avec quelques crêpes et un peu de caramel au beurre salé !

A tous les médecins généralistes rencontrés pendant ce travail, pour votre disponibilité.

A ma famille,

A mes parents, pour toutes ces années de soutien. Vous m'avez appris les valeurs du travail, et si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Je ne vous remercierais jamais assez pour tous les petits gestes quotidiens, les sacrifices et les encouragements durant toutes ces années.
Un grand merci à Maman, pour tes allers-retours incessants entre Vannes et Rennes durant les deux premières années, pour venir me soutenir, me ramener du linge propre (et bien plié), du café (surtout) et de quoi manger.
Un grand merci à Papa, pour tes allers-retours à toi aussi, après le boulot, toujours dans la bonne humeur, pour venir réparer la « Ferrari » ou simplement me remonter le moral dans les moments difficiles. Merci aussi pour tes petites attentions lors nos retours en Bretagne, je pense notamment au petit croissant frais du matin.
Je suis parti loin mais je vous fais voyager !

A mon grand-frère Maxime, pour ton soutien aussi important pendant toutes ces années. Merci pour tous ces souvenirs avec toi. A nos après-midis d'enfance à glander dans le canapé, devant la télé, en attendant que les parents rentrent. A tous ces moments où tu as voulu prendre leur rôle et me commander (déjà un vrai petit gendarme). A nos vacances chez Papi et Mamie à fabriquer des arcs et à planter des choux. Merci de venir nous voir pendant vos vacances d'été. J'attends toujours ta mutation dans le Sud… Je vous souhaite plein de bonheur à toi, à Laura et à vos deux petits bonhommes Enzo et Noa.

A Mamie, pour ta force de caractère, ta joie de vivre et ton esprit critique sans langue de bois. A toutes tes petites attentions qui ont fait de nous les petits-enfants les plus heureux du monde. A tes Kinder Surprise quotidiens, tes crêpes (les meilleures du monde), tes tartes aux pommes et tes petits billets glissés dans la poche à l'abri des regards indiscrets. A ces débuts d'après-midi à regarder les feux de l'amour et à ces fins de journée à balader Kiki avec toi. A tes patates, tes betteraves, tes haricots, tes choux, et j'en passe. Avec toi, c'était déjà cinq fruits et légumes par jour.
Tu nous as quittés en ce début d'année. J'espère que, de là-haut, tu es fière de moi.

A Papi, pour tous les souvenirs d'enfance avec toi. De ces balades sur le tracteur à ces après-midis devant le tour de France. Je suis loin de toi maintenant, mais comme tu le dis si bien, tu me vois tous les jours « sur la carte de la météo, tout en bas, là où il fait toujours beau ! ».

A Sabrina et Kaled, pour m'avoir donné l'envie de vous rejoindre à Montpellier. Sans vous, je n'aurais probablement pas eu le courage de venir jusqu'ici. Merci pour les goûters, les apéros, les soirées pizza et les séances de sport (oui oui Kaled). A Rayhan, votre petit monstre, et Jade, votre princesse.

A toute la famille, pour vos encouragements. Gilles, je t'attends toujours pour visiter Sète et son Spoon ! Fabien, à ton futur déménagement dans la région ;) ! Lydia, bienvenue à Montpellier ! A ce rythme-là, toute la famille sera bientôt dans le sud.

A ma future belle-famille,

A Cristina et Pascal, mes futurs beaux-parents, pour m'avoir si bien accueilli dans votre famille. Merci pour tous les moments passés à vos côtés, entre apéros, barbeucs, matchs de rugby et soirée champagne-jacuzzi.

A Nico et David, mes futurs beaux-frères, c'est toujours un plaisir de vous retrouver pour passer un week-end avec vous. Après Bruxelles, Strasbourg et Lille, bientôt Toulouse, pour un super concert ! Je vous souhaite le meilleur dans tous vos projets.

A Jean, pour vos leçons d'Histoire, vos rappels fréquents de « vous la passez quand la thèse ? » mais surtout pour votre générosité. Je vous souhaite de pouvoir parcourir la France comme vous le faîtes aussi longtemps que possible ! Merci d'avoir pris le temps de corriger ma thèse !

Je prendrais bien soin de votre Sofia.

A mes amis,

Aux vannetais,

A la Sci Le Guichon pour nos soirées confettis et rhum-jacuzzi. Les moments passés ensemble sont rares mais restent inoubliables.
Jérémy, à ces journées vélo entre Pont Louis et Penboc'h, à ces après-midis de vacances entre plage et premiers boulots (vive les bigorneaux), à ces « on pagaie, on pagaie » au milieu du golfe et à ton indémodable « Marie-Madeleine ». Dorianne, à ces week-ends de juillet à Sarzeau, à nos longues soirées à Vannes et à ton déménagement (très chargé) entre Lille et Saint-Brieuc. Je ne parlerais pas ici de la chute dans le buisson. Une pensée toute particulière pour tes claquettes du Sri-Lanka. Vive l'arrack ! A vous deux, votre belle rencontre à la Douche et votre petit Gaspard. Sylvain, à nos virées en mobylette et en scooter, à nos après-midis à la plage d'Arradon (ou dans une certaine piscine), à nos premières soirées, nos premières Karmé et à notre courte coloc rennaise, le temps d'un stage. J'espère pour Émilie que depuis, tu t'es un peu amélioré en cuisine ! A Émilie, pour ta joie de vivre si communicative, ton organisation et ta grande générosité. A vous deux et à vos projets communs, tous plus fous les uns que les autres.

A Morgane, pour toutes ces années d'amitié. Merci pour les soirées du Poulderff qui ont rythmées notre jeunesse. Un énorme merci pour le soutien que tu m'as apporté pendant les premières années rennaises. On se souviendra longtemps de ces Studinettes ! Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Julien et votre petite Manon.

A Charlène, pour ta joie de vivre et ta bonne humeur ! A Malika, pour tes danses endiablées sur les tables ! A Grégoire, pour ton imitation de Günther ! A Pilou, pour tes fajitas et ton maillot jaune ! A Delphine, pour ta grande maîtrise de Céline Dion ! A ces années de lycée, ce voyage à Berlin, Francky Vincent, « Florian les croissants » et tous nos souvenirs de jeunesse !

Aux rennais,

A Timothée, mon binôme. A toutes ces heures passées à la BU, mais à tout le reste surtout. De ces soirées Playstation à ces séances squash et badminton, en passant par les journées home-staging et les soirées Miss France avec Alizée. Toutes les occasions étaient bonnes pour ne pas bosser. Merci à tous les deux de m'avoir si souvent accueilli chez vous ! Je vous attends dans le sud pour vous rendre la pareille ! Je vous souhaite plein de bonheur avec Raphaëlle, le petit ou la petite à venir, et les six enfants qui vont suivre. N'est-ce pas Alizée ?!

A Agathe, pour ces années d'amitié. Merci de m'avoir convaincu de te suivre dans le sud et de m'avoir laissé sur place lors d'une fameuse soirée perpignanaise. Finalement, c'est toi qui es repartie en Bretagne après avoir rencontré Fanch, un breton dans le sud. J'espère que vous reviendrez nous voir régulièrement après votre périple en Guyane.

A Margot et Max, pour tous les moments passés à vos côtés, votre hospitalité et votre générosité. Merci pour ces vacances en Corse, ces apéros, ces barbeucs (encore), ces sorties en bateau, ces jacuzzis (encore) ! Vous serez toujours les bienvenus chez nous.

A Camcam, pour ta bonne humeur et ton infatigable envie de sortir. A Caro, pour toutes ces années d'externat et ces soirées passées avec toi. A nos vacances barcelonaises et à vos prochaines vacances montpelliéraines ! Je vous souhaite le meilleur.

A tous les autres, Charles, Romain, Alex, Arthur, Elsa. Nos chemins se sont depuis séparés, mais vous revoir à l'occasion sera toujours un plaisir.

Aux montpelliérains,

A Michaël, pour tous ces moments partagés depuis Perpignan. Merci d'avoir mis un breton sur une piste rouge pour sa première sortie ski… Je pense que le filet s'en souvient encore... C'est toujours un plaisir d'aller courir et faire du VTT… en fait non… d'aller boire une bière (et sa petite sœur) avec toi !

A Omar, pour être devenu mon conseiller en image. Merci pour tous ces moments avec toi, même si parfois (souvent), tu préfères passer une soirée canapé avec Amour plutôt qu'avec nous. Mais c'est comme ça qu'on t'aime ! Tellement dur l'internat…

A Martin, pour avoir été le premier poto de l'internat. Merci pour ces soirées au Ben Aqui et pour tes pâtes au foie gras… Vive les Pokémons ! J'espère te voir plus souvent à Montpellier.

A Robin, pour ces sorties sportives, en vélo, à pied et en kayak. Merci de penser à ma santé, même si je manque parfois de persévérance… Merci aussi pour ce week-end en Ardèche où tu nous as fait découvrir ta belle région.

A Pierre, pour ces six mois de coloc à Carcassonne. J'espère que tu t'éclates à Annecy !

A Brice, pour t'avoir aidé à assumer la chefferie de l'internat de Carca. Merci pour ces soirées GOT et ces sons toujours plus endiablés. Longue vie à toi et à la pêche !

A Camille, pour l'amitié qui nous unit depuis Perpi. On se connaissait à Rennes, mais on s'est vraiment découvert dans le sud. A cette soirée barcelonaise où tu es devenue déesse de l'amour. Merci pour tout. A Guillaume, pour toutes tes bonnes adresses de Montpellier. A votre couple parfait et votre goût de la vie (et des brunchs) !

A Manue, pour ces trois années d'internat partagées entre Perpi et Montpellier. Merci pour tes recettes de pâtisserie, ta gentillesse et ton enthousiasme sans pareil devant un match de rugby. Je ne te trouve que deux défauts : normande et fan de Clermont. Je te souhaite plein de bonheur avec Hugo !

A Florence, tu seras toujours la bienvenue chez les Guillernes. Je te rendrais tes chaussettes, promis. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite dans tes projets professionnels !

A Sarah, pour tous les soirs où tu nous as ambiancés à la Pampa. Et où tu vas continuer à nous ambiancer !

A Laurie, pour tous les bons moments passés avec toi. A ce week-end à Hyères l'été dernier, où nous avons été champions du monde !!

A Edwige, pour cette journée ski à Perpi, ces verres et ces soirées avec toi. J'espère que tu t'éclates dans ta nouvelle ville et que nous viendrons très bientôt te rendre visite !

A Floriane, Agnès, Pauline, Benoit, sans qui l'internat n'aurait pas été le même ! Merci pour tous ces moments partagés avec vous !

A Céline, Guillaume, Anne-So, Carole, pour avoir accepté un breton parmi vous, et pour avoir partagé avec lui ce magnifique concert de Céline Dion !

A Laurine, pour avoir pris en charge mes pieds de neuropathe…

A Sofia,

Toi, ma belle Espagnole,

Pour tout ce que tu m'apportes depuis plus de quatre ans.

Merci pour toutes ces heures d'Enrique, de Maître Gim's et de Kendji… Merci pour ton sens du rythme… Merci pour ton soutien de tous les jours… Merci pour ces moments à deux, passés ou à venir...

Merci de rendre plus beau chaque jour de ma vie… et de me supporter chaque jour de ta vie… Tout est tellement simple avec toi !

Je vais bientôt signer pour des papouilles à vie…

« Je t'aime, plus que tout, pour toute la vie et jusqu'à l'infini ».

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 10
ABREVIATIONS 22
INTRODUCTION 23
I. Système pénitentiaire en France 23
A. Administration pénitentiaire 23
B. Personnes prises en charge 24
C. Établissements pénitentiaires 24
D. Services pénitentiaires d'insertion et de probation 25
II. Caractéristiques de la population détenue 26
A. Démographie actuelle 26
B. Situation socio-économique 26
C. État de santé des personnes détenues 27
III. Prise en charge sanitaire de la population détenue 29
A. Historique 29
B. Organisation actuelle du dispositif sanitaire 32
C. Exemple du centre pénitentiaire de Béziers 34
IV. Objectif de l'étude 38
MATERIELS ET METHODES 39
I. Type d'étude 39
II. Enquête auprès des médecins généralistes 39
A. Population cible 39
B. Recrutement 39
C. Recueil des données 40
D. Analyse des données 41
III. Enquête auprès de l'unité sanitaire 41
A. Population cible 41
B. Recrutement 42
C. Recueil des données 42
D. Analyse des données 42
RESULTATS 43
I. Médecins généralistes 43
A. Caractéristiques des médecins généralistes 43
B. Relation entre les médecins généralistes et les anciens détenus 44

C. Pathologies rencontrées chez les patients sortant du centre pénitentiaire 47
D. Situation sociale des patients à la sortie du centre pénitentiaire 50
E. Soins dispensés en milieu pénitentiaire 52
F. Communication entre les médecins généralistes et l'unité sanitaire 55
G. Attentes et propositions des médecins généralistes 59
II. Unité sanitaire 65
A. Caractéristiques de la population 65
B. Préparation médicale de la sortie 65
C. Préparation sociale de la sortie 71
D. Perception du patient sortant du centre pénitentiaire 75
E. Perspectives d'amélioration de l'unité sanitaire 76
DISCUSSION 79
I. Forces et limites de l'étude 79
A. Choix du sujet 79
B. Choix de l'objectif 79
C. Choix de la méthode 80
D. Populations 80
E. Analyse des données 81
II. Synthèse et discussion des résultats 81
A. Préparation de la sortie au centre pénitentiaire 81
B. Visibilité de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire 83
C. Communication entre l'unité sanitaire et les médecins généralistes 84
D. Place du patient dans la continuité des soins 86
CONCLUSION 88
BIBLIOGRAPHIE 91
Annexe I : Guide d'entretien pour les médecins généralistes 94
Annexe II : Guide d'entretien pour les focus groups 95
Annexe III : Formulaire de consentement 96
Annexe IV : Plaquette d'information aux médecins généralistes 97
Annexe V : Serment d'Hippocrate 98
Annexe VI : Permis d'imprimer 99

ABREVIATIONS

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HID : Handicap Incapacité Déficience

EHPNF : Établissement Hospitalier Public National de Fresnes (EHPNF)

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

ALD : Affection de Longue Durée

CMU : Couverture Maladie Universelle

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

DMP : Dossier Médical Partagé

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de la Liberté

USP : Unité Sortants de Prison

SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

QPS : Quartier de Préparation à la Sortie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

I. Système pénitentiaire en France

A. Administration pénitentiaire

L'administration pénitentiaire désigne l'ensemble des moyens matériels et humains qui participent à l'exécution des condamnations pénales, au maintien de la sécurité publique et à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire (1). Elle se compose d'une administration centrale et de services déconcentrés. Elle est fractionnée en neuf directions interrégionales et une mission d'Outre-Mer (2).

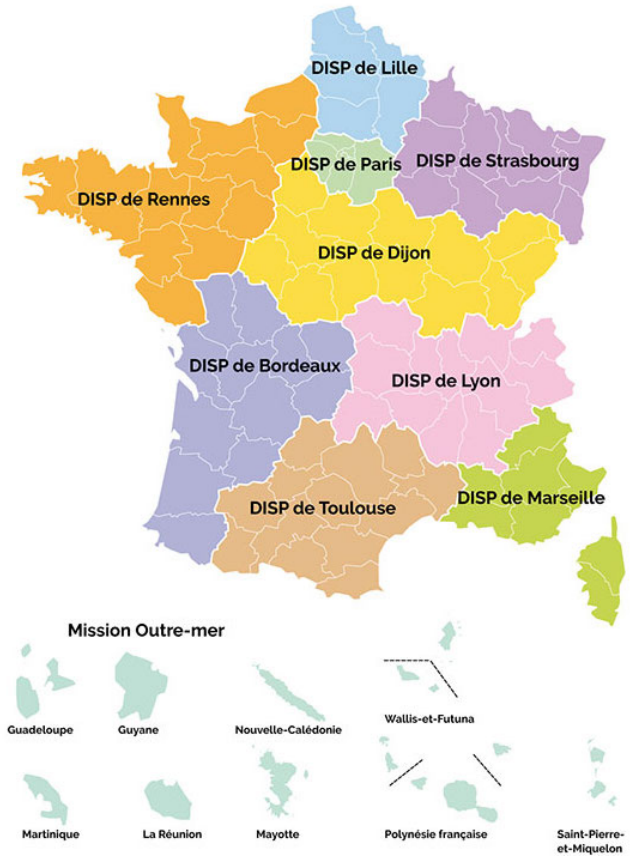


Figure 1 : Carte de France des directions interrégionales pénitentiaires (Source : Ministère de la Justice)

L'administration pénitentiaire est rattachée au ministère de la Justice depuis 1911. Jusqu'à cette date, elle dépendait du ministère de l'Intérieur depuis sa création en 1795 (1,3).

B. Personnes prises en charge

Au 1er janvier 2018, l'administration pénitentiaire prend en charge 243 504 personnes placées sous-main de justice (4).

La plupart sont suivies en milieu ouvert et sont soumises à des peines non privatives de liberté : sursis avec mise avec l'épreuve, travail d'intérêt général, suivi socio-judiciaire, ou toute autre mesure de contrôle judiciaire (1,4).
Les autres sont détenues en milieu fermé et sont soumises à une peine privative de liberté. Au 1er janvier 2018, 68 974 personnes sont détenues dans les établissements pénitentiaires (5).

Les détenus sont soit prévenus soit condamnés. Un prévenu peut être en attente de jugement ou en voie de recours contre sa condamnation. Un condamné est déjà jugé et exécute sa peine au sein d'un établissement pénitentiaire (1). Au 1er janvier 2018, les 19 815 prévenus représentent plus d'un quart (28,7 %) de la population détenue (4,5).

C. Établissements pénitentiaires

185 établissements pénitentiaires existent en France en 2018. Chacun d'entre eux est administré par la direction interrégionale dont il dépend (4).

Il existe plusieurs types d'établissements en fonction de la catégorie pénale des détenus qu'ils reçoivent.
Les maisons d'arrêt accueillent en principe les prévenus, mais les personnes condamnées à une courte peine peuvent également y être détenues à titre exceptionnel.
Les établissements pour peine sont réservés aux personnes condamnées. Certains de ces établissements, comme les maisons centrales, sont plutôt axés sur la sécurité et accueillent des personnes condamnées à une longue peine. D'autres, comme les centres de détention, les centres de semi-liberté ou les centres pour peines aménagées, sont plutôt orientés sur la réinsertion des détenus. Les centres pénitentiaires sont les nouveaux établissements pour peine construits depuis plusieurs années. Ce sont des établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers de détention distincts (4,6).

Les détenus mineurs âgés de 13 à 18 ans sont incarcérés au sein des six établissements pénitentiaires pour mineurs ou dans des « quartiers mineurs » de certains autres établissements pénitentiaires (4,6). Aucun mineur âgé de moins de treize ans ne peut être incarcéré (7).

En 2016, la durée moyenne d'incarcération au sein des établissements pénitentiaires français était de 9,7 mois toutes populations détenues confondues (8).

D. Services pénitentiaires d'insertion et de probation

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire à compétence départementale. A partir de 1999, ils ont remplacé les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires (9). Ces services sont constitués de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) qui interviennent en milieu ouvert et en milieu fermé.

1. En milieu ouvert

Le SPIP assure la mise en œuvre et le respect des mesures de contrôle judiciaire ainsi que le suivi des condamnés en aménagement de peine (1).
En effet, le code de procédure pénale prévoit que les condamnés en fin de peine bénéficient « dans la mesure du possible et si leur personnalité et leur situation le permettent, […] d'une semi-liberté, d'un placement à l'extérieur, d'un placement sous surveillance électronique, d'un fractionnement ou d'une suspension de peine, d'une libération conditionnelle ou de la conversion [de peine] » (10). Ces peines alternatives favorisent la réinsertion des détenus et évitent les effets désocialisants de l'incarcération. Au 1er janvier 2018, 12 247 condamnés (20,4 %) bénéficient d'un aménagement de peine (1,4).

2. En milieu fermé

Pendant l'incarcération, le SPIP propose les aménagements de peine au juge d'application des peines. Il cherche à éviter les effets désocialisants de la détention en maintenant les liens avec la famille et en favorisant l'accès à la culture aux détenus.

Il participe aussi à la préparation de la sortie de l'établissement pénitentiaire. Pour cela, il aide les personnes détenues à se réinsérer dans les dispositifs de droit commun (logement, travail, formation ou soins). Cette préparation doit se faire en étroite collaboration avec les partenaires médico-sociaux de l'établissement pénitentiaire et les collectivités locales (1,11).

II. Caractéristiques de la population détenue

A. Démographie actuelle

Les détenus sont essentiellement des hommes. Au 1er janvier 2018, 2 393 femmes sont détenues par l'administration pénitentiaire. Elles représentent 3,5 % de la population détenue (5).
Les détenus sont jeunes. En 2018, l'âge médian est de 31,7 ans dans la population détenue alors qu'il est de 40,8 ans dans la population générale (12,13) .
La population détenue est vieillissante. En 1980, l'âge moyen de cette population était de 30,1 ans alors qu'il était de 34,6 ans en 2014 (14,15).
Au 1er janvier 2018, 772 mineurs sont détenus par l'administration pénitentiaire. Ils représentent 1,1 % de la population détenue. Depuis 1945, l'ordonnance relative à l'enfance délinquante privilégie les mesures éducatives en milieu ouvert plutôt que l'incarcération des jeunes (5,7).
Les étrangers représentent une part importante de la population détenue. Au 1er janvier 2018, un détenu sur cinq (20,6 %) est de nationalité étrangère (4).

B. Situation socio-économique

Les entrants en prison sont issus de populations défavorisées et cumulent de nombreuses difficultés socio-économiques en amont de l'incarcération.
Ainsi, 16,7 % des entrants en prison déclarent avoir un domicile précaire ou être sans domicile fixe (16). 54 % déclarent être sans activité professionnelle à l'entrée en détention (17). 49 % sont sans diplôme et 20 % ont échoué au test de lecture réalisé au début de l'incarcération (18).
A ces difficultés s'ajoutent un manque de recours aux soins. 13,6 % des entrants en prison n'ont aucune protection sociale, et 43,8 % déclarent n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les douze mois précédant l'incarcération (16).

C. État de santé des personnes détenues

A l'étranger, quelques pays ont mis en place des systèmes de surveillance des pathologies en milieu carcéral. D'autres font des enquêtes régulières pour suivre l'état de santé des détenus. En France, il n'existe pas de dispositif de surveillance épidémiologique en milieu carcéral. Les seules données disponibles proviennent de quelques études ponctuelles, du recensement des décès et de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses (19).

Les pathologies les plus étudiées sont les pathologies psychiatriques, les addictions et les maladies infectieuses.

1. Pathologies psychiatriques

Les pathologies psychiatriques sont parfois présentes en amont de l'incarcération. 55 % des entrants en prison déclarent un antécédent psychiatrique et 16 % ont déjà été hospitalisés en psychiatrie (17,20).
En cours de détention, 27,4 % des détenus présentent des troubles psychiatriques. On retrouve 17,9 % de syndromes dépressifs majeurs, 21,2 % de troubles anxieux et 12,1 % de troubles psychotiques (20).
En France, le suicide est l'une des principales causes de décès en milieu carcéral. La méta-analyse de Fazel retrouve un taux de mortalité par suicide en milieu carcéral de 176/100 000. Il est neuf fois plus élevé que dans la population générale, et il est l'un des plus élevés au monde (21).

2. Addictions

En France, la prévalence des addictions est élevée chez les entrants en prison.
Le tabagisme est très représenté puisque 78 % des détenus fument de manière quotidienne à l'entrée en détention (16).
Par ailleurs, 30,9 % des entrants en prison ont une consommation abusive d'alcool et 9,4 % d'entre eux ont une dépendance à l'alcool (16,20).
Enfin, la dépendance aux drogues touche 10,8 % des entrants en prison, soit un détenu sur dix (20).

3. Maladies infectieuses

En France, les prévalences du VIH (2 %) et de l'hépatite C (4,8 %) sont plus élevées dans la population carcérale que dans la population générale (22).
Les autres infections sexuellement transmissibles n'ont pas été étudiées.
L'incidence de la tuberculose active dans la population carcérale (107 cas sur 100 000 détenus) est cinq fois plus élevée que dans la population générale (19,7 cas sur 100 000 personnes) (23).

4. Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont beaucoup moins étudiées en milieu carcéral. Le vieillissement de la population détenue rend la surveillance de ces pathologies indispensable.

Les pathologies respiratoires sont déclenchées ou aggravées par les conditions de détention et le tabagisme important en détention. En France, la prévalence de ces maladies dans la population carcérale est de 3 %, mais les données ne proviennent que d'une seule étude régionale (24). Cette étude ne fournit pas de données sur les prévalences de l'asthme et de la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Les maladies cardiovasculaires touchent 2 % des détenus mais là encore, les données ne proviennent que d'une seule étude régionale (24). Elles confirment les résultats d'une autre étude, qui retrouve un traitement cardiovasculaire chez 2,3 % des détenus (16).

Les déficiences et handicaps ont été particulièrement étudiés en France. L'étude HID-prison, volet carcéral de l'enquête Handicap Incapacité Déficience (2001), retrouve au moins une déficience chez 67,8 % des détenus (contre 32,8 % dans la population générale). 24,6 % des détenus présentent une déficience motrice (11,3 % dans la population générale) et 44,7 % des détenus présentent une déficience sensorielle (14,6 % dans la population générale) (25).

En France, les autres pathologies n'ont pas été étudiées sur la population détenue.

III. Prise en charge sanitaire de la population détenue

A. Historique

1. Jusqu'au XXème siècle : l'arrivée lente du personnel de santé

Sous l'Ancien Régime, les détenus les plus pauvres sont à la charge du seigneur qui leur doit « le pain des incarcérés », les autres sont pris en charge par des réseaux de charité. Les malades reçoivent parfois la visite d'un médecin. Dans ces prisons, la mortalité est faible car les séjours y sont brefs (26).

Au XVII^{ème} siècle, de nouvelles prisons sont créées : les prisons d'État, les maisons de force, les quartiers de force des hôpitaux généraux et les dépôts de mendicité. Désormais, la prison doit « être sûre et saine pour ne pas incommoder la santé des prisonniers ». La Grande Ordonnance Criminelle de Louis XIV (1670) s'efforce d'améliorer les conditions de vie des détenus en prévoyant des visites médicales hebdomadaires (26).

Le premier Code Pénal (1791) place l'enfermement au centre du dispositif répressif en France. L'Académie de médecine donne alors son avis sur les questions d'hygiène dans les prisons. L'École de médecine rédige un *Code pharmaceutique et médical pour les prisons de Paris* (1798). Des sociétés se constituent pour contrôler le fonctionnement des prisons et proposer leur amélioration, comme la *Société royale pour l'amélioration des prisons* (1819) (27). Plus tard, le Docteur Louis-René Villermé publie un rapport accablant sur la mortalité dans les prisons, le *Mémoire sur la mortalité dans les prisons* (1829). En 1822, un détenu sur neuf meurt à la maison centrale de Montpellier (28).

L'arrivée du personnel médical et paramédical est progressive. Un service infirmier est d'abord ouvert dans chaque établissement, et le médecin devient chargé « de faire régulièrement une ou deux visites par jour, afin de traiter les malades et de vérifier l'état de santé [des détenus] qui y arrivent » (1819). Des services de santé s'ouvrent ensuite, sous la direction conjointe d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien (1831) (29). Le nombre de médecins augmente en fonction du nombre de détenus. Néanmoins, ils sont encore sous-payés et ne parviennent pas à faire reconnaitre, face à l'administration pénitentiaire, un droit à la santé aux détenus (27).

2. 1945-1980 : la reconnaissance du droit à la santé

A la fin de la seconde guerre mondiale, les établissements pénitentiaires français sont confrontés à une surpopulation sans précédent. Pendant la guerre, la population carcérale augmente largement, les établissements pénitentiaires sont endommagés et les aménagements sanitaires y sont déplorables (3).

En 1945, l'administration pénitentiaire promulgue la réforme Amor. Avant tout, la prison doit être un lieu de traitement et non plus une simple structure punitive. La réinsertion devient un principe fondamental, pour lequel de nombreux intervenants extérieurs vont œuvrer : psychiatres, psychologues, enseignants, assistantes sociales et éducateurs (3).

Dans chaque établissement pénitentiaire est ouvert un service social et médico-psychologique (30).

Plus tard, le code de procédure pénale de 1958 garantit un droit à la santé aux détenus. La détention « ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir ». Le droit à la santé doit s'exercer pleinement au sein des établissements pénitentiaires (31).

La reconnaissance du droit à la santé des détenus est influencée par les grandes instances européennes. Les Règles Pénitentiaires Européennes de 1973, révisées en 1987 puis 2006, posent les bases de l'organisation actuelle des soins en prison. La règle 40 prévoit que « les services médicaux administrés en prison [soient] organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État » (31,32).

3. 1980-1994 : le décloisonnement de l'administration pénitentiaire

Jusqu'aux années 1980, le ministère de la Justice assurait l'ensemble des services situés au sein des établissements pénitentiaires, y compris les services sanitaires. Le ministère de la Santé n'assurait que quelques actions de prévention et de dépistage des maladies infectieuses (31,33).

Les ministères de la Justice et de la Santé se sont ensuite rapprochés pour collaborer sur plusieurs réformes.

En 1985, l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national de Fresnes (EHPNF) (33).

En 1986, vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont créés en milieu pénitentiaire dans le cadre de la sectorisation psychiatrique (33).
En 1989, des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le VIH et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), pour assurer des consultations aux détenus touchés par le VIH (33).
En 1993, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) remet un rapport alarmant sur la diversité et la gravité des pathologies en milieu carcéral (31,33).

4. La loi du 18 janvier 1994

Afin d'améliorer la qualité des soins apportée aux détenus, la loi du 18 janvier 1994 confie au ministère de la Santé l'ensemble de la prise en charge sanitaire des détenus. Désormais, le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, les soins et l'éducation thérapeutique des détenus au sein des établissements pénitentiaires (33,34).

Chaque établissement pénitentiaire est jumelé avec un établissement public de santé de proximité. Une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée au centre hospitalier, est créée dans chaque établissement pénitentiaire (33,34).

A l'incarcération, les détenus sont désormais affiliés de manière automatique aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale (33,34).

5. Depuis 1994 : le développement de l'offre de soins

Le dispositif de soins apportés aux détenus a été complété par la création de structures sanitaires extra-pénitentiaires, les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (35,36).
La loi Pénitentiaire du 24 novembre 2009 a garanti aux détenus une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie la population générale (6).
Par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les soins en milieu pénitentiaire sont devenus, depuis 2009, une des quatorze missions prioritaires du service public hospitalier (37).

B. Organisation actuelle du dispositif sanitaire

Les soins aux détenus sont désormais structurés en trois niveaux (6) :

- Le **niveau 1** regroupe les soins ambulatoires au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP).
- Le **niveau 2** correspond aux consultations externes, aux examens complémentaires nécessitant un plateau technique et aux actes ambulatoires.
- Le **niveau 3** correspond aux hospitalisations à temps complet.

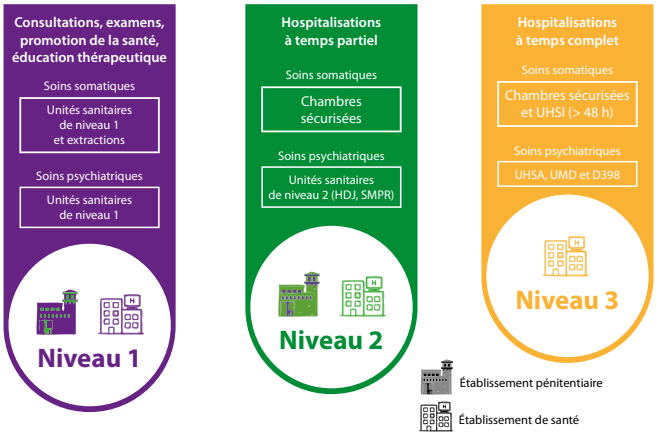


Figure 2: Organisation des soins aux détenus en France (6)

1. Soins de niveau 1 : soins ambulatoires

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ont désormais remplacé les anciennes unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).
Chaque USMP dispose de moyens humains, matériels et administratifs semblables à toute unité hospitalière (6).

L'USMP assure aux détenus les consultations médicales et paramédicales, sous la forme d'un double dispositif somatique et psychiatrique.
Le dispositif de soins somatiques assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de médecine spécialisée, y compris les actes de chirurgie dentaire.
Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des consultations et des entretiens psychiatriques, ainsi que les prises en charge thérapeutiques de groupe (6).

L'USMP délivre des prestations de santé. Les médicaments sont dispensés aux détenus par la pharmacie de l'établissement de santé de rattachement qui dispose de locaux à l'unité sanitaire. Des prélèvements biologiques et certains actes d'imagerie peuvent y être réalisés (6).

L'USMP assure des actions de prévention et d'éducation thérapeutique aux détenus (6).

Enfin, l'USMP assure la continuité des soins aux détenus à l'issue de l'incarcération. Elle facilite le retour vers les systèmes de droit commun et les incite à prendre en charge leurs problèmes de santé (6).

Une coordination optimale entre l'unité sanitaire et les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire est nécessaire. Des réunions avec la direction de l'établissement pénitentiaire et le service pénitentiaire d'insertion et de probation analysent le parcours d'exécution de la peine et proposent une prise en charge plus adaptée des détenus (6,38).

Le secrétariat est la charnière centrale de l'unité sanitaire. Les secrétaires organisent les consultations au sein et en dehors de l'unité sanitaire. Elles assurent le lien avec les structures sanitaires extérieures et les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire (6,38).

2. Soins de niveau 2 : hospitalisations à temps partiel

Les soins **somatiques** de niveau 2 concernent les consultations externes et toutes les activités dispensées à temps partiel, à savoir les actes de chirurgie ambulatoire, les séances de chimiothérapie ou de dialyse et les examens complémentaires.
Ils sont réalisés à un niveau local dans des chambres sécurisées de l'établissement de santé de rattachement (6).

Les soins **psychiatriques** de niveau 2 concernent les hospitalisations de jour psychiatriques.
Elles sont essentiellement réalisées dans les unités sanitaires porteuses d'un service médico-psychologique régional (SMPR). Elles peuvent aussi être réalisées localement dans les établissements pénitentiaires en cas de besoin (6).

3. Soins de niveau 3 : hospitalisations à temps complet

Les soins **somatiques** de niveau 3 concernent les hospitalisations somatiques à temps complet.
Les hospitalisations de moins de 48 heures sont assurées dans des chambres sécurisées de l'établissement de santé de rattachement (6).
Les hospitalisations de plus de 48 heures sont assurées au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Prévues par l'arrêté interministériel du 24 août 2000, ces unités permettent de concilier les éléments sanitaires et sécuritaires liés à l'hospitalisation des détenus. Huit unités sont désormais implantées au sein des centres hospitaliers régionaux de Bordeaux, Lille, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille, Paris et Lyon (6,35,39).

Les soins **psychiatriques** de niveau 3 sont assurés au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Prévues par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, ces unités complètent le dispositif de soins psychiatriques depuis 2010. Sur les dix-sept UHSA initialement prévues, seules neuf d'entre elles ont été mises en service à ce jour : Lille, Cadillac (Bordeaux), Rennes, Toulouse, Laxou-Nancy, Vinatier-Lyon, Villejuif (Paris), et Marseille en janvier 2018. Dans l'attente de la finalisation du programme, les hospitalisations psychiatriques à temps complet peuvent encore être réalisées dans les établissements de santé de proximité autorisés (6,36,40).

C. Exemple du centre pénitentiaire de Béziers

1. Le nouveau pénitentiaire de Béziers

Comme tous les autres établissements pénitentiaires de la région Occitanie, le centre pénitentiaire de Béziers est dirigé par la direction interrégionale de Toulouse (2).

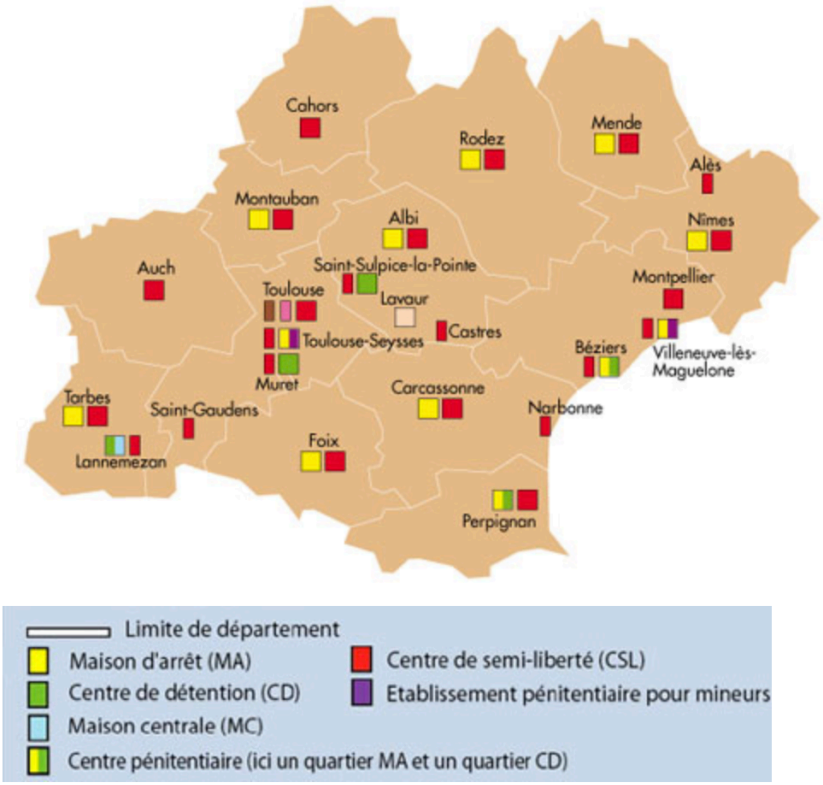


Figure 3: Établissements pénitentiaires de la direction interrégionale de Toulouse (Source : Ministère de la Justice)

Le centre pénitentiaire de Béziers a remplacé la vieille maison d'arrêt du centre-ville de Béziers, datant de 1869, et d'une capacité de 48 places. Il a été mis en service le 22 novembre 2009. L'établissement est situé sur la route de Saint-Pons, à l'ouest de Béziers (41).

La capacité d'accueil de l'établissement est de 809 places ainsi réparties : 360 places en maison d'arrêt, 393 places au centre de détention, 29 places au quartier des arrivants et 27 places au quartier de semi-liberté. Il ne dispose pas de quartier mineurs ni de quartier pour femmes (41).

Dès son ouverture, la quasi-totalité des cellules individuelles ont été équipées d'un second lit, à l'exception du centre de détention (41)

Au 1er janvier 2018, 929 personnes sont détenues au centre pénitentiaire de Béziers. Étant donné la capacité théorique de 809 places, le taux d'occupation de l'établissement était de 115 %, identique à la densité carcérale moyenne nationale (5).

2. L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Béziers

L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Béziers a été mise en service en 2009 (38).

Ses locaux occupent 660m^2 au premier étage du centre pénitentiaire. Les différents bureaux sont distribués de part et d'autre d'un couloir intérieur quadrangulaire (41).
Initialement rattachée au pôle de soins critiques, l'unité sanitaire dépend du pôle de psychiatrie depuis le 1er janvier 2015. Le responsable médical est un spécialiste en médecine générale qui exerce à temps plein à l'unité (38,41).

Le service est soumis aux règles de sécurité de l'établissement pénitentiaire. A son entrée, deux surveillants pénitentiaires gèrent les mouvements des personnes détenues. Des caméras de surveillance sont installées au sein de l'unité et chaque local est équipé d'une pédale d'alarme. Le personnel de l'unité est soumis à la vérification d'identité et au contrôle du matériel à l'entrée de l'établissement pénitentiaire (41).

Les heures d'ouverture de l'unité sanitaire sont de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi. La présence infirmière est assurée de 7h à 19h du lundi au vendredi et de 7h à 17h30 les week-ends et jours fériés. La présence médicale est assurée de 9h à 17h du lundi au vendredi. Une astreinte médicale de sécurité de 9h à 17h30 est prévue les week-ends et jours fériés. En dehors de ces horaires, la permanence des soins est assurée par le service des urgences du centre hospitalier de Béziers, après appel du centre 15 (38,41).

L'accueil des personnes détenues est organisé de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30. La plupart des consultations sont programmées sur rendez-vous mais des créneaux d'urgence sont aménagés pour permettre aux médecins généralistes et aux psychiatres de recevoir sans rendez-vous (41).

Le dispositif de soins somatiques est assuré par des médecins généralistes, un interne en médecine générale, deux chirurgiens-dentistes, une assistante dentaire et une kinésithérapeute.
Le dispositif de soins psychiatriques est assuré par des psychiatres et des psychologues.
L'équipe infirmière coordonne les deux dispositifs.

En 2017, 43 371 passages ont été recensés à l'unité sanitaire, dont 8 018 consultations de médecine générale et 2 749 consultations de psychiatrie (38,41).

Des prestations de santé sont assurées. Les médicaments sont dispensés aux détenus par la pharmacie du centre hospitalier de Béziers qui dispose de locaux à l'unité sanitaire. La salle de radiologie permet la réalisation de radiographies standards, de panoramiques dentaires et de Fibroscan© (38).

Des activités de promotion de la santé sont organisées. Divers ateliers sont conçus par l'équipe de l'unité sanitaire de Béziers : hygiène corporelle et lieux de vie, sport et santé, troubles du sommeil, diabète, hygiène bucco-dentaire, alcool drogues et conduite, Sida et hépatites. Des films, affiches et flyers sont réalisés pour sensibiliser les détenus sur leur santé (38).

L'association Sida-Info-Service intervient au sein du centre pénitentiaire à raison de vingt journées annuelles.
L'association Épisode, structure de prise en charge spécialisée en addictologie sur le biterrois, assure la prise en charge des addictions (38).

3. Modalités médicales de sortie du centre pénitentiaire de Béziers

L'article 53 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoit qu'une « visite médicale [soit] proposée à toute personne détenue dans le mois précédent sa libération ». Pour cela, l'administration pénitentiaire fournit toutes les semaines la liste des sortants et la transmet au secrétariat de l'unité sanitaire qui programme les consultations (6,38).
En 2017, 921 consultations de sortie ont été programmées à l'unité sanitaire (38).

Les objectifs de la consultation de sortie sont multiples. Elle permet de faire le résumé médical du séjour carcéral, tout en poursuivant les actions de prévention initiées pendant l'incarcération (dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique). Elle a pour but d'assurer la continuité des soins et de faciliter le retour aux systèmes de droit commun (6,38).

A l'issue de la consultation de sortie, un ensemble de documents est rédigé et remis au patient à sa libération (38).

IV. Objectif de l'étude

Le retour à la liberté est une période à risque pour le patient sortant de prison. Une étude réalisée dans l'État de Washington a démontré que le risque de décès dans les deux années suivant la sortie était 3,5 fois plus élevé dans la population sortant de prison que dans la population générale. Il est même treize fois plus élevé dans les deux premières semaines suivant la libération (42). D'autres études, réalisées en Australie ou en Europe, réaffirment le sur-risque de mortalité, principalement par overdoses, maladies cardiovasculaires, homicides et suicides (43–45).

En France, peu d'études sur le sujet sont disponibles. Une étude rétrospective a été réalisée sur les sortants de l'année 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes. Tous âges et toutes causes confondues, une surmortalité a été observée dans l'année suivant la libération par rapport à la population générale (SMR = 321,3 ; IC95 % = 199-491) (46). Le SMR était même particulièrement élevé chez les sortants âgés de 15 à 34 ans. Une étude plus récente, réalisée à partir du fichier national des détenus de 2002, a retrouvé une surmortalité dans les cinq ans suivant la libération par rapport à la population générale (SMR = 3,6 ; IC95% = 3,1-4,1). Le SMR était particulièrement élevé chez les sortants âgés de 30 à 40 ans (SMR = 7 ; IC95% = 5,5-8,9) (47).

A une échelle plus locale, une thèse de 2010 a été publiée par la faculté de médecine de Montpellier. Cette thèse, réalisée auprès des médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault et portant sur la communication entre l'unité sanitaire de l'ancienne maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes, a mis en évidence une carence dans la coordination des soins à la sortie de la maison d'arrêt et un défaut d'information des médecins généralistes sur l'unité sanitaire (48).

Depuis, l'ancienne maison d'arrêt a laissé place au nouveau centre pénitentiaire et la nouvelle unité sanitaire a été mise en service.

L'objectif de notre étude est de réévaluer la continuité des soins entre l'USMP de Béziers et les cabinets de médecins généralistes de Béziers. Elle cherchera à identifier les freins actuels à la continuité des soins et proposera des pistes d'amélioration. L'étude sera réalisée auprès des médecins généralistes du secteur biterrois et du personnel de l'USMP de Béziers.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'étude qualitative avec analyse thématique a été choisie afin d'explorer au mieux le vécu et la représentation de la continuité des soins par les acteurs sanitaires impliqués dans la prise en charge des détenus sortant du centre pénitentiaire (49).
Auprès des médecins généralistes, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs en face à face.
Auprès du personnel de l'unité sanitaire, nous avons réalisé des focus groups. La prise en charge du détenu au cours de la détention est pluridisciplinaire. Il nous paraissait donc plus adapté de s'entretenir avec l'ensemble du personnel de l'unité sanitaire.

II. Enquête auprès des médecins généralistes

A. Population cible

Nous avons interrogé les médecins généralistes de Béziers et des villages alentours ayant déjà pris en charge un ou plusieurs détenus après la sortie du centre pénitentiaire de Béziers.

B. Recrutement

Le recrutement a été effectué par téléphone auprès des médecins généralistes de Béziers et des environs répertoriés sur le site annuairesante.ameli.fr. Les médecins généralistes ayant un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) ont été exclus. Lors du premier contact avec le médecin et/ou sa secrétaire, la thématique et le temps approximatif de l'entretien étaient présentés.
Sur 78 médecins généralistes contactés, 51 médecins ou secrétaires ont répondus au téléphone. Vingt médecins ont refusé de participer à l'étude. Vingt-trois n'avaient pas d'anciens détenus

dans leur patientèle. Huit médecins ont accepté d'être interviewés. Plusieurs relances téléphoniques ont été effectuées auprès des médecins généralistes n'ayant pas répondu afin d'obtenir une réponse.

Nous avons également obtenu dans notre entourage professionnel quatre contacts de médecins généralistes ayant déjà pris en charge des détenus à leur sortie du centre pénitentiaire de Béziers. Parmi ces médecins, tous ont acceptés d'être interrogés.

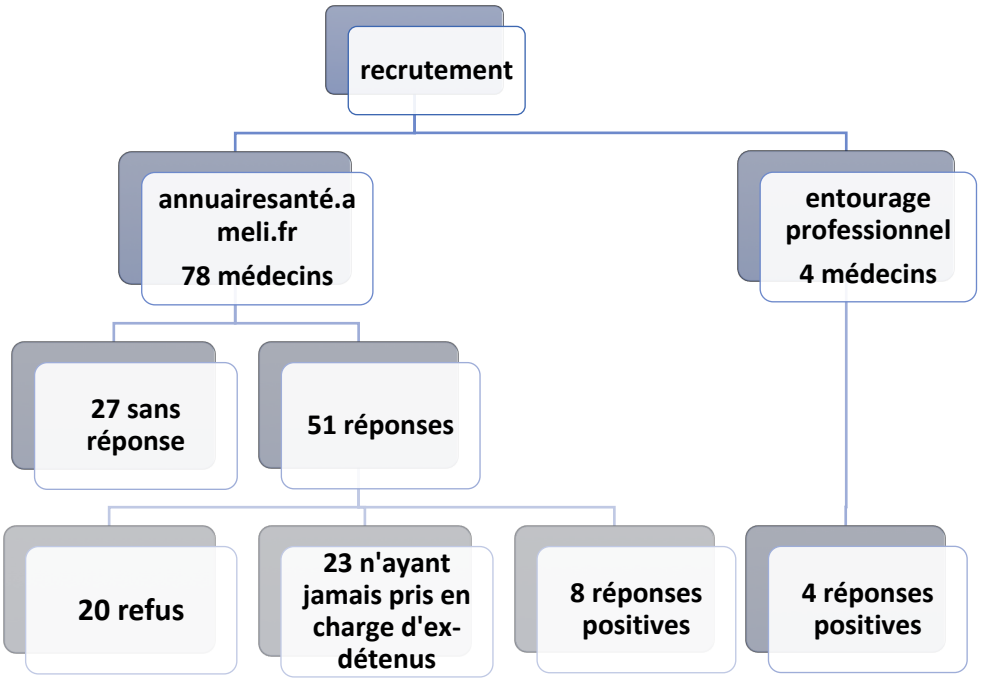


Figure 4: Recrutement des médecins généralistes

C. Recueil des données

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été conçu avec des questions ouvertes afin de laisser une expression libre aux médecins généralistes. Des relances ont été ajoutées afin de couvrir les différents thèmes choisis. Il a été modifié suite aux deux premiers entretiens afin de l'adapter au mieux à la problématique (annexe I).

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de mai à octobre 2018. Ils ont tous été réalisés par l'investigateur en face-à-face au cabinet du médecin généraliste participant. Avant chaque entretien, l'anonymat était rappelé et un formulaire de consentement était signé par chaque participant (annexe III). L'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un téléphone portable après accord préalable du participant.
Douze entretiens individuels ont été réalisés. Ils ont duré entre 13 minutes et 28 minutes. Au total, nous avons recueilli 3 heures et 54 minutes d'entretien.

3. Saturation des données

Le recueil des données s'est déroulé jusqu'à la saturation des données.

D. Analyse des données

Nous avons retranscrit mot pour mot l'intégralité de nos entretiens sur Microsoft Word®, en veillant à conserver la spontanéité du langage.
Une analyse thématique du contenu a été réalisée.

III. Enquête auprès de l'unité sanitaire

A. Population cible

Nous avons interrogé de nombreux intervenants travaillant à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Béziers. Tous étaient impliqués dans la préparation médicale de la sortie des détenus. Ces intervenants étaient médecins généralistes, psychiatres, psychologues, cadres de santé ou infirmiers.

B. Recrutement

Le personnel de l'unité sanitaire a été recruté sur la base du volontariat, après explication du thème et de l'objectif de l'étude. Plusieurs dates ont été proposées pour l'organisation des focus groups. Les différents intervenants s'y inscrivaient en fonction de leurs disponibilités.

C. Recueil des données

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été conçu avec des questions ouvertes afin de laisser une expression libre aux participants du focus group (annexe II). Nous avons cherché à amener une réflexion sur l'état actuel de la préparation médicale de la sortie au centre pénitentiaire.

2. Déroulement des focus groups

Les focus groups ont été réalisés d'août à novembre 2018. Ils ont tous eu lieu à l'USMP de Béziers. Chaque focus group a été mené seul par l'investigateur. Avant chaque focus group, l'anonymat était rappelé et un formulaire de consentement était signé par chaque participant (annexe III). L'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un dictaphone disponible à l'unité sanitaire.
Trois focus groups ont été réalisés. Ils ont duré entre 37 minutes et 44 minutes. Au total, nous avons recueilli 2 heures et 3 minutes d'entretien.

3. Saturation des données

Le recueil des données s'est déroulé jusqu'à la saturation des données.

D. Analyse des données

Nous avons retranscrit mot pour mot l'intégralité de nos entretiens sur Microsoft Word®, en veillant à conserver la spontanéité du langage.
Une analyse thématique du contenu a été réalisée.

RESULTATS

I. Médecins généralistes

A. Caractéristiques des médecins généralistes

Douze médecins généralistes ont été interrogés. Le douzième entretien n'a apporté aucune nouvelle information. Les praticiens interrogés forment une population variée. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

Sexe	Homme	9
	Femme	3
Âge	35-50 ans	2
	50-65 ans	10
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	9
	Maison de santé pluriprofessionnelle	2
	Cabinet seul	1
Lieu d'exercice	Urbain	8
	Semi-rural	2
	Rural	2
Formation complémentaire	DU d'expertise médicale	2
	DU de diabétologie-nutrition	3
	DU de médecine gériatrique	1
	DU de soins palliatifs	1
	DU de sexologie	1
	Aucune	4

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes

B. Relation entre les médecins généralistes et les anciens détenus

1. Évocation de l'incarcération

a) Un facteur de fragilité

Les médecins généralistes considèrent que l'incarcération est une information importante pour le suivi médical du patient : *« c'est bien que je le sache, pour le contexte. Comme les gens qui ont eu des problèmes familiaux dans leur enfance, par exemple »* (M3) *; « au moins effectivement, qu'on sache qu'il a été en prison […] ça peut-être bien pour notre dossier, nous ! »* (M7)

L'incarcération est un facteur de fragilité qui nécessite un suivi plus régulier : *« ça serait important de savoir qu'ils sortent de la prison ! C'est un facteur de fragilité […] Par exemple, si tu as un patient que tu vois tous les trois mois, ou tous les six mois, ou tous les ans pour un bilan général, et puis tout d'un coup tu apprends qu'il a été en prison, tu peux peut-être lui dire 'voilà, je vais vous suivre un peu plus régulièrement, on va se voir tous les deux mois.' »* (M7)

b) Le patient en parle

Les patients évoquent parfois la détention, soit directement à la première consultation : *« il revient me voir et me dit 'j'ai été incarcéré' »* (M2) *; « il m'a juste dit 'je sors de prison, maintenant il me faut un médecin' »* (M12) ; soit indirectement au cours du suivi : *« parfois, ils m'en parlent pour les statuts »* (M5)

Mais souvent, ils n'en parlent pas car évoquer l'incarcération est difficile. Cette expérience est traumatisante et dévalorisante, et le patient ne souhaite pas l'aborder : *« je pense que lui est gêné, car je l'ai connu étant enfant […] les autres ne m'en parlaient pas non plus »* (M2) *; « est-ce que, s'il ne nous le dit pas, ce n'est pas parce qu'il a un peu honte ? »* (M7) *; « ce n'est pas une expérience très valorisante pour lui. Il n'a pas envie qu'on le sache »* (M9) *; « je pense que c'est quand même une expérience difficile, et extrêmement traumatisante, l'incarcération »* (M12)

L'incarcération est parfois banalisée par le patient. Il ne l'évoque pas plus avec son médecin : *« il y a toute une population, maintenant, qui considère que l'incarcération, c'est un passage dans la*

vie, comme l'hôpital ou comme… comme le supermarché, quoi… Et du coup, ils nous en parlent pas […] c'est quand même banalisé » (M10)

c) Le médecin demande

Certains médecins apprennent parfois l'incarcération au cours de l'interrogatoire : *« ils ont disparu pendant six mois, et puis un beau jour, je les revois. Je leur pose souvent la question »* (M1) *; « on l'apprend souvent par hasard, à l'interrogatoire »* (M3)

Les médecins présument parfois l'incarcération au cours du suivi du patient : *« on [l']apprend au détour de leur suivi psychologique, et pas uniquement de la prescription de Subutex®, qu'ils ont fait de la prison »* (M3) *; « le jeune couple, je ne sais pas s'il a été incarcéré […] ils m'ont dit qu'ils avaient besoin d'être suivis, qu'il fallait qu'on leur fasse des prises de sang »* (M2)

D'autres ne l'abordent pas et préfèrent laisser la parole au patient : *« il veut m'en parler, il m'en parle, il veut pas m'en parler, il m'en parle pas. Je n'ai pas à rentrer… pour moi c'est de l'intimité »* (M4)

d) Le médecin l'apprend par des intervenants extérieurs

Parfois, c'est la Justice qui apprend l'incarcération aux médecins généralistes, soit directement : *« les avocats m'ont demandé des certificats médicaux, puisqu'il s'agissait de protagonistes impliqués dans une bagarre […] j'ai su comme ça que cette personne avait été en prison »* (M2) ; soit indirectement par des mesures de justice : *« j'en ai vu, notamment qui avaient le bracelet électronique »* (M5)

Quelques fois, c'est la famille qui en parle : *« [je l'ai su] par la famille »* (M2) *; « c'est ses parents, dont je suis médecin, qui m'ont dit 'en ce moment, ça ne va pas trop bien, parce qu'il est en prison' »* (M7)

2. Place du médecin généraliste dans la relation

a) Le médecin traitant

La plupart des patients sont des personnes antérieurement connues des médecins généralistes. Ils étaient leurs médecins traitants avant l'incarcération : *« moi, j'en ai qui sont en prison actuellement, j'en ai un ou deux, que je suivais déjà avant »* (M3) *; « il y a beaucoup de gens que je vois post-incarcération qui sont des gens que je suis depuis vingt ans »* (M10)
Parfois, ils suivent régulièrement ces patients : *« je le vois régulièrement, puisque je suis son médecin traitant »* (M2) *; « [j'ai] deux ou trois anciens détenus, que je vois régulièrement »* (M4)

Les praticiens déclarent également avoir vu des patients qu'ils ne connaissaient pas avant leur incarcération. Ils ont alors accepté de les prendre en charge : *« voilà, on a vu avec le médecin ce qu'il prenait comme traitement, donc finalement je l'ai pris en charge »* (M11) *; « lui, je ne le suivais pas avant. Quand il est sorti, il lui fallait un médecin traitant donc il est venu »* (M12)

b) Un soutien

Le médecin traitant est un soutien essentiel de la famille pendant l'incarcération : *« le jeune, là, tu vois, qui a fait deux mois : c'est ses parents, dont je suis médecin, qui m'ont dit 'en ce moment, ça ne va pas trop bien, parce qu'il est en prison' »* (M7) *; « après, on gère aussi les familles, nous… Quand un homme est incarcéré, après c'est difficile pour les enfants, pour l'épouse… »* (M12)
Il peut aussi être un soutien pour le patient à la sortie : *« une fois qu'ils sont sortis, oui, il faut aller voir un médecin, il faut aller… il y a toute une étape à traverser, mais après, ils y arrivent. Surtout si on les accueille bien, ils reviennent, et ils se réinsèrent facilement »* (M11)

3. Place du patient dans la relation

a) Perceptions du patient par les médecins généralistes

Quelques médecins interrogés expriment des perceptions négatives sur les patients sortant du centre pénitentiaire : *« on se dit que ça va être un cas à problèmes, que je n'ai pas envie de me fatiguer. Ce n'est pas des personnages que j'ai envie d'avoir dans la salle d'attente… »* (M8)

Ces patients manquent parfois d'éducation et de suivi médical : *« ils ne sont pas très astreints à prendre les rendez-vous »* (M7) *; « souvent, ce sont des gens qui ne sont pas forcément compliant à ça… à prendre des rendez-vous »* (M8) *; « en général, […] j'ai l'impression que ce sont des gens qui viennent, qui débarquent, qui sont un peu nomades en matière de soins »* (M9)

Ils peuvent parfois être en rébellion contre le corps médical : *« c'est peut-être des gens qui se méfient de l'institution. Les hôpitaux, le corps médical... Ils ne vont peut-être pas faire les démarches spontanées de suivi de soin »* (M9)

b) Impact sur la prise en charge et la relation

Malgré tout, la majorité des médecins généralistes assurent faire abstraction du passé judiciaire de leur patient et ne porter aucun jugement sur eux : *« moi, je m'en fous complètement, ça ne me regarde pas, à la limite »* (M1) *; « je n'ai pas à juger […] ça ne me regarde pas »* (M5) *; « leur passé, je dirais, je m'en contrefous »* (M11)

Leur prise en charge reste identique à celle d'un autre patient : *« que ce soit un ancien détenu ou un autre patient, c'est la même chose pour moi »* (M1) *; « moi, ça ne change pas mon attitude. Ça reste neutre »* (M3) *; « c'était un patient comme un autre… je l'ai pris en charge comme un autre »* (M7) *; « c'est la même chose avec un détenu qu'avec un malade lambda »* (M11)

C. Pathologies rencontrées chez les patients sortant du centre pénitentiaire

1. États des lieux

a) Toxicomanie et psychiatrie

Lorsque les médecins généralistes parlent des pathologies rencontrées chez les patients sortant du centre pénitentiaire, ils évoquent dans un premier temps le suivi de toxicomanies et de troubles psychiatriques : *« on est surtout dans la prescription de psychotropes et… de substitution de morphiniques, c'est 90 % de la pathologie »* (M10) *; « ce sont surtout des problèmes psychiatriques ou… des problèmes addictifs »* (M9)

Ces pathologies nécessitent des traitements spécifiques parfois réglementés : Subutex®, Méthadone®, psychotropes ou antipsychotiques : *« il y en a un que j'avais, sous Méthadone® »* (M3) *; antipsychotiques retard »* (M8) *; « problèmes de Subutex® »* (M11)

b) *Autres pathologies*

Les praticiens prennent parfois en charge d'autres pathologies chez les patients sortant du centre pénitentiaire. Ces patients peuvent présenter des addictions autres que la consommation de substitutifs aux opiacés : *« il y a des alcooliques aussi »* (M3) *; « il avait des problèmes d'alcool, de tabac »* (M12)

Quelques maladies chroniques sont également évoquées : *« il peut y avoir du diabète »* (M1) *; « des problèmes de douleur »* (M2) *; « il a eu un cancer testiculaire »* (M12)

Enfin, comme tout patient, ces patients présentent des pathologies intercurrentes, fréquentes en médecine générale : *« c'est de la pathologie intercurrente comme tout le monde… Je veux dire une angine, une bronchite, des choses comme ça »* (M10) *; « toutes les pathologies que l'on rencontre dans la médecine de ville »* (M1)

2. Particularités de prise en charge

a) *Absence de difficultés*

Certains médecins généralistes ne présentent aucune difficulté dans la prise en charge des patients sortant du centre pénitentiaire : *« [je n'ai eu] aucune difficulté »* (M1) *; « non, non, je n'ai pas eu de difficultés »* (M5)

b) *Présence de difficultés*

(1) Difficultés liées à la toxicomanie

La majorité des médecins généralistes interrogés expriment des difficultés liées à la prise en charge des patients toxicomanes. Ces patients sont décrits comme indisciplinés et parfois violents : *« on a parfois affaire à des demandes abusives, ou même de la violence, qu'elle soit psychologique ou physique […] on est plutôt autour de ces consommations-là, avec des gens qui*

ont déjà fait trois médecins et douze pharmacies » (M3) *; « quand j'ai été agressé, ça a toujours été par des toxicomanes en manque ou des toxicomanes à qui je ne voulais pas prescrire ce qu'ils voulaient »* (M4) *; « certains médecins, oui, ils en ont peur […] ils ont peur aussi de la violence qu'il peut y avoir »* (M11)

Ces difficultés sont également retrouvées chez des patients n'ayant pas été incarcérés : *« ça arrive, mais pas plus ni moins chez un ancien détenu que chez un autre patient »* (M4) *; « ce problème-là, il existe avec des gens qui sortent de prison comme avec un monsieur quelconque »* (M11)

Ces difficultés ne les empêchent pas de recevoir des patients toxicodépendants tant qu'ils restent corrects avec eux : *« ça ne me pose pas de problèmes, tant que le patient ne me pose pas de problème »* (M6) *; « pour ceux qui sont corrects et qui acceptent les règles et tout, il n'y a pas de problèmes »* (M9)

Un médecin généraliste refuse désormais de prendre en charge les patients toxicomanes en raison de problèmes d'observance : *« on a eu trop de soucis dans les suivis de traitement, dans les ordonnances […] du coup, moi les Subutex®, je les ai mis de côté et je n'en fais pas »* (M8)

(2) Difficultés liées à la psychiatrie

Les médecins généralistes éprouvent des difficultés dans la prise en charge de certains troubles psychiatriques, en raison d'un manque de connaissance : *« comment aborder un patient violent ? Comment aborder un patient schizophrène et qui a été en taule ? Moi, je ne sais pas faire »* (M3) *; « des problèmes psychiatriques […] des choses que, nous, on ne maîtrise pas trop »* (M9)

La limite entre la psychiatrie et la prison est parfois floue : *« je crois qu'il y a une grande partie des patients qui sont en prison et qui n'ont rien à y foutre. Mais le problème, c'est… on va les mettre où ? La psychiatrie ne peut pas les prendre »* (M4)

3. Orientation

En cas de difficultés, les praticiens orientent facilement les patients vers le centre d'addictologie Episode : *« on est quelques médecins à être les correspondants d'Episode, l'organisme qui*

s'occupe de la prise charge de la toxicomanie sur le biterrois » (M6) *; « quand on nous disait 'ouai, moi je prends huit comprimés à huit milligrammes', on se disait 'ça, ce n'est pas pour moi', et on leur disait 'il y a un centre dédié à ça ici, c'est Episode' »* (M11)

Ils semblent être satisfaits de leurs liens avec Episode : *« très souvent, j'ai tendance à les orienter sur Episode, qui fait très bien son travail »* (M10) ; *« c'est sûr qu'Episode, parfois ils nous appellent, pour nous dire qu'ils nous envoient un patient »* (M6) ; *« là-bas [à Episode], quand ils reviennent, on vous téléphone : 'on vous renvoie Monsieur' […] donc il n'y a pas de problème »* (M11)

En revanche, orienter les patients présentant des troubles psychiatriques est parfois difficile en raison du manque de psychiatres et des délais de prise en charge : *« on ne trouve pas de psychiatre pour suivre une pathologie psychiatrique […] il y a des délais de prise en charge »* (M8)

D. Situation sociale des patients à la sortie du centre pénitentiaire

1. Situation économique

Les médecins généralistes considèrent que les patients sortant du centre pénitentiaire de Béziers se retrouvent dans des situations sociales et économiques difficiles à la sortie : *« c'est des patients quand même précaires »* (M7) *; « une population […] qui se retrouve en sortant de prison dans des situations sociales et économiques difficiles »* (M9)

Certains se retrouvent sans emploi à la sortie : *« il ne travaille pas lui »* (M7) ; d'autres sans logement : *« il y en a beaucoup de gens qui sortent de prison et qui se retrouvent sans logement »* ; et il est parfois difficile de leur trouver des structures d'accueil sur Béziers : *« c'est quand même assez compliqué de leur trouver une structure d'accueil en urgence »* (M1)

Ils ne bénéficient pas tous des minima sociaux : *« on a un certain nombre de gens qui sortent de la prison […] ils n'ont pas encore leurs droits qui sont ouverts »* (M6) ; ou sont mal informés de leurs droits sociaux : *« je trouve qu'on informe très mal les patients de leurs droits sociaux »* (M6)

2. Entourage familial

A la sortie, la famille peut être un soutien du patient dans la réinsertion : *« il est retourné vivre chez ses parents après la sortie »* (M7) *; « elle [la famille] était importante dans la réinsertion »* (M12)

Parfois elle ne l'est pas : *« c'est un milieu familial défavorisé, socialement […] mais c'est un milieu… c'est compliqué quoi »* (M9) *; « ce qui pose problème, c'est le contexte en fait… l'environnement et les familles […] si c'est une famille de toxicomanes bien connus dans la région, et qu'ils sont tous incarcérés en permanence, et qu'ils considèrent que la prison, c'est… leur maison, quoi ! C'est sûr que là, il n'y a aucune réinsertion possible »* (M10)

3. Protection sociale

Globalement, les médecins généralistes semblent être satisfaits de la protection sociale de leurs patients à la sortie. Ils bénéficient de tiers-payants : *« quand on vérifie leurs droits, ils sont très bien couverts […] ils ont une couverture sociale qui est l'équivalent d'une CMU-plus »* (M10) *» ; « ils sont pris comme une ALD un petit peu, ils ont le tiers payant »* (M5)

Au même titre que les droits sociaux, ils sont parfois mal informés de leur protection sociale : *« je crois d'ailleurs qu'ils ont une couverture sociale […] mais ils ne s'en servent pas tous […] c'est vrai ils ne sont pas tous bien au courant de comment ça fonctionne »* (M10)

Parfois, la protection sociale n'est pas à jour, ce qui peut représenter un obstacle à la consultation : *« si le détenu, […] vient voir un médecin, et qu'il ne peut pas être payé, il ne voudra pas le revoir »* (M6) *; « si on leur explique qu'il faut payer la consultation, parce qu'ils n'ont pas mis à jour leur carte vitale, ça les empêche de consulter aussi »* (M8)

4. Orientation

Lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge sociale de leurs patients, ils les orientent vers l'association Accueil Santé Béziers qui peut les aider dans la réinsertion sociale : *« Accueil santé Béziers ? C'est pareil, c'est bénévole là-bas. Mais c'est intéressant, je sais que nous, quand on a des problèmes, on les envoie là-bas »* (M11)

Des assistantes sociales y mettent à jour les droits sociaux : *« il y a des secrétaires médico-sociales qui aident les gens dans leurs démarches administratives »* (M6) *; « il y a deux assistantes sociales […] on s'occupe des gens qui sont sans-papiers, des gens qui sont dans la rue, des SDF. Et donc parfois quelqu'un qui sort de prison »* (M11)

Des soins gratuits peuvent y être dispensés : *« on est plusieurs médecins à y faire des consultations à titre bénévole […] on a aussi des spécialistes qui font quelques consultations si on leur demande »* (M6)

E. Soins dispensés en milieu pénitentiaire

1. Connaissance

a) Par les expériences professionnelles

Certains médecins généralistes ont eu quelques contacts avec le milieu judiciaire lors des réquisitions médicales au cours de gardes à vue : *« mes seuls contacts avec le milieu carcéral, […] c'est quand, en temps de garde, on est réquisitionné. Autrefois, il y avait des salles de réquisition à la gendarmerie à Pézenas, et on est allé dans les cellules parfois »* (M9)

Pendant leurs gardes, il leur est parfois arrivé de se rendre à l'ancienne maison d'arrêt de Béziers pour y assurer la permanence des soins : *« ça m'est arrivé un jour d'être de garde, et de voir un détenu, un samedi de garde »* (M5) *; « mon seul contact avec le milieu carcéral, c'est quand j'ai fait mon internat. J'ai fait mon SAMU à Montpellier, et donc je suis intervenu deux ou trois fois à la prison de Montpellier »* (M9)

Un seul médecin s'est déjà rendu au centre pénitentiaire en raison de son activité d'expertise médicale : *« le nouveau centre pénitentiaire, je le connais un peu, j'y fais parfois des expertises médicales. Je vois très bien vos locaux »* (M6)

b) *Par l'entourage proche*

Un seul praticien déclare avoir des connaissances sur les soins en milieu pénitentiaire grâce à un de ses proches travaillant à l'unité sanitaire : *« les seules connaissances que j'en ai, c'est parce que ma femme est … à la prison. Donc effectivement, je suis au courant de ce qui s'y passe »* (M7)

c) *Par les anciens détenus*

Les connaissances des médecins généralistes sur le milieu pénitentiaire sont parfois apportées par les patients sortant du centre pénitentiaire : *« il y a en a un qui est sorti, il n'y a pas très longtemps, il y a six mois ou un an je crois, et qui me disait que ça avait beaucoup changé »* (M4) *; « ils me disaient que oui, ils étaient sous traitement, qu'ils avaient ça, qu'on leur donnait ça […] Quand il fallait aller à l'hôpital, on les amenait »* (M11)

d) *Par le personnel de l'unité sanitaire*

Quelques médecins ont parfois vu en consultation des membres du personnel de l'unité sanitaire. Ils ont alors évoqué avec eux le milieu pénitentiaire : *« une fois, j'ai eu une infirmière qui y allait, je la connaissais. On en a parlé un peu »* (M4) *; « je connais quelques personnes qui travaillent là-bas parce que je les prends en charge, ça peut aider »* (M6) *; « j'ai eu soigné du personnel qui travaille dans cette structure-là. Je sais que c'est très difficile pour eux »* (M10)

2. Méconnaissance

La majorité des médecins généralistes ne sont pas sensibilisés à la prise en charge médicale des personnes détenues. Au cours des entretiens, ils expriment de nombreuses interrogations sur l'organisation des soins au centre pénitentiaire : *« je ne sais pas du tout comment ça se passe »* (M11) *; « on ne sait pas du tout comment ça fonctionne en fait »* (M8) *; « je sais qu'il y a un psychiatre, des psychiatres de l'extérieur qui vont dans les prisons, mais après je ne sais pas comment ça se passe au niveau de la médecine générale, s'ils ont un médecin pénitentiaire ou pas »* (M5)

L'unité sanitaire parait être un service trop isolé pour qu'on le connaisse : *« je ne sais pas puisque ça se passe derrière les murs de la prison où je n'ai pas accès. La prison, c'est un mur, il y a un*

gars d'un côté et nous on est de l'autre côté » (M1) *; « c'est à six kilomètres d'ici, mais on n'en a aucune idée… On a l'impression que c'est cloisonné »* (M2)

3. Représentations

a) Représentations négatives

Les médecins gardent une image négative de leur passage à l'ancienne maison d'arrêt de Béziers : *« l'ancienne prison, j'étais allé voir, je la connaissais. Quand j'entends les gens dire 'oui, en prison, les gens sont bien, ils ne se cassent pas la tête', je leur réponds 'allez voir les cellules, et vous verrez ce que c'est' »* (M4) *; « l'ancienne maison d'arrêt, c'était vraiment la misère »* (M6) *; « c'était dans des conditions un peu dramatiques »* (M9)

Certains pensent qu'il y a des médecins au centre pénitentiaire mais qu'ils ne sont pas toujours présents : *« je pense qu'il y a un médecin, mais je ne sais pas s'il y est tout le temps »* (M8) *; « moi l'idée que j'ai de la médecine pénitentiaire, c'est 'il n'y a personne', 'oui il y a bien un bénévole qui vient de temps en temps mais on ne l'a pas tous les jours' »* (M11) *; « je suppose qu'ils ont un panel assez restreint de professionnels de santé auxquels ils peuvent faire appel »* (M10)

Ces médecins ont des conditions de travail difficiles : *« j'imagine que ça ne doit pas être très facile de travailler dans ces conditions-là… »* (M1) *; « ils font comme ils peuvent, ils font avec les moyens. Je crois que ce n'est pas très facile »* (M4)

Certains praticiens doutent que les patients y soient bien pris en charge : *« moi je trouve que le gros problème à l'unité sanitaire, c'est le manque de soins dentaires »* (M6) *; « ils ne sont quand même pas super bien suivis là-bas, enfin c'est l'impression que j'en ai en tout cas »* (M12)

b) Représentations positives

Quelques praticiens pensent que les médecins sont nombreux à l'unité sanitaire : *« je pense qu'il y a beaucoup de médecins, ils sont nombreux »* (M3) *; « il y a l'air d'avoir beaucoup de personnel »* (M6)

Certains semblent être satisfaits de la prise en charge médicale de leurs patients au centre pénitentiaire : *« je pense qu'il y a pas mal de monde qui font bien le boulot »* (M3) *; « je trouve que ce qu'ils font, c'est bien, parce que je ne suis pas certain que je ferais aussi bien qu'eux »* (M4) *; « je pense qu'ils sont bien pris en charge »* (M11)

c) Représentations véhiculées par les détenus

Les perceptions des médecins généralistes sur les soins en milieu pénitentiaire sont parfois véhiculées par les patients : *« je n'ai jamais entendu dire un détenu qu'il avait été bien pris en charge. Alors après, c'est parole de détenu, c'est comme ça qu'ils voient les choses »* (M10) *; « d'après ce qu'ils m'ont dit, il y a eu une pause dans leur santé pendant leur incarcération. C'est ce qu'ils ont ressenti »* (M12)

F. Communication entre les médecins généralistes et l'unité sanitaire

1. Habitudes de communication des médecins généralistes

Les médecins généralistes reçoivent de nombreux comptes-rendus de la part des spécialistes de la région : *« l'hôpital nous écrit régulièrement. Je reçois tous les jours des lettres de sortie »* (M1) *; « l'hôpital de Béziers, on reçoit un compte-rendu […] on travaille beaucoup avec les cliniques : clinique Pasteur, clinique Saint-Privat. Là, on est sûr d'avoir des comptes-rendus »* (M7)

Ces comptes-rendus leur sont envoyés par courrier postal ou mail sécurisé : *« on reçoit les courriers directement sur les ordinateurs »* (M1) *; « il y a les deux, mails ou courriers »* (M2) *; « j'ai des spécialistes cardiologues qui m'envoient les trucs par mail, on a des messageries sécurisées type MS Santé® »* (M7)
Le mail sécurisé semble privilégié par les médecins généralistes : *« je rêve du zéro papier »* (M3) *; « je pense que la liaison la plus simple, c'est le mail »* (M4)

Cependant, la communication semble être parfois difficile avec le centre hospitalier de Béziers : *« le problème, et il est valable pour d'autres structures et notamment l'hôpital de Béziers, c'est que c'est hermétique, on ne nous donne pas de nouvelles »* (M3)

Certains services ont mis en place des lignes téléphoniques directes pour les médecins généralistes : « *avec le centre hospitalier, on a des numéros de téléphone directs […] le service de médecine interne a fait ça, il y a aussi une ligne d'urgence pour la psychiatrie* » (M9) ; mais un manque de communication persiste avec de nombreux services : *« j'ai le même problème avec la néphro et l'hémodialyse. Ils t'ont mis un carnet de suivi : toi t'écris dedans, tu n'as jamais de réponse »* (M3) *; « on a le même problème quand on les laisse sortir de l'UBP, de psychiatrie »* (M4) *; « la psychiatre, c'est vraiment un service pour lequel on n'aura jamais de compte-rendu »* (M7)

De plus, les messageries sécurisées ne sont pas encore bien fonctionnelles entre le centre hospitalier et les médecins généralistes : *« après c'est un problème de format. Les praticiens de ville utilisent en général Apycript®, et l'hôpital utilise un autre format, alors on n'a jamais l'hôpital »* (M1) *; « pour l'instant, les messageries sécurisées ne fonctionnent pas bien à l'hôpital »* (M2)

Elles semblent néanmoins se développer depuis quelques temps : *« le centre hospitalier vient juste d'avoir des lignes sécurisées mail, c'est tout récent »* (M4) *; « maintenant, l'hôpital m'envoie tout en triple exemplaire, je reçois sur Apycript®, MailiZ®, Médimail® »* (M7)

2. État des lieux de la communication avec l'unité sanitaire

a) Présence de contact

La majorité des médecins généralistes déclarent avoir déjà eu au moins un contact avec l'unité sanitaire. Ce contact était facilité par la connaissance du personnel de l'unité sanitaire : *« moi, je connaissais l'ancien médecin, qui était là-bas : quand ils allaient sortir, il nous prévenait »* (M4) ; et par l'identification du médecin traitant du patient : *« j'étais le médecin traitant, donc le médecin du centre pénitentiaire me prévenait qu'il allait sortir »* (M3)

A travers les entretiens, on peut mettre en évidence plusieurs modes de communication.

1. A l'entrée en détention, l'unité sanitaire téléphone au médecin traitant du patient nouvellement incarcéré pour obtenir des informations médicales : *« j'ai dû avoir plusieurs fois quelques appels d'infirmières pour demander des renseignements […] des renseignements médicaux sur de nouveaux détenus »* (M10) *; « parfois, les infirmières, oui, ça, par contre oui !*

Quand ils rentrent… 'J'ai du Subutex®'… ça, bien sûr, quand ils rentrent, ils ont tous quelque chose, alors ils disent le nom du médecin » (M11)

2. A la sortie de détention, l'unité sanitaire transmet des informations médicales au médecin traitant pour assurer le relai. Cette transmission se fait par téléphone : *« ils m'ont appelé pour me dire que ce monsieur allait venir. C'était pour une sortie de prison »* (M1) *; « quelqu'un qui téléphonait, qui laissait un message sur le répondeur, et je le rappelais. C'était pour organiser une sortie »* (M4) ; ou par le biais du patient : *« j'ai des fois une ordonnance de sortie de l'UCSA. Quelquefois, j'ai une ordonnance de sortie, notamment pour les maladies chroniques »* (M1) *; « une ordonnance, par contre, toujours »* (M4) *; « peut-être un mot de liaison, c'est possible qu'il y ait eu un mot de liaison, qu'ils ont donné au prisonnier avant qu'il sorte, et qu'il m'a ramené »* (M4)

3. A la sortie de détention, le médecin généraliste contacte l'unité sanitaire pour obtenir des informations médicales utiles au suivi du patient. Ce contact peut se faire par téléphone : *« alors il m'arrive parfois de les appeler lorsque j'en ai besoin pour le suivi »* (M6) ; ou par courrier postal : *« j'ai pu quand même avoir le nom d'un médecin dont j'ai oublié le nom mais qui était assez sympa. Je lui ai écrit… »* (M11)

b) Absence de contact

Plusieurs médecins généralistes interrogés déclarent n'avoir jamais eu de contact avec l'unité sanitaire : *« elle est très simple, je n'ai aucun lien »* (M2) *; « je n'ai jamais eu un coup de fil, je n'ai jamais eu un courrier... et à l'inverse, je n'ai jamais appelé et je n'ai jamais écrit »* (M3)

Ils font alors avec les informations fournies par le patient : *« je ne sais ce qu'il s'est passé, sauf ce qu'il m'en a dit »* (M2) ; ou par d'autres praticiens, le cas échéant : *« je lui disais d'aller voir son médecin, mais il ne pouvait pas y aller. Donc voilà, on a vu avec le médecin ce qu'il prenait comme traitement »* (M11) *; « celui qui est venu pour son renouvellement de Subutex® par exemple, j'ai appelé la pharmacie pour savoir où il en était, et j'ai renouvelé l'ordonnance »* (M12)

3. Perception de la communication avec l'unité sanitaire

a) Perceptions positives

Lorsqu'ils ont eu un contact avec l'unité sanitaire, les médecins généralistes en sont satisfaits. Ils ont permis d'améliorer le suivi à la sortie du centre pénitentiaire : *« quelques fois, ça a déjà été très utile […] c'était précieux, parce que le gars quand il arrivait et qu'il me disait qu'il lui fallait absolument ses huit comprimés par jour, alors qu'à trois comprimés à la prison, il était tranquille, c'était peut-être qu'il les refilait, qu'il les revendait »* (M1) *; « j'étais le médecin traitant, donc le médecin du centre pénitentiaire me prévenait qu'il allait sortir […] ça m'est arrivé deux ou trois fois, donc je trouve que c'est pas mal »* (M4)

Quelques médecins trouvent que leurs relations avec l'unité sanitaire s'améliorent : *« il y a quelques années, on découvrait. […] je trouve qu'il y a quand même maintenant une relation qui se fait un peu mieux »* (M4) *; « ça s'est un peu amélioré, parce que j'avais eu des contacts avec des médecins, là-bas »* (M6)

b) Perceptions négatives

Certains praticiens estiment que leurs relations avec l'unité sanitaire sont encore insuffisantes : *« c'est seulement deux cas, sur une trentaine de cas depuis que je suis installé »* (M1)

Les praticiens se sentent parfois exclus de la prise en charge de leurs patients à la sortie : *« on ne m'a pas demandé mon avis. On aurait très bien pu me contacter par rapport aux pathologies des patients »* (M2) *; « on a des alcooliques qui ont arrêtés de boire en prison, ça j'ai eu. […] Et c'est là où c'est dommage de ne pas se renseigner auprès des médecins […] et d'anticiper les sorties, de dire 'voilà il a arrêté de boire, il a arrêté le cannabis, il a arrêté l'héroïne, comment on va faire pour la prise ne charge en ville' ? »* (M3)

Ils doivent se débrouiller avec les informations que leur donne le patient : *« les patients, quand ils viennent nous voir, ils ne savent pas du tout les traitements qu'ils prennent, ils ne sont pas capables de nous dire ce qui a été fait là-bas »* (M6)

Ils ont parfois l'impression de reprendre le suivi médical au début ou là où il l'avait laissé : *« avant, il avait déjà des problèmes, il les a encore maintenant. Il y a eu un laps de temps où je ne l'ai pas vu car il était emprisonné, et donc je ne sais pas ce qu'il s'est passé »* (M2) *; « je me suis dit qu'il fallait peut-être reprendre le suivi à zéro »* (M12)

Les outils de liaison actuellement en place sont inadaptés ou inconnus des praticiens.
Le patient peut perdre ou oublier le courrier de liaison : *« le problème d'un courrier que vous faites et que vous donnez au prisonnier… c'est que du coup, lui en fait il peut le perdre »* (M4) *; « peut-être qu'il l'oublie, tout simplement. C'est peut-être un papier embarrassant »* (M5) *; « ça peut aussi être des actes manqués : un courrier, tu le perds, voilà, c'est tout »* (M7)
L'unité sanitaire est difficile à joindre : *« le problème, c'est que je ne sais pas si le centre pénitentiaire a une messagerie sécurisée pour les médecins »* (M2) *; « à l'unité sanitaire, ils sont vraiment difficiles à joindre »* (M6) *; j'ai essayé de joindre l'UCSA et j'ai eu beaucoup de mal. Parce que du coup j'ai appelé l'hôpital, et ils m'ont dit qu'il fallait joindre directement la prison, c'est ça ? Je ne sais vraiment pas comment on fait pour les joindre »* (M12)

G. Attentes et propositions des médecins généralistes

1. Visibilité de l'unité sanitaire

Les médecins généralistes souhaitent connaître le fonctionnement de l'unité sanitaire.

Ils proposent la création d'une plaquette informative sur le service : *« si un jour, il est décidé d'envoyer systématiquement à tous les médecins, un compte-rendu de l'unité sanitaire, il faudra auparavant leur envoyer l'information de ce qu'est l'unité sanitaire »* (M7) *; « ça peut-être bien de faire une petite plaquette explicative de l'UCSA : qu'est-ce -que c'est ? ; comment on peut la contacter ? Voilà, apporter des informations sur le pôle, les médecins qui y travaillent, etc… »* (M12)

Ils proposent également des réunions avec le personnel de l'unité sanitaire dans le cadre de formations : *« rencontrer l'équipe du centre pénitentiaire oui, dans le cadre d'une formation, ça serait génial ! »* (M3) *; « à la limite, s'il faut faire un jour une… une formation continue, pourquoi pas. Si on peut faire une réunion avec un médecin… avec le conseil de l'ordre et tout… pour nous donner une information »* (M11)

2. Communication avec l'unité sanitaire

a) Souhait des médecins généralistes

Les médecins généralistes souhaitent communiquer avec l'unité sanitaire pour le suivi médical de leur patient : *« si c'est des gens qui habitent sur Béziers et que je suis, bien sûr, ça serait bien d'avoir les mêmes infos »* (M10) *; « mais ça peut être bien aussi pour l'UCSA. Ça peut être bien de nous appeler, de nous dire 'il va sortir, on vous passe la main' »* (M12)

Certains médecins souhaitent être informés dès l'incarcération du patient : *« étant donné que j'étais son médecin traitant, c'est vrai qu'on aurait pu me le dire [qu'il avait été incarcéré] »* (M2)

b) Identification du médecin traitant

L'identification du médecin traitant semble essentielle pour améliorer la communication avec l'unité sanitaire. Celle-ci doit se faire à l'entrée ou à la sortie de détention : *« à l'entrée, on demande 'quel est votre médecin traitant', et on demande au médecin traitant un résumé du dossier »* (M2) *; « je pense qu'il serait bon d'identifier un médecin traitant de référence, en fonction du lieu de résidence du détenu à sa sortie »* (M9) *; « on peut très bien lui demander avant qu'il sorte 'à qui voulez-vous qu'on envoie le courrier ?' ou 'choisissez votre médecin', ça peut ne pas être le médecin initial, ça peut être un autre médecin »* (M4)

L'identification du médecin traitant pourrait lever le tabou de l'incarcération : *« c'est juste le fait d'en parler lui-même qui le bloque […] Mais à mon avis, je pense qu'il sera soulagé que son médecin traitant soit au courant »* (M7) *; « je pense qu'au départ, c'est toujours très dur pour eux de revenir voir un médecin, de dire ce qu'il leur est arrivé. Alors quand ils ont un médecin traitant, bon, ça peut encore passer »* (M11)

Le développement de permissions pourrait aider à l'identification du médecin traitant : *« peut-être que le patient, en sortant, il dise 'je vais aller voir tel médecin', qu'il trouve son médecin avant de sortir […] pour remettre le dossier, pour prendre contact quoi »* (M8) *; « ou alors trouver un médecin avant de sortir. Est-ce qu'on ne pourrait pas leur dire, avant de sortie par exemple, 'vous trouvez un médecin'. Ils ont une permission de sortir d'une journée, pourquoi pas ? »* (M11)

c) Modalités de communication

Les médecins généralistes pensent que c'est à l'unité sanitaire d'établir le contact : *« nous, autant moi que les confrères, je peux vous garantir que ce n'est pas nous qui irons, c'est l'unité sanitaire qui devra venir »* (M1) *; « moi je pense que c'est plus l'unité sanitaire qui doit prendre contact »* (M2)

La communication doit s'adapter aux conditions de travail de la médecine générale parfois difficiles. Les praticiens se retrouvent déjà submergés par l'administratif et manquent de temps médical : *« le médecin généraliste qui n'a pas de secrétaire, il doit tout gérer, donc si on ne lui facilite pas la communication, il ne va pas se casser la tête »* (M4) *; « si l'unité sanitaire me prévient, d'accord, mais ce n'est pas moi qui irais chercher l'information. Je ne pourrais pas, je n'ai pas le temps »* (M1)

La communication ne doit pas être chronophage : *« nous avons fait le tour, de ce qui est simple à mettre en place, mais qui ne bouffe pas le temps »* (M2)

La communication des informations doit se faire avec l'accord du patient : *« s'il dit non, tu ne forces pas, de toutes façons, tu ne peux pas »* (M7) *; « peut-être que vous pouvez lui demander : 'est-ce-que vous voulez qu'on l'adresse à votre médecin ?' »* (M12)

d) Situations cliniques

Les médecins généralistes pensent que tous les patients n'ont pas besoin de suivi particulier à la sortie : *« si ce sont des petites peines, et que le gars retourne dans sa famille, et que tout va bien, il viendra me voir pour son rhume, ce n'est pas gênant »* (M3) *; « s'il a un problème, s'il n'en a pas, ça ne sert à rien qu'on le sache »* (M5) *; « les jeunes, généralement, il n'y a pas de pathologie particulière »* (M2)

La communication doit être privilégiée pour des situations particulières :
- pour le suivi des obligations de soins : *« au moins pour ceux qui doivent être suivis par le juge. Ceux qui ont une obligation de soins, ils devraient avoir obligation de désigner un médecin généraliste, et pour le coup, il y a obligation de prévenir ce médecin »* (M3)

- pour le suivi des patients potentiellement « dangereux » : *« la notion de dangerosité de certaines personnes, ça serait pas mal qu'on le sache aussi »* (M3) *; « les antécédents peuvent servir, parce qu'on peut avoir quelqu'un d'archi-violent, il faut faire attention au traitement qu'on lui donne et si on ne va pas réactiver une problématique »* (M5)
- pour le suivi des patients âgés : *« je pense que cela peut être intéressant quand ce sont des personnes d'un certain âge »* (M2)
- pour le suivi des pathologies psychiatriques et des addictions : *« sauf en cas de pathologie particulière : toxicomanie, psychiatrie, etc… […] s'il y a des toxicomanies, on peut préciser les choses, s'il y a eu des cures, s'il y a eu de l'alcool »* (M2)

e) Outils de communication

La transmission des informations doit se faire de la même manière qu'avec le centre hospitalier de Béziers : *« pour nous, ce n'est pas la prison, c'est comme l'hôpital »* (M1)

Les médecins généralistes souhaitent obtenir un compte-rendu médical du séjour carcéral de leur patient. Ce compte-rendu peut être :
- envoyé directement au médecin généraliste par mail sécurisé : *« on a tous Apycript® maintenant, ou presque. T'envoies le dernier compte-rendu sur le séjour, ce qu'il s'est passé sur un mois, six mois ou un an »* (M3) *; « je pense que ça serait bien que tous les médecins qui travaillent au centre pénitentiaire puisse envoyer des messages via les mails sécurisés »* (M4)
- remis au patient à la sortie du centre pénitentiaire : *« c'est de lui remettre un courrier, il vient en consultation, et puis voilà »* (M2)
- ou les deux : *« un courrier, éventuellement, doubler au cas où il ne vienne pas »* (M5) *; « vous pouvez demander au patient 'je vous donne ce courrier, est-ce que vous acceptez que j'en envoie une copie de manière sécurisée et cryptée à votre médecin traitant' »* (M7)

Certains médecins généralistes évoquent d'autres moyens de communication.
Une ligne téléphonique directe avec l'unité sanitaire est demandée : *« je pense que mettre en place une ligne directe […] serait vraiment bénéfique pour la continuité des soins »* (M6) *; « ça serait bien que le service médical mette en place une ligne directe »* (M9) *; « ça serait intéressant que l'hôpital nous donne le numéro direct »* (M12)

Le double des examens biologiques pourrait être envoyé directement au médecin traitant : *« l'idéal serait qu'on reçoive le double des examens biologiques, directement au moment de la prise de sang. Que le laboratoire l'envoie au centre pénitentiaire, et puis à nous, ils nous envoient un courrier »* (M2)

Un carnet de suivi pour les patients toxicomanes pourrait être instauré à la prison : *« le suivi de Subutex®, tous les jours tu marques : 'ça s'est bien passé, là il a diminué, là il a augmenté'. Et peut-être garder cette espèce de carnet de santé de suivi, le confier au généraliste »* (M3)

Le dossier médical partagé (DMP) pourrait faciliter la communication : *« dans le dossier médical partagé, qu'il y ait un truc, un numéro qu'on puisse appeler, qui puisse nous donner les coordonnées de l'unité sanitaire »* (M5) *; « quand tu remets le courrier au patient, si tu lui dis 'est-ce que vous acceptez que je mette le courrier dans votre DMP pour que le médecin traitant y accède ?', il sera plus enclin à dire 'oui, d'accord' »* (M7) *; « après, une fois que le dossier médical partagé sera fait […] ça pourrait être pas mal »* (M8)

3. Prise en charge sociale

Les médecins généralistes souhaitent que les patients soient mieux informés de leurs droits sociaux à la sortie : *« je pense que ça serait bien que l'assistante sociale à la prison puisse informer le détenu de ses droits à sa sortie de prison »* (M6) *; « c'est bien qu'ils aient une couverture maladie, mais ça serait bien aussi qu'ils sachent s'en servir. Il faudrait leur donner des guidelines quand ils sortent »* (M10)

4. Suivi extérieur

Les médecins généralistes souhaitent que certains suivis spécialisés soient programmés par l'unité sanitaire avant la sortie : *« je ne sais pas, imaginons pour un cas psy : que le suivi psy soit organisé, qu'il ait un rendez-vous au CMP […] que le patient sache où il va en sortant »* (M8)

Les médecins généralistes pensent que certains patients perdent leurs repères à la sortie d'incarcération *: « ils doivent se retrouver perdus les gars... parce que ce soutien psychologique et infirmier qu'ils avaient là-bas, ils le perdent en sortant »* (M3) *; « parce qu'ils ont été suivis*

pendant des mois, voire des années par une équipe avec qui ils ont établi un lien de confiance et… ils sortent et c'est fini » (M9)

Ils proposent un suivi médical des patients par le personnel de l'unité sanitaire hors du centre pénitentiaire : *« on peut se poser la question, d'avoir un suivi à l'extérieur de ces ex-détenus […] faire sortir le psychologue qui l'a suivi pendant trois ans, l'infirmier qui l'a suivi pendant trois ans, et puis continuer ce suivi »* (M3) *; « pourquoi il ne pourrait pas y avoir une espèce d'équipe mobile, ou de réseau, ou de suivi progressif […] que ce lien se fasse en dehors de la prison, qu'ils ne soient pas toujours rattachés à cet univers-là »* (M9)

Il permettrait le sevrage du personnel de l'unité sanitaire le temps que le médecin traitant fasse le relai : *« un sevrage de l'équipe le temps que le médecin traitant fasse le relai »* (M9)

Ce suivi extérieur nécessiterait la création d'un réseau permettant une prise en charge pluri-professionnelle de ces patients : *« je pense quand même que les réseaux, avec une composante sociale importante, et psychologique importante, à mon avis, pour ce genre de population, c'est hyper important »* (M10) *; « avec une psychologue, une infirmière, un médecin coordonnateur, qui fasse le lien. Et auquel nous, on peut faire appel si on sent une difficulté […] faire des réunions, comme on fait avec le réseau de soins palliatifs, quand on a des cas particuliers »* (M9) *; « pseudo-HAD ou réseau »* (M3)

Ce suivi extérieur pourrait peut-être diminuer le risque de récidive : *« faire suivre un mec qui sort de taule, et le cadrer un petit peu, c'est peut-être lui éviter un retour à la case départ trois mois après »* (M3)

II. Unité sanitaire

A. Caractéristiques de la population

Trois focus groups ont été réalisés. Chaque focus group était constitué de professionnels variés. Les caractéristiques des focus groups sont présentées dans le tableau 2.

Focus group n°1	Médecin généraliste
	Psychiatre
	Cadre de santé
	Infirmiers (2)
Focus group n°2	Médecin généraliste
	Psychiatre
	Psychologue
	Infirmier
Focus group n°3	Médecins généralistes (2)
	Psychiatre
	Psychologue
	Infirmier

Tableau 2: Caractéristiques des focus groups

B. Préparation médicale de la sortie

1. État des lieux

a) Créneau de consultation

Une consultation de sortie est organisée avant la sortie du centre pénitentiaire : *« sur le plan médecin généraliste, donc en fait on a un créneau qui est prévu »* (A1) *; « quand je fais la sortie, les secrétaires me mettent les patients, ou à n'importe quel médecin, en consultation de sortie »* (A2) *; « il y a une pré-sortie qui est organisée, qui est prévue, et on voit en théorie le détenu en consultation »* (A3)

Pour cela, l'administration pénitentiaire transmet les dates de sortie des détenus à l'unité sanitaire : *« elles [les secrétaires] reçoivent une liste des sortants sur le mois d'après »* (A1) *; « la liste des sortants que reçoivent les secrétaires toutes les semaines »* (A1)

b) Réalisation d'un courrier de liaison

Un courrier de liaison est réalisé au décours de la consultation de sortie : *« [pour] réaliser un courrier »* (A1) *; « je leur dis 'il faut que je fasse un courrier pour votre médecin' »* (A3)

Il reprend les éléments médicaux du séjour carcéral : *« je mets ses antécédents, ce qu'il s'est passé durant l'incarcération, les traitements de sortie »* (A2) *; « dans le courrier, je détaille tout ce qui s'est passé durant l'hospitalisation »* (A3)

Il ne mentionne pas les éléments liés à l'incarcération : *« je marque que 'le patient a été suivi dans notre service', je ne marque pas que c'était un détenu »* (A2) *; « je leur dis 'il faut que je fasse un courrier pour votre médecin, voilà je ne vais pas marquer prison' »* (A3)

c) Prescription et délivrance de médicaments

Des ordonnances de sortie sont préparées à l'issue de la consultation de sortie : *« je fais au détenu une ordonnance pour un mois, un mois de traitement »* (A2)

Les patients reçoivent quelques jours de traitement à la sortie du centre pénitentiaire : *« au niveau infirmier, nous ça va être la délivrance du traitement à la sortie […] le temps d'aller à la pharmacie »* (A1) *; « quand il sort, il va chez les infirmiers et il a quatre jours de traitement »* (A2) *; « nous, on donne [le traitement] systématiquement pour quatre jours »* (A3)

Certaines pathologies nécessitent du matériel particulier que l'unité sanitaire délivre parfois : *« il y en a qui ont du matériel particulier, on essaie de leur donner. Je pensais aussi aux patients diabétiques »* (A1)

Des ateliers thérapeutiques sont dispensés avant la sortie aux patients sous Méthadone® : *« pour les détenus sous Méthadone® par exemple, qui vont avoir un Nalescue à la sortie, c'est la pharmacienne qui va les recevoir et les former à ça »* (A1)

d) Orientation

(1) Vers le médecin traitant

Les patients sont encouragés à voir leur médecin traitant à la sortie du centre pénitentiaire : *« ils sont encouragés à voir leur médecin traitant à la sortie »* (A1)

L'unité sanitaire identifie parfois le médecin traitant : *« on leur demande quand ils arrivent s'ils sont d'accord pour qu'on appelle le médecin traitant »* (A1) *; « je demande s'il a un médecin traitant »* (A3) ; mais elle ne le contacte pas souvent pour assurer le suivi : *« ça n'arrive pas très souvent, que j'aie besoin d'appeler »* (A2)
Le médecin traitant n'est contacté que pour le suivi des patients atteints de pathologies lourdes : *« j'appelle les médecins quand vraiment c'est un détenu qui a des gros problèmes de santé »* (A2)

(2) Vers d'autres acteurs sanitaires

Certains patients ne nécessitent pas de suivi médical à la sortie. Ils avaient seulement besoin d'un soutien pendant l'incarcération : *« on peut se dire que ceux-là, et bien ils ne souhaitent pas avoir de suivi, et n'en ont pas forcément totalement besoin. On était plus là en soutien pendant… lié aux conditions d'incarcération. J'irais même au-delà, pour eux, il n'y a pas de nécessité de suivi »* (A1) *; « bien souvent, ils disent qu'en sortant ils n'en auront plus besoin parce qu'ils disent que tout ira bien, ils seront libres »* (A2)

D'autres nécessitent un suivi à l'extérieur et sont orientés vers des structures spécialisées à la sortie : *« je lui donne des courriers quand les consultations n'ont pas pu être faites, s'il n'y a pas eu le temps de faire les consultations »* (A2) *; « je donne au moins une adresse de CMP, parfois Episode ou un CSAPA »* (A2)

Les rendez-vous chez les spécialistes sont parfois organisés par l'unité sanitaire : *« on essaie d'organiser un rendez-vous avec leur psychiatre en sortant »* (A1) *; « j'en ai un qui va sortir, je lui ai pris hier son rendez-vous sur Narbonne, chez l'orthopédiste »* (A2) *; « on appelle le CMP »* (A2)
D'autres responsabilisent le patient et lui laissent le soin de prendre les rendez-vous : *« je lui donne à lui des adresses. Je cherche soit le CMP du secteur, soit parfois en libéral […] c'est à lui de faire les démarches »* (A2)

e) Remises de documents à la sortie

L'ensemble des documents issus de la consultation de sortie sont remis au patient le jour de la libération : *« il y a une ordonnance qui est faite… qu'ils auront à la sortie au greffe »* (A1) *; « il y a l'ordonnance qui est prête au greffe, qu'ils récupèrent quand ils récupèrent leurs effets »* (A2) *; « le patient, il le reçoit à la sortie en fait, une enveloppe avec le courrier de sortie »* (A3)

2. Difficultés rencontrées

a) Le manque de coordination

(1) Avec la justice

Les dates de sortie sont trop aléatoires pour permettre l'organisation d'un suivi extérieur : *« on ne connait jamais exactement la date de sortie, ou on la connait que très peu de temps avant »* (A1) *; « on n'a pas toujours, nous, les dates de sortie »* (A3) *; « il y a beaucoup de détenus qui sortent... on ne l'apprend pas, ils sont déjà dehors »* (A1)

Parfois, l'unité sanitaire apprend le jour-même la libération du patient : *« dans la condition de libération le jour même, ceux-là, ils peuvent passer à travers les mailles du filet »* (A1) *; « des fois ils passent au tribunal, et une fois passé au tribunal, ils sont libérés ! Tu ne sais rien à l'avance »* (A2) *; « je ne parle pas des sorties sèches, où là évidemment tout le monde ignore que le patient va sortir »* (A3)
Des documents de sortie sont préparés en urgence mais la consultation de sortie ne peut être assurée : *« on peut faire un courrier et une ordonnance. Au moins le courrier et l'ordonnance, on*

arrive à les faire. Mais le voir, c'est… c'est très compliqué » (A1) *; « on prévient de suite le médecin d'urgence qui est là : 'ce monsieur il est libéré ce soir, fais-lui vite les courriers' »* (A2)

L'organisation des obligations de soins est rendue difficile par l'absence d'interlocuteur direct au niveau de la Justice : *« on n'arrive même pas à savoir, pour les injonctions de soins, qui est le psychiatre coordonnateur de l'extérieur […] même lui, on n'arrive pas toujours à savoir qui c'est avant »* (A2)

A l'inverse, certaines sorties sont préparées mais le détenu n'est finalement pas libéré : *« il y a des fois le jour de la sortie, le patient résigne pour six mois ou un an, pour une fois qu'on avait réussi à mettre des trucs en place, tout tombe à l'eau. L'appartement thérapeutique, le suivi avec le psychiatre »* (A2)

(2) Avec les médecins traitants

Les médecins généralistes ne sont pas toujours joignables : *« ils sont difficilement joignables, les médecins »* (A1)

L'unité sanitaire reçoit peu d'appels des médecins généralistes pour le suivi des patients : *« il y a très peu de médecins généralistes qui nous appellent pour avoir des renseignements sur leurs patients qu'ils viennent de recevoir en consultation. Personnellement, quand je suis au bureau, en huit ans, ça ne m'est jamais arrivé »* (A2) *; « ils ne font peut-être pas le chemin inverse de venir, eux [médecins généralistes], vers nous aussi »* (A2)

Ils pensent que les médecins généralistes ne connaissent pas l'unité sanitaire et ne savent pas qu'ils peuvent contacter ce service : *« peut-être que le médecin généraliste, il ne se dit pas qu'il peut appeler dans une prison pour demander des infos médicales »* (A2) *; « ils ne savent pas tout ce qui se passe exactement »* (A2)

(3) Avec les structures sanitaires extérieures

L'unité sanitaire ne dispose pas de partenariats avec des structures sanitaires extérieures pour orienter les patients : *« on n'a pas de post-cure »* (A1) *; « on n'a pas ça, ici, vraiment de structure où on puisse envoyer les gens »* (A3)

Les délais de prise en charge sont trop longs en milieu extérieur : *« les délais au niveau des CMP sont plus en plus longs, donc ce n'est jamais très facile »* (A1) *; « sans qu'on soit de garantie sur le délai de prise en charge psy »* (A2)

D'autres structures refusent parfois de prendre en charge les détenus après la sortie : *« les CMP, soit, quand ils entendent détenus, ils ne veulent pas »* (A2) *; « on ne peut pas prévoir un rendez-vous CMP »* (A3) *; « il y a certains collègues qui ne veulent pas recevoir des personnes en obligation de soins »* (A2) *; « on s'occupait, selon les lois d'Episode, c'était uniquement les TSO, voilà, et les psychologues, psychiatres, éducateurs. Et le reste ? Qu'il aille voir son médecin traitant… »* (A3)

(4) A l'unité sanitaire

Les intervenants du dispositif psychiatrique ne sont pas assez impliqués dans la consultation de sortie. Ainsi, les éléments du parcours psychologique ou psychiatrique ne sont pas toujours mentionnés dans le courrier de liaison : *« c'est qu'elles mettent, les secrétaires, systématiquement une consultation pour préparer la sortie, et pas conjointement une consultation où elles préviennent le psychiatre traitant ou le psychologue […] je pense que ça doit être compliqué pour les généralistes de faire déjà le courrier de sortie, ou l'ordonnance de sortie, quand parfois il n'a pas revu le psychiatre »* (A3) *; « quand on dicte le courrier, pouvoir mettre une synthèse de leur parcours psychologique ou psychiatrique, c'est vrai que ça parfois c'est des infos qui se perdent »* (A1) *; « je n'ai pas l'impression qu'il y a une coordination optimale, je parle sur… je parle psychiatre-médecin généraliste pour la sortie du patient »* (A3)

Il n'existe pas de suivi post-pénal au centre pénitentiaire de Béziers : *« il n'y a pas de suivi post-pénal à Béziers. Il y en a dans d'autres endroits, où le psychiatre ou le psychologue de l'unité sanitaire ont des consultations pour les détenus sortants, dans le souci d'assurer une continuité. Mais à Béziers, il n'y a pas »* (A2)

b) *Difficultés liées au patient*

Les patients n'identifient pas toujours de médecin traitant. Cela semble plus fréquent chez les jeunes patients *: « l'une des grosses limites, c'est que les patients n'ont pas toujours de médecin traitant »* (A1) *; « ils ne savent pas quel médecin ils ont, comment il s'appelle »* (A2) *; « la majorité n'ont pas de médecin traitant »* (A3) *; « les jeunes n'ont pas forcément de médecin traitant »* (A2)

Les patients ne viennent pas toujours à la consultation de sortie : *« si on leur dit qu'il y a une consultation chez le psychiatre, ils ne viennent pas non plus ! Parce que ça va bien mieux »* (A1) *; « soit le détenu vient, souvent il ne vient pas. Majoritairement, il ne vient pas »* (A2)

Pourtant, des adaptations thérapeutiques sont nécessaires à la sortie : *« c'est à ce moment-là qu'on devrait justement, nous, réduire les benzos […] c'est à ce moment-là qu'on pourrait refaire des adaptations de traitement »* (A1) *; « à la sortie, les conditions ne sont pas les mêmes, et donc les traitements ne sont pas adaptés »* (A1) *; « parce que parfois il [le traitement] est plus optimisé pendant la détention et à diminuer en fin »* (A3)

D'autres patients ne récupèrent pas le traitement de sortie : *« il n'y en a pas tant que ça qui viennent [récupérer le traitement] »* (A1) *; « il y en a très peu qui viennent récupérer leur traitement à la sortie »* (A2)

C. Préparation sociale de la sortie

1. État des lieux

Le volet social de la prise en charge du détenu n'est pas anticipé suffisamment tôt avant la sortie : *« c'est en général au moment du compte-rendu de sortie ou trois jours avant la sortie, où tu te rends compte qu'en fait, le mec n'a pas de logement, il ne sait pas où il va aller, il ne va pas avoir ses traitements »* (A1) *; « à chaque fois, c'est du bricolage ! Après, on se retrouve à trouver des solutions dans l'urgence »* (A1)

Le SPIP organise des réunions avec les détenus pour leur expliquer les démarches administratives à réaliser à la sortie : *« je crois que les SPIP, elles font une réunion de préparation à la sortie, ou il y a un module, où ils décrivent comment faire valoir leur droit en fait »* (A1)
Cependant, l'unité sanitaire constate que les détenus se retrouvent face à des situations administratives complexes à la sortie : *« il faut qu'il aille à la sécu, réactiver sa carte vitale, pour avoir les droits. Il faut qu'il y aille avec son attestation de présence […] ça, ça peut être un problème… »* (A1)

Certains détenus se retrouvent sans logement à la sortie : *« s'ils avaient un logement précaire, ils perdent ce logement »* (A1) *; « ils finissent dans des foyers, ou ils finissent à la rue »* (A1) *; « ils se sont aperçus que la plupart n'avait […] aucun endroit où dormir à la sortie »* (A2) ; d'autres se retrouvent sans emploi : *« s'ils avaient un boulot souvent précaire, ils perdent leur emploi »* (A1)

Les patients bénéficient d'une protection sociale : *« je crois que les détenus, dans ces cas-là, ils sont immatriculés sur Arles, non… sur Cahors »* (A1) *; « ils ont les droits sociaux ouverts, donc en théorie, n'importe quelle pharmacie les reçoit […] il ne doit pas avoir de problèmes »* (A3)
En revanche, certains droits complémentaires ne sont pas à jour : *« il n'y a rien qui est fait… la CMU, la CMU-C »* (A3) *; « je ne pense pas que tous nos patients diabétiques aient bien leur ALD, au cas où ils sortiraient du jour au lendemain »* (A1) *; « il faut qu'il puisse aller voir son médecin avec au moins […] une attestation de prise en charge. Je ne suis pas sûr qu'ils l'aient tous »* (A1)

2. Difficultés rencontrées

a) Le manque de structures locales

Il est difficile de trouver des hébergements sur Béziers pour accueillir les détenus : *« les SPIP font toujours le même constat : elles ont cherché mais elles n'ont pas trouvé. Il n'y a pas plus de logement nulle part ! Ils finissent tous dans des foyers, c'est toujours le même problème »* (A1) *; « on imagine bien qu'il n'y a pas de propriétaires-bailleurs qui vont accepter de prendre des détenus comme ça, sans revenus »* (A1)

Peu d'employeurs acceptent d'embaucher des détenus : *« les juges nous le disent, en fait, on a peu d'employeurs qui acceptent d'employer des détenus »* (A1)

b) *Le manque de coordination au centre pénitentiaire*

Il n'existe pas de lien fonctionnel entre le SPIP et l'unité sanitaire pour la sortie du patient. Chacun travaille de façon isolée : *« on n'a aucun lien avec le SPIP… du moins un lien fonctionnel par rapport à la sortie. On ne sait pas ce qu'ils font »* (A1) *; « nos liens avec les SPIP, c'est très cloisonné en fait. Ce qu'on fait nous, c'est nous, ce qu'elles font elles, c'est elles »* (A3)
Cependant, un lien semble se développer depuis quelques temps : *« elle m'a dit que, quand on avait des difficultés pour connaître les prises en charge, il ne fallait pas hésiter à la contacter. Parce que maintenant, ils se mettent à jour de tout […] elle est en mesure de pouvoir nous donner les attestations des droits »* (A1)

Le quartier pour sortants du centre pénitentiaire n'est pas fonctionnel : *« il passe là-bas [au quartier pour sortants] quatre ou cinq jours, mais bon, pareil qu'en cellule autre part, quoi. Alors que normalement à la base, c'était fait pour les préparer à la sortie. Normalement, ils auraient dû rencontrer l'assistante sociale, les SPIP »* (A2)

c) *L'absence d'assistante sociale*

Le SPIP manque de moyens humains pour assurer la préparation à la sortie : *« les SPIP, ils ont un gros problème de démographie. La moitié est en arrêt maladie, entre guillemets, et non remplacés, donc... Là, si j'ai bien compris, il y a une SPIP sur la maison d'arrêt, sur les deux maisons d'arrêt »* (A2) *; « une SPIP me disait qu'elle devait s'exprimer sur des dossiers de collègues qui étaient en arrêt, et du coup, elle le faisait sur dossier. Pour savoir si le gars pouvait avoir une permission […] pour aller voir l'employeur, pour trouver un appartement »* (A2)

Il n'assure plus le volet social de la sortie des détenus en raison de l'évolution du métier : *« les SPIP pouvaient faire ça. Le problème, c'est que ça a évolué. Maintenant, les SPIP disent que ce n'est plus leur boulot »* (A1) *; « les SPIP, elles sont plus dans le contrôle à la sortie »* (A1)

Ce rôle a été confié à l'assistante sociale du SPIP. Cependant, depuis quelques années, il n'y a plus d'assistante sociale sur le centre pénitentiaire de Béziers : *« ça fait quand même deux ou trois ans qu'on n'en a plus… il y en avait une, avant, chez les SPIP »* (A1) *; « la prise en charge la plus compliquée, c'est l'absence, ici, de temps d'assistante sociale, globalement. Aussi bien au*

niveau de l'unité sanitaire, ou en tout cas au niveau des SPIP, sachant qu'il n'y a plus d'assistante sociale là-bas depuis maintenant deux ans » (A3)

Le centre hospitalier de Béziers a refusé l'ouverture d'un poste d'assistante sociale à l'unité sanitaire : *« dès le départ, il avait été décidé qu'on n'aurait pas d'assistance sociale sur l'unité sanitaire »* (A1) *; « ici, elle nous a été refusée par l'hôpital. L'hôpital n'a pas voulu débloquer des moyens pour avoir une assistante sociale sur la prison »* (A2)

Le personnel de l'unité sanitaire estime ne pas avoir les compétences requises pour assurer les démarches administratives de l'assistante sociale : *« c'est vrai que, pour moi personnellement, c'est un peu du chinois ! Savoir s'il peut prétendre à la CMU, combien de temps, quand il doit faire la demande »* (A1) *; « tout ce qui est carte vitale, CMU, etc, ce n'est quand même pas le rôle du médecin »* (A1)

d) L'absence d'entourage familial

La famille n'assure pas toujours un soutien au détenu à la sortie du centre pénitentiaire : *« s'ils avaient des soutiens au niveau familial, et que les liens ont été rompus, ils étaient en couple et leurs femmes les a quittés pendant l'incarcération »* (A1) *; « à l'extérieur […] c'est vrai qu'il y a des familles où il y a un membre de leur famille qui est très présent, où on peut faire une liaison. Là, on n'a pas ça »* (A1) *; « la famille n'est pas du tout étayante »* (A3)

3. Conséquences pour le détenu

L'absence de prise en charge sociale a des conséquences pour le suivi médical du patient : *« s'ils n'ont pas leur carte vitale à jour, et qu'ils n'ont pas l'attestation, ils vont aller voir un médecin généraliste, certains ne voudront pas les prendre en charge… s'il ne peut payer »* (A1) *; « on n'a pas d'adresse exacte, donc on ne peut pas prévoir un rendez-vous CMP »* (A3)

Elle a également des conséquences judiciaires car elle entraine la récidive : *« ils sortent encore un peu fragiles, ce qui les poussent d'autant plus à la récidive »* (A1) *; « s'il revient dire 'ouai c'est parce que j'ai dû voler, parce que j'avais pas mes droits sociaux, j'ai pas pu acheter mon truc et j'ai été obligé d'aller prendre des stup'. Ça parfois, il y en a quelques-uns qui nous le ressortent »*

(A1) *; « il y en a plein qui font des allers-retours, tous les ans ou tous les deux ans, et c'est souvent pour des problématiques alcooliques. Ils se sont mis à la faute, parce qu'ils sortent, et souvent, il n'y a rien qui est réglé »* (A1)

D. Perception du patient sortant du centre pénitentiaire

1. Un manque de suivi médical

Beaucoup de patients n'adhèrent pas à leur prise en charge à l'unité sanitaire : *« il y a aussi beaucoup de patients qui n'adhérent pas dans leur prise en charge »* (A1) *; « je pense qu'il y aussi le profil des patients, qui n'adhérent pas forcément aux soins »* (A1)

Les détenus plus âgés semblent s'impliquer davantage dans leur prise en charge : *« les jeunes, de moins de trente-cinq ans, vraiment pas du tout impliqués, sont ici pour venir se balader »* (A2) *; « il y a ceux de cinquante-ans qui ont un état physiologique qui finalement est bien plus altéré que leur âge réel, que dans la population générale. Et là, qui se prennent plus en charge »* (A2)

Il est très souvent difficile d'établir un suivi médical chronique avec ces patients : *« c'est vrai que ne pas avoir un projet médical sur le long terme, c'est clair que c'est problème »* (A1) *; « parce qu'ici il y en a beaucoup qui fonctionnent en consultation d'urgence »* (A3)

Les patients ne s'investissent pas davantage dans le suivi médical une fois sortis du centre pénitentiaire : *« j'en ai un qui a un lymphome, il est sorti. Je lui avais prescrit le scanner, je lui avais même pris rendez-vous pour le scanner, il n'y a pas été »* (A2) *; « il y en a peu qui, au final, à l'extérieur, continuent longtemps, les suivis »* (A2)

2. Un obstacle à la communication

Le patient est perçu comme un obstacle à la communication avec les médecins généralistes. L'unité sanitaire pense que le patient ne remet pas toujours le courrier à son médecin traitant : *« le courrier de sortie, on le remet au patient. Les rares fois où on a des contacts avec les médecins traitants à la sortie, c'est en fait qu'il ne le récupère pas »* (A1) *; « majoritairement […], les courriers*

vont partir à la poubelle » (A2) *; « je vais dire quelque chose qui est très important, et je pense que c'est le frein principal : ils ne doivent pas donner le courrier au médecin traitant »* (A3)

Certains contenus non modifiables du courrier de liaison peuvent le dissuader de remettre le courrier : *« sachant que dedans, tu dis 'il a été suivi dans notre service'. Bon, c'est l'unité sanitaire de la prison… »* (A1) *; « après, le logo, enfin pas le logo, mais l'entête, il y a marqué 'unité sanitaire' il n'y a pas marqué 'prison', mais bon… ça veut dire ce que ça veut dire quand les médecins savent »* (A3) *; « il peut y avoir un frein aussi, le patient peut lire le courrier, voir que voilà, c'est précisé 'unité sanitaire', que voilà, il a eu, je ne sais pas, un antécédent de poly toxicomanie »* (A3)

E. Perspectives d'amélioration de l'unité sanitaire

1. Coordination médicale de la sortie

a) La coordination à l'unité sanitaire

Les dispositifs somatique et psychiatrique doivent se coordonner dans la préparation à la sortie : *« ça serait bien qu'on se coordonne mieux avec les psychiatres pour ça [la sortie] »* (A1) *; « ce n'est pas la peine que nous, en tout cas la partie psycho-psychiatre, on rentre dans des détails importants. Peut-être qu'un suivi a été assuré, mais qu'on soit d'accord sur le traitement de sortie […] parce que c'est quand même important »* (A3)

b) La coordination avec le milieu extérieur

(1) Avec le médecin traitant

Il faut sensibiliser le patient à l'importance du médecin traitant pendant la détention : *« je pense qu'il faut qu'ils identifient un médecin traitant »* (A3) *; « c'est d'identifier dès la première consult, quand vous remplissez vos dossiers, c'est qu'effectivement il n'y a pas de médecin traitant. Et de travailler à l'importance de ça »* (A3)

Le compte-rendu du séjour carcéral pourrait lui être envoyé : *« nous ça nous ne change pas grand-chose de l'adresser au médecin traitant, directement »* (A2) *; « ceux qui ont des médecins traitants, convenus, on peut peut-être déjà leur envoyer »* (A3)
Ce compte-rendu sera envoyé avec l'accord du patient : *« légalement, tu es obligé de le faire ! Tu ne peux pas envoyer un compte-rendu, même à un médecin, sans l'avis du patient »* (A1) *; « on peut envoyer quand le patient est d'accord »* (A3)

Un nouvel outil informatique mis en place par l'hôpital pourrait faciliter la communication : *« il existe un logiciel maintenant sur l'hôpital, pour les médecins, pour se mettre en relation avec les médecins traitants […] c'est nouveau sur l'hôpital »* (A1)

(2) Avec les structures sanitaires extérieures

Il faudrait développer des liens avec la PASS pour la délivrance de médicaments : *« on n'a pas trop de lien avec la PASS, ce qui est peut-être dommage… et qui serait à créer ! Pour se faire délivrer des médicaments »* (A1)

Il faudrait développer des liens avec des services d'addictologie : *« une des pistes, ça serait pour ces problématiques, dire 'tous les patients qui ont un problème avec l'alcool, il faut qu'on puisse au moins proposer une post-cure de façon systématique »* (A1)

(3) Avec les associations du secteur

Il faudrait développer des liens plus étroits avec Episode pour la préparation à la sortie : *« il faut voir avec Episode comment on repère ces patients »* (A1) *; « après vous parlez d'Episode, je veux dire, ça peut être une très bonne solution… les patients désorientés, qui n'ont pas de sécurité sociale ou autre »* (A3)

2. Préparation sociale de la sortie

La préparation sociale doit donner la priorité à certaines pathologies : *« c'est du cas par cas […] le mec qui a une pathologie psychiatrique, tu peux te dire 'on va voir pour l'appartement thérapeutique'. Le mec, qui est toxico, tu te dis 'on va voir pour une post-cure' »* (A1)

Il faudrait développer la collaboration avec le SPIP : *« il faut qu'on améliore nos liens avec le SPIP »* (A2) *; « je pense qu'il faut qu'on améliore aussi nos liens avec les SPIP »* (A3)

Il faudrait qu'une assistante sociale réintègre le centre pénitentiaire : *« il faudra effectivement qu'il y ait une assistante sociale ici aussi »* (A1) *; « une assistante sociale aurait vraiment un rôle important ici »* (A1)

Elle aurait davantage sa place à l'unité sanitaire qu'au SPIP : *« je trouve qu'ici, ça serait vraiment nécessaire, quelle que soit ou non la présence d'une assistante sociale du côté des SPIP »* (A1) *; « l'assistante sociale au SPIP, c'est bien, mais … dans le quotidien, tu vois, dès que tu as un problème, tu en parles… que la SPIP… enfin l'assistante sociale de la SPIP, s'il faut l'appeler, si elle n'est pas physiquement au même endroit »* (A1) *; « si l'assistante sociale, on sait qu'elle est ici, elle est là pour l'aider, elle n'est pas là pour l'emmerder. Si on l'explique au patient, il comprendra. Si on la met de l'autre côté du dispositif, du côté de la justice, il va être plus méfiant »* (A1)

3. Diminution des incarcérations

a) Par le développement de peines alternatives

Il faudrait davantage développer les aménagements de peine : *« il faudrait développer un peu plus les aménagements de peine… Oui, on prouve que ça diminue les récidives, c'est peut-être ça l'alternative »* (A1)

Il faudrait développer les travaux d'intérêt général : *« peut-être que ceux qui se font choper pour de l'alcool, on peut peut-être leur donner des travaux d'intérêt général, plutôt que de les incarcérer dans les prisons »* (A2) *; « le jeune qui a bu de l'alcool et qui conduit, tu le mets une semaine en réa à laver les sols, il ne recommence pas de sitôt »* (A2)

b) Par la réalisation d'expertises psychiatriques

Il faut développer les expertises médicales psychiatriques au détriment de l'incarcération : *« après, la solution, ça serait peut-être d'incarcérer moins […] peut-être, il faudrait faire plus d'expertises, pour éviter de mettre tous les schizophrènes en prison »* (A2)

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Choix du sujet

Nous avons décidé de travailler sur le sujet de la continuité des soins des détenus à la sortie d'un centre pénitentiaire. Ce sujet est peu connu et peu étudié. C'est pourtant un sujet d'actualité puisque le garde des Sceaux Jean-Jacques Urvoas en a rappelé l'importance dans son rapport sur l'encellulement individuel en 2016 (50).

Les quelques études réalisées sur le sujet sont pour la plupart des études quantitatives portant uniquement sur les patients ou sur les médecins intervenant à l'unité sanitaire (51,52). A une échelle locale, une thèse qualitative de 2010 interrogeait les médecins généralistes de l'Hérault impliqués dans la prise en charge des détenus à la sortie de l'ancienne maison d'arrêt de Béziers (48). Il nous a semblé intéressant de réévaluer la continuité des soins après l'ouverture du nouveau centre pénitentiaire de Béziers et de la nouvelle unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Le personnel de l'unité sanitaire s'est par ailleurs étoffé avec l'arrivée de jeunes médecins généralistes (38).

B. Choix de l'objectif

Notre objectif principal était d'identifier les freins à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers et de comprendre les attentes des médecins généralistes dans ce domaine. Pour explorer les freins de manière exhaustive, il nous a semblé plus pertinent d'interroger à la fois les médecins généralistes et le personnel de l'unité sanitaire. Notre étude est donc intéressante puisqu'elle permet d'obtenir, sur une même période, les points de vue de nombreux acteurs sanitaires impliqués dans la prise en charge des détenus à la sortie.

C. Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Par son approche compréhensive, cette méthode nous semblait la plus adaptée pour explorer les freins à la continuité des soins et comprendre les attentes de médecins généralistes. Elle a permis d'analyser le ressenti, les comportements et les perceptions de manière plus large par rapport à une étude quantitative par questionnaire. Cependant, l'approche qualitative est complexe et nécessite une formation approfondie. Bien que l'investigateur se soit formé à la recherche qualitative, il existe un biais dû à un manque d'expérience puisqu'il réalisait ici sa première analyse qualitative.

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès des médecins généralistes. L'investigateur a cherché à instaurer un climat de confiance pour que les médecins généralistes puissent s'exprimer librement sans peur du jugement. Les données ont été recueillies à l'aide d'un dictaphone assurant l'absence de biais de mémoire.

Des focus groups ont été réalisés auprès du personnel de l'unité sanitaire. Il nous paraissait plus pertinent de s'entretenir avec l'ensemble des professionnels du service impliqués dans la continuité des soins des détenus. Ils ont ainsi permis une réflexion de groupe et des échanges dynamiques. Les focus groups ont tous été animés par l'investigateur. L'observateur n'a pu être présent en raison d'emplois du temps discordants. Là encore, les données ont été recueillies à l'aide d'un dictaphone assurant l'absence de biais de mémoire.

D. Populations

Nous avons essayé de recruter un panel d'intervenants permettant d'obtenir une diversité de points de vue. Le recrutement a été fait sur la base du volontariat, ce qui induit un biais de sélection.

Pour les médecins généralistes, la saturation des données a été obtenue à l'issue du douzième entretien. Nous aurions pu confirmer la saturation des données en poursuivant les entretiens afin de s'assurer qu'aucun nouveau thème n'émergeait. Cependant, il a été très difficile de recruter des médecins généralistes prenant en charge des détenus à la sortie du centre pénitentiaire. Sur 78 praticiens initialement contactés par téléphone, seuls huit ont accepté de

nous répondre. Les quatre autres ont été recrutés dans notre entourage professionnel suite de ces difficultés de recrutement.

Pour le personnel de l'unité sanitaire, la saturation des données n'a pas été obtenue à l'issue du troisième focus group. La réalisation d'un focus group supplémentaire n'a pas été possible en raison du manque de volontaires et d'emplois du temps discordants. En revanche, l'ensemble des médecins généralistes du service ont été interrogés, à l'exception du directeur de thèse.

E. Analyse des données

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par l'investigateur. Nous n'avons pas réalisé de triangulation des données qui aurait pu apporter plus de puissance à notre étude.

II. Synthèse et discussion des résultats

A. Préparation de la sortie au centre pénitentiaire

Le manque de coordination entre les acteurs sanitaires et judicaires au centre pénitentiaire de Béziers complique la préparation médicale de la sortie. Les dates de libération sont trop aléatoires et l'aménagement des obligations de soins est complexe en raison de l'absence d'interlocuteur direct au niveau de la Justice. La situation du centre pénitentiaire de Béziers ne semble pas isolée puisque 47 % des médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale du Grand-Ouest considèrent que les dates de sortie sont trop fluctuantes pour assurer une continuité des soins satisfaisante (51).

La préparation médicale de la sortie est intimement liée à la prise en charge sociale du patient pendant la détention. L'absence de domiciliation rend par exemple difficile le relais avec les centres médico-psychologiques (CMP). La réinsertion sociale du détenu est une des missions prioritaires du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Ce service doit assurer « les liaisons avec les différents services sociaux, éducatifs, médico-sociaux et [prendre] tous les contacts qu'il juge nécessaires pour la réinsertion des détenus » (9). Pourtant, médecins généralistes et personnel de l'unité sanitaire font le même constat : à la sortie, les détenus se

retrouvent dans des situations tout aussi précaires qu'à leur entrée en détention. Le manque de conseillers pénitentiaires et la redéfinition de leurs missions en faveur de la prévention de la récidive ne permettent pas de préparer de façon optimale la sortie de détention. Ce constat avait déjà été fait en 2015 lors de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Béziers par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de la Liberté (CGLPL). Sur douze postes de conseillers pénitentiaires initialement prévus au centre pénitentiaire, seuls huit étaient pourvus, obligeant les conseillers en activité à traiter en priorité certaines prises charge au détriment d'autres dossiers (41).

Le droit à la santé est conservé pendant l'incarcération. Les soins sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. Dès le moment de la sortie, le patient est affilié au régime d'assurance maladie dont il relève au titre de son activité. Tant qu'il ne remplit pas les conditions de droit à un autre titre, il continue de bénéficier de la gratuité des soins pendant un an après la sortie (53). Cela explique que la plupart des médecins généralistes interrogés semblent être satisfaits de la protection sociale de leurs patients.

L'insuffisance de préparation sociale de la sortie est une préoccupation majeure à l'unité sanitaire. En réalité, ce sont les droits complémentaires qui semblent être problématiques. La CMU (couverture maladie universelle) ou les minima sociaux sont suspendus à l'incarcération. Le revenu de solidarité active (RSA), par exemple, est suspendu dès le soixantième jour d'incarcération (53). Avant la sortie, la réouverture de ces droits sociaux s'avère nécessaire. Au centre pénitentiaire de Béziers, cette mission est confiée à l'assistante sociale qui travaille au service pénitentiaire d'insertion et de probation. Ce poste n'est actuellement pas pourvu, et ce depuis quelques années, ce qui explique que le volet social de la sortie semble mal préparé. Cet aspect de la sortie ne peut être organisé par le personnel de l'unité sanitaire, par manque de temps ou de connaissance sur le sujet. Une nouvelle assistante sociale semble nécessaire au centre pénitentiaire et aurait toute sa place à l'unité sanitaire.

La coordination entre les acteurs sanitaires au sein de l'unité sanitaire et en dehors du centre pénitentiaire de Béziers est insuffisante. Quelques partenariats associatifs existent en France pour améliorer la coopération entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et judiciaires impliqués dans la sortie des détenus. En Aquitaine, une Unité Sortants de Prison a été mise en place par une association locale. Cette collaboration entre l'administration pénitentiaire, l'unité sanitaire, le SPIP, le SIAO (service intégré de l'accueil et de l'orientation) et les structures

sanitaires extérieures permet d'assurer le suivi médico-social des détenus précaires et atteints de maladies chroniques, et cela hors du centre pénitentiaire. Des appartements de coordination thérapeutique sont proposés. Une équipe pluridisciplinaire formée d'un médecin, d'un infirmier et d'un travailleur social accompagne la personne à sa sortie de détention. D'autres partenariats associatifs existent en Ille-et-Vilaine, dans les Bouches-du-Rhône ou le Val d'Oise (54). Des collaborations de ce type pourraient être mise en place à Béziers afin d'améliorer la sortie, d'autant plus que les médecins généralistes réclament un suivi progressif hors du centre pénitentiaire. L'association Accueil Santé Béziers, centre de soins gratuits à Béziers, pourrait être un partenaire associatif clé de l'unité sanitaire et des médecins généralistes du secteur. Dans l'attente de ces collaborations extérieures, les modalités de la consultation de sortie ont été améliorées à l'unité sanitaire. La coordination entre psychiatres et médecins généralistes est devenue systématique afin de permettre les adaptations thérapeutiques et d'améliorer la continuité des soins.

Le rapport du garde des Sceaux Jean-Jacques Urvoas sur l'encellulement individuel prévoit la création de quartiers de préparation à la sortie (QPS) par la réhabilitation de certains quartiers préexistant et la création de nouvelles structures pénitentiaires. L'objectif de ces quartiers est de concilier les aspects sanitaires, sociaux et judiciaires de la préparation à la sortie. Le centre pénitentiaire de Béziers n'a pas été inclus dans le projet. Néanmoins, la création d'un QPS de 120 places est prévue à Montpellier (50). Nous pouvons espérer que le centre pénitentiaire de Béziers et le quartier pour sortants de Montpellier collaboreront pour améliorer la préparation à la sortie des détenus.

B. Visibilité de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire

La connaissance des soins dispensés en milieu pénitentiaire par les médecins généralistes est hétérogène. La plupart des praticiens l'ont acquise lors de contacts épisodiques et brefs avec l'ancienne maison d'arrêt de Béziers. D'autres ont reçu des informations sur ce milieu par leur entourage ou des patients travaillant à l'unité sanitaire. Un seul des praticiens interrogés a déjà eu l'occasion de se rendre au nouveau centre pénitentiaire de Béziers dans le cadre de son activité d'expertise médicale.
Aucun des médecins généralistes interrogés n'a signalé avoir reçu une formation sur les soins en milieu pénitentiaire.

En l'absence de cette connaissance, les praticiens ont de multiples représentations sur le milieu carcéral.

L'unité sanitaire a bien conscience que la visibilité de ce service est insuffisante pour les médecins généralistes et qu'ils peuvent avoir des a priori sur ce milieu.

Tous ces résultats viennent confirmer les données de la thèse portant sur la communication avec l'ancienne maison d'arrêt de Béziers (48). La situation n'a donc pas évolué en presque dix ans. Pourtant, ce domaine semble intéresser les médecins généralistes. Au cours des entretiens, ils ont exprimé de nombreuses interrogations sur l'organisation des soins au centre pénitentiaire de Béziers. Certains souhaitent avoir plus de visibilité sur ce milieu en participant à des réunions ou des formations. D'autres souhaitent recevoir une information sur l'organisation de ce service. A leur demande, une plaquette d'information a été rédigée et proposée au service communication du centre hospitalier de Béziers. Celle-ci donne des informations sur le fonctionnement de l'unité sanitaire et sur les missions qui lui sont confiées (annexe IV). Cette plaquette a reçu l'accord de diffusion du centre hospitalier de Béziers. Elle sera communiquée prochainement aux médecins généralistes de la région de Béziers et délivrée aux patients sortant du centre pénitentiaire. Nous espérons que cette plaquette apportera un peu de visibilité à l'unité sanitaire.

Par ailleurs, l'ouverture de terrains de stage pour les internes de médecine générale dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire du Languedoc-Roussillon permettra sans doute de sensibiliser les jeunes médecins généralistes aux soins en milieu pénitentiaire (55).

C. Communication entre l'unité sanitaire et les médecins généralistes

La communication des médecins généralistes avec l'unité sanitaire est fluctuante. Ce service communique parfois avec les praticiens pour la préparation médicale de la sortie. Ce contact se fait en général par l'intermédiaire du patient qui remet au praticien les documents de sortie qu'il a reçus. En effet, l'unité sanitaire place les documents médicaux nécessaires à la continuité des soins au greffe du centre pénitentiaire. Le patient récupère tous ces documents à sa libération. L'unité sanitaire respecte ainsi le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice (6).

Un seul praticien a déjà reçu un courrier de liaison par l'intermédiaire de son patient. Aucun praticien n'a mentionné avoir reçu une lettre de liaison directement de la part de l'unité sanitaire. L'identification du médecin traitant par l'unité sanitaire ne parait pas être systématique pour les médecins généralistes. Encore une fois, la situation du centre pénitentiaire de Béziers n'est pas isolée puisque 40 % des médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale du Grand-Ouest ne réalisent pas de courrier de liaison pour les médecins traitants (51).

Pourtant, depuis la loi du 18 janvier 1994 et la création des unités sanitaires, la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire revient au service public hospitalier. Or, le décret relatif aux lettres de liaison de 2016 impose que « lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin », et que cette lettre de liaison doit être « transmise le même jour, au médecin traitant » (56). Le guide méthodologique ne semble donc pas garantir à la population détenue une continuité des soins équivalente à la population générale.

Les médecins généralistes s'estiment bénéficiaires de l'information. Ils souhaitent recevoir une information simple, adaptée à leurs conditions d'exercice, dans des situations cliniques particulières et après l'accord du patient. Ils proposent pour cela de multiples outils de communication.

Le mail sécurisé semble devenir l'habitude des médecins généralistes, conformément au décret relatif aux lettres de liaison. Celui-ci impose que la lettre de liaison soit « adressée par messagerie sécurisée […] ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations » (56). Nous espérons que le nouvel outil mis en place par le centre hospitalier de Béziers pour communiquer avec les professionnels extérieurs pourra faciliter la communication entre l'unité sanitaire et les médecins généralistes.

Le dossier médical partagé (DMP) pourra aussi améliorer la communication des informations de la part de l'unité sanitaire. Cet outil est d'ailleurs proposé par les médecins généralistes au cours des entretiens. Pour cela, il faudrait que les médecins de l'unité sanitaire puissent avoir accès aux cartes vitales des patients, afin d'y mettre des informations utiles au suivi. Cela pourrait être facilité par des permanences de la CPAM à l'établissement pénitentiaire.

Par ailleurs, une ligne téléphonique directe est réclamée par les médecins généralistes pour leur faciliter la communication avec l'unité sanitaire.

Cette étude a conduit à une remise en question des pratiques actuelles de l'unité sanitaire et a proposé des leviers à la communication avec les médecins généralistes du biterrois. Désormais, l'identification du médecin traitant est devenue systématique à la consultation de sortie. Un courrier de liaison lui est directement adressé avec l'accord du patient. La plaquette informative lui met à disposition des outils de liaison simples et directs avec l'unité sanitaire.

D. Place du patient dans la continuité des soins

Vingt-trois des médecins généralistes (45 %) avec qui nous avons établi un contact lors du recrutement de la population nous ont dit n'avoir jamais pris en charge d'anciens détenus. Il n'est pas impossible que certains d'entre eux aient déjà suivi ces patients sans le savoir. En effet, l'incarcération n'est pas toujours abordée entre le patient et le médecin généraliste. Pourtant, les médecins généralistes de notre étude assurent faire abstraction du passé judiciaire de leurs patients et ne porter aucun jugement sur eux. Ils pourraient même assurer un temps d'écoute et un soutien psychologique aux patients dont ils connaissent le passé carcéral (57).

Bien qu'ils présentent de nombreuses pathologies et nécessitent des soins importants, les anciens détenus consultent deux fois moins leurs médecins généralistes que la population générale (57). Les praticiens de notre étude ont quelques perceptions négatives sur ces patients qui manquent parfois de discipline et de suivi médical. Cette particularité semble plus marquée chez les patients toxicomanes avec lesquels les médecins généralistes éprouvent des difficultés de prise en charge. En revanche, cette problématique n'est pas évoquée par l'unité sanitaire. L'association Episode apporte une aide précieuse dans la prise en charge des patients toxicodépendants au centre pénitentiaire, et les médecins de l'unité sanitaire ont probablement des connaissances plus importantes sur ces pathologies.

Pour l'unité sanitaire, les détenus compliquent le suivi médical à de multiples étapes de la prise en charge. Ils n'identifient pas toujours de médecin traitant à l'entrée en détention, semblent être peu adhérents aux soins et ne se présentent pas toujours à la consultation de sortie. Une fois sortis du centre pénitentiaire, ils ne poursuivent pas toujours le suivi médical et ne remettent pas forcément le courrier de liaison à leur médecin traitant. Le rapport d'activité de l'unité sanitaire va dans ce sens. Au cours de l'année 2017, sur les 921 consultations de sortie programmées, seules deux-tiers d'entre elles, soit 615 consultations, ont été honorées (38).

Outre les difficultés de coordination entre les acteurs sanitaires et judiciaires constatées précédemment, ces données questionnent sur l'implication du détenu dans les soins. L'enjeu sera d'informer les détenus sur le rôle de l'unité sanitaire et de développer auprès d'eux des actions de prévention et d'éducation thérapeutique afin de les sensibiliser encore plus à l'importance de leur santé.

D'un autre côté, les détenus se sentent probablement déresponsabilisés de leur prise en charge médicale pendant la détention. A l'unité sanitaire, ils ne prennent pas rendez-vous mais sont la plupart du temps convoqués. Certaines informations comme les dates d'examen leur sont dissimulées pour garantir la sécurité des extractions médicales (58). La surpopulation carcérale de l'établissement pénitentiaire peut parfois rendre l'accès à l'unité sanitaire difficile (59). En milieu libre, les difficultés matérielles liées à la recherche d'emploi ou de logement relèguent la santé au second plan. L'avance des frais médicaux et les refus de prise en charge par certains professionnels de santé contribuent sûrement au renoncement aux soins. Ces obstacles sont relevés dans toutes les populations précaires mais semblent plus ancrés chez les patients sortant de prison (60). Il parait indispensable de décloisonner les prises en charge sanitaire et sociale pour améliorer la continuité des soins des populations précaires.

CONCLUSION

En France, le code de procédure pénale garantit un droit à la santé pour la population détenue. Ce droit doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires au même titre que les autres droits fondamentaux. Influencée par les règles pénitentiaires européennes, la santé des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis la loi du 18 janvier 1994. Les USMP, UHSI et UHSA assurent aujourd'hui l'intégralité de la prise en charge médicale de la population carcérale.

La mortalité des patients sortant de prison est plus élevée que dans la population générale. La continuité des soins entre les unités sanitaires en milieu pénitentiaire et les structures sanitaires de droit commun est donc essentielle.

<u>De nombreux freins à la continuité des soins des patients sortant du centre pénitentiaire de Béziers ont été mis en évidence par notre étude.</u>

La préparation médicale de la sortie est insuffisante en raison du manque de coordination entre les acteurs sanitaires et judiciaires du centre pénitentiaire, de l'absence de partenariat avec les structures sanitaires extérieures et du refus de prise en charge par certains professionnels de santé.

La préparation sociale de la sortie est insuffisante en raison du manque de coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux du centre pénitentiaire, et du manque de moyens humains au service pénitentiaire d'insertion et de probation en milieu fermé de Béziers.

La connaissance des médecins généralistes sur les soins en milieu carcéral est très hétérogène. Ils expriment de multiples représentations et interrogations sur l'organisation de ces soins au centre pénitentiaire.

La communication de l'unité sanitaire avec les médecins généralistes est insuffisante. Les outils de liaison actuellement disponibles sont inconnus des praticiens ou inadaptés à leur pratique.

L'implication du patient dans les soins est inconstante, que ce soit pendant ou après la détention.

<u>Plusieurs améliorations ont été envisagées par notre étude.</u>

La coordination entre les acteurs sanitaires pourrait être améliorée par le développement de partenariats entre les médecins généralistes, les associations du secteur et certains services du

centre hospitalier de Béziers. Ces collaborations pourraient aboutir à la création d'un réseau permettant un suivi extérieur des patients en relais de l'unité sanitaire.

L'intégration sociale des détenus pourrait être améliorée par une meilleure information des patients sur leurs droits sociaux, une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux et le recrutement d'une nouvelle assistante sociale au centre pénitentiaire.

La connaissance des médecins généralistes sur les soins en milieu carcéral pourrait être améliorée par l'apport de visibilité à l'unité sanitaire, en créant une plaquette informative et en réalisant des réunions d'information ou des formations avec l'unité sanitaire.

La communication de l'unité sanitaire avec les médecins généralistes pourrait être développée par des outils de liaison simples et adaptés aux conditions de l'exercice libéral : ligne téléphonique directe, courrier de liaison envoyé par mail sécurisé, dossier médical partagé. Elle pourrait se faire dans des situations cliniques particulières et après l'accord du patient.

<u>Quelques améliorations ont été apportées par l'unité sanitaire à la suite de notre étude.</u>

La consultation de sortie a été optimisée à l'unité sanitaire. La coordination entre les psychiatres et les médecins généralistes du service est devenue systématique.

La communication avec les médecins généralistes a été développée. Le courrier de liaison est désormais envoyé directement au médecin traitant lorsqu'il a été identifié par le patient.

Une plaquette informative a été créée. Elle sera prochainement envoyée aux médecins généralistes pour les sensibiliser aux soins en milieu pénitentiaire et faciliter leur communication avec l'unité sanitaire.

Les partenaires locaux sont nombreux, et les multiples collaborations envisagées par notre étude devraient permettre d'améliorer la continuité des soins des patients sortant du centre pénitentiaire de Béziers.

Simplement, rendre la prison visible.

Paul Claudel

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Justice. L'administration pénitentiaire en France. 2007. 18 p.
2. Arrêté du 27 décembre 2016 fixant le ressort territorial des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire et de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer. Journal Officiel de la République Française déc 27, 2016.
3. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines. 14 févr 2009;
4. Ministère de la Justice. Les chiffres-clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2018. 2018;1-17.
5. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Situation au 1er janvier 2018. 2018;56.
6. Instruction interministérielle N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. janv 5, 2018.
7. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. - Article 2.
8. Ministère de la Justice. Les chiffres-clés de la justice 2017. Ministère de la Justice; 2017 p. 1-44.
9. Décret n°99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie . Décrets) et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation - Article 37. 99-276 avr 13, 1999.
10. Code de procédure pénale - Article 723-15. Code de procédure pénale.
11. Direction de l'administration pénitentiaire. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation. 2012;8.
12. Âge moyen et âge médian de la population en 2019 | Insee.
13. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques trimestrielles des personnes écrouées produites à partir de l'Infocentre Pénitentiaire. Ministère de la Justice; p. 6. Report No.: 148.
14. Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous-main de justice 1980-2014. 2014 mai p. 73.
15. Brillet E. Vieillesse(s) carcérale(s). Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. oct 2013;(38):1-6.
16. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. mars 2005;(386):1-12.
17. Coldefy M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Etudes Résultats Dress. juill 2002;(181):12.
18. Pôle enseignement. Données-clés de l'enseignement en milieu pénitentiaire. Direction de l'administration pénitentiaire; 2017 janv p. 1-13.
19. Institut de veille sanitaire (France), Godin-Blandeau É, Verdot C, Develay A-E. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014.
20. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. 21 août 2006;6:33.
21. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. Lancet Psychiatry. déc 2017;4(12):946-52.
22. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a

challenge for public health policy. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. 11 juill 2013;18(28).
23. Cochet A, Isnard H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006.
24. DRASS Paca, ClinSearch. Enquête régionale « Etat de santé des détenus ». Année 2006. Paca: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2007;34.
25. Désesquelles AF. Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? Popul -Paris. 2005;60(1-2):71-98.
26. Castan N, Zysberg A, Petit J-G. Histoire des galères, bagnes et prisons en France de l'Ancien Régime. Nouvelle édition [Internet]. Paris : Le Grand livre du mois; 2002 [cité 29 janv 2019]. 221 p. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00008542
27. Petit J-G (1938-), Faugeron C, Pierre M (1946-), Perrot M (1928-), Perrot M. Histoire des prisons en France (1789-2000) / Jacques-Guy Petit, Claude Faugeron, Michel Pierre. Privat. Toulouse; 2002. 254 p.; couv. ill. en coul.; 21 cm; Br. (Hommes et communautés).
28. Villermé L-R. Mémoire sur la mortalité dans les prisons. Cosson; 1829. 62 p.
29. Dupont P. Code des prisons ou recueil complet des lois, ordonnances, arrêtés, règlements et instructions ministérielles, concernant le régime intérieur, économique et disciplinaire: De 1670 à 1845. 1845. 520 p.
30. Faugeron C, Le Boulaire J-M. La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958. Déviance Société. 1988;12(4):317-59.
31. Chodorge N, Nicolas G. Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Haut Conseil de Santé Publique; 1993 janv p. 85.
32. Conseil de l'Europe. Règles pénitentiaires européennes. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe; 2006.
33. Fatome T, Vernerey M, Lalande F, Valdes Boulouque M, Froment B. L'organisation des soins aux détenus: rapport d'évaluation. Inspection générale des affaires sociales; 2002 avr p. 182.
34. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. janv 18, 1994.
35. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.
36. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
37. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
38. Gouiry P. Rapport d'activité de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Béziers. centre hospitalier de Béziers; 2017 p. 45.
39. Bazex H. L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse. déc 2009;(6):84.
40. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
41. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Béziers (Hérault) [Internet]. Béziers; 2015. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/05/Rapport-de-la-deuxième-visite-du-centre-pénitentiaire-de-Béziers-Hérault-2.pdf
42. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. N Engl J Med. 11 janv 2007;356(2):157-65.
43. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T. High risk of overdose

death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period: High risk of overdose following release. Addiction. août 2017;112(8):1432-9.
44. Kariminia A, Butler T, Corben S, Levy M, Grant L, Kaldor J, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners—1988 to 2002: a data-linkage study. Int J Epidemiol. avr 2007;36(2):310-6.
45. Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. Addict Abingdon Engl. févr 2008;103(2):251-5.
46. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. J Forensic Sci. mai 2003;48(3):614-6.
47. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. Eur J Epidemiol. oct 2017;32(10):939-41.
48. Fages-Puech V. La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral: étude de la communication entre l'unité de consultations et des soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
49. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.
50. Urvoas J-J. Rapport sur l'encellulement individuel [Internet]. Ministère de la Justice; 2016 sept. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/rapport-sur-lencellulement-individuel-29297.html
51. Monteiro M. Continuité des soins à la sortie du milieu carcéral: point de vue des médecins intervenant en UCSA de l'inter-région pénitentiaire OUEST [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
52. Anotin P. La continuité des soins des ex-détenus à la sortie des prisons d'Angers, Le Mans et Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
53. Personnes sortant de prison ou sous-main de justice - Guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement [Internet]. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS); 2015 déc. Disponible sur: https://www.federationsolidarite.org/images/stories/3_les_publics/personnes_sous_main_de_justice/ressources_documentaires/GuidePPSMJ.pdf
54. Cazenave N, Muñoz G. Etude « organiser la sortie de détention - De la prison vers le logement ». Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement;
55. Amouyal M, Lognos B, Lermoyer J, Bourrel G, Jourdan J, Engeberink AO. Pertinence du stage en milieu pénitentiaire à partir du vécu des internes de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 24 juill 2014;Vol. 26(3):331-6.
56. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
57. Aiche Djian C, Decourcelle P-H. Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes: enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
58. Mahi L. De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 11 mai 2015 [cité 13 févr 2019];(10). Disponible sur: http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1607
59. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale. Paris: Dalloz; 2018. 157 p.
60. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité.

Annexe I : Guide d'entretien pour les médecins généralistes

Questionnaire de présentation

Pouvez-vous me dire votre âge ?

Depuis quand exercez-vous en cabinet de médecine générale ? Quel est votre mode d'exercice (seul, cabinet de groupe) ? Quel est votre secteur d'activité (urbain, rural, semi-rural) ?

Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

Guide d'entretien

Racontez-moi comment s'est passé la consultation avec un patient sortant du centre pénitentiaire, par exemple la dernière fois ?

Relances : Était-ce un patient que vous suiviez auparavant ? Comment avez-vous su qu'il avait été incarcéré ? Quels motifs l'ont amené à vous consulter ? Qu'avez-vous pensé de leur prise en charge sociale ? Avez-vous ressenti des difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

Que pouvez-vous me dire sur les soins en milieu pénitentiaire ?

Relances : Connaissez-vous des choses dans ce domaine ? En avez-vous une expérience ?

Quelles sont vos relations avec l'unité sanitaire du centre pénitentiaire ?

Relances : Avez-vous déjà contacté l'unité sanitaire ? Avez-vous déjà été contacté par l'unité sanitaire ? Recevez-vous des documents ?

Quelles sont vos attentes dans le domaine de la continuité des soins des ex-détenus ?

Annexe II : Guide d'entretien pour les focus groups

Comment organisez-vous en pratique la continuité des soins à la sortie du centre pénitentiaire ?

Quelles difficultés et obstacles identifiez-vous dans la mise en place d'une continuité des soins optimale ?

Prise en charge sociale à la sortie ?

Articulation avec le SPIP ?

Articulation avec l'administration pénitentiaire ?

Quelles seraient pour vous les modalités idéales de sortie de détention ?

Comment pourrait-on les mettre en œuvre ?

Annexe III : Formulaire de consentement

Je, soussigné(e) déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : Comment améliorer la continuité des soins des détenus à la sortie du centre pénitentiaire de Béziers ?

Sous la direction du Dr Philippe GOUIRY

Investigateur principal : Florian GUILLEMOT

Objectif de l'étude : identifier et comprendre les freins à la continuité des soins en médecine générale chez une population précarisée, en prenant l'exemple de la population carcérale de la prison de Béziers.

Engagement du participant : l'étude va consister à interroger les professionnels de santé qui prennent en charge des détenus à leur sortie de la prison, en entretiens individuels.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.
Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.
Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.
Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.
Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le

Signatures :
Le participant L'investigateur principal

Annexe IV : Plaquette d'information aux médecins généralistes

CENTRE HOSPITALIER BÉZIERS

Information à l'attention des professionnels de santé

PÔLE PSYCHIATRIE

Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

USMP

Cadre légal

- *Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*
- *Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice*
- *Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire*
- *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*



Nous contacter

Vous pouvez nous contacter par téléphone du lundi au vendredi de 9 h à 17 h ou nous envoyer directement un courriel

Médecin responsable :
Dr Ph. GOUIRY

Médecins généralistes :
4 médecins

Psychiatres :
5 médecins

Secrétariat : Tél. : 04 67 80 78 70
Fax : 04 67 80 78 84
E-mail : unite.sanitaire@ch-beziers.fr

Centre Hospitalier de Béziers - Conception : Unité sanitaire -Réalisation DQCAG - IC - Janvier 2019 - Réf. US/19/032

CENTRE HOSPITALIER BÉZIERS
Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr



Présentation de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire de Béziers

Les soins aux détenus sont confiés au ministère de la Santé depuis 1994.

Des **U**nités **S**anitaires en **M**ilieu **P**énitentiaire (USMP) sont depuis implantées au sein des établissements pénitentiaires.

En 2009, une nouvelle USMP est mise en service dans le centre pénitentiaire de Béziers, situé route de Saint-Pons.

Cette unité, **dépendante du Centre Hospitalier de Béziers**, dispose de moyens humains et matériels semblables à toute unité hospitalière.

Les soins somatiques et psychiatriques des détenus sont assurés au sein de l'USMP de Béziers.

Des **consultations spécialisées** sont assurées au sein du service ou au Centre Hospitalier de Béziers.

Les associations **Episode** et **Sida Info Service** effectuent des actions de prévention à l'unité sanitaire.

Nos missions

Les missions de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire sont multiples.

Elle assure aux détenus l'ensemble des **consultations** et des **prestations de soins**.

Elle oriente les détenus vers le Centre Hospitalier de Béziers pour les **prises en charge spécialisées**.

Elle développe des actions de **prévention** et d'**éducation thérapeutique** pour les détenus.

Elle favorise le **suivi médical post-carcéral** des détenus.

L'équipe

L'équipe de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire est pluridisciplinaire.

Elle se compose de :

- médecins généralistes,
- psychiatres,
- psychologues,
- chirurgiens-dentistes,
- pharmacien,
- préparatrice en pharmacie,
- aide-soignante (assistante dentaire),
- manipulateur en électroradiologie,
- kinésithérapeute,
- cadre de santé,
- équipe infirmière,
- secrétaires médicales.



SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Contexte : En France, la santé des détenus est confiée au service public hospitalier. Des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) assurent leurs soins. La mortalité des sortants de prison est plus élevée que dans la population générale. La continuité des soins entre la prison et l'extérieur est donc essentielle.

Objectif : Identifier les freins et leviers à la continuité des soins des patients sortant du centre pénitentiaire de Béziers.

Matériels et méthodes : Étude qualitative avec analyse thématique, par réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de douze médecins généralistes de l'Hérault d'une part, et de focus group auprès de l'USMP de Béziers d'autre part.

Résultats : Pour les médecins généralistes, la communication avec l'USMP est insuffisante. Les outils de liaison sont absents ou inadaptés. Leur connaissance du milieu carcéral est hétérogène. Ils souhaitent l'amélioration de la visibilité de l'USMP et le développement d'une communication simple, adaptée à leur exercice et selon les situations cliniques. Pour l'USMP, la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et judiciaires impliqués dans la sortie n'est pas satisfaisante. Elle souhaite développer des partenariats avec les médecins généralistes, le centre hospitalier de Béziers et les associations du secteur. Pour tous, l'implication du patient est insuffisante, et la préparation sociale de la sortie est incomplète. L'absence d'assistante sociale au service pénitentiaire d'insertion et de probation en est la cause.

Conclusion : Le développement de collaborations avec les partenaires locaux permettra l'amélioration de la continuité des soins des patients sortant du centre pénitentiaire.

Mots clés : unité sanitaire, médecine générale, continuité des soins, détenus, Hérault.