



**HAL**  
open science

# Impact de la prise en charge sanitaire sur la mise à jour du dépistage des cancers féminins en détention

Charline Medjani

► **To cite this version:**

Charline Medjani. Impact de la prise en charge sanitaire sur la mise à jour du dépistage des cancers féminins en détention. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03270684

**HAL Id: dumas-03270684**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03270684>**

Submitted on 25 Jun 2021

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

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

**Impact de la prise en charge sanitaire sur la mise à jour du dépistage  
des cancers féminins en détention**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 22 Juin 2021**

**Par Madame Charline MEDJANI**

**Née le 30 mai 1994 à Hyeres (83)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur BACCOUCHE FEKIH Soraya</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur ANDREOTTI Gérard</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur JOUVE Frédéric</b>	<b>Directeur</b>



**Impact de la prise en charge sanitaire sur la mise à jour du dépistage  
des cancers féminins en détention**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 22 Juin 2021**

**Par Madame Charline MEDJANI**

**Née le 30 mai 1994 à Hyeres (83)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur BACCOUCHE FEKIH Soraya</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur ANDREOTTI Gérard</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur JOUVE Frédéric</b>	<b>Directeur</b>



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Assesseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN
 <b>Chargés de mission :</b>		
➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

### ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
<b>Chargés de mission</b>		
▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

### ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

	CHAUVEL Patrick	LAFFARGUE Pierre
	CHOUX Maurice	LAUGIER René
	CIANFARANI François	LE TREUT Yves
	CLAVERIE Jean-Michel	LEVY Samuel
	CLEMENT Robert	LOUCHET Edmond
	COMBALBERT André	LOUIS René
	CONTE-DEVOLX Bernard	LUCIANI Jean-Marie
	CORRIOL Jacques	MAGALON Guy
	COULANGE Christian	MAGNAN Jacques
	CURVALE Georges	MALLAN- MANCINI Josette
	DALMAS Henri	MALMEJAC Claude
	DE MICO Philippe	MARANINCHI Dominique
	DELPERO Jean-Robert	MARTIN Claude
	DESSEIN Alain	MATTEI Jean François
	DELARQUE Alain	MERCIER Claude
	DEVIN Robert	METGE Paul
MM	MICHOTÉY Georges	VANUXEM Paul
	MIRANDA François	VERVLOET Daniel
	MONFORT Gérard	VIALETTES Bernard
	MONGES André	WEILLER Pierre-Jean
	MONGIN Maurice	
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

<b>2015</b>		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016
<b>2016</b>		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019
<b>2017</b>		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
<b>2018</b>		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
<b>2019</b>		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021



## Honoris causa

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b> MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b> MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b> MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b> M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
<b>2004</b> M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b> M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b> M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b> M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABLE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLEAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUY'S Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIELLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
*VIEHWEGER Heide Elke détachement*  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
<i>ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)</i>	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELLIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédéric	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle



THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>
---

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAJES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
---

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)  
  
FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>
--

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

<b>BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301</b>	<b>CARDIOLOGIE 5102</b>
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBARARU/PERLES Tédora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
ROCHWARGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703****MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

<b>MEDECINE GENERALE 5303</b>	<b>NEPHROLOGIE 5203</b>
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1.FUENTES Stéphane (PU-PH)

<b>NUTRITION 4404</b>
-----------------------

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>
---

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>
---------------------------

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>
------------------------------------

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>
--

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

<b>NEUROCHIRURGIE 4902</b>
----------------------------

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

<b>NEUROLOGIE 4901</b>
------------------------

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
---

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b>
---

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
BARLOGIS Vincent (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
FABRE Alexandre (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGÉON Fabienne (PU-PH)  
GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)  
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANJEL Michel (PU-PH) *sumombre*  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480**

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)



# Remerciements

**Au Professeur BARTOLI,**

Cher Professeur,  
Vous me faites l'honneur de présider ma thèse,  
Merci de m'avoir permis de découvrir le milieu carcéral,  
Merci pour votre bienveillance au quotidien.

**Au Dr. ANDREOTTI,**

Gérard,  
Quelle était la probabilité qu'il existe un maître de stage sur La Crau ?  
Tu as été mon maître depuis le début,  
Merci de m'avoir accompagné et enseigné la médecine générale durant ces trois années,  
Merci d'être là aujourd'hui.

**Au Dr. BACCOUCHE FEKIH,**

Mme Baccouche,  
Merci de me faire l'honneur d'être dans mon jury,  
Merci de m'avoir enseigné la gynécologie et tant d'autres choses,  
Merci pour tous ces moments passés à vos côtés,  
Vous êtes une femme extraordinaire.

**Au Dr. JOUVE,**

Fred,  
Merci d'avoir dirigé cette thèse avec tant d'efforts et de patience,  
Tu as su me soutenir et m'encourager,  
Merci pour ta disponibilité de tout instant,  
Je suis très fier d'avoir travaillé à tes côtés.

**Aux équipes des USMP de France,**

Merci de m'avoir si bien accueilli,  
Merci de m'avoir permis de réaliser cette thèse.

**Au Dr. PRADEL,**

Merci de nous avoir aidé pour ce travail.

## Dédicaces

### **A ma mère,**

Moun,

Je n'ai pas de mot pour décrire la façon dont tu me soutiens chaque jour,

Je n'ai pas de mot et souvent pas les mots pour te dire combien je t'aime,

Merci pour tous tes sacrifices, merci de m'épauler chaque jour,

Merci d'être une femme si forte malgré les épreuves que nous avons endurées,

Si seulement je pouvais être le centième de la femme que tu es,

PS : merci de m'avoir accompagné sur les routes de France pour cette thèse et merci d'avoir « chouffé » sur le parking à Nice...

Je t'aime.

### **A mon père,**

Papa,

Je ne t'ai jamais assez remercié pour tous les efforts que tu as faits pour que j'en arrive là aujourd'hui. Tu es un père admirable. Je suis fière d'être ta fille.

Merci des sacrifices que tu as faits pour moi.

Merci pour toute l'organisation pour ce jour.

Je t'aime.

### **A ma sœur,**

Débo,

Merci de m'avoir soutenue toutes ces années,

Merci de me protéger et de veiller sur moi chaque jour.

Tu es une femme extraordinaire, tu seras une mère formidable.

Merci pour tous les draps changés, et pour toutes les douches débouchées.

Merci pour les fous rires (oui oui je repense à cette partie de Kems...)

Je ne te le dis pas assez : Je t'aime.

### **A mon petit frère,**

Chichi, merci de me faire rire, et de m'avoir soutenu pour cette thèse,

Que tu puisses être heureux, que tu puisses rester toute ta vie aussi innocent.

Je t'aime.

### **A Eric,**

Je sais que tu me soutiens avec toute la discrétion qui te caractérise depuis tant d'années

Merci d'être un beau-père aussi bienveillant pour nous.

### **A Laure et Léa,**

Merci de m'encourager depuis tant d'années, Merci pour tous les moments partagés.

Léa, j'espère que tu seras aussi comblée que je le suis aujourd'hui.

Merci d'être là aujourd'hui.

### **A Laurent,**

Je t'admire pour ton calme et ta sérénité,

Merci pour ta patience lors de mes innombrables appels pour l'appartement...

**A Éliane, Maurice, Denis, Nicolas, Alexandra, Bruno (et Malone !)**

Merci d'être là depuis le début et merci d'être là aujourd'hui.  
Merci pour votre bienveillance.

**A Laura,**

Notre amitié n'est pas typique,  
A nos années ado, à nos années poney, à nos soirées, à nos années étudiantes,  
A nos galères de P1 à jamais gravées,  
Et surtout à toutes les belles années qu'ils nous restent à vivre.  
Je t'aime P

**A la Khole Anta**

Je sais que vous attendez cette dédicace, alors pour pas faire de jaloux : merci à tous les trois... :P

**A Mathilde,**

Cette rencontre sur les bancs de la fac est sans doute une des plus belle,  
J'ai l'impression qu'on se connaît depuis toujours,  
A nos mac do, à nos soirées télé, à nos fêtes foraines. A la vie qui s'offre devant nous.  
Merci d'être la personne que tu es : si brillante et si généreuse  
A notre château à Brignoles,  
Je t'aime Dupont.

**A William,**

Wiwi, je suis fière de compter parmi mes amis un homme comme toi,  
A nos « folles » soirées à Hippocrate, à nos nouvelles soirées d'internes, et à toutes les futures autres. Ne change jamais Wiwi. Et merci pour la correction du résumé en anglais :P  
PS : Je t'envoie tout mon courage pour la mère stressée que je serais plus tard !

**A Romain,**

Roro, quelle chance d'avoir des amis avec autant de qualités,  
Brillant, drôle, beau gosse, heureusement que tu es Marseillais parce que sinon...  
Merci de me surveiller quand je fais mes inhalations :P  
Reste comme tu es. Je suis fière de te connaître.

**A Sébastien,**

Seb, je remercie cette bronchite de t'avoir mis sur ma route,  
Quel homme formidable tu es, arrête de l'oublier s'il te plait. Merci pour ces après-midis en écho, merci de me faire rire toujours plus.  
A Scrubs. A JD.

**A Mourad,**

Comment ne pas te citer dans cette thèse ? Co interne pendant 19 mois quand même !!  
Je suis contente de connaître un médecin comme toi, et encore plus fière de connaître un homme comme toi. (PS : Merci encore pour la moun !)

**A Basile,**

Co interne de galère, tu le sais...

Merci d'avoir été là quand tout nous semblait si dur. Merci de m'avoir fait rire tous les jours, Merci de m'avoir soutenu. Merci pour la rencontre. La bise BB.

**A la Famille Minot-Taïoglou,**

Merci d'avoir été là toutes ces années.

Lilli, je suis fière de te compter parmi mes paires.

PS : si tu pouvais faire néphro ou dermato ça m'arrangerai !

**A Julie, Romain, Pascale et Anaïs,**

Merci de m'avoir accompagné tout au long de mon parcours,

Merci pour ce que vous faites pour ma famille.

**A l'équipe des Urgences de l'hôpital d'Hyères,**

Cet hôpital où je me faisais soigner étant petite, puis où j'ai grandi en tant que médecin

A ces gardes, A ces souvenirs, A vous.

**A l'équipe de pédiatrie de l'hôpital d'Hyères,**

Merci de nous avoir enseigné avec autant de douceur, de sagesse et de bonté,

Merci pour ces moments uniques avec les enfants, et pour ce Noël à l'hôpital.

**A l'équipe de gynécologie de l'hôpital d'Hyères**

Merci de m'avoir enseigné même durant la période difficile où j'étais en stage,

Merci aux équipes pour leur bienveillance envers les patientes et moi,

**A l'équipe de l'hôpital d'Aubagne,**

Merci à Fabrice pour sa bienveillance et sa bonne humeur quotidienne (et pour Papichou !)

Merci à Cédric d'avoir toujours été là, surtout dans les mauvais moments. Merci pour les cours de néphro, tous ces appels désespérés, merci de m'avoir fait rire. Tu seras un père formidable.

**A l'équipe des Baumettes,**

Une mention particulière pour Arthur, Samuel, Doudou et Laurent : ne changez rien les gars vous êtes des fous ! Merci pour ce semestre à vos côtés.

Merci à Rolande, Isa et Cindy, pour tout ce que je vous ai demandé pour cette thèse.

**Et enfin : A Alain,**

A l'homme qui partage ma vie,

Merci de me donner tant d'amour au quotidien,

Merci d'avoir été là dans les moments difficiles, et durant cette thèse,

Merci de me faire découvrir de nouvelles valeurs,

Merci de ne jamais me juger.

Merci de me supporter, car comme dirait Mathou, je suis chiante quand même !

Je suis fière d'être à tes côtés chaque jour,

Hâte que notre vie ensemble commence.

Je t'aime - N'gni wan nou wé

# Hommages

## **A ma Mamy,**

J'aurai donné tout ce que j'ai pour que tu sois là aujourd'hui.  
Même si je sais que tu es là chaque jour de ma vie, à chaque instant  
Merci de m'avoir appris à profiter de l'instant présent,  
Merci de m'avoir donné tant d'amour.  
Tu me manques tellement.  
Ma mamy au chocolat, au caramel, à la pistache,  
Je t'aime.

## **A mon Papy,**

J'espère que tu es fière de moi,  
Jamais je ne t'oublierai.

« Tu n'as aucune chance, mais saisis-là. »

Professeur LE COZ  
Sur les bancs de la faculté  
Cours de première année de médecine

## Table des matières

<b>I. Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>II. Contexte.....</b>	<b>9</b>
<b>A. Le dépistage .....</b>	<b>9</b>
1. Généralités .....	9
2. Dépistage organisé .....	9
<b>B. Dépistage en milieu ouvert .....</b>	<b>10</b>
1. Principe du dépistage .....	10
2. Participation au dépistage .....	18
3. Freins connus au dépistage .....	21
<b>C. Dépistage en milieu carcéral .....</b>	<b>22</b>
1. Définitions des statuts juridiques .....	22
2. Milieu carcéral .....	23
3. Organisation de la santé en milieu carcéral .....	24
4. Résultats connus.....	26
<b>III. Matériel et méthode .....</b>	<b>28</b>
<b>A. Type d'étude .....</b>	<b>28</b>
<b>B. Population .....</b>	<b>28</b>
1. Critères d'inclusion .....	28
2. Critères d'exclusion .....	28
<b>C. Recueil de données.....</b>	<b>29</b>
<b>D. Analyse des données .....</b>	<b>29</b>
<b>E. Considérations éthiques et réglementaires .....</b>	<b>30</b>
<b>F. Variables étudiées .....</b>	<b>30</b>
1. Variables relatives à l'établissement pénitentiaire .....	30
2. Variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patientes .....	30
3. Variables relatives aux caractéristiques médicales des patientes.....	30
4. Variables relatives aux caractéristiques pénales des patientes .....	31
5. Variables relatives aux dépistages des cancers féminins .....	31
6. Variables relatives à la mise à jour des dépistages.....	32
<b>G. Indicateur principal.....</b>	<b>32</b>
<b>IV. Résultats .....</b>	<b>33</b>
<b>A. Population incluse dans l'étude .....</b>	<b>33</b>
1. Centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille .....	33
2. Centre de détention de Joux la Ville.....	34
3. Maison d'arrêt de Nice .....	34
4. Maison d'arrêt de Fleury Mérogis .....	35
5. Population totale.....	36
<b>B. Caractéristiques de la population.....</b>	<b>36</b>
1. Age.....	37
2. Données sociodémographiques .....	37
3. Addictions.....	41

4.	Données médicales.....	42
5.	Données carcérales .....	44
6.	Information sur les dépistages recueillie par le médecin à l'arrivée .....	45
7.	Consultations en gynécologie des différents établissements pénitentiaires .....	46
8.	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein à l'arrivée en détention .....	46
9.	Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'arrivée en détention .....	47
<b>C.</b>	<b>Mise à jour du statut du dépistage en détention.....</b>	<b>48</b>
1.	Rattrapage du dépistage du cancer du sein .....	48
2.	Rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus .....	49
<b>D.</b>	<b>Taux de couverture après rattrapage en détention .....</b>	<b>49</b>
1.	Taux de couverture après rattrapage pour le dépistage du cancer du sein .....	50
2.	Taux de couverture après rattrapage pour le dépistage du cancer du col.....	50
<b>E.</b>	<b>Facteurs influençant le rattrapage des dépistages en détention.....</b>	<b>50</b>
1.	Facteurs influençant le rattrapage du dépistage du cancer du sein.....	50
2.	Facteurs influençant le rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus .....	53
<b>F.</b>	<b>Comparaison des taux de couverture après rattrapage au milieu ouvert.....</b>	<b>58</b>
1.	Comparaison pour le dépistage du cancer du sein.....	58
2.	Comparaison pour le dépistage du cancer du col de l'utérus .....	59
<b>V.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>60</b>
<b>A.</b>	<b>Caractéristiques de la population.....</b>	<b>60</b>
1.	Age et nationalité .....	60
2.	Niveau d'étude et activité professionnelle.....	62
3.	Addictions.....	62
4.	Suivi psychiatrique.....	64
<b>B.</b>	<b>Taux de couverture des dépistages à l'entrée en détention .....</b>	<b>65</b>
1.	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein à l'entrée en détention .....	65
2.	Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'entrée en détention.....	66
<b>C.</b>	<b>Rattrapage des dépistages en détention et taux de couverture à la sortie.....</b>	<b>67</b>
1.	Rattrapage du dépistage du cancer du sein .....	67
2.	Rattrapage du dépistage du cancer du col .....	68
<b>D.</b>	<b>Facteurs influençant la mise à jour des dépistages .....</b>	<b>69</b>
1.	Facteurs influençant la mise à jour du dépistage du cancer du sein .....	69
2.	Facteurs influençant la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus.....	70
<b>E.</b>	<b>Taux de couverture après rattrapage et comparaison au milieu ouvert.....</b>	<b>71</b>
1.	Pour le dépistage du cancer du sein .....	71
2.	Pour le dépistage du cancer du col.....	72
<b>F.</b>	<b>Limites et biais de l'étude .....</b>	<b>72</b>
<b>G.</b>	<b>Intérêts et perspectives .....</b>	<b>73</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>76</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes :.....</b>	<b>78</b>
	Annexe 1 : Score d'Eisinger.....	78
	Annexe 2 : Classification des images mammographiques – ACR .....	79
	Annexe 3 : Diagramme de la conduite à tenir pour le dépistage du cancer du col chez les patientes de plus de 30 ans.....	80
	Annexe 4 : Carte des centres pénitentiaires accueillant des femmes.....	81
	Annexe 5 : Carte des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) de France .....	82
	Annexe 6 : Diagramme de flux de la population totale des quatre établissements pénitentiaires .....	83
	Annexe 7 : Description de la population totale incluse .....	84



Annexe 8 : Répartition des personnes détenues par sexe et par Direction Interrégionale .....	86
<b>VIII. Bibliographie.....</b>	<b>87</b>
<b>IX. Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>93</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1:</b> Modalités de dépistage du cancer du sein en fonction du risque _____	12
<b>Tableau 2:</b> Répartition de l'âge des patientes selon l'établissement pénitentiaire _____	37
<b>Tableau 3:</b> Répartition des patientes selon leur nationalité _____	38
<b>Tableau 4:</b> Répartition des patientes selon leur situation familiale _____	38
<b>Tableau 5:</b> Répartition des patientes selon l'activité professionnelle _____	40
<b>Tableau 6:</b> Répartition des patientes selon le nombre d'enfants _____	40
<b>Tableau 7:</b> Répartition des patientes par établissement selon leurs addictions _____	42
<b>Tableau 8 :</b> Répartition des patientes selon les antécédents médicaux d'intérêt _____	43
<b>Tableau 9:</b> Répartition des patientes selon leurs données carcérales _____	45
<b>Tableau 10:</b> Information sur les dépistages recueillie par le médecin à l'arrivée _____	46
<b>Tableau 11:</b> Taux de couverture du dépistage du cancer du col selon les centres à l'arrivée en détention _____	48
<b>Tableau 12:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du sein selon les centres _____	48
<b>Tableau 13:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'établissement pénitentiaire _____	49
<b>Tableau 14:</b> Rattrapage de la mammographie en fonction de l'établissement pénitentiaire _____	50
<b>Tableau 15:</b> Rattrapage de la mammographie en fonction du statut judiciaire _____	51
<b>Tableau 16:</b> Rattrapage de la mammographie en fonction de l'interrogatoire à l'entrée _____	51
<b>Tableau 17:</b> Rattrapage de la mammographie en fonction des antécédents des patientes _____	52
<b>Tableau 18:</b> Rattrapage de la mammographie en fonction du passé carcéral _____	53
<b>Tableau 19:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'établissement pénitentiaire _____	53
<b>Tableau 20:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction du statut judiciaire _____	54
<b>Tableau 21:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'interrogatoire à l'entrée _____	54
<b>Tableau 22:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction des antécédents médicaux _____	55
<b>Tableau 23:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction du passé carcéral _____	56
<b>Tableau 24:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction d'un suivi par un médecin traitant _____	56
<b>Tableau 25:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'IMC _____	57
<b>Tableau 26:</b> Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction des addictions _____	58
<b>Tableau 27:</b> Comparaison des taux de couverture du dépistage du cancer du sein en détention et en milieu ouvert _____	59
<b>Tableau 28:</b> Comparaison du taux de couverture du dépistage du cancer du col en détention et en milieu ouvert _____	59

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge sur la période de 2005 à 2019.	19
<b>Figure 2:</b> Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans entre 2017 et 2019 (%)	21
<b>Figure 3:</b> Diagramme de flux du centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille	33
<b>Figure 4:</b> Diagramme de flux du centre de détention de Joux la Ville	34
<b>Figure 5:</b> Diagramme de flux de la maison d'arrêt de Nice	35
<b>Figure 6:</b> Diagramme de flux de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis	36
<b>Figure 7:</b> Répartition du niveau d'étude de l'effectif total (N=150)	39
<b>Figure 8:</b> Répartition du nombre d'enfants de l'effectif total (N=407)	41
<b>Figure 9:</b> Répartition de l'effectif total en fonction du suivi par un médecin traitant (N=108)	43
<b>Figure 10:</b> Répartition de la variable contraception sur l'effectif total N=292	44
<b>Figure 11:</b> Répartition en fonction de l'âge de notre population et de la population carcérale française (%)	61
<b>Figure 12:</b> Répartition de la nationalité des patientes de notre étude et de la population carcérale française en 2018.	61

## ***Liste des abréviations :***

IST	: Infection Sexuellement Transmissible
HPV	: Human Papillomavirus
FCU	: Frottis cervico- utérin
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
JO	: Journal Officiel
ANSM	: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
InVS	: Institut de Veille Sanitaire
HAS	: Haute Autorité de Santé
BRCA	: BReast CAncer
CRCDC	: Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers
Bi- RADS	: Breast Imaging-Reporting And Data System
ACR	: American College of Radiology
ARS	: Agence Régionale de Santé
VIH	: Virus Immunodéficience Humain
FADO	: Facteur Adhésion au Dépistage Organisé
MA	: Maison d'Arrêt
USMP	: Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
UHSI	: Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
DGS	: Direction Générale de la Santé
AP-HM	: Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
RGPG	: Règlement Général sur la Protection des Données
IMC	: Indice de Masse Corporelle
IC95	: Intervalle de Confiance à 95%
NR	: Non renseigné
OR	: Odd Ratio
AP	: Administration Pénitentiaire
OPI	: Observatoire International des Prisons
DREES	: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

## I. Introduction

Les derniers chiffres publiés par Santé Publique France, montrent qu'en 2018, 382 000 cancers ont été diagnostiqués en France. (1) Ils représentent la deuxième cause de décès chez la femme dans notre pays.

Parmi eux, 58 459 étaient des cancers du sein, responsables de décès dans 12 146 cas.

En effet, chez les femmes, le cancer du sein reste le type le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer.

Quant au cancer du col de l'utérus, il est diagnostiqué chez environ 3000 femmes chaque année, dont 1000 en meurent. Il est lié à une infection sexuellement transmissible (IST) par l'Human Papillomavirus (HPV).

Si l'infection par un des sous-types oncogènes est le plus souvent transitoire, elle peut toutefois être responsable de lésions précancéreuses, qui peuvent à terme évoluer vers un cancer invasif. (2)

Ce cancer pourrait être éradiqué grâce à deux interventions : la prévention primaire avec la vaccination contre les HPV et le dépistage en prévention secondaire.

En France, il existe un dépistage « organisé » pour le cancer du sein depuis 2004 et depuis peu pour le cancer du col de l'utérus. (3) Pourtant, les taux de participation sont encore décevants.(4)

Se pose alors la question de l'existence d'inégalité d'accès au dépistage, principalement chez les populations les plus vulnérables. (5)

D'ailleurs, la population carcérale constitue l'un des publics les plus vulnérables, présentant de nombreuses difficultés d'ordre sanitaire, économique et social.

Les femmes ne représentent que 3,3% de cette population au 1<sup>er</sup> décembre 2020, soit 2082 femmes incarcérées. De fait, peu d'études s'intéressent à leur santé. (6)

Une thèse conduite en 2015 par L. Quinsac, s'est intéressée au taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin en 2014 sur la prison des Baumettes à Marseille. Il s'agissait du statut du dépistage au moment de l'incarcération.

Il en ressortait, que la population carcérale était moins régulièrement suivie que la population générale. L'étude a permis de souligner les inégalités de recours au dépistage dans certaines populations notamment les patientes issues de l'immigration ou éloignées du système de santé. Toutefois, cette étude monocentrique n'a pas permis d'extrapoler les résultats à la population générale carcérale. (7) De plus, elle soulignait que le taux de couverture à l'arrivée reflétait en majorité celui du milieu libre. Grâce à ce travail, nous nous sommes interrogés sur l'évolution de ce taux de couverture en détention.

De la même façon, une autre thèse réalisée en 2015 par C. Larcheveque, avait pour objectif de déterminer le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein dans les établissements pénitentiaires d'Ile de France et de définir les caractéristiques associées au retard de participation. Elle a également permis de souligner que le taux de participation des femmes cibles au Frottis Cervico Utérin (FCU) en détention était plus faible qu'en milieu ouvert. Dans cette étude, le taux de participation au dépistage du cancer du sein était encore plus faible que pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ainsi, des études ont montré que le taux de couverture des femmes incarcérées était plus faible à l'arrivée en détention. Mais qu'en est-il du rattrapage de ces dépistages durant l'incarcération ?

L'hypothèse de ce travail est que les femmes incarcérées bénéficient peu de la mise à jour de leur statut de dépistage pour les cancers gynécologiques.

L'objectif principal de cette étude est de connaître le taux de rattrapage du dépistage des cancers gynécologiques en détention, et de comparer ce taux après rattrapage au milieu ouvert.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de :

- Déterminer le taux de couverture des dépistages des cancers gynécologiques à l'arrivée en détention,
- Déterminer les facteurs associés à la mise à jour des dépistages.

## II. Contexte

### A. Le dépistage

#### 1. Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le dépistage consiste à « identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue ».

Les buts d'un programme de dépistage sont de réduire la mortalité grâce à un traitement plus précoce, de diminuer l'incidence d'une maladie en identifiant et en traitant ses précurseurs, de réduire la gravité d'une pathologie en repérant les personnes touchées, et enfin d'élargir les possibilités thérapeutiques en diagnostiquant précocement lorsqu'un large éventail de choix thérapeutiques est encore possible. (8)

Ainsi, deux possibilités de dépistage existent : le dépistage organisé et le dépistage individuel. Le dépistage organisé (ou de masse) s'applique à une classe d'âge donnée sur invitation. Il fait l'objet d'un contrôle qualité ainsi que d'un cahier des charges.

Tandis que le dépistage individuel (ou opportuniste) rend compte d'une démarche individuelle. Ainsi, à l'occasion d'un entretien médical, le professionnel de santé propose le dépistage. Il ne bénéficie pas d'un cahier des charges, ni de contrôle qualité. (9)

#### 2. Dépistage organisé

La mise en place d'un dépistage organisé repose sur dix principes établis en 1968 par Wilson et Jungner pour l'OMS (10) qui sont toujours valables aujourd'hui :

- La maladie doit représenter un important problème de santé publique,
- L'histoire naturelle de la maladie est connue. Elle doit être précédée d'une phase préclinique longue afin de pouvoir répéter les examens selon une fréquence acceptable,
- La maladie peut être diagnostiquée à un stade précoce,
- Le traitement à un stade précoce apporte plus d'avantages que le traitement à un stade tardif,

- La sensibilité et la spécificité des tests de dépistage ont été étudiées et sont satisfaisantes,
- Le test de dépistage est acceptable par le patient,
- Le diagnostic et le traitement des anomalies détectées sont faciles à mettre en œuvre,
- La périodicité des examens est adéquate par rapport à l'histoire naturelle de la maladie et connue,
- Les avantages du dépistage sont supérieurs aux inconvénients,
- Enfin, le coût du dépistage n'est pas trop élevé.

De fait, les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus répondent à ces critères.

## B. Dépistage en milieu ouvert

### 1. Principe du dépistage

#### a) *Sein*

Le programme national de dépistage du cancer du sein a été mis en place en 1994 puis généralisé à l'ensemble du territoire en 2004. Le cahier des charges national a été publié au Journal Officiel (JO) en 2001 et mis à jour en 2006. (11)

Ce programme de dépistage fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière (technique, épidémiologique et organisationnelle). Son objectif est de permettre un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et de faire bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge.

Ce programme présente des points particuliers, à savoir :

- Il repose sur les professionnels de santé libéraux, en intégrant le libre choix des patientes de choisir leur professionnel,
- Il offre la garantie de la double lecture de tous les clichés jugés normaux ou bénins par deux radiologues spécialement formés,
- Il bénéficie d'une organisation et d'un système d'assurance qualité centralisé,
- Il prévoit un contrôle qualité de la chaîne mammographique deux fois par an par des organismes agréés selon les recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM),



- Il permet la réalisation d'une évaluation épidémiologique incluant notamment des indicateurs d'activité faite par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS, devenu Santé Publique France en 2016). (12)

(1) Critères d'éligibilité et de non-éligibilité au dépistage organisé

Les patientes éligibles au dépistage organisé sont les femmes entre 50 et 74 ans asymptomatiques, sans facteur de risque élevé ou très élevé de cancer du sein.

Les patientes porteuses de prothèses mammaires, aux antécédents de chirurgie plastique mammaire pour lésion bénigne ou à visée esthétique, de traumatisme mammaire, de seins denses, les patientes sous traitement hormonal substitutif ou avec un score d'Eisinger <3 (voir annexe 1) ne sont pas exclues du programme de dépistage organisé.

Les critères de non-éligibilité au dépistage organisé sont :

- Les femmes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie dans les deux ans, asymptomatiques et sans autre facteur de risque,
- Les femmes avec un risque élevé ou très élevé de cancer du sein,
- Les femmes de moins de 50 ans asymptomatiques et sans facteur de risque,
- Les femmes de plus de 74 ans asymptomatiques et sans facteur de risque.

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des critères précis concernant les femmes à haut risque et les femmes à très haut risque de cancer du sein. Celles-ci doivent bénéficier d'un suivi particulier avec un dépistage individuel spécial. (13)

Les patientes à risque élevé sont celles avec un antécédent personnel de cancer invasif du sein ou un carcinome canalaire in situ, un antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose (dont l'irradiation pour une maladie de Hodgkin), un antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ, et enfin les patientes avec une prédisposition génétique définie par un score d'Eisinger  $\geq 3$  et un niveau de risque estimé élevé par l'onco-généticien.

Les patientes définies à risque très élevé sont les patientes porteuses d'une mutation génétique BRCA 1 ou 2 (BReast CAncer), et les patientes avec une prédisposition génétique

définie par un score d'Eisinger  $\geq 3$  et un niveau de risque estimé très élevé par l'oncogénéticien.

Le tableau 1 reprend celui de la HAS avec les différentes stratégies de dépistage. (14)

**Tableau 1: Modalités de dépistage du cancer du sein en fonction du risque**

Situations ne nécessitant pas de dépistage	Situations justifiant seulement la participation au dépistage organisé	Situations justifiant un dépistage spécifique
<p><b>Femmes âgées de moins de 50 ans et de plus de 74 ans.</b> Même dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète de type 2</li> <li>- Prise d'une contraception orale</li> <li>- Lésions mammaires sans atypie</li> <li>- Ménopause tardive</li> <li>- 1<sup>ère</sup> grossesse après 30 ans</li> <li>- Nulliparité</li> </ul> <p><b>En l'absence de facteur de risque justifiant un dépistage spécifique</b></p>	<p><b>Femmes âgées de 50 à 74 ans.</b> Même dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Densité mammaire radiologique après la ménopause supérieure à 75%</li> <li>- Traitement hormonal substitutif ou traitement hormonal de la ménopause en cours</li> <li>- Antécédent familial de cancer du sein avec un score d'Eisinger <math>&lt;3</math></li> </ul> <p><b>En l'absence de facteur de risque justifiant un dépistage spécifique</b></p>	<p><b>Femmes âgées de 20 ans et plus.</b> Dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ</li> <li>- Antécédent personnel d'hyperplasie canalaire ou lobulaire in situ</li> <li>- Antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose</li> <li>- Antécédent familial de cancer du sein avec un score d'Eisinger <math>\geq 3</math> ET recherche initiale de mutation des gènes BRCA 1 et 2 dans la famille non informative</li> <li>- Mutation des gènes BRCA 1 et 2 identifiée</li> </ul>
<p>Examen clinique mammaire annuel à partir de l'âge de 25ans. Pas de dépistage mammographique à proposer.</p>	<p>Incitation à la participation au programme national de dépistage organisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clinique mammaire</li> <li>- Mammographie tous les deux ans.</li> </ul>	<p>Consultation d'oncogénétique en cas de score d'Eisinger <math>\geq 3</math> Modalités de dépistage spécifiques en fonction du niveau de risque (élevé ou très élevé).</p>

(2) Critères organisationnels :

Tous les deux ans, les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) envoient un courrier d'invitation personnalisé aux femmes âgées de 50 à 74 ans, à partir des fichiers transmis par les régimes d'assurance maladie.

Elles sont invitées à se rendre chez un radiologue agréé de leur choix dans une liste jointe au courrier. La mammographie est prise en charge à 100% par l'assurance maladie, sans avance des frais.

L'examen comprend une mammographie avec deux incidences (face et oblique) et un examen clinique des seins.

(3) Résultats du dépistage :

La lecture de la mammographie permet de classer l'image selon le système Bi- RADS (Breast Imaging-Reporting And Data System) de l'American College of Radiology (ACR). (15) Les images mammographiques sont classées en catégories dites ACR en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (annexe 2). Cette classification permet d'harmoniser les décisions et les prises en charge. (12)

Ainsi :

- Les mammographies classées comme à priori non pathologiques en 1<sup>ère</sup> lecture (ACR 1 ou 2) sont soumises à une seconde lecture par un deuxième radiologue.
- Les mammographies classées ACR3 en 1<sup>ère</sup> lecture ne sont pas soumises à une seconde lecture car une surveillance est organisée.
- Les mammographies ACR 4 et 5 en 1<sup>ère</sup> lecture, quant à elles, bénéficient d'un bilan diagnostic immédiat. (16)

Le système de double lecture est encadré afin d'assurer un contrôle qualité. De fait, les radiologues « premiers lecteurs » doivent s'engager à interpréter au moins 500 mammographies par an dont la moitié dans le cadre du dépistage organisé. Quant aux « deuxièmes lecteurs », ils doivent réaliser au moins 500 mammographies par an et s'engager à en lire au minimum 1500 par an en qualité de second lecteur.

#### (4) Avantages et inconvénients du dépistage organisé :

La mammographie reste un acte médical, il est donc important d'informer les patientes sur les bénéfices et les limites de cet examen afin qu'elles puissent décider en toute indépendance de sa réalisation.

Les avantages du dépistage sont :

- Un gain de temps sur la maladie. Il s'agit du principe même d'un dépistage c'est-à-dire diagnostiquer à un stade infra clinique, avant même l'apparition de symptôme.
- Les chances de guérison sont plus importantes. Celles-ci dépendent de nombreux facteurs dont l'âge, la taille, le type de la lésion et enfin le stade. Grâce au dépistage, nous pouvons influencer sur la taille de la lésion au moment du diagnostic.
- Des traitements moins lourds et donc moins de conséquences futures avec une meilleure qualité de vie.

Toutefois, il est aussi important d'expliquer aux patientes les limites du dépistage qui sont :

- Le surdiagnostic, c'est-à-dire la détection de cancers qui n'auraient probablement jamais progressé et dont la prise en charge génère un surtraitement.
- Les cancers radio-induits, même si depuis les progrès technologiques ce risque est considéré comme faible en regard des bénéfices escomptés du dépistage. Cela explique pourquoi le dépistage n'est débuté qu'à partir de 50 ans. Par ailleurs, après 50 ans on constate une modification de la densité des seins permettant de réaliser des mammographies avec des doses de rayons plus faibles.

Le risque de décès par cancer radio-induit est de l'ordre de 1 à 10 pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les deux ans pendant dix ans. Le nombre de décès évités largement supérieur permet de pouvoir justifier la poursuite du dépistage, selon le principe de la balance bénéfice/ risque.

- Les cancers d'intervalle, qui est l'apparition d'un cancer entre deux mammographies de dépistage. Leur taux est estimé à 1,5% toutefois celui-ci diminue encore si la femme bénéficie d'un examen clinique annuel des seins.
- Les cancers manqués, ce risque existe et représente les faux négatifs. Il est diminué grâce à la palpation des seins et à la double lecture.

- Les femmes en marge du dépistage. L'organisation est telle que les femmes à risque élevé ou très élevé ne sont pas invitées à participer au dépistage organisé, en supposant qu'elles sont déjà suivies. Toutefois, on peut supposer que certaines d'entre elles échappent à la prise en charge.

*b) Col de l'utérus*

Pour rappel, près de 80% des personnes sont infectées au cours de leur vie par un HPV. De fait, l'infection au HPV est l'IST la plus fréquente dans le monde aujourd'hui.

Il existe plus de 120 types d'HPV différents. La plupart infecte les épithéliums cutanés et peut causer des verrues cutanées. Environ 40 types infectent les épithéliums muqueux, et sont classés en fonction de leur association épidémiologique avec le cancer du col de l'utérus.

Ainsi, les HPV à faible risque ou non oncogènes (6 et 11 par exemple) causent des anomalies bénignes comme des verrues génitales (condylomes) ou des papillomes laryngés.

Les HPV à haut risque ou oncogènes agissent en tant que carcinogènes dans le développement du cancer du col de l'utérus mais également dans d'autres cancers ano-génitaux.

Actuellement, 12 HPV sont classés agents cancérigènes avérés (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59) et l'HPV 68 est classé cancérigène probable. (17)

Chez 90% des personnes, l'infection n'est plus détectable après deux ans, toutefois dans 10% des cas, celle-ci persiste et peut, à terme, en cas d'HPV à haut risque évoluer sur un cancer.

La persistance de l'infection par un HPV à haut risque est une cause nécessaire mais non suffisante dans la genèse du cancer du col, effectivement la majorité des femmes infectées par un HPV oncogène ne développent pas de cancer. Il existe donc des cofacteurs de risque même si leur rôle dans la persistance de l'infection et sa progression n'est pas parfaitement connu.

Les cofacteurs sont classés en :

- Cofacteurs viraux : le sous-type d'HPV a une grande influence sur le risque de développement de lésions précancéreuses. L'HPV 16 est associé à un risque de lésion précancéreuse environ dix fois supérieur à celui d'autres HPV oncogènes.

- Cofacteurs liés à l'hôte : les capacités de réponse immunitaire sont propres à chaque individu avec une mention particulière pour les personnes immunodéficientes pour diverses raisons (VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine*), immunosuppresseurs) chez qui les infections par HPV auraient plus tendance à persister.
- Cofacteurs comportementaux : l'âge précoce du premier rapport sexuel, un nombre de partenaire sexuels élevés, une parité importante, une première grossesse à un âge précoce. Ils seraient associés à un risque plus important de contracter l'HPV et/ou une infection persistante. Le tabac et l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux auraient également une influence sur le risque de développer des lésions précancéreuses. (18)

Les HPV à « haut risque » sont détectés dans 99% des cancers du col utérin, et le type 16 à lui seul est retrouvé dans environ 50% d'entre eux. (19)

Grâce à son évolution lente et à l'existence de lésions précancéreuses curables, le cancer du col est un bon candidat au dépistage organisé.

Le plan cancer 2014-2019 a donc modifié le paradigme concernant le dépistage de ce cancer. En effet, désormais il bénéficie d'un dépistage organisé après une expérimentation concluante dans 13 départements français entre 2010 et 2014.

(1) Critères organisationnels :

Le cahier des charges fixant les conditions de sa mise en œuvre constitue l'annexe V de l'Arrêté du 30 juillet 2020 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et à l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. (20)

La mise en œuvre de ce dépistage est, comme pour le dépistage du cancer du sein, confiée aux CRCDC, en appui avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Pour ce faire, il est prévu :

- L'envoi d'invitations et de relances pour les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage dans l'intervalle de temps recommandé,
- Le suivi de l'ensemble des femmes dont le résultat du test est anormal ou positif qu'elles aient participé spontanément ou via le dépistage organisé,

- La rationalisation des pratiques de dépistage et l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment sur le suivi des femmes avec un résultat anormal ou positif,
- La mise en place d'actions spécifiques ou de stratégies complémentaires (accompagnement au dépistage, unités mobiles) en direction des populations vulnérables et/ou éloignées du système de santé,
- La diversification de l'offre de prélèvement en s'appuyant sur les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes et d'autres professionnels de santé formés. (20)

La mise en place de ce programme a pour but d'augmenter la couverture du dépistage avec l'objectif d'atteindre 80%, de réduire les inégalités d'accès au dépistage, d'abaisser de 30% l'incidence et de diminuer la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans. (17)

(2) Critères d'éligibilité et de non-éligibilité :

La population cible est représentée par les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans inclus.

Les femmes enceintes, ménopausées ou vaccinées contre les HPV sont incluses dans la population cible.

Une mention est faite pour les femmes immunodéprimées (VIH), sous traitement immunosuppresseur, greffées ou exposées au diéthylstilbestrol (2<sup>ème</sup> génération) qui présentent pour leur part un risque majoré de cancer du col, en précisant qu'elles ne doivent pas être exclues de la population cible du dépistage.

Les femmes aux antécédents d'ablation du col de l'utérus ou ayant bénéficié d'un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou laser) ne sont pas concernées par ce dépistage. Elles font l'objet d'un suivi spécifique.

Les patientes avec des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus, quant à elles, doivent bénéficier immédiatement d'un examen diagnostique.

### (3) Modalités du dépistage :

Ce dépistage est fondé sur les recommandations de la HAS publiées en juillet 2019. Désormais, les modalités varient selon l'âge des femmes :

- Pour les femmes entre 25 et 30 ans, le principe n'a pas changé, à savoir un examen cytologique tous les trois ans après deux premiers examens normaux à un an d'intervalle. Dans ce cadre, il convient de réaliser l'examen cytologique en milieu liquide.
- Pour les femmes entre 30 et 65 ans, la HAS recommande désormais un test HPV à réaliser trois ans après un examen cytologique normal ou dès 30 ans en l'absence d'examen cytologique antérieur puis tous les cinq ans si le résultat est négatif (voir annexe 3). (21) En cas de positivité du test HPV, l'analyse cytologique sera faite. Le test HPV est donc généralement effectué en milieu liquide afin de pouvoir effectuer la cytologie sur le même prélèvement si besoin.

Il est important de noter que le test HPV peut être réalisé à partir d'un auto-prélèvement vaginal. La HAS préconise ainsi de le proposer chez les femmes non ou insuffisamment dépistées afin de faciliter le dépistage chez ces patientes. Toutefois, en cas de positivité du test la patiente devra être convoquée de nouveau afin d'effectuer un second prélèvement analysable en cytologie.

## 2. Participation au dépistage

### a) Sein

Le taux de participation publié chaque année par Santé Publique France est calculé pour deux périodes : d'une part pour une année civile et d'autre part pour une période de deux ans.

En effet, le taux de participation peut varier d'une année à l'autre en fonction des stratégies d'invitation. Avec une période de deux ans, cela permet de prendre en compte toute la population cible qui aurait dû être invitée.

Les derniers chiffres publiés par Santé Publique France montrent qu'en 2019, 2 551 000 femmes ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein, soit un taux national de participation de 48,6%. Le taux de participation pour la période 2018-2019 est lui de 49,3%.

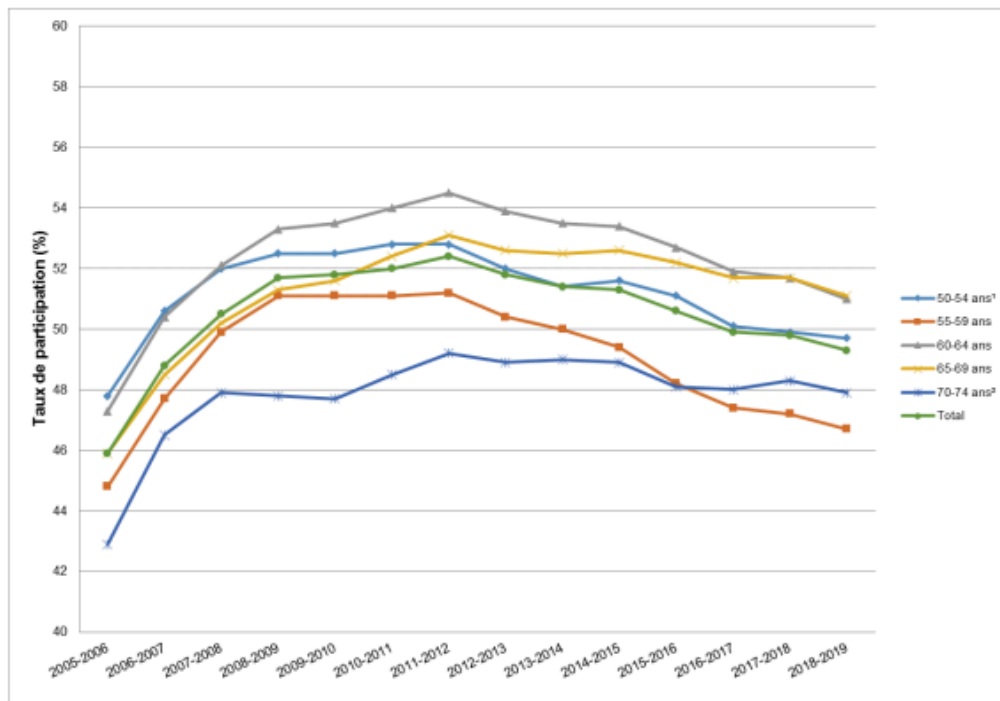


Cependant, les différents plans cancers se succédant visent un taux de participation supérieur à 65%.

La participation a connu une augmentation jusqu'en 2011-2012 avec un pic à 52,4%. Depuis, la participation au programme est en diminution. Les derniers indicateurs de 2019 montrent que la décroissance se poursuit encore lentement.

Depuis les années 2015, la participation est la plus basse pour la tranche d'âge 55-59 ans (voir figure 1). (22)

Les raisons de cette diminution ne sont pas encore élucidées. Mais il semblerait nécessaire de mesurer précisément le recours au dépistage individuel afin de décrire d'éventuels phénomènes de transfert entre dépistage organisé et dépistage individuel.



<sup>1</sup> Les femmes de < 50 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.

<sup>2</sup> Les femmes de > 74 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.

**Figure 1:** Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge sur la période de 2005 à 2019.

La HAS a estimé qu'environ 10% des femmes de 50 à 74 ans réalisent une mammographie via un dépistage individuel, selon d'autres études cette proportion peut monter jusqu'à 20%. (23)  
(24)

b) *Col de l'utérus*

Malgré la sensibilisation des médecins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez leur patiente, le taux de dépistage n'est pas suffisant en France.

Les taux de participation sont également publiés par Santé publique France.

Entre 2016 et 2018, 59,5% des femmes de 25 à 65 ans ont été dépistées. (25)

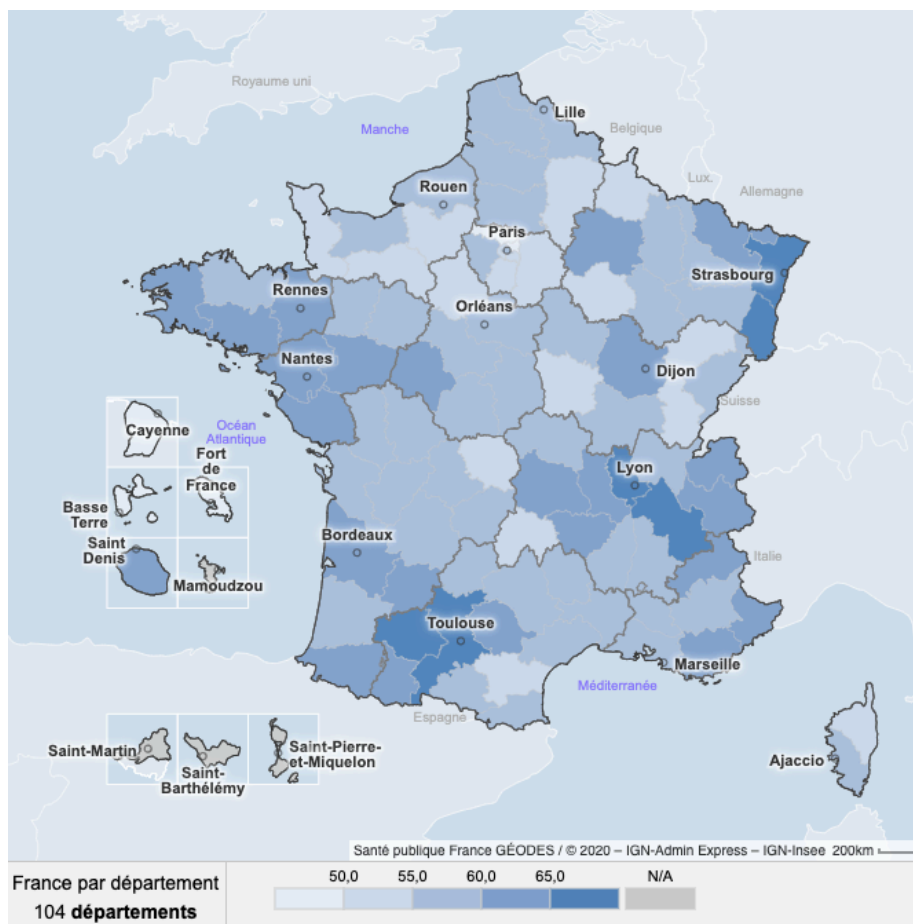
Les derniers chiffres pour les années 2017 à 2019 sont en légère diminution avec un taux de couverture de 58,2%. (26)

L'hypothèse principale de cette baisse est l'effet du premier confinement lié à l'épidémie de COVID-19. En effet, la couverture du dépistage triennale est calculée sur une période de trois ans à laquelle s'ajoutent six mois afin de pouvoir intégrer l'effet du système d'invitation (donc du 01/01/2017 au 30/06/2020). Toutefois, cet impact potentiel reste à confirmer.

De plus, les différences de couverture par âge et par territoire géographique constatées se confirment. La couverture diminue de manière importante avec l'âge à partir de 50 ans, pour chuter à 43,9% chez les femmes entre 60 et 65ans.

L'influence géographique est particulièrement marquée, avec une couverture particulièrement faible en Seine-Saint-Denis et dans les départements d'Outre-mer à l'exception de la Réunion.

La couverture est la plus importante dans les départements où le dépistage est organisé depuis 20 à 30 ans comme en Haute Garonne, dans le Rhône, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, dans lesquels la couverture dépasse 65% (voir figure 2).



**Figure 2:** Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l’utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans entre 2017 et 2019 (%)

3. Freins connus au dépistage

a) Sein

Une étude menée dans 13 départements français comportait un volet portant sur les attitudes et les représentations des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

Il apparaissait que le fait d’y être invité sans passer par son médecin généraliste était un frein à la participation au dépistage organisé. Pour ces femmes, bénéficier d’un dépistage individuel apparaissait comme un suivi plus personnalisé. Elles avaient confiance en leur généraliste ou gynécologue et appréciaient en parler au cours d’une consultation.

Certaines femmes de l’étude ne connaissaient pas le dépistage organisé et ses spécificités. Toutefois, elles avaient déjà bénéficié d’une mammographie avant 50 ans dans le cadre d’un

dépistage individuel. De fait elles consultaient toujours un médecin afin de bénéficier d'une ordonnance par habitude.

Les autres freins qui ressortaient de cette étude étaient la crainte du résultat, la peur de la douleur lors de l'examen et la peur des irradiations. (27)

L'étude FADO-sein (Facteur d'Adhésion au Dépistage Organisé du Sein) de 2007, montrait que les facteurs de participation des femmes au dépistage du cancer du sein étaient surtout liés au suivi médical et à l'accès aux soins. Les femmes bénéficiant d'un suivi médical régulier ou issues d'un niveau sociodémographique plus élevé étaient plus fréquemment dépistées.

Mais ces patientes avaient plus souvent recours au dépistage individuel.

Enfin, les raisons qui ressortaient de la non-participation au dépistage organisé étaient des raisons personnelles comme le manque de temps, le fait de ne pas se sentir concernée ou encore de refuser l'examen gynécologique. (24)

#### *b) Col de l'utérus*

Une thèse française a montré qu'il existait de nombreux freins à la réalisation du dépistage du cancer du col.

Ainsi, le prélèvement en lui-même pouvait être problématique notamment à cause de l'appréhension de la douleur qu'il pouvait provoquer, ou de l'examen gynécologique nécessaire qu'il induisait.

Certaines femmes évoquaient des freins plus personnels à savoir le manque de moyens financiers, le manque de temps, la procrastination, le manque de motivation à s'occuper de leur santé, ou même la barrière linguistique.

Toutefois, le frein principal restait la méconnaissance globale sur le col de l'utérus, ses pathologies, le cancer et l'HPV. (28)

### C. Dépistage en milieu carcéral

#### 1. Définitions des statuts juridiques

Une personne est dite « écrouée » quand elle a fait l'objet d'une mise en écrou. L'écrou est un acte par lequel est établi la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes

placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté. La personne écrouée peut être hébergée dans un établissement pénitentiaire ou non.

Une personne est détenue lorsqu'elle fait l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire.

Donc, les personnes placées sous surveillance électronique ou placées à l'extérieur sans hébergement ne sont pas détenues.

Toute personne coupable, d'un délit ou d'un crime, est déclarée condamnée. Une personne condamnée peut être détenue ou non, selon les modalités d'aménagement ou d'exécution de sa peine.

Juridiquement, est considérée prévenue toute personne poursuivie en attente d'un jugement ou n'ayant pas encore été définitivement condamnée.

Une troisième catégorie reste à définir, à savoir, les personnes condamnées-prévenues, c'est-à-dire condamnées dans une ou plusieurs affaires et en même temps prévenues dans une ou plusieurs autres affaires. (29)

## 2. Milieu carcéral

En France, il existe différents types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories de condamnation.

Les 188 établissements français sont classés en deux grandes catégories :

- Les maisons d'arrêt (MA),
- Les établissements pour peine.

Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire, c'est-à-dire qui n'ont pas encore été jugées et les personnes condamnées pour des peines de moins de deux ans.

Les établissements pour peine sont encore différenciés en :

- Maisons centrales. Elles accueillent les condamnés à de longues peines, les multirécidivistes, les personnes réputées dangereuses ou celles pour lesquelles le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable.
- Centres de détention. Ils accueillent des personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent des perspectives de réinsertion sociale.
- Centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées qui reçoivent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur. (30)

A noter, que les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers avec des régimes de détention différents.

En France, parmi les 188 établissements pénitentiaires, 70 disposent d'un quartier spécifique accueillant des femmes détenues (44 maisons d'arrêt, 13 établissements pour peine, trois établissements pour mineures et dix centres de semi-liberté).

Seul un établissement est entièrement dédié aux femmes : le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes (annexe 4). (31)

### 3. Organisation de la santé en milieu carcéral

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Ainsi, depuis cette loi, c'est le ministère des Solidarités et de la Santé qui a la responsabilité d'assurer cette prise en charge.

Les principaux objectifs peuvent se présenter comme suit :

- Les personnes placées sous main de justice doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale,
- Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral,
- La prévention et les soins débutés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé.

Les établissements pénitentiaires ont ainsi dû créer des Unités Sanitaires en Milieux Pénitentiaires (USMP) à la place des anciennes « unités médicales ».

Lors de son arrivée en détention, la personne incarcérée bénéficie d'une consultation appelée « *consultation arrivant* » dans les plus brefs délais. (32)

Les objectifs de cette visite sont multiples :

- Assurer la continuité des soins en cas de traitement antérieur,
- Déceler toute affection contagieuse ou évolutive nécessitant des mesures d'isolement ou des soins urgents,
- Identifier les personnes présentant une addiction en vue de proposer des mesures thérapeutiques de substitution,
- Repérer un éventuel risque suicidaire,
- Proposer un dépistage bucco-dentaire.

Cette visite d'entrée est également un moment privilégié pour pratiquer un véritable bilan de santé : contrôler la mise à jour du calendrier vaccinal, proposer une consultation spécialisée surtout si des troubles psychiatriques, des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie sont décelés.

Cependant, le choc carcéral rend la visite médicale d'entrée complexe.

Dans les suites, la personne peut consulter un médecin à sa demande, ou à l'initiative des soignants.

En cas de nécessité d'hospitalisation d'une personne détenue, ont été créées des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). Elles sont présentes dans huit établissements hospitaliers définis par arrêté (annexe 5). (33)(34)(35)

De plus, grâce à cette loi, chaque personne qui entre en détention bénéficie d'une affiliation au régime général de sécurité sociale à compter de sa date d'incarcération.

Ce régime général leur ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, à savoir le remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de

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

Enfin, les personnes écrouées peuvent cotiser à une complémentaire santé afin de couvrir les frais d'optique ou de prothèse dentaire notamment. (36) (37)

#### 4. Résultats connus

Peu de travaux ont étudié la santé des femmes incarcérées et donc le dépistage des cancers gynécologiques.

Une étude Américaine de 2010, a montré que les femmes incarcérées présentaient un risque accru de cancer, probablement lié à une prévalence élevée de cancer du col de l'utérus. (38)

Dans les suites, une étude nationale pilotée par la Direction Générale de la Santé (DGS) s'est intéressée au dépistage des cancers gynécologiques en milieu carcéral.

Quarante-six unités sanitaires françaises recevant des femmes en 2011 ont donc été contactées.

Les freins au dépistage de manière générale étaient le turn-over important en maison d'arrêt limitant l'organisation du dépistage ou le fait que le médecin puisse être un homme pour un examen gynécologique.

Les freins spécifiques pour le dépistage du cancer du sein qui ressortaient de cette étude étaient la nécessité d'une extraction médicale avec entraves et surtout les délais de rendez-vous particulièrement longs.

Quant aux freins pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, il s'agissait principalement du manque de disponibilité des gynécologues, avec même certains centres pénitentiaires qui n'avaient pas de gynécologues et dont les médecins généralistes ne réalisaient pas de tests de dépistage (Test HPV ou FCU). (39)

Cependant, l'accès aux soins des femmes en détention fait partie des priorités réaffirmées par les institutions. La « feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 » publiées par le Ministère de la Justice et le Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit une action centrée sur les femmes.



Ainsi, l'action 20 projette de garantir aux femmes détenues un accès continu aux soins et notamment d'améliorer l'accès à une offre de soins gynécologiques en détention. (40)

### III. Matériel et méthode

#### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et analytique. Cette étude est multicentrique afin de comparer les données de différents centres, avec un recueil anonyme et rétrospectif.

#### B. Population

Les patientes éligibles étaient les femmes incarcérées arrivantes entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020 sur le centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille, sur la maison d'arrêt de Nice, sur le centre de détention de Joux la Ville et sur la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en banlieue parisienne.

##### 1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Un âge compris entre 25 ans et 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un âge compris entre 50 ans et 74 ans pour le dépistage du cancer du sein,
- Les femmes avec une durée d'incarcération supérieure à trois mois.

##### 2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes avec un antécédent de cancer du col ou du sein,
- Les femmes avec un antécédent d'hystérectomie, de conisation ou de mastectomie,
- Les femmes classées à risque élevé ou très élevé pour le cancer du sein,
- Les dossiers manquants ou en double.

## C. Recueil de données

Le recueil des données a été débuté par choix à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019 car il s'agit de la date à partir de laquelle les conditions du dépistage pour le cancer du col de l'utérus ont été modifiées par la HAS.

Les établissements ont été sélectionnés en fonction des réponses des différents chefs de service. Ceux-ci ont été contactés par mail entre décembre 2020 et février 2021, avec explications du projet de thèse.

Ainsi sur onze prisons contactées, six ont répondu et donné leur accord pour l'étude. Les démarches administratives n'ont pas été possibles dans deux prisons.

Nous avons recueilli sur place les informations relatives au dépistage des cancers féminins, mentionnées lors de la consultation « arrivante » des femmes incarcérées entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020, qui étaient restés en détention au moins trois mois. Puis selon l'objectif de l'étude nous avons regardé si le statut du dépistage avait été mis à jour au cours de l'incarcération.

## D. Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sous forme de base de données anonymes avec le logiciel Excel® et l'analyse des données a été faite avec l'aide d'un membre de l'équipe du service d'Épidémiologie et d'Économie de la Santé de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Le plan d'analyse a comporté deux étapes :

- Une étude descriptive des données recueillies,
- Une étude analytique des données recueillies.

La description de l'échantillon a été faite selon les statistiques usuelles :

- Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes avec écart type.
- Les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour l'analyse statistique des données qualitatives lorsque les conditions étaient réunies et le test exact de Fischer lorsque les conditions ne l'étaient pas. Une valeur inférieure à 0,05 pour la probabilité p a été considérée comme statistiquement significative.

#### E. Considérations éthiques et réglementaires

Conformément au nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous avons fait une déclaration sur le portail d'accès aux données de santé de l'AP-HM en tant qu'étude sur données anonymes.

Ainsi, nous avons été autorisés à effectuer le recueil des données de façon anonyme.

#### F. Variables étudiées

##### 1. Variables relatives à l'établissement pénitentiaire

L'établissement pénitentiaire a été décrit selon la ville où il se situait et selon son type (maison d'arrêt, centre de détention, centre pénitentiaire).

##### 2. Variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patientes

Pour caractériser les patientes d'un point de vue sociodémographique ont été recueillis : l'âge, la nationalité, le niveau d'étude, le statut familial, le nombre d'enfants, et l'activité professionnelle.

##### 3. Variables relatives aux caractéristiques médicales des patientes

Les données médicales qui ont été recueillies sont : les addictions, à savoir la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues, les antécédents de suivi psychiatrique, de maladie chronique, la contraception, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et le suivi par un médecin traitant à l'extérieur.

#### 4. Variables relatives aux caractéristiques pénales des patientes

D'un point de vue pénal, les données recueillies étaient le statut pénal, le mode d'entrée dans le centre pénitentiaire d'intérêt (de l'extérieur ou via un transfèrement d'un autre établissement pénitentiaire) et le nombre d'incarcérations antérieures.

#### 5. Variables relatives aux dépistages des cancers féminins

Pour les deux dépistages, le statut des femmes à l'arrivée en détention a été recueilli comme suit : à jour, non à jour, non concernée, non renseigné, exclue.

Les patientes considérées à jour pour le dépistage du cancer du sein étaient les femmes entre 50 et 74 ans, ayant eu une mammographie dans les deux années précédentes.

Les patientes considérées à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus étaient :

- Pour les patientes entre 25 et 30 ans, celles ayant bénéficié d'un FCU dans les trois années précédentes.

Nous n'avons pas pu vérifier si les femmes avaient initialement bénéficié de deux FCU normaux à un an d'intervalle.

- Pour les patientes entre 30 et 65 ans, celles ayant bénéficié d'un test HPV dans les trois ans après le dernier FCU, ou les patientes de plus de 30 ans ayant bénéficié d'office d'un test HPV dans les cinq années précédentes.

Les patientes classées « non concernées » pour l'un ou l'autre des deux dépistages étaient les femmes non concernées sur des critères d'âge (patientes entre 65 et 74 ans pour le dépistage du cancer du col ou les patientes de moins de 50 ans pour le dépistage du cancer du sein).

Le statut « exclue » a été retrouvé dans les cas où la patiente présentait des critères d'exclusion pour l'un des deux dépistages (mastectomie ou conisation par exemple).

Il nous a semblé également intéressant de savoir si l'information concernant le statut des dépistages avait été demandé par le médecin généraliste lors de la consultation arrivante.

## 6. Variables relatives à la mise à jour des dépistages

Concernant la mise à jour du dépistage, nous avons recherché dans les dossiers médicaux si le statut avait changé durant l'incarcération.

Les patientes à jour n'ont pas été concernées par ce rattrapage.

Pour les patientes non à jour, il a été précisé si le statut avait changé : Oui, Non, Refus.

## G. Indicateur principal

L'indicateur principal de cette étude est le taux de mise à jour des deux dépistages durant l'incarcération.

## IV. Résultats

### A. Population incluse dans l'étude

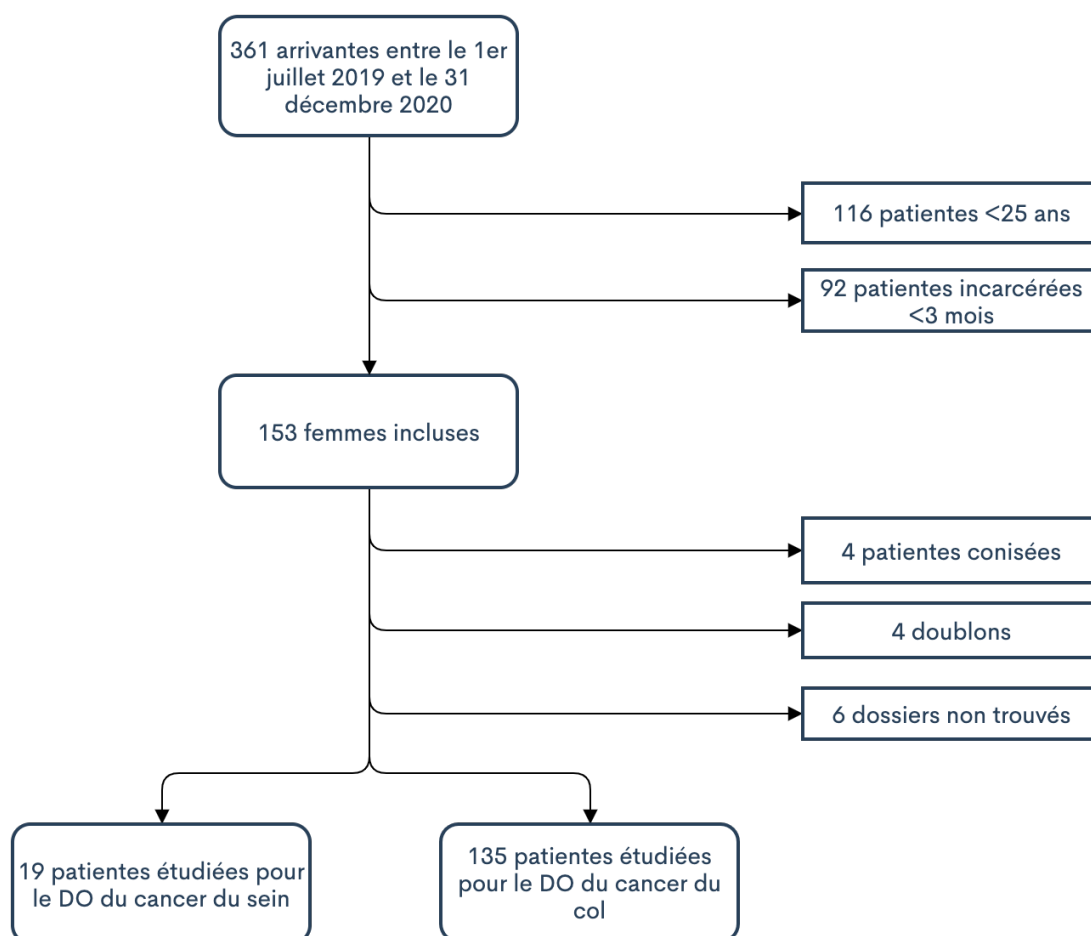
#### 1. Centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille

Sur le centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille, 361 patientes sont entrées en détention entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020.

Parmi ces patientes, 116 avaient moins de 25 ans et 92 sont restées moins de trois mois en détention, soit un total de 153 femmes qui remplissaient les critères d'inclusion.

Par la suite, 14 femmes ont été exclues : quatre patientes conisées, quatre dossiers en double et six dossiers non trouvés.

Au total, 19 patientes ont été étudiées pour le dépistage du cancer du sein et 135 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 3).



**Figure 3:** Diagramme de flux du centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille

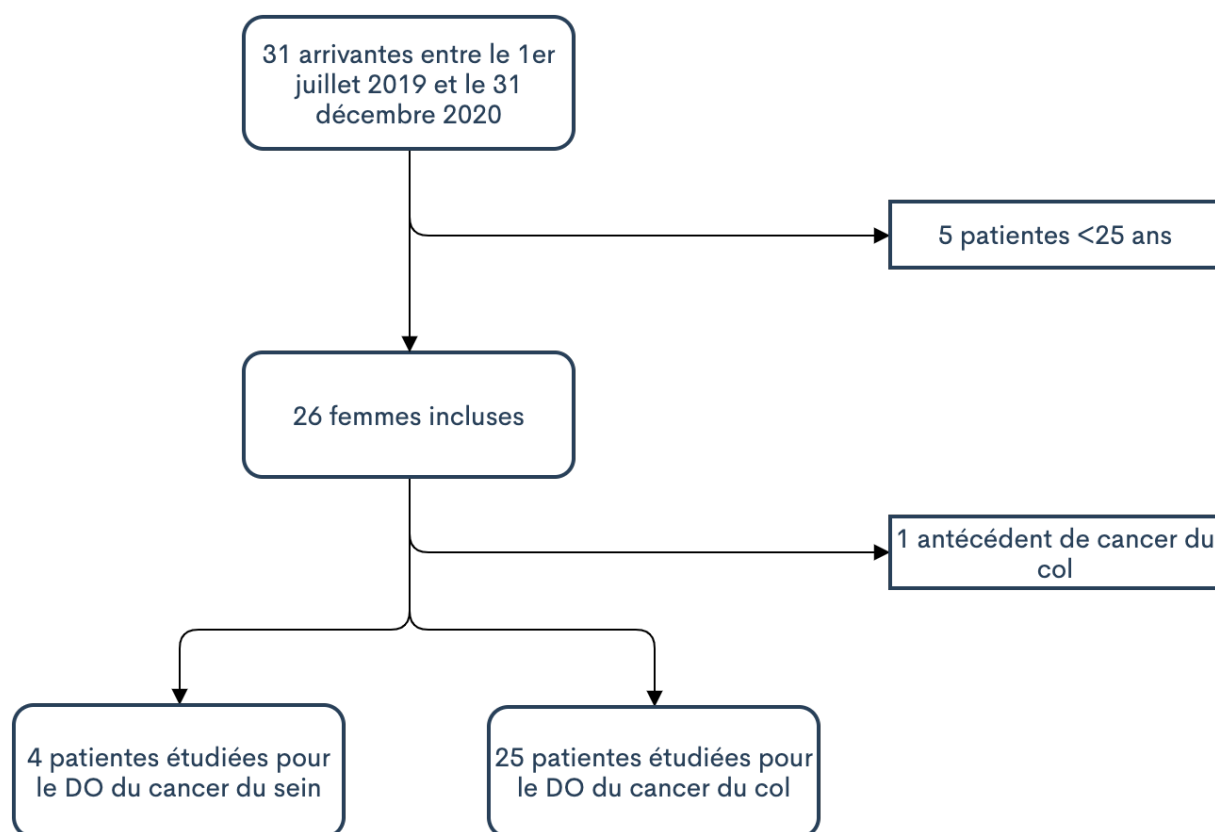
## 2. Centre de détention de Joux la Ville

Sur le centre de détention de Joux-la-Ville, 31 patientes sont entrées en détention entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020.

Parmi elles, cinq avaient moins de 25 ans. En revanche, s'agissant d'un centre de détention, toutes sont restées incarcéré au moins trois mois.

Une seule patiente a été exclue devant un antécédent de cancer du col sans précision sur la thérapeutique employée.

Au total, quatre patientes ont été étudiées pour le dépistage du cancer du sein et 25 pour le dépistage du cancer du col (Figure 4).



**Figure 4:** *Diagramme de flux du centre de détention de Joux la Ville*

## 3. Maison d'arrêt de Nice

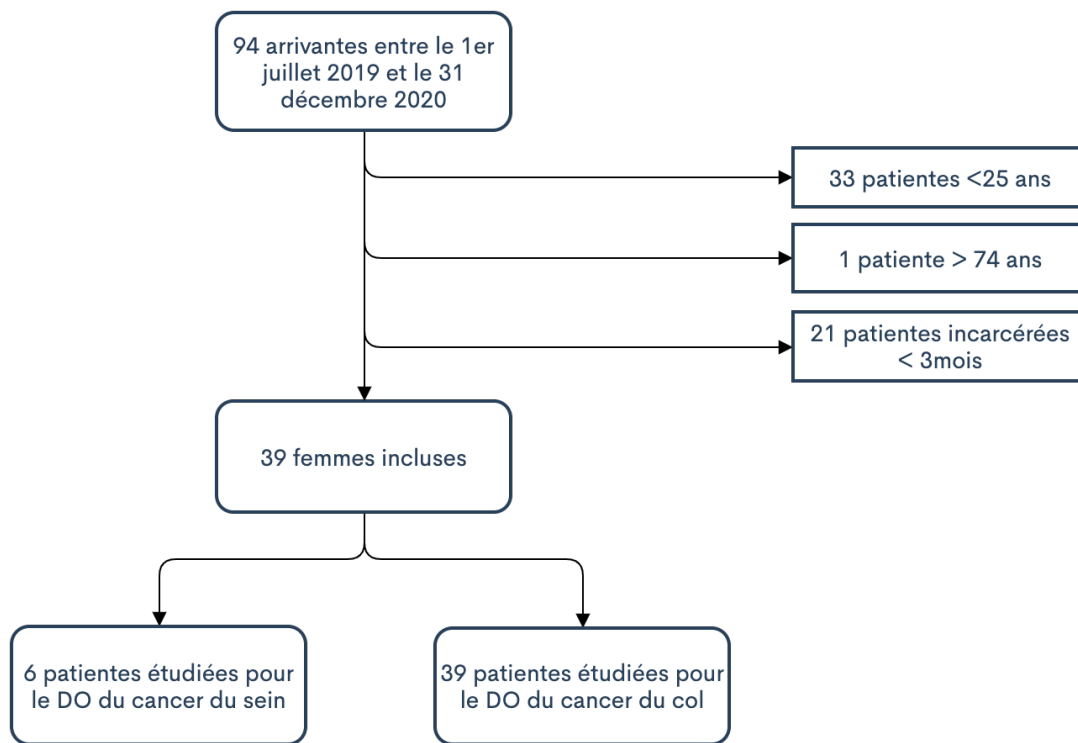
Sur la maison d'arrêt de Nice, 94 patientes sont entrées en détention entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020.



Parmi elles, 33 avaient moins de 25 ans, 1 patiente avait plus de 74 ans et 21 n'étaient pas restées trois mois en détention, soit un total de 39 femmes incluses.

Aucune n'a présenté de critère d'exclusion.

Ainsi, six patientes ont été étudiées pour le dépistage du cancer du sein, et 39 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 5).



**Figure 5:** *Diagramme de flux de la maison d'arrêt de Nice*

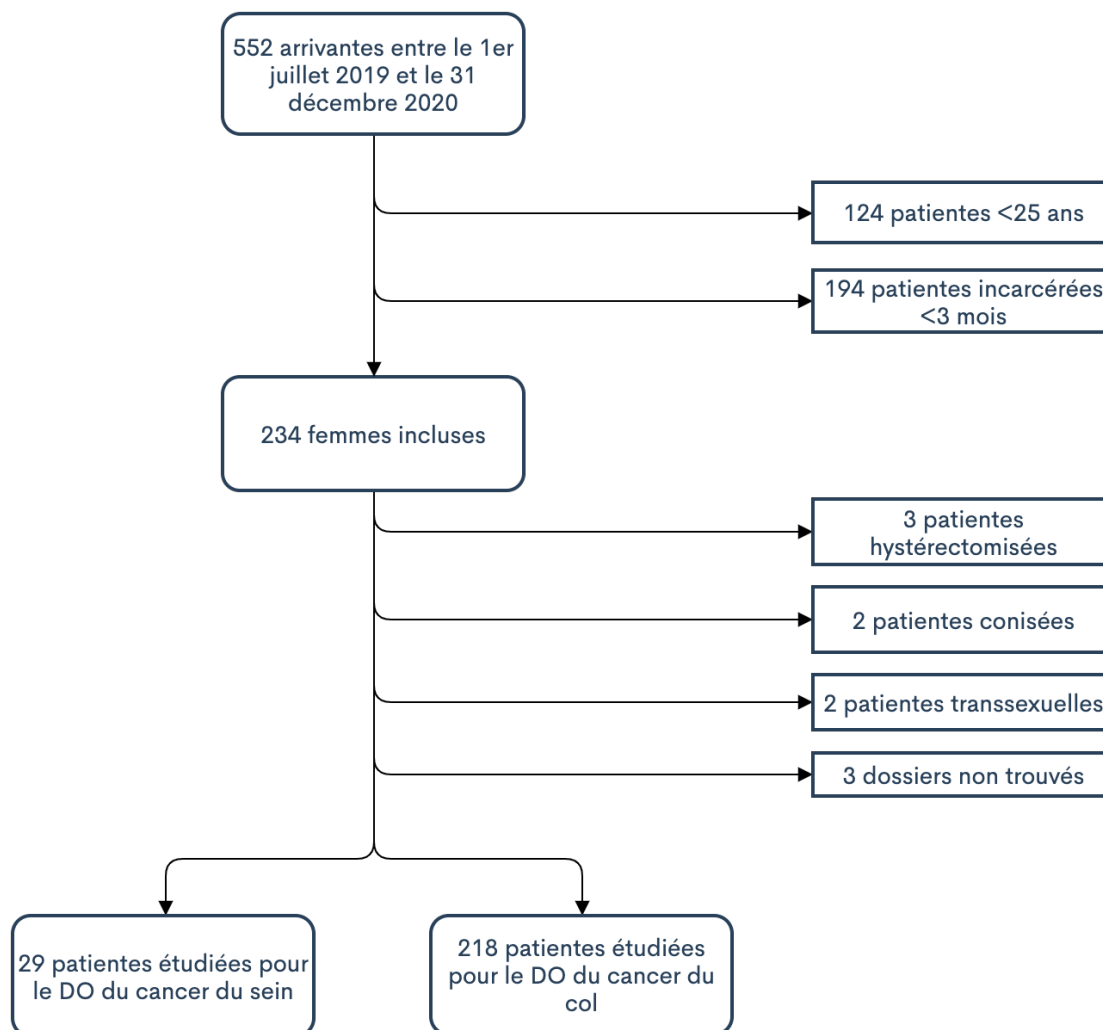
#### 4. Maison d'arrêt de Fleury Mérogis

Sur la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, 552 patientes sont entrées en détention sur la période d'étude.

Parmi ces patientes, 124 avaient moins de 25 ans et 194 avaient été incarcérées moins de trois mois, pour un total de 234 femmes qui remplissaient les critères d'inclusion.

Dans les suites, dix patientes ont été exclues : trois avaient subi une hystérectomie, deux étaient considérées, deux patientes étaient transsexuelles, et trois dossiers n'ont pas été trouvés.

Au total, 29 patientes ont été étudiées pour le dépistage du cancer du sein et 218 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 6).



**Figure 6:** *Diagramme de flux de la maison d'arrêt de Fleury Mériogis*

## 5. Population totale

Au total, sur les quatre établissements pénitentiaires, 58 patientes ont été étudiées pour le dépistage du cancer du sein et 417 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (diagramme de flux global en annexe 6).

## B. Caractéristiques de la population

L'effectif total de la population étudiée, sans distinction d'âge pour les dépistages, est de 427 femmes (224 à Fleury Mériogis, 139 sur Marseille, 39 à Nice et 25 à Joux la Ville).

Nous avons choisi de détailler les caractéristiques de la population en fonction de l'établissement pénitentiaire d'origine et en fonction de l'effectif total pour lequel les informations étaient renseignées dans les dossiers.

Le tableau récapitulant les caractéristiques de la population totale est disponible en annexe (annexe 8).

Les variables sont donc présentées sans les données manquantes, mais celles-ci seront précisées.

## 1. Age

L'âge moyen des patientes de notre étude est de 37,9 ans ( $\pm 10,3$  ans) avec un âge médian de 36 ans. Le tableau 2 montre la répartition de l'âge des patientes selon l'établissement pénitentiaire et celui de la population totale. Il permet de voir que la moyenne d'âge est comparable dans les différents établissements pénitentiaires.

**Tableau 2: Répartition de l'âge des patientes selon l'établissement pénitentiaire**

Age (années)	Établissement pénitentiaire d'origine				Total n (%)
	Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury-Mérogis n (%)	
[25-30[	34 (24,5%)	5 (20%)	7 (17,9%)	60 (26,8%)	106 (24,8%)
[30-50[	83 (59,7%)	16 (64%)	26 (66,7%)	136 (60,7%)	261 (61,1%)
[50-65[	19 (13,7%)	4 (16%)	6 (15,4%)	23 (10,3%)	52 (12,2%)
$\geq 65$	3 (2,2%)	0	0	5 (2,2%)	8 (1,9%)
<b>Moyenne d'âge (<math>\pm</math> écart-type)</b>	38,6 ( $\pm 11$ )	38,7 ( $\pm 9,6$ )	38,3 ( $\pm 9,3$ )	37,3 ( $\pm 10,1$ )	37,9 ( $\pm 10,3$ )
<b>Médiane</b>	36	38	37	35	36

## 2. Données sociodémographiques

### a) Nationalité

Les patientes incarcérées étaient françaises dans la majorité des cas (50,6% de l'effectif total pour lequel nous avons l'information). Le deuxième groupe le plus représenté était celui des patientes d'Europe de l'Est (14,6%).

Le tableau 3 montre la répartition des patientes selon la nationalité pour chaque centre et de l'effectif total.

Les données étaient manquantes dans 22 dossiers soit 5,2% de la population totale.

**Tableau 3: Répartition des patientes selon leur nationalité**

	Établissement pénitentiaire d'origine				<b>Total n (%)</b>
	Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury-Mérogis n (%)	
<b>Afrique</b>	10 (8,2%)	2 (8,7%)	3 (7,7%)	44 (19,9%)	59 (14,6%)
<b>Amérique</b>	2 (1,6%)	2 (8,7%)	4 (10,3%)	38 (17,2%)	46 (11,3%)
<b>Asie</b>	1 (0,8%)	1 (4,3%)	0	10 (4,5%)	12 (3%)
<b>Europe de l'Est</b>	16 (13,1%)	2 (8,7%)	9 (23,1%)	33 (14,9%)	60 (14,8%)
<b>France</b>	87 (71,3%)	16 (69,6%)	18 (46,2%)	84 (38%)	205 (50,6%)
<b>Reste de l'Europe</b>	6 (4,9%)	0	5 (12,8%)	12 (5,4%)	23 (5,7%)
<b>Total</b>	122	23	39	221	405 (100%)

*b) Situation familiale*

Les patientes étaient célibataires dans 49,4% des cas, mariées dans 18,7% et en concubinage dans 18,3% des cas. Nous avons récolté très peu de données sur la maison d'arrêt de Nice pour cette variable (voir tableau 4).

La situation familiale n'était pas précisée dans 170 dossiers (39,8% de la population totale).

**Tableau 4: Répartition des patientes selon leur situation familiale**

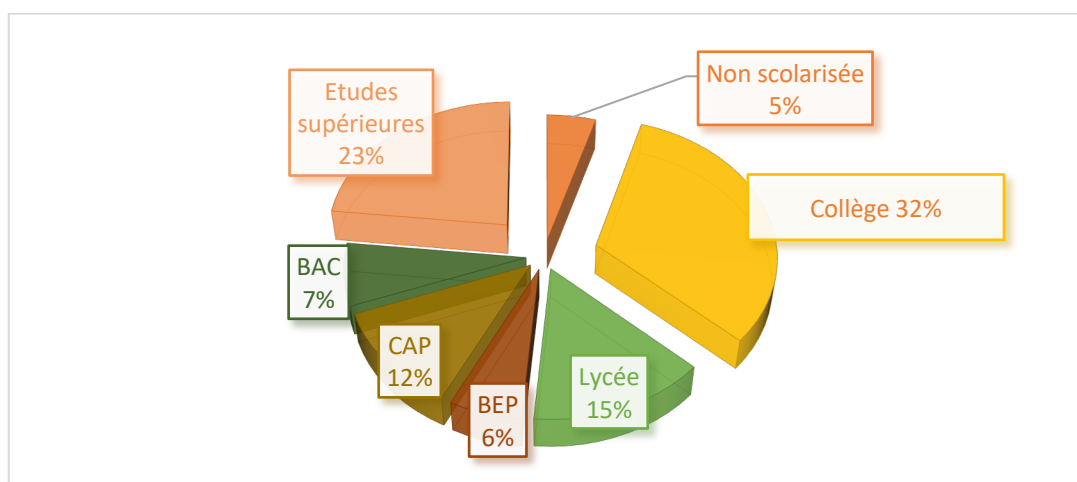
	Établissement pénitentiaire d'origine				<b>Total n (%)</b>
	Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury-Mérogis n (%)	
<b>Célibataire</b>	7 (41,2%)	13 (65%)	0	107 (48,9%)	127 (49,4%)
<b>Concubinage</b>	1 (5,9%)	2 (10%)	0	44 (20,1%)	47 (18,3%)
<b>Divorcée</b>	4 (23,5%)	2 (10%)	1 (100%)	20 (9,1%)	27 (10,5%)
<b>Mariée</b>	5 (29,4%)	3 (15%)	0	40 (18,3%)	48 (18,7%)
<b>Veuve</b>	0	0	0	8 (3,7%)	8 (3,1%)
<b>Total</b>	17	20	1	219	257 (100%)

c) Niveau d'étude

Environ un tiers (32%) des patientes a déclaré avoir un niveau collège à l'arrivée en détention, 23% avaient fait des études supérieures, et 15% avaient un niveau lycée.

Le niveau d'étude des patientes n'était pas renseigné dans 277 dossiers, pour un total de 64,9% de données manquantes.

Les données disponibles sont présentées dans la figure 7 pour un effectif total de 150 patientes.



**Figure 7: Répartition du niveau d'étude de l'effectif total (N=150)**

d) Activité professionnelle

La moitié des femmes incarcérées (52%) avaient une activité professionnelle avant leur incarcération (tableau 5), toutefois les données manquantes sont importantes avec une différence marquée selon l'établissement pénitentiaire (tableau 5).

**Tableau 5: Répartition des patientes selon l'activité professionnelle**

<b>Établissement pénitentiaire d'origine</b>					
	Baumettes (n)	Joux la Ville (n)	Nice (n)	Fleury-Mérogis (n)	<b>Total n (%)</b>
<b>Activité professionnelle</b>	7	11	1	100	119 (52%)
<b>Pas d'activité professionnelle</b>	6	6	0	98	110 (48%)
<b>Total</b>	13	17	1	198	229 (100%)

e) *Nombre d'enfants*

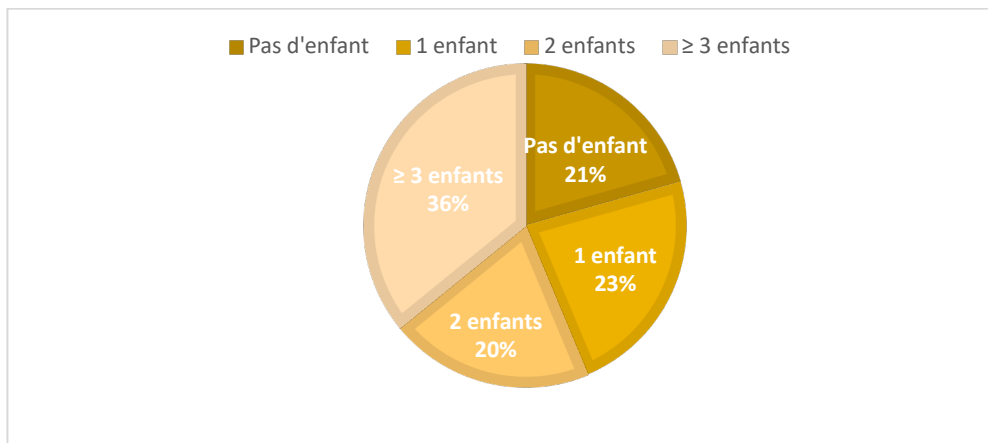
Enfin, il nous a paru intéressant de connaître le nombre d'enfant par femme. Le nombre moyen est de 2,2 ( $\pm 2,1$ ) avec des extrêmes allant de 0 à 12. La médiane est de 2.

Le tableau 6 montre la répartition par centre et la figure 8 les données de la population totale.

Ainsi, la majorité des femmes en détention avaient plus de trois enfants.

**Tableau 6: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants**

<b>Établissement pénitentiaire d'origine</b>					
	Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury-Mérogis n (%)	<b>Total n (%)</b>
<b>Pas d'enfant</b>	33 (25,6%)	4 (16,7%)	5 (16,1%)	42 (18,8%)	84 (20,6%)
<b>1 enfant</b>	34 (26,4%)	7 (29,2%)	7 (22,6%)	46 (20,6%)	94 (23,1%)
<b>2 enfants</b>	19 (14,7%)	5 (20,8%)	7 (22,6)	52 (23,3%)	83 (20,4%)
<b>≥ 3 enfants</b>	43 (33,3%)	8 (33,3%)	12 (38,7%)	83 (37,2%)	146 (35,9%)
<b>Total</b>	129	24	31	223	407(100%)



**Figure 8: Répartition du nombre d'enfants de l'effectif total (N=407)**

### 3. Addictions

Les addictions semblaient des critères de choix pour décrire une population carcérale.

Les critères de définition n'ont pu être vérifiés, ainsi que les quantités ou les fréquences de consommation.

Les patientes présentaient une consommation tabagique importante. En effet, 59,6% sont déclarées fumeuses, avec une proportion de fumeuses plus importante sur le centre de détention de Joux la Ville où elles sont 75%.

Pour ce qui est de l'alcool, notre étude retrouve que 18,7% des patientes avaient une addiction à l'alcool. Les chiffres de Joux la Ville, sont là encore supérieurs avec quasiment une patiente sur deux dépendante (41,7%).

Ensuite, la consommation de cannabis était retrouvée chez 10,5% des patientes de l'effectif total mais les disparités par centre sont importantes. La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis est le centre qui comptabilisait le moins d'addiction au cannabis avec seulement 6,8% de patientes consommatrices.

Enfin, les autres drogues (cocaïne, héroïne, crack...) étaient consommées par 11,2% de l'effectif total. Là encore les différences entre chaque établissement sont importantes avec des proportions allant de 8,6% à 25%.

Le tableau 7 résume ces consommations selon les établissements.

**Tableau 7: Répartition des patientes par établissement selon leurs addictions**

		Établissement pénitentiaire d'origine				Total n (%)
		Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury- Mérogis n (%)	
<b>Tabac</b>	Oui	85 (66,9%)	18 (75%)	26 (68,4%)	116 (52,3%)	245 (59,6%)
	Non	42 (33,1%)	6 (25%)	12 (31,6%)	106 (47,7%)	166 (40,4%)
	Total	127	24	38	222	411 (100%)
<b>Alcool</b>	Oui	21 (16,4%)	10 (41,7%)	7 (18,4%)	39 (17,6%)	77 (18,7%)
	Non	107 (83,6%)	14 (58,3%)	31 (81,6%)	183 (82,2%)	335 (81,3%)
	Total	128	24	38	222	412 (100%)
<b>Cannabis</b>	Oui	16 (12,6%)	5 (20,8%)	7 (18,4%)	15 (6,8%)	43 (10,5%)
	Non	111 (87,4%)	19 (79,2%)	31 (81,6%)	207 (93,2%)	368 (89,5%)
	Total	127	24	38	222	411 (100%)
<b>Autres drogues</b>	Oui	16 (12,5%)	6 (25%)	5 (13,2%)	19 (8,6%)	46 (11,2%)
	Non	112 (87,5%)	18 (75%)	33 (86,8%)	203 (91,4%)	366 (88,8%)
	Total	128	24	38	222	412 (100%)

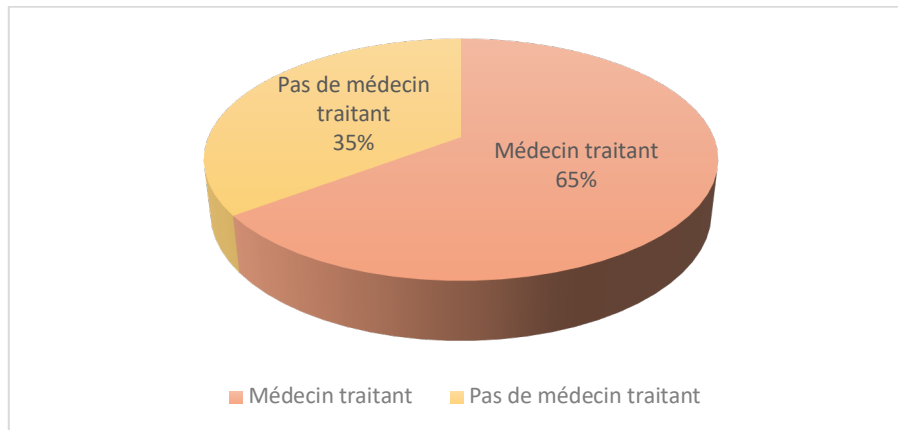
#### 4. Données médicales

##### a) Suivi par un médecin traitant à l'extérieur

Malgré le peu de réponses, la majorité des patientes déclaraient avoir un médecin traitant à l'extérieur (figure 9).

L'information était manquante dans 319 dossiers soit 74,7% des cas, ramenant l'effectif à 108.





**Figure 9:** Répartition de l'effectif total en fonction du suivi par un médecin traitant (N=108)

b) Antécédents médicaux

Les antécédents médicaux que nous avons recueillis étaient :

- La présence d'une maladie chronique,
- Le suivi psychiatrique antérieur à l'incarcération.

Nous avons défini la maladie chronique, selon les critères de l'OMS, comme une affection de longue durée, évoluant lentement, sans tendance à la guérison, et avons également considéré les patientes prenant un traitement au long cours.

Ainsi, 33,7% de la population étudiée souffrait d'une maladie chronique et 37,1% avait un suivi psychiatrique avant l'incarcération. Le tableau 8 résume ces données par centre.

**Tableau 8 :** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux d'intérêt

		Établissement pénitentiaire d'origine				Total n (%)
		Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury Mérogis n (%)	
<b>Maladie chronique</b>	Oui	55 (40,1%)	13 (54,2%)	13 (38,2%)	56 (26,5%)	137 (33,7%)
	Non	82 (59,9%)	11 (45,8%)	21 (61,8%)	155 (73,5%)	269 (66,3%)
	Total	137	24	34	213	406 (100%)
<b>Suivi psychiatrique</b>	Oui	70 (54,7%)	11 (47,8%)	15 (41,7%)	52 (24,5%)	148 (37,1%)
	Non	58 (45,3%)	12 (52,2%)	21 (58,3%)	160 (75,5%)	251 (62,9%)
	Total	128	23	36	212	399 (100%)

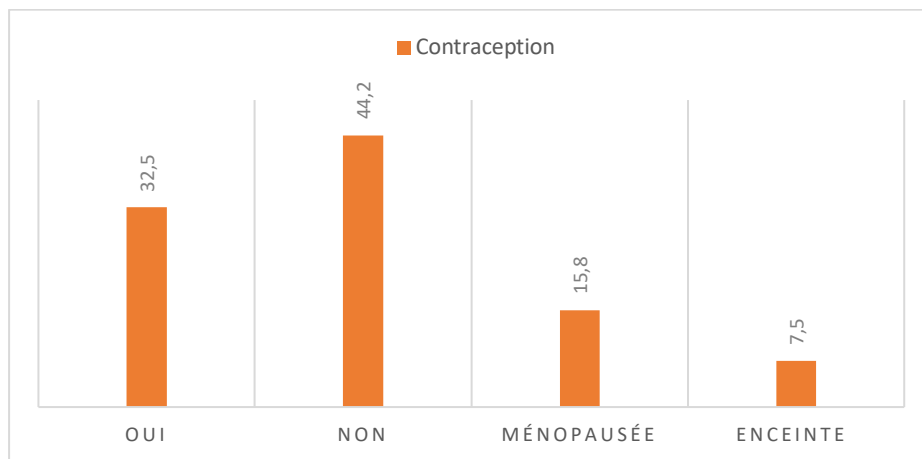
c) *Indice de masse corporel (IMC)*

L'IMC moyen des patientes de l'étude était de 25,3 kg/m<sup>2</sup> (± 2,1). La médiane était à 24.

d) *Contraception*

Enfin, nous nous sommes intéressés à la contraception des patientes incarcérées. Les patientes n'avaient pas de contraception dans la plupart des cas (44,2%).

A noter qu'il nous manquait l'information dans 135 dossiers. La figure 10 montre la répartition de la variable contraception.



**Figure 10:** Répartition de la variable contraception sur l'effectif total N=292

5. Données carcérales

Concernant les données carcérales de notre population :

- La majorité des patientes étaient condamnées, avec toutefois des spécificités selon les centres. En effet, le centre de détention de Joux la Ville ne reçoit que des condamnées au vu de son régime de détention.
- Le mode d'entrée principal était via le milieu ouvert avec également des spécificités selon les établissements. Effectivement, étant un centre de détention Joux la Ville ne reçoit que des patientes transférées d'autres prisons après condamnation. Quant à la maison d'arrêt de Nice ou de Fleury Mérogis, celles-ci reçoivent une majorité de patientes prévenues donc arrivantes du milieu ouvert.

- Enfin, pour la majorité des patientes il s'agissait d'une primo-incarcération (65,8%).

Le tableau 9 résume les données carcérales par centre.

**Tableau 9: Répartition des patientes selon leurs données carcérales**

		Établissement pénitentiaire d'origine				Total n (%)
		Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury- Mérogis n (%)	
<b>Statut judiciaire</b>	Condamnée	54 (57,4%)	25 (100%)	8 (20,5%)	115 (54,2%)	202 (54,6%)
	Prévenue	40 (42,6%)	0	31 (79,5%)	97 (45,8%)	168 (45,4%)
	Total	94	25	39	212	370 (100%)
<b>Mode d'entrée</b>	Extérieur	91 (72,2%)	0	38 (100%)	90 (81,8%)	219 (73,2%)
	Transfert	35 (27,8%)	25 (100%)	0	20 (18,2%)	80 (26,8%)
	Total	126	25	38	110	299 (100%)
<b>Passé carcéral</b>	Primo incarcération	51 (69,9%)	10 (45,5%)	1 (10%)	146 (69,2%)	208 (65,8%)
	2 <sup>ème</sup> incarcération	21 (28,8%)	7 (31,8%)	7 (70%)	59 (28%)	94 (29,7%)
	≥ 3 incarcérations	1 (1,4%)	5 (22,7%)	2 (20%)	6 (2,8%)	14 (4,4%)
	Total	73	22	10	211	316 (100%)

#### 6. Information sur les dépistages recueillie par le médecin à l'arrivée

Avant de s'intéresser au résultat même du dépistage, nous avons voulu savoir si l'information était demandée lors de l'interrogatoire à la consultation arrivante.

Dans 72,6% des cas, le statut du dépistage n'était pas demandé par le médecin généraliste lors de la consultation arrivante avec des disparités selon les centres (voir tableau 10).

**Tableau 10:** Information sur les dépistages recueillie par le médecin à l'arrivée

Établissement pénitentiaire d'origine						
		Baumettes n (%)	Joux la Ville n (%)	Nice n (%)	Fleury Mérogis n (%)	Total n (%)
Information dépistage recueilli par médecin à l'arrivée	Oui	58 (41,7%)	0	21 (53,8%)	38 (17%)	117 (24,4%)
	Non	81 (58,3%)	25 (100%)	18 (46,2%)	186 (83%)	310 (72,6%)
	Total	139	25	39	224	427 (100%)

7. Consultations en gynécologie des différents établissements pénitentiaires

Chaque établissement pénitentiaire ne disposait pas des mêmes temps de consultation de gynécologie.

Ainsi, sur le centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille, la gynécologue intervient une demi-journée tous les 15 jours, soit deux demi-journées par mois.

Sur le centre de détention de Joux-la-Ville, la gynécologue intervient une demi-journée par mois.

Sur la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, il y a deux demi-journées de consultation par semaine soit huit demi-journées par mois.

Enfin, sur la maison d'arrêt de Nice, il n'y a pas de gynécologue mais des sages-femmes une demi-journée par semaine, soit quatre demi-journées par mois.

8. Taux de couverture du dépistage du cancer du sein à l'arrivée en détention

La population carcérale étant jeune, seulement 58 patientes de notre effectif total de 427 étaient concernées par ce dépistage.

Devant un nombre important de données manquantes, nous avons décidé de considérer l'hypothèse la plus péjorative. Ainsi, les patientes pour qui l'information était manquante ont été considérées non à jour.

Seulement six patientes étaient à jour pour le dépistage du cancer du sein à l'arrivée en détention soit un taux de couverture de 10,3% (Intervalle de confiance à 95% (IC95) [-2,8 – 23,4]).

Le taux de couverture par centre avait peu d'intérêt au vu du très faible effectif pour chaque centre.

#### 9. Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'arrivée en détention

Sur les 427 patientes de l'étude, 417 étaient concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus (dix patientes avaient plus de 65 ans).

Devant environ un tiers de données non renseignées sur le statut du dépistage à l'arrivée, nous avons décidé de considérer l'hypothèse la plus péjorative : les patientes pour qui l'information était manquante ont été considérées non à jour.

A l'arrivée en détention, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du col des patientes entre 25 et 65 ans sur les quatre établissements pénitentiaires était de 88 patientes sur 417 soit 21,1 % (IC 95 [16,2 – 26]).

Les taux de couverture par centre sont présentés dans le tableau 11 avec leur intervalle de confiance à 95% (IC 95). Il nous permet de constater que les taux de couverture à l'arrivée en détention sont très différents selon les établissements pénitentiaires.

**Tableau 11: Taux de couverture du dépistage du cancer du col selon les centres à l'arrivée en détention**

	Établissement pénitentiaire d'origine			
	Baumettes (n =135)	Joux la Ville (n=25)	Nice (n=39)	Fleury-Mérogis (n=218)
<b>Taux de couverture dépistage cancer du col à l'arrivée en détention (%)</b>	34,1%	28 %	20,5 %	12,4%
	IC 95 [25,5- 42,7]	IC 95 [8 – 48]	IC 95 [4,5 – 36,5]	IC 95 [5,6 – 19,2]

C. Mise à jour du statut du dépistage en détention

1. Rattrapage du dépistage du cancer du sein

Concernant le rattrapage, nous l'avons calculé exclusivement sur les patientes non à jour à l'arrivée.

Nous avons un total de 52 patientes non à jour pour le dépistage du cancer du sein. Parmi elles, 6 ont bénéficiés d'une mammographie de dépistage lors de leur détention soit 11,5% (IC 95 [-2,3 – 25,4]).

Pendant, il est important de remarquer que 17,3% ont refusé l'examen (IC 95 [3,4 – 31,2]).

**Tableau 12: Rattrapage du dépistage du cancer du sein selon les centres**

	Établissement pénitentiaire d'origine			
	Baumettes (n=16)	Joux la Ville (n=4)	Nice (n=4)	Fleury-Mérogis (n=28)
<b>Rattrapage mammographie lors de la détention (%)</b>	2/16 soit 12,5%	0%	0%	4/28 soit 14,3%
	IC 95 [-12,5 – 37,5]			IC 95 [-4,6 – 33,2]
<b>Taux de refus (%)</b>	25%	25%	50%	7,1%
	IC 95 [0-50]	IC [-25 – 75]	IC 95 [0 – 100]	IC 95 [-11,8 – 26]

## 2. Rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus

De la même façon que pour le dépistage du cancer du sein, nous avons calculé le taux de rattrapage exclusivement sur les patientes non à jour à l'arrivée en détention soit sur 329 patientes.

Ainsi, sur les quatre établissements pénitentiaires le taux de rattrapage s'est élevé à 37,4% (IC 95 [31,8 – 42,9]) avec refus du test de dépistage dans 7,6% des cas (IC [2,1 - 13,1]).

Le tableau 13 détaille les taux de rattrapage selon les différents établissements et les taux de refus. Les taux de rattrapage varient selon les centres, ainsi à Joux la Ville, la moitié des patientes a bénéficié d'une mise à jour de son test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus contre 29% sur la maison d'arrêt de Nice.

**Tableau 13: Rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'établissement pénitentiaire**

	Établissement pénitentiaire d'origine			
	Baumettes (n=89)	Joux la Ville (n=18)	Nice (n=31)	Fleury-Mérogis (n=191)
<b>Taux de rattrapage dépistage du cancer du col lors de la détention (%)</b>	48,3% IC 95 [37,7 – 58,9]	50 % IC 95 [26,4 – 73,6]	29 % IC 95 [11 – 47]	32,5% IC 95 [25,2 – 39,6]
<b>Taux de refus au test (%)</b>	5,6% IC 95 [-4,9 – 16,2]	22,2% IC 95 [-1,3 – 45,8]	22,6% IC 95 [4,6 – 40,5]	4,7 % IC 95 [-2,5 – 11,9]

### D. Taux de couverture après rattrapage en détention

Cette étude avait pour but de savoir si la détention pouvait être un moment privilégié pour augmenter le taux de couverture pour les dépistages des cancers féminins chez ces patientes

vulnérables. Nous avons donc calculé le taux de couverture des deux dépistages après le passage en détention afin de la comparer à celui à l'arrivée et surtout à celui du milieu ouvert.

1. Taux de couverture après rattrapage pour le dépistage du cancer du sein

Ainsi, après un séjour en prison d'au moins trois mois, 12 patientes sur 58 étaient à jour soit un taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein qui s'élève à 20,7% (IC 95 [7,5 – 33,8]).

2. Taux de couverture après rattrapage pour le dépistage du cancer du col

Après un séjour en prison d'au moins trois mois, 211 patientes sur 417 étaient à jour pour le dépistage du cancer du col, soit un taux de couverture s'élevant à 50,6% (IC 95 [45,7- 55,5%]).

#### E. Facteurs influençant le rattrapage des dépistages en détention

1. Facteurs influençant le rattrapage du dépistage du cancer du sein

##### a) *Influence de l'établissement pénitentiaire sur le rattrapage*

Nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative quant à la mise à jour de la mammographie en fonction des centres (p= 0,99).

**Tableau 14: Rattrapage de la mammographie en fonction de l'établissement pénitentiaire**

	Mammographie durant la détention		Total (n)	P-Value
	Non fait ou refusée n (%)	Réalisée durant incarcération n (%)		
<b>Baumettes</b>	14 (87,5)	2 (12,5)	16	<b>0,999</b>
<b>Fleury-Mérogis</b>	24 (85,7)	4 (14,3)	28	
<b>Joux la Ville</b>	4 (100)	0	4	
<b>Nice</b>	4 (100)	0	4	
<b>Total</b>	46	6	52	



b) *Influence du statut judiciaire sur le rattrapage*

Le statut judiciaire n'a pas influencé de façon statistiquement significative la mise à jour de la mammographie (p=0,145).

**Tableau 15: Rattrapage de la mammographie en fonction du statut judiciaire**

	Mammographie durant la détention		Total (n)	P-Value
	Non fait ou refusée n (%)	Réalisée durant incarcération n (%)		
Condamnée	23 (82,1)	5 (17,9)	28	<b>0,145</b>
Prévenue	15 (100)	0	15	
Non renseigné (NR)*	8	1	9	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>6</b>	<b>52</b>	

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparaît dans un but de compréhension.

c) *Influence de l'interrogatoire à l'entrée sur le rattrapage*

Le fait que le médecin s'inquiète du statut à l'arrivée est ressorti comme facteur influençant la mise à jour de la mammographie (p= 0,029\*).

**Tableau 16: Rattrapage de la mammographie en fonction de l'interrogatoire à l'entrée**

		Mammographie durant la détention		Total	Odd Ratio (OR) [IC 95]	P Value
		Non fait ou refusée n (%)	Réalisée durant incarcération n (%)			
Informations sur dépistage recueillies par médecin à l'arrivée en détention	Non	37 (94,9)	2 (5,1)	39	7,8 [0,95 – 98]	<b>0,029*</b>
	Oui	9 (69,2)	4 (30,7)	13		
<b>Total</b>		<b>46</b>	<b>6</b>	<b>52</b>		

d) *Influence des antécédents médicaux sur le rattrapage*

Nous n'avons pas constaté de lien statistiquement significatif entre un antécédent de maladie chronique et la mise à jour de la mammographie (p=1).

Il n'existait également pas de lien statistiquement significatif entre un suivi psychiatrique antérieur et la mise à jour de la mammographie (p=0,656).

**Tableau 17: Rattrapage de la mammographie en fonction des antécédents des patientes**

		Mammographie durant la détention			Total	OR [IC 95]	P Value
		Non fait ou refusée n (%)	Réalisée durant incarcération n (%)				
<b>Maladie chronique</b>	Oui	23 (88,5)	3 (11,5)	26	1,04 [0,13– 8,66]	<b>1</b>	
	Non	22 (88)	3 (12)	25			
	NR*	1	0	1			
<b>Total</b>		46	6	52			
<b>Suivi psychiatrique antérieur</b>	Oui	15	3	18	0,54 [0,06 – 4,56]	<b>0,656</b>	
	Non	28	3	31			
	NR*	3	0	3			
<b>Total</b>		46	6	52			

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparait dans un but de compréhension.

e) *Influence du passé carcéral sur le rattrapage*

Le passé carcéral n'est pas ressorti comme facteur influençant la mise à jour de la mammographie (p= 1).

**Tableau 18: Rattrapage de la mammographie en fonction du passé carcéral**

Mammographie durant la détention					
	Non fait ou refusée n (%)	Réalisée durant incarcération n (%)	Total	OR [IC 95]	P Value
Primo incarcération	20 (87)	3 (13)	23	0,95 [0,07 – 9,51]	1
2 <sup>ème</sup> incarcération	14 (87,5)	2 (12,5)	16		
≥ 3 incarcérations	0	0	0		
NR*	12	1	13		
<b>Total</b>	46	6	52		

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparait dans un but de compréhension.

2. Facteurs influençant le rattrapage du dépistage du cancer du col de l'utérus

a) Influence de l'établissement pénitentiaire sur le rattrapage

Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative quant à la mise à jour du test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus en fonction du centre pénitentiaire ( $p=0,034^*$ ).

**Tableau 19: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'établissement pénitentiaire**

Dépistage du cancer du col durant la détention					
		Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)	Total	P Value
<b>Établissement pénitentiaire d'origine</b>	Baumettes	46 (51,7)	43 (48,3)	89	0,034*
	Fleury-Mérogis	129 (67,5)	62 (32,5)	191	
	Joux la Ville	9 (50)	9 (50)	18	
	Nice	22 (71)	9 (29)	31	
<b>Total</b>		206	123	329	

b) *Influence du statut judiciaire sur le rattrapage*

Le statut judiciaire n'a pas statistiquement influencé la mise à jour du dépistage du cancer du col (p= 0,707).

**Tableau 20:** *Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction du statut judiciaire*

Dépistage du cancer du col durant la détention					
	Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)	Total (n)	OR [IC 95]	P- Value
Condamnée	97 (62,6)	58 (37,4)	155	0,91 [0,55 – 1,51]	<b>0,707</b>
Prévenue	88 (64,7)	48 (35,3)	136		
NR*	21	17	38		
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>		

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparaît dans un but de compréhension.

c) *Influence de l'interrogatoire à l'entrée sur le rattrapage*

De la même façon que pour le dépistage du cancer du sein, le fait que le médecin interroge les patientes est ressorti comme facteur influençant (p=0,002\*).

**Tableau 21:** *Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'interrogatoire à l'entrée*

Dépistage du cancer du col durant la détention						
		Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)	Total	OR [IC 95]	P Value
Informations sur dépistage recueillies par médecin à l'arrivée en détention	Non	177 (66,8)	88 (33,2)	265	0,41 [0,23 – 0,74]	<b>0,002*</b>
	Oui	29 (45,3)	35 (54,7)	64		
<b>Total</b>		<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>		

d) *Influence des antécédents médicaux sur le rattrapage*

Ni un antécédent de maladie chronique, ni le suivi psychiatrique antérieur n'ont influencé statistiquement le rattrapage du test de dépistage (avec respectivement  $p=0,565$  et  $p=0,173$ ).

**Tableau 22: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction des antécédents médicaux**

		Dépistage du cancer du col durant la détention			Total	OR [IC 95]	P Value
		Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)				
<b>Maladie chronique</b>	Oui	57 (59,4)	39 (40,6)	96	0,84 [0,50 – 1,42]	<b>0,565</b>	
	Non	136 (63,6)	78 (36,4)	214			
	NR*	13	6	19			
<b>Total</b>		206	123	329			
<b>Suivi psychiatrique antérieur</b>	Oui	60 (57,1)	45 (42,9)	105	0,71 [0,42 – 1,18]	<b>0,173</b>	
	Non	134 (65,4)	71 (34,6)	205			
	NR*	12	7	19			
<b>Total</b>		206	123	329			

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparaît dans un but de compréhension.

e) *Influence du passé carcéral sur le rattrapage*

Nous n'avons pas constaté de lien statistique entre le passé carcéral des patientes et la mise à jour du test de dépistage pour le cancer du col ( $p=0,947$ ).

**Tableau 23: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction du passé carcéral**

Dépistage du cancer du col durant la détention				
	Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)	Total	P Value
<b>Primo incarcération</b>	106 (63,9)	60 (36,1)	166	<b>0,947</b>
<b>2<sup>ème</sup> incarcération</b>	45 (61,6)	28 (38,4)	73	
<b>≥3 incarcérations</b>	7 (63,6)	4 (36,4)	11	
<b>NR*</b>	48	31	79	
<b>Total</b>	206	123	329	

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparait dans un but de compréhension.

f) *Influence du médecin traitant sur le rattrapage*

Le suivi par un médecin traitant n'est pas ressorti comme facteur influençant la mise à jour du dépistage pour le cancer du col de l'utérus ( $p=0,06$ ).

**Tableau 24: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction d'un suivi par un médecin traitant**

Dépistage du cancer du col durant la détention					
	Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)	Total	OR [IC 95]	P Value
<b>Médecin traitant</b>	31 (64,6)	17 (35,4)	48	<b>2,49</b>  <b>[0,91 – 7,1]</b>	<b>0,064</b>
<b>Pas de médecin traitant</b>	13 (42)	18 (58)	31		
<b>NR*</b>	162	88	250		
<b>Total</b>	206	123	329		

\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparait dans un but de compréhension.

g) *Influence de l'IMC sur le rattrapage*

Dans notre étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'IMC des patientes et la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus (p=0,061).

**Tableau 25: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction de l'IMC**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Dépistage du cancer du col durant la détention		Total	P Value
	Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)		
<18,5	21 (80,8)	5 (19,2)	26	<b>0,061</b>
[18,5-25[	79 (65,3)	42 (34,7)	121	
[25-30[	48 (68,6)	22 (31,4)	70	
≥ 30	29 (51,8)	27 (48,2)	56	
NR*	29	27	56	
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>	

*\*Le statut NR n'a pas été considéré dans l'analyse statistique, mais apparaît dans un but de compréhension.*

h) *Influence des addictions sur le rattrapage*

Nous nous sommes également intéressés à l'influence des addictions sur le rattrapage. Les addictions ne sont pas ressorties comme facteur influençant la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus.

**Tableau 26: Rattrapage du dépistage du cancer du col en fonction des addictions**

		Dépistage du cancer du col durant la détention			Total	OR [IC 95]	P Value
		Non fait ou refusé n (%)	Réalisé durant incarcération n (%)				
<b>Tabac</b>	Oui	120 (64,2)	67 (35,8)	187	1,22 [0,75 – 1,98]	<b>0,414</b>	
	Non	79 (59,4)	54 (40,6)	133			
	NR*	7	2	9			
<b>Total</b>		<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>			
<b>Alcool</b>	Oui	41 (68,3)	19 (31,7)	60	1,39 [0,74 – 2,69]]	<b>0,304</b>	
	Non	158 (60,8)	102 (39,2)	260			
	NR*	7	2	9			
<b>Total</b>		<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>			
<b>Cannabis</b>	Oui	21 (61,8)	13 (38,2)	34	0,98 [0,45 – 2,22]	<b>1</b>	
	Non	177 (62,3)	107 (37,7)	284			
	NR*	8	3	11			
<b>Total</b>		<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>			
<b>Autres drogues</b>	Oui	20 (57,1)	15 (42,9)	35	0,78 [0,36 – 1,72]	<b>0,579</b>	
	Non	179 (63)	105 (37)	284			
	NR*	7	3	10			
<b>Total</b>		<b>206</b>	<b>123</b>	<b>329</b>			

F. Comparaison des taux de couverture après rattrapage au milieu ouvert

1. Comparaison pour le dépistage du cancer du sein

Notre étude retrouve un taux de couverture après rattrapage de 20,7% tandis qu'en milieu ouvert le taux de couverture pour la mammographie sur la période de 2018-2019 est de 49,3%.

Après analyse statistique selon le test de l'écart réduit, la différence est statistiquement significative ( $p < 10^{-5}$ ).



**Tableau 27: Comparaison des taux de couverture du dépistage du cancer du sein en détention et en milieu ouvert**

	Proportion (%)	P value
Taux de couverture du dépistage du cancer du sein après rattrapage	20,7	<b>P &lt; 0,00001</b>
Taux de couverture du dépistage du cancer du sein en milieu libre	49,3	

2. Comparaison pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Notre étude retrouve un taux de couverture après rattrapage de 50,6%. En milieu ouvert sur la période 2017-2019 le taux est de 58,2%. Après analyse statistique selon le test de l'écart réduit, la différence est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 28: Comparaison du taux de couverture du dépistage du cancer du col en détention et en milieu ouvert**

	Proportion (%)	P value
Taux de couverture du dépistage du cancer du col après rattrapage	50,6	<b>P &lt; 0,001</b>
Taux de couverture du dépistage du cancer du col en milieu libre	58,2	

## V. Discussion

### A. Caractéristiques de la population

La population cible de cette étude est la population carcérale féminine française.

Nous avons pu inclure 427 femmes pour un total de 2082 femmes écrouées au 1<sup>er</sup> décembre 2020 (voir annexe 8).

Nous avons donc inclus 20,5% de la population cible même si ce chiffre est légèrement biaisé par notre période d'inclusion d'un an et demi.

Cependant cet effectif important au vu de notre population cible nous a permis d'espérer pouvoir être représentatif.

#### 1. Age et nationalité

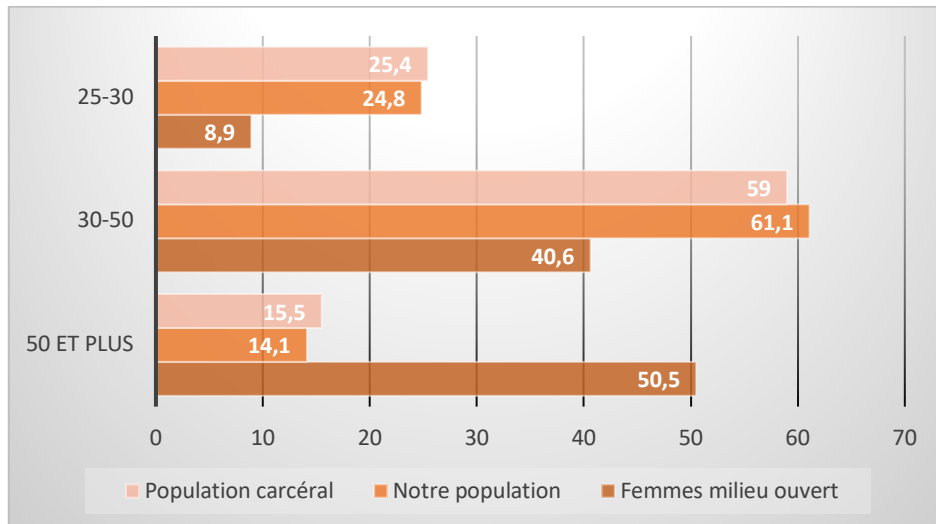
La population carcérale est connue pour être une population jeune.

Le ministère de la Justice a publié en 2018 les chiffres clés de l'administration pénitentiaire (AP) des personnes écrouées en France. (41) Dans ce document, nous retrouvons une répartition des personnes écrouées selon l'âge.

Nous nous sommes intéressés uniquement aux effectifs des tranches d'âge d'intérêt de notre étude.

Ainsi, sur nos classes d'âge d'intérêt, la répartition des femmes semble comparable à celle de la population carcérale française (figure 11). Toutefois, les données fournies par l'AP comptabilisent les hommes et les femmes incarcérés.

Néanmoins, la répartition selon l'âge des femmes françaises en milieu ouvert d'après l'Insee en 2021, est différente. Cette différence souligne de nouveau que la population carcérale est une population jeune. (42)



**Figure 11: Répartition en fonction de l'âge de notre population et de la population carcérale française (%)**

Dans notre étude, 50,6% des patientes étaient originaires de France, 14,6% d'Afrique, 20,5% d'Europe (hors France) avec une majorité d'Europe de l'Est (14,8%), 11,3% d'Amérique (Nord et Sud), et 3% enfin d'Asie.

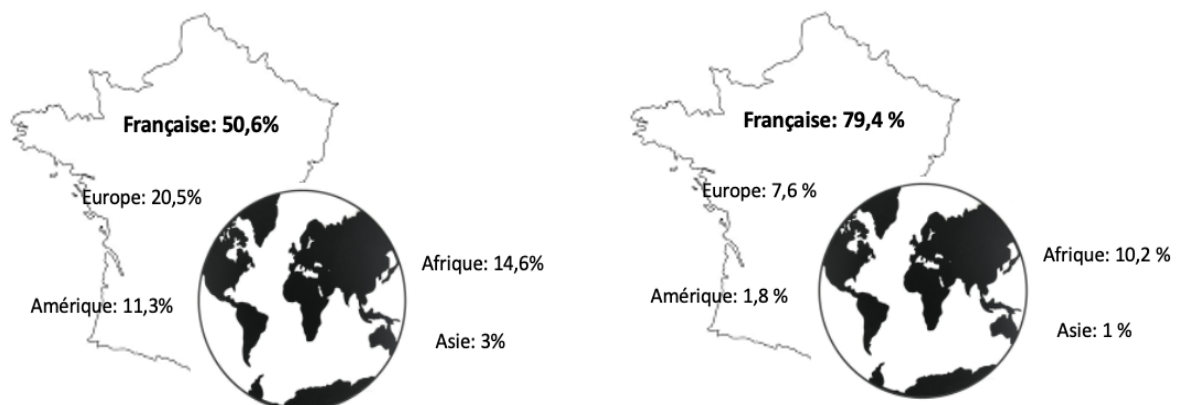
Les chiffres de l'AP de 2018 retrouvent 79,4% de détenus originaires de France, 7,6% d'Europe, 10,2% d'Afrique, 1,8% d'Amérique et enfin 1% d'Asie.

Ainsi, dans les deux cas, la majorité des détenus est français.

Nos données tendent à se rapprocher de celle de la population carcérale, en termes de nationalité même si les hommes sont également inclus dans l'analyse nationale.

*Nationalité des patientes de notre étude*

*Nationalité de la population carcérale en 2018*



**Figure 12: Répartition de la nationalité des patientes de notre étude et de la population carcérale française en 2018.**

## 2. Niveau d'étude et activité professionnelle

D'un point de vue formation, notre étude retrouvait 47% de personnes sans diplôme et 5% de patientes non scolarisées. L'observatoire international des prisons (OIP) trouve des chiffres comparables aux nôtres avec 44% de personnes détenues sans diplôme en France, et 10% en situation d'illettrisme (43).

Notre population d'étude semblait donc comparable en termes de niveau d'étude avec la population carcérale française.

Ensuite, la majorité de patientes de notre étude avaient un emploi avant la détention. Cette proportion est inversée à celle de l'OIP qui note une majorité de personnes sans emploi (43). Cette différence est possiblement expliquée par un biais déclaratif des personnes inactives.

## 3. Addictions

Les addictions sont très répandues dans le milieu carcéral, parfois cause ou conséquence de l'incarcération.

Il existe quelques études nationales sur la santé des personnes incarcérées. En 1997, puis en 2003 la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a établi un état de santé des personnes détenues en France avec une mention particulière pour les femmes.

Dans ces deux études, les addictions sont séparées selon trois catégories : Tabac, alcool et autres drogues illicites.

Tout d'abord, elles constataient que la consommation de tabac était retrouvée chez une majorité des détenus. En 2003, elle concernait un peu moins de deux femmes sur trois (63%) arrivantes en détention, mais cette proportion restait stable en comparaison des chiffres de 1997.

Notre étude retrouve une proportion de fumeuse de 59,6%, soit une prévalence comparable à celle des études nationales.

Concernant la consommation d'alcool, 17% des détenues déclaraient une consommation excessive en 2003. La consommation excessive était définie comme au moins trois verres par jour pour les femmes.

Deux autres études françaises plus récentes se sont également intéressées à la consommation alcoolique en milieu carcéral. Une première étude de Mouquet en 2005 retrouvait une prévalence de consommation abusive de 30,9% sur un effectif de 6087 détenus hommes et femmes. (44) En 2006, Falissard et al. retrouvaient quant à eux un taux de prévalence de dépendance à l'alcool de 9,4%. (45)

Ainsi, notre étude, bien qu'elle n'ait pas pu définir les différentes consommations, semble avoir une prévalence dans la moyenne avec un taux de consommation alcoolique de 18,7%.

Pour les autres stupéfiants, nous avons étudié la consommation de cannabis séparément de celle des autres drogues. Cependant, les études nationales ont étudié ces deux consommations ensemble.

L'étude de la DREES retrouve en 2003 un taux de 19% d'usagers de drogues illicites chez les femmes. (44)

L'étude de Falissard de 2006, suggère une consommation moins importante avec une prévalence de 10,8%. (45) Notre étude retrouve une prévalence pour le cannabis de 10,5% et pour les autres drogues de 11,2%.

Se pose donc la question si la consommation de drogues illicites a diminué en détention au fil des ans, si la différence est liée à des définitions différentes ou encore si les patients déclarent toujours ce type de consommation.

Il est important de noter un biais dans l'élaboration de prévalence des conduites addictives. Ce biais réside dans le fait de définition imprécise, souvent non mentionnée dans les dossiers médicaux. Ainsi, notre population incluse semble représentative de la population carcérale française en regard des addictions.

#### 4. Suivi psychiatrique

Une méta-analyse internationale diligentée par l'InVS (devenue Santé Publique France) en 2014 a voulu mettre en lumière les études faites traitant de l'état de santé des personnes incarcérées. (46)

Ainsi, la méta-analyse rend compte d'une surreprésentation des pathologies psychiatriques en détention. La France ne fait pas office d'exception avec notamment des prévalences de troubles psychotiques cinq à dix fois supérieures en détention par rapport à la population générale du milieu ouvert.

Parmi les études incluses dans cette méta-analyse, celle de Coldefy, et al. de 2002 retrouve une prévalence de 55% en ce qui concerne les antécédents de troubles psychiatriques. (47) Cependant, cette étude ne cible pas exclusivement les femmes.

Une étude plus récente de Falissard et al. publiée en 2006, portant sur 800 hommes détenus de 20 établissements pénitentiaires de France retrouve un taux de 35,9% de pathologies psychiatriques. Ainsi, notre étude, avec sa prévalence de 37,1% de patientes ayant eu un suivi psychiatrique avant leur entrée en détention, semble cohérente avec les données de la littérature.

Toutefois, il n'existait pas d'étude française portant exclusivement sur la psychiatrie féminine en détention. Nous avons donc recherché des données internationales uniquement féminine. Une étude conduite par l'Australian Institute of Health and Welfare en 2011, retrouve une prévalence de suivi psychiatrique chez les femmes incarcérées de 41%. Ces chiffres tendent également à se rapprocher de notre prévalence. (48)

Ainsi, même si la surreprésentation de troubles psychiatriques est admise dans le milieu carcéral, les chiffres des prévalences sont très disparates. Ces disparités sont possiblement liées au fait d'une définition des troubles variables selon les pays et du fait que les patients présentant des troubles psychiatriques sévères soient possiblement sortis du système carcéral afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge plus adaptée.

## B. Taux de couverture des dépistages à l'entrée en détention

### 1. Taux de couverture du dépistage du cancer du sein à l'entrée en détention

Il existe peu d'étude sur le taux de couverture du dépistage du cancer du sein en détention. En effet, les patientes incarcérées sont majoritairement jeunes, et donc très peu sont concernées par ce dépistage.

Dans notre étude, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein à l'arrivée en détention était de 10,3%, donc particulièrement bas.

Une thèse réalisée en France par Charlotte Larcheveque, s'est également intéressé au dépistage du cancer du sein, elle retrouve ainsi 74% de patientes à jour de leur dépistage. Cependant, la sélection des patientes est différente. Ce chiffre comprend toutes les patientes présentent en détention au moment de son recueil et non uniquement les arrivantes comme notre étude. (49)

Cette différence majeure, nous a interrogé. Nous avons donc recherché au niveau international.

Une étude menée par Binswanger et al. sur les femmes incarcérées à San Francisco retrouvait en 2005 un taux de couverture de 41% à l'arrivée en détention. Ces chiffres doivent cependant tenir compte que les femmes étaient incluses dès 40 ans. (50)

Les disparités constatées sont majeures, et nous questionnent sur les différences possibles entre les études.

Notre taux de participation est probablement bas à cause de notre mode de recueil sévère, en comptabilisant les patientes non à jour lorsque l'information était manquante. Cependant, le taux de participation de 74% retrouvé en 2015 sur les prisons d'Ile de France, semble particulièrement élevé en regard du taux national de couverture en 2015-2016 de 51,1% en milieu libre. (51)

## 2. Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'entrée en détention

Quelques études se sont intéressées au taux de couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'arrivée en détention avec cependant des taux peu comparables.

Notre taux à l'arrivée en détention est de 21,1% pour 239 patientes incluses.

Une thèse française faite en 2015 par L. Quinsac retrouve un taux de couverture de 56,4% sur la prison des Baumettes à Marseille. (7) Ce taux semble très supérieur à celui que nous obtenons. Et même si nous comparons que le taux de couverture sur le même centre à savoir les Baumettes, notre taux à l'arrivée était de 34,1% donc toujours inférieur.

Ces taux sont encore très loin de celui retrouvé dans l'étude de Binswanger et al. en 2005 à San Francisco. Même s'il peut sembler particulièrement élevé, Binswanger retrouvait dans son étude un taux de couverture à 90%. Ses chiffres sont toutefois à interpréter avec prudence car son effectif intégrait les femmes dès 18 ans. (50) De plus, ce taux élevé est à corrélérer au fait que le taux de couverture aux États-Unis en milieu libre est aussi supérieur à celui de la France (84,5% en 2013). (52)

Une étude de grande ampleur a été réalisée au Canada en 2018, chez les femmes incarcérées dans les prisons d'Ontario. Le but était de déterminer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au moment de l'entrée en détention puis la mise à jour du statut dans les trois années qui suivaient et de le comparer au milieu ouvert. Cette étude est ainsi similaire à la nôtre sur beaucoup d'aspects.

Dans cette étude, le taux de patientes à jour pour le dépistage du cancer du col était de 46,1% à l'arrivée en détention. (53)

Enfin, dans la thèse de Charlotte Larcheveque, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus était de 72% des patientes cibles. (49) Toutefois, dans ce travail également, la sélection des patientes était différente. L'étude a ciblé toutes les patientes



présentes en détention à la différence de notre étude qui ne comptabilisait que les arrivantes d'où la possible différence.

Ainsi, les chiffres rapportant le taux de couverture à l'arrivée en détention semblent très disparates tant sur le plan national qu'international. Encore une fois, notre faible taux est possiblement expliqué par notre mode de recueil considérant l'hypothèse la plus péjorative.

### C. Rattrapage des dépistages en détention et taux de couverture à la sortie

L'objectif principal de notre étude portait sur ce critère. Il s'agissait de la première étude française sur le rattrapage des dépistages des cancers gynécologiques en détention.

Nous avons choisi d'étudier le rattrapage chez les patientes restant minimum 3 mois en détention et qui n'étaient pas à jour à l'arrivée.

La durée de trois mois a été choisi en tenant compte d'un délai raisonnable laisser aux USMP pour obtenir un rendez-vous de mammographie ou de gynécologie. De plus, l'étude de Plugge suggère que les femmes qui restaient en détention plus de trois mois étaient plus susceptibles d'avoir bénéficié d'un frottis que celles qui y étaient depuis moins de trois mois. (54)

#### 1. Rattrapage du dépistage du cancer du sein

Dans notre étude, parmi les femmes qui n'étaient pas à jour à l'arrivée, seulement 11,5% ont été mises à jour.

Il n'existait pas de données sur le rattrapage des mammographies en détention en France. Cependant dans la thèse de C. Larcheveque, sur un total de 27 femmes incluses pour le dépistage du cancer du sein, 11 patientes déclaraient avoir bénéficié d'une mammographie en détention soit 40,7%. (49) Néanmoins, il n'était pas précisé si ces mammographies avaient eu lieu dans un contexte de dépistage ou de diagnostic, chez des patientes à risque ou non. De plus, le recueil de données a été réalisé via des entretiens avec les patientes. Nous pouvons supposer que les patientes acceptant de participer à l'étude étaient les patientes peu éloignées du système de soins et probablement mieux informées sur les dépistages.

L'autre donnée importante qu'il faut mentionner est notre taux de refus de 17,3%.

Les raisons de ces refus en détention ont été étudiées. Il s'agissait du fait de sortir entravé et des délais longs de rendez-vous. (55)

Afin de remédier à ces deux problèmes en même temps, il nous semblait intéressant de réfléchir aux possibilités de faire installer des mammographes dans les plus importantes prisons pour femmes de France.

## 2. Rattrapage du dépistage du cancer du col

Parmi les patientes qui n'étaient pas à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 37,4% ont été mises à jour et 7,6% ont refusé l'examen.

Par ailleurs, il n'existe pas d'étude française sur le rattrapage des tests de dépistage concernant les patientes non à jour en France mais certaines études internationales se sont intéressées au sujet.

L'étude Canadienne quant à elle retrouve que trois ans après l'incarcération, 36,2% de ces femmes étaient toujours en retard pour ce dépistage contre 21,9% en population générale malgré le fait qu'elles aient eu plusieurs rendez-vous en soins primaires. (53)

Notre étude retrouve de la même façon 62,6% de femmes non mises à jour après au moins 3 mois passés en détention. La différence est importante mais la durée de suivi dans notre étude est beaucoup plus courte.

Une autre étude au Brésil en 2018, s'est intéressée à l'état de santé des femmes incarcérées. Sur 1190 femmes incarcérées, on notait que 55,3% n'avaient jamais subi de dépistage du cancer du col de l'utérus en détention. (56)

Ces chiffres de rattrapage semblent faibles. La prison devrait pouvoir être un lieu approprié pour bénéficier d'examens de prévention en santé.

De plus, l'étude de Binswanger et al. de 2005 suggère que 94% des femmes incarcérées étaient prêtes à bénéficier d'un rattrapage du dépistage du cancer du col et 88% d'un rattrapage d'une mammographie. (50)

Quels sont donc les facteurs qui pourraient influencer la mise à jour de ces dépistages ?

D. Facteurs influençant la mise à jour des dépistages

1. Facteurs influençant la mise à jour du dépistage du cancer du sein

a) *Variables sans influence sur la mise à jour*

Dans nos analyses, nous pensions que l'établissement pénitentiaire et donc sa nature pouvait avoir une influence sur la mise à jour du dépistage du cancer du sein. En effet, nous avons supposé que le dépistage serait moins mis à jour dans les maisons d'arrêt où les patientes passent finalement peu de temps. Toutefois, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les centres.

De la même façon, nous avons émis la même hypothèse concernant le statut judiciaire des patientes. Mais le statut judiciaire n'a pas montré de différence statistiquement significative sur la mise à jour du dépistage du cancer du sein.

Ensuite, le passé carcéral des patientes nous semblait pertinent au regard d'une possible influence sur la mise à jour. En effet, les patientes qui avaient été incarcérées plus d'une fois avaient donc eu plus de contacts médicaux notamment lors des consultations arrivantes. Cependant, il n'existait pas de différence sur cette analyse.

Enfin, nous avons supposé que les patientes aux antécédents médicaux de maladie chronique ou de suivi psychiatrique antérieur seraient plus mises à jour. En effet, il s'agit de patientes habituellement dans le système de soins et possiblement plus susceptibles de s'intéresser à leur dépistage. Mais aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée.

L'absence de différence significative dans notre échantillon est possiblement liée à un manque de puissance au vu de notre faible effectif pour le dépistage du cancer du sein.

*b) Variable ayant une influence sur la mise à jour*

Une variable est ressortie comme ayant eu une influence statistiquement significative sur le rattrapage. Il s'agit de la variable concernant l'interrogatoire du médecin lors de la consultation arrivante. En effet, si le médecin interroge la patiente sur son statut, le rattrapage est plus souvent effectué. Ce point peut sembler trivial mais nous avons toutefois constaté que dans 72,6% des cas, le médecin n'avait pas posé la question à la patiente lors de la consultation arrivante.

Cette étude met ainsi l'accent sur l'intérêt d'interroger les patientes quant au statut de leurs dépistages dès l'arrivée en détention. De cette façon, le rattrapage pourrait être plus important lors de la détention.

2. Facteurs influençant la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus

*a) Variables sans influence sur la mise à jour*

De la même façon que pour le dépistage du cancer du sein, les données sur le statut judiciaire et le passé carcéral des patientes nous ont semblés pertinentes. Cependant encore une fois, aucune des deux variables n'a montré de différence significative sur la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Concernant les données médicales, nous avons supposé que les patientes suivies à l'extérieur pour des antécédents de maladie chronique ou de suivi psychiatrique seraient possiblement mieux rattrapées car plus concernées par leur santé. Mais, aucune de ces deux variables n'était statistiquement lié.

L'hypothèse concernant l'influence du suivi par un médecin traitant en ville suivait la même logique. Mais de nouveau il n'existait pas de différence significative.

De façon opposé, nous avons émis l'hypothèse que les patientes présentant des addictions étaient plus marginalisées en détention et avaient moins recours au système de soins.

Cependant, aucune différence significative n'a été constaté même chez les patientes consommatrices des drogues types cocaïne, héroïne ou crack.

Une méta-analyse faite en 2010 retrouvait une association inverse entre l'IMC et le dépistage du cancer du col de l'utérus. (57) Nous avons donc supposé que cette différence se retrouverait lors du rattrapage. Cependant, nous n'avons pas constaté de différence significative entre l'IMC et le rattrapage du dépistage du cancer du col.

*b) Variables ayant une influence sur la mise à jour*

Deux variables sont ressorties comme ayant une influence sur la mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il existait une différence significative selon les centres. Cependant, l'interprétation est complexe, en effet chaque centre ne dispose pas des mêmes effectifs de gynécologues.

Ainsi, se dégage une solution pour améliorer le rattrapage des patientes : augmenter les temps de consultation des gynécologues ou former et sensibiliser les médecins exerçant en détention à la réalisation des tests de dépistage.

L'autre variable significative était, comme pour le cancer du sein, celle liée à l'interrogatoire du médecin lors de la consultation arrivante. Si le médecin posait la question sur le dépistage, la patiente avait dans les suites plus de probabilité d'être mise à jour.

De nouveau, sensibiliser les médecins, travaillant auprès de public féminin, au dépistage semble un critère de choix pour améliorer le rattrapage des patientes non à jour.

E. Taux de couverture après rattrapage et comparaison au milieu ouvert

1. Pour le dépistage du cancer du sein

Une fois les patientes mises à jour en détention, nous avons un taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein de 20,7%. Même si le taux a doublé grâce à la détention, passant de 10,3 à 20,7%, il reste toutefois très en dessous de celui du milieu ouvert de 49,3%. La différence entre les taux étant statistiquement significative.

Ainsi, des améliorations sont encore possibles afin de mieux rattraper nos patientes et se rapprocher des chiffres nationaux voir des objectifs de santé publique.

## 2. Pour le dépistage du cancer du col

De la même façon, après un séjour en détention, notre taux de couverture pour le dépistage du cancer du col était de 50,6%. Le taux a également connu une augmentation considérable passant de 21,1 à 50,6%, ce qui est très encourageant.

Cependant, le taux comparé à celui du milieu ouvert, reste de façon statistiquement significative, inférieur.

## F. Limites et biais de l'étude

Une des limites de cette étude est de n'avoir inclus que les patientes arrivantes et donc de ne pas avoir étudié les patientes qui étaient déjà en détention au moment du recueil. Cela a possiblement engendré un biais de sélection. Cependant, nous avons préféré ce mode de recrutement plutôt que le recueil « un jour donné » afin de recruter plus de patientes.

Un autre biais possible réside dans le fait que le statut du dépistage soit recueilli à l'interrogatoire lors de l'arrivée en détention. Cette donnée est possiblement influencée par le choc carcéral lors de l'arrivée en détention. Ainsi ce biais de déclaration nous a semblé possible.

De plus, nous avons décidé de considérer l'hypothèse la plus péjorative lors de nos analyses. Ainsi, les patientes pour qui l'information n'avait pas été recueillie par le médecin ont toutes été considérées non à jour. Cela a probablement contribué à nos chiffres particulièrement bas mais permet de mettre en lumière l'importance du recueil du statut du dépistage des patientes.

Ensuite, il serait intéressant de réaliser une étude en incluant plus de centres de détention avec donc des femmes condamnées à de longues peines afin de savoir si ces populations sont au moins aussi bien suivies qu'en milieu ouvert.

Il aurait été également intéressant de noter le délai nécessaire à la mise à jour des dépistages afin de pouvoir trouver des voies d'améliorations notamment dans nos délais de rendez-vous d'autant plus chez les patientes condamnées à de courtes peines.

Enfin, nous avons comparé les établissements entre eux, cependant, les temps de présence des gynécologues ne sont pas équivalents dans chaque centre permettant donc d'expliquer les différences constatées. Une étude qui intégrerai les différences d'équivalents temps-plein au nombre de patientes incarcérées et arrivantes à ce type d'étude pourrait être intéressante.

#### G. Intérêts et perspectives

Le point fort de ce travail réside dans le fait qu'il s'agisse de la première étude française s'intéressant au rattrapage chez les patientes incarcérées non à jour.

Effectivement, plusieurs études se sont intéressées aux taux de couverture à l'entrée afin de mettre en lumière que ces patientes sont moins bien suivies et ce dès l'arrivée en détention témoin donc du milieu libre. Notre étude a permis de montrer que notre dépistage pourrait être meilleur en milieu carcéral.

Cette étude a également eu l'avantage d'être multicentrique, et donc de nous rapprocher de notre population cible à savoir la population carcérale féminine française. Grâce à cela, nous pensons disposer d'un vrai point de départ pour initier des réflexions quant aux dépistages des cancers gynécologiques en détention.

In fine, il nous a semblé intéressant de savoir si la sanction pénale pouvait être l'occasion d'un temps médical privilégié chez ces populations vulnérables peu suivies.

Il ressort de notre étude un point majeur. Si le médecin ne s'intéresse pas au statut du dépistage dès l'entrée en détention, la patiente a moins de probabilité d'être mise à jour dans les suites. Ainsi, le médecin traitant est la pierre-angulaire du rattrapage.

Ainsi, afin de diminuer cette possibilité de non-réponse à l'arrivée, plusieurs solutions nous ont semblées envisageables :

- Sensibiliser les médecins qui travaillent dans des établissements recevant des femmes sur l'importance de cet interrogatoire pour les suites de l'incarcération,
- La mise en place de fiche de consultation arrivante standardisée en mentionnant les antécédents gynécologiques afin d'éviter un oubli,
- Intégrer cette donnée dans la consultation arrivante de la personne détenue avec les infirmières,
- Mettre en place des ateliers d'éducation des patientes afin de les sensibiliser également aux dépistages. En étant mieux informées, elles pourraient être dans une démarche de soins proactives.

Ensuite, la HAS dans sa recommandation de 2019 évoque la possibilité de l'auto-prélèvement vaginal pour les tests HPV chez les patientes vulnérables ou peu suivies de plus de 30 ans. (19) Ainsi, l'auto-prélèvement vaginal pourrait être proposé à l'arrivée en détention au même titre que le dépistage des autres IST. Toutefois, il faudrait préalablement expliquer aux patientes son intérêt, sa réalisation et la nécessité d'effectuer un examen cytologique en cas de positivité de celui-ci.

De plus, afin d'augmenter le rattrapage des dépistages, les patientes pourraient être systématiquement orientées vers une consultation de gynécologie comme cela est fait dans plusieurs établissements pénitentiaires. En effet, il est possible que des femmes ne soient pas informées de la présence d'un gynécologue sur l'établissement pénitentiaire. Ainsi, de principe, chaque femme aurait au moins une occasion de consulter un gynécologue. Cependant, cette option ne doit pas se suffire à elle-même. Les consultations de gynécologie doivent possiblement être préparées avec les patientes afin de leur expliquer le principe et les examens qui seront réalisés lors de celles-ci.



Enfin, concernant le dépistage du cancer du sein plus particulièrement, le taux de refus est important. La cause est l'extraction nécessaire avec port des entraves. La possibilité d'installer des appareils de mammographies dans les centres de détention pour femmes serait une avancée importante.

## VI. Conclusion

Notre étude inédite en France avait pour but d'établir le taux de mise à jour des dépistages des cancers gynécologiques en détention et d'identifier des facteurs associés à cette mise à jour.

Il en ressort que des progrès sont encore à faire en matière de rattrapage de ces dépistages. En effet, sur notre effectif, seulement 11,5% des patientes en retard pour leur dépistage du cancer du sein ont bénéficié d'un rattrapage. Et 37,4% des patientes non à jour pour le dépistage du cancer du col ont bénéficié d'une mise à jour (par FCU ou test HPV).

Les facteurs ayant eu une influence positive sur le rattrapage sont peu nombreux.

Pour les deux dépistages, l'interrogatoire du médecin lors de la consultation arrivante est un élément significatif. Si le médecin pose la question sur le statut du dépistage, la patiente a plus de probabilité d'être mise à jour dans les suites de sa détention.

De plus, nous avons constaté une influence de l'établissement pénitentiaire sur la mise à jour du dépistage du cancer du col. Il faut cependant considérer un biais de comparaison entre centres lié à la différence des temps de consultation des gynécologues selon les établissements.

Ensuite, malgré le rattrapage effectué en détention, nos taux de couverture sont encore inférieurs à ceux des patientes en milieu libre. Pour le dépistage du cancer du sein, notre taux de couverture final s'élève à 20,7% contre 49,3% en milieu libre. Quant au dépistage du cancer du col, après rattrapage notre taux est de 50,6% contre 58,2%.

Les efforts sont donc à poursuivre afin d'améliorer l'état de santé de nos patientes incarcérées.

Il paraît primordial de sensibiliser les médecins sur les dépistages des cancers gynécologiques et sur le rôle primordial de la consultation arrivante. Les patientes devraient pouvoir être également proactives de leur santé en bénéficiant d'ateliers d'éducation sur l'importance des dépistages, leurs modalités et les bénéfices attendus.

Cette étude met en lumière les difficultés du système de soins en milieu carcéral. Ses inégalités et les voies d'amélioration possibles font écho de la volonté de nos ministères de « garantir aux femmes détenues un accès continu aux soins » (58) publiée dans la feuille de route 2019-2022 sur la santé des personnes placées sous main de justice.

## VII. Annexes :

### Annexe 1 : Score d'Eisinger

Le score d'Eisinger est un score familial d'analyse de l'arbre généalogique utilisé pour valider l'indication d'une consultation d'oncogénétique. Il peut également permettre de graduer le risque de prédisposition génétique au cancer du sein en l'absence de mutation familiale identifiée.

#### Calcul du score d'Eisinger et conduite à tenir

Mutation BRCA 1 ou 2 identifiée dans la famille	5	<b>Résultats :</b>  3 ou plus : Consultation d'oncogénétique  Inférieur à 3 : Dépistage organisé
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4	
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3	
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2	
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1	
Cancer du sein chez un homme	4	
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4	

## Annexe 2 : Classification des images mammographiques – ACR

### CLASSIFICATION EN SIX CATÉGORIES DES IMAGES MAMMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU DEGRÉ DE SUSPICION DE LEUR CARACTÈRE PATHOLOGIQUE (EN DEHORS DES IMAGES CONSTRUITES ET DES VARIANTES DU NORMAL) - CORRESPONDANCE AVEC LE SYSTÈME BIRADS DE L'AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR)

**ACR 0 : Des investigations complémentaires sont nécessaires :** comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc. C'est une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive.

**ACR 1 : Mammographie normale.**

**ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :**

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Ganglion intramammaire
- Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie
- Image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
- Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture
- Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.)
- Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques<sup>1</sup>
- Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses

**ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :**

- Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé
- Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome
- Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidiennes en échographie
- Asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse

**ACR 4 : Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :**

- Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales
- Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses
- Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses
- Image(s) spiculée(s) sans centre dense
- Opacité(s) non liquidiennes(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume
- Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable
- Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s)

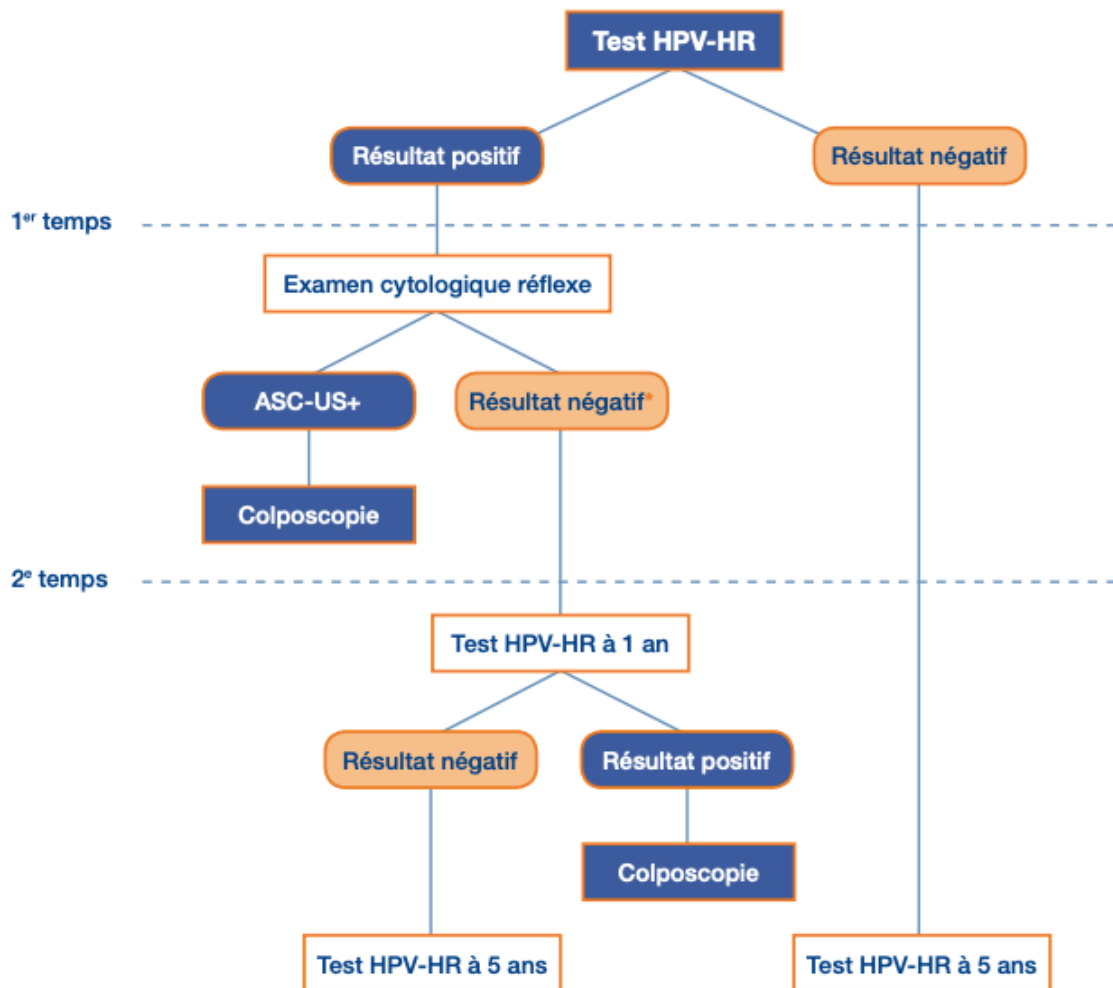
**ACR 5 : Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :**

- Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées
- Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique
- Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité
- Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes
- Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers
- Opacité spiculée à centre dense

La classification tiendra compte du contexte clinique et des facteurs de risque. La comparaison avec des documents anciens ou le résultat d'investigations complémentaires peuvent modifier la classification d'une image : une opacité ovale régulière classée ACR 3 mais présente sur des documents anciens peut être reclassée ACR 2, quelques calcifications résiduelles après prélèvement percutané contributif bénin d'un amas classé ACR 4 peuvent être reclassées ACR 2, etc.

<sup>1</sup> calcifications d'aspect carré ou rectangulaire de face, losangiques ou trapézoïdales de profil, à étudier sur des agrandissements.

Annexe 3 : Diagramme de la conduite à tenir pour le dépistage du cancer du col chez les patientes de plus de 30 ans



\* résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

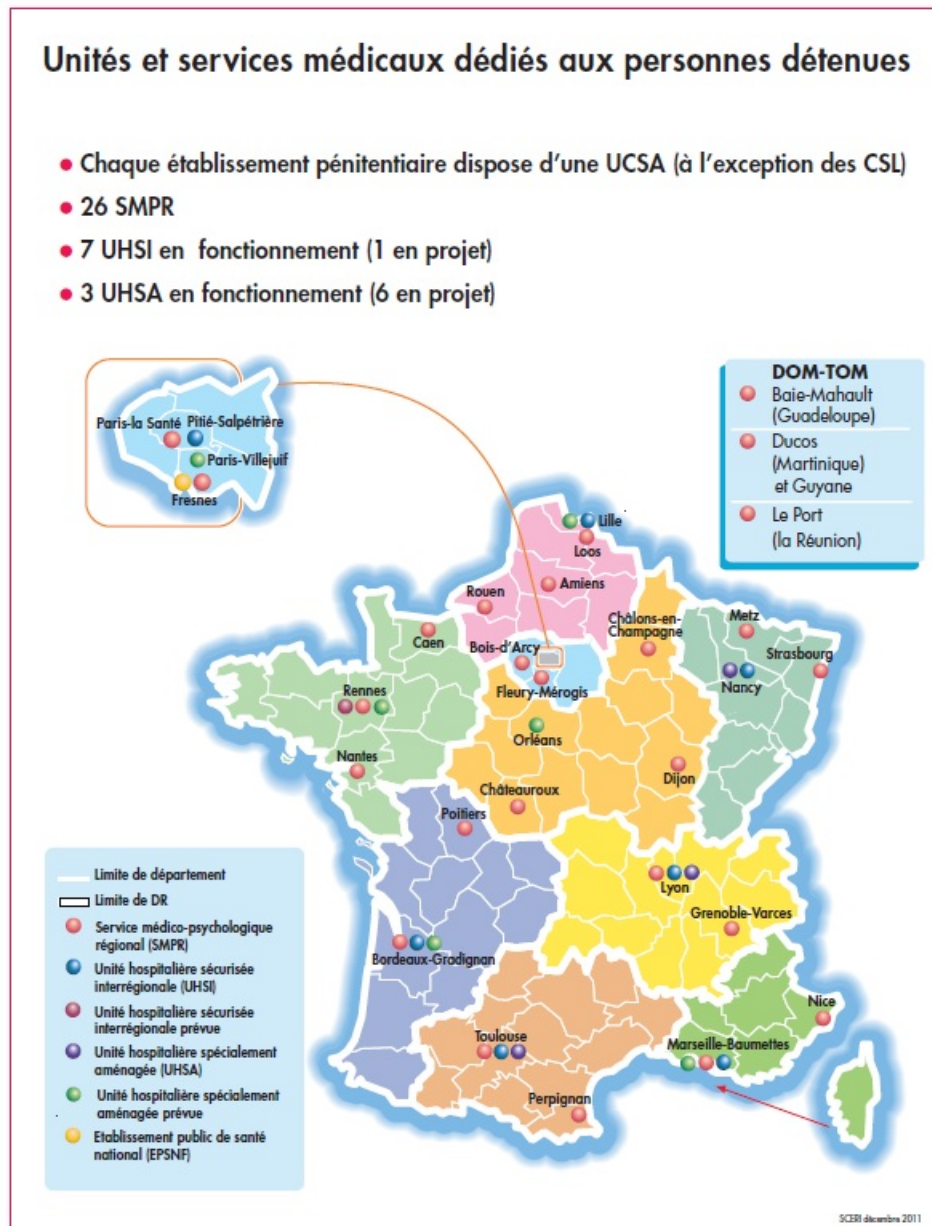
Annexe 4 : Carte des établissements pénitentiaires accueillant des femmes

**Etablissements pénitentiaires disposant de quartiers femmes**



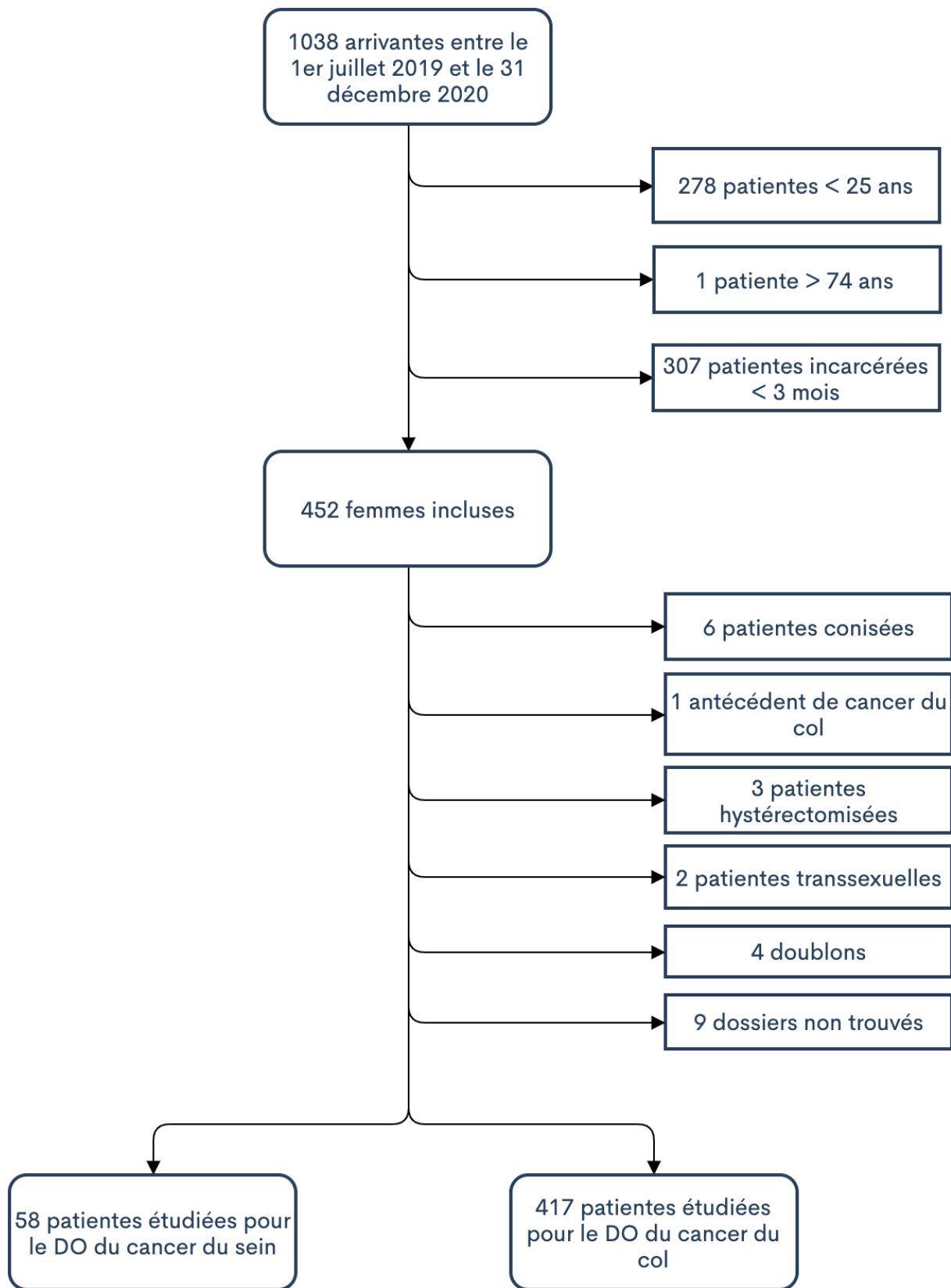
DAP/Service communication  
Février 2016

Annexe 5 : Carte des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) de France





Annexe 6 : Diagramme de flux de la population totale des quatre établissements pénitentiaires



Annexe 7 : Description de la population totale incluse

	<b>Variables</b>	<b>Effectif total (valeur absolue)</b>	<b>Proportion (%)</b>
<b>Age</b>	[25 – 30[	106	24,8%
	[30 – 50[	261	61,1%
	[50-65[	52	12,2%
	≥ 65	8	1,9%
	Total	427	100%
<b>Nationalité</b>	Afrique	59	14,6%
	Amérique	46	11,4%
	Asie	12	3%
	Europe de l'Est	60	14,8%
	Française	205	50,6%
	Reste de l'Europe	23	5,7%
	Total	405	100%
<b>Situation familiale</b>	Célibataire	127	49,4%
	Concubinage	47	18,3%
	Divorcée	27	10,5%
	Mariée	48	18,7%
	Veuve	8	3,1%
	Total	257	100%
<b>Niveau d'étude</b>	Non scolarisée	7	4,7%
	Collège	48	32%
	Lycée	22	14,7%
	BEP	9	6%
	CAP	18	12%
	BAC	11	7,3%
	Études supérieures	35	23,3%
	Total	150	100%
<b>Activité professionnelle</b>	Oui	119	52%
	Non	110	48%
	Total	229	100%
<b>Nombre d'enfant</b>	0	84	20,6%
	1	94	23,1%
	2	83	20,4%
	≥ 3	146	35,9%
	Total	407	100%
<b>Tabac</b>	Oui	245	59,6%
	Non	166	40,4 %
	Total	411	100 %
<b>Alcool</b>	Oui	77	18,7%
	Non	335	81,3%
	Total	412	100%
<b>Cannabis</b>	Oui	43	10,5%
	Non	368	89,5%
	Total	411	100%

<b>Autres drogues</b>	Oui	46	11,2%
	Non	366	88,8%
	Total	412	100%
<b>Médecin traitant</b>	Oui	70	64,8%
	Non	38	35,2%
	Total	108	100%
<b>Suivi psychiatrique antérieur</b>	Oui	148	37,1%
	Non	251	62,9%
	Total	399	100%
<b>Maladie chronique</b>	Oui	137	33,7%
	Non	269	66,3%
	Total	406	100%
<b>Contraception</b>	Oui	95	32,5%
	Non	129	44,2%
	Ménopausée	46	15,8%
	Enceinte	22	7,5%
	Total	292	100%
<b>Statut judiciaire</b>	Condamnée	202	54,6%
	Prévenue	168	45,4%
	Total	370	100%
<b>Mode d'entrée</b>	Extérieur	219	73,2%
	Transfert	80	26,8%
	Total	299	100%
<b>Passé carcéral</b>	Primo incarcération	208	65,8%
	2 <sup>ème</sup> incarcération	94	29,7%
	≥ 3 incarcérations	14	4,4%
	Total	316	100%

Annexe 8 : Répartition des personnes détenues par sexe et par Direction Interrégionale

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Nombre de personnes écrouées détenues</i>	<i>Taux de féminité (%)</i>
<i>Bordeaux</i>	4 654	129	4 783	2,7
<i>Dijon</i>	4 136	147	4 283	3,4
<i>Lille</i>	6 021	224	6 245	3,6
<i>Lyon</i>	5 752	184	5 936	3,1
<i>Marseille</i>	6 880	188	7 068	2,7
<i>Paris</i>	11 040	450	11 490	3,9
<i>Rennes</i>	7 437	323	7 760	4,2
<i>Strasbourg</i>	5 070	149	5 219	2,9
<i>Toulouse</i>	5 449	140	5 589	2,5
<i>Ensemble de la métropole</i>	<i>56 439</i>	<i>1 934</i>	<i>58 373</i>	<i>3,3</i>
Outre-Mer	4 414	148	4 562	3,2
<b><i>Ensemble des établissements pénitentiaires</i></b>	<b><i>60 853</i></b>	<b><i>2 082</i></b>	<b><i>62 935</i></b>	<b><i>3,3</i></b>

## VIII. Bibliographie

1. Santé Publique France, Cancers, 2021 [Internet]. [Consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
2. C. Gonthier, D. Heitz. Cancer du col de l'utérus. EMC - AKOS [Traité de Médecine] 2016;11(1):1-5 [Article 3-1250]
3. Masson E. Mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. EM-Consulte. [Consulté le 29 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1279498/mise-en-place-du-programme-national-de-depistage-o>
4. Santé publique France, Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2016-2018 [Internet]. [Consulté le 29 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2016-2018>
5. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: an unmet grand challenge in global health. Lancet Lond Engl. 25 févr 2017;389(10071):847-60.
6. Ministère de la Justice, Statistique des établissements des personnes écrouées en France, 1<sup>er</sup> décembre 2020, [Internet]. [Consulté le 1 févr 2021]. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_etab\\_decembre\\_2020.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_etab_decembre_2020.pdf)
7. Quinsac L. Taux de couverture et facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes incarcérées aux Baumettes. [Thèse de médecine]. Aix-Marseille Université : Faculté de médecine ; 2015. 32p.
8. Programmes de dépistage - guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé; 2020. [Internet]. [Consulté le 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330852/9789289054799-fre.pdf>
9. Mathoulin-Pélissier, Penel. Les mots du dépistage des cancers [Internet]. Elsevier Masson; 2019. [Consulté 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/les-mots-du-depistage-des-cancers>
10. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principles and practice of screening for disease. 1968 [Consulté le 11 avr 2021]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>
11. Bulletin Officiel N°001-43. Arrêté du 27 septembre 2001 fixant le modèle de la convention type mentionnée à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.
12. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 30 mars 2021]. Disponible sur:

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)

13. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Consulté le 6 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque)
14. Haute Autorité de Santé. Modalité de dépistage en fonction du risque [Internet]. [Consulté le 6 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/image/gif/2014-05/illustration\\_k\\_sein\\_big.gif](https://www.has-sante.fr/upload/docs/image/gif/2014-05/illustration_k_sein_big.gif)
15. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique - Correspondance avec le système BiRADS de l'American College of Radiology. 2002 [Consulté le 31 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>
16. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. 2020. [Internet]. [Consulté le 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000460656/>
17. Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67. juill 2019;234. [Internet] [Consulté le 12 mars 2021] Disponible sur [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201909/synthese\\_et\\_recommandations\\_hpv.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201909/synthese_et_recommandations_hpv.pdf)
18. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67. 07/2019:234.[Internet]. [Consulté le 7 avril 2021].
19. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation en santé publique. [Internet]. [Consulté le 13 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf)
20. Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [Consulté le 11 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/wApphLOCTCpq4PIbCpuUReDH88V2\\_zW0rTU00v0dQIU=/JOE\\_TEXTE](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/wApphLOCTCpq4PIbCpuUReDH88V2_zW0rTU00v0dQIU=/JOE_TEXTE)
21. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Consulté le 4 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)

22. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. [Consulté le 4 janv 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005
23. Haute Autorité de Santé. Questions-réponses : Participation au dépistage du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 13 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201202/questions\\_reponses\\_depistage\\_sein.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201202/questions_reponses_depistage_sein.pdf)
24. Dupont N, Ancelle Park R, Boussac Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. 2006. 6p [Internet]. [Consulté le 11 avr 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/facteurs-d-adhesion-au-depistage-organise-du-cancer-du-sein-etude-fado-sein
25. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [Consulté le 4 janv 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus
26. Santé Publique France. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. [Consulté le 13 mai 2021]. Disponible sur: /les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019
27. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. Sante Publique (Bucur). 10 juin 2015;Vol. 27(2):213-20.
28. Rocher J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. [Thèse de médecine] Université Paris Val-de-Marne : Faculté de médecine de Créteil. 2014. 69p.
29. Ministère de la Justice. Statistique trimestrielle des personnes écrouées en France : Mouvements au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2021. [Internet]. [Consulté le 16 mai 2021]. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trim\\_2104.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trim_2104.pdf)
30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de Justice : Guide méthodologique. 2017 [Internet]. [Consulté le 12 avr 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-01/ste\\_20180001\\_0000\\_0056.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-01/ste_20180001_0000_0056.pdf)
31. Observatoire International des Prisons. Les prisons pour femmes. 2020. [Internet]. oip.org. [Consulté le 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/infographie/les-prisons-pour-femmes/>
32. Observatoire International des Prisons. La médecine générale [Internet]. oip.org. [Consulté le 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/fiche-droits/medecine-generale/>

33. Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 1994-1995 : La réorganisation des soins aux détenus. 2009. [Internet]. [Consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/1994-1995-la-reorganisation-des.html>
34. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. [Internet]. [Consulté le 13 avril 2021] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000583783>
35. Projet de loi de finances pour 2013 : Justice : Administration pénitentiaire [Internet]. [Consulté le 13 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a12-154-12/a12-154-128.html>
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. La personne détenue. 2008;3. [Internet] [Consulté le 5 mai 2021] Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/detenu-2.pdf>
37. Article L381-30 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036431127/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036431127/)
38. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *Am J Public Health*. mars 2010;100(3):476-82.
39. Direction Générale de la Santé. État des lieux des dépistages des cancers féminins en milieu carcéral. Décembre2013. [Internet]. [Consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_des\\_lieux\\_depistage-cancersfeminins\\_vf\\_2\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_depistage-cancersfeminins_vf_2_.pdf)
40. Ministère de la Justice- Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022. Juillet2019. [Internet]. [Consulté le 5 mai 2021]. Disponible sur : [http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/99/00029992428758ebc85c6d27e9ff4d855dc5a018/fdr\\_sante\\_ppsmj\\_19\\_22\\_finale.pdf](http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/99/00029992428758ebc85c6d27e9ff4d855dc5a018/fdr_sante_ppsmj_19_22_finale.pdf)
41. Direction de l'administration pénitentiaire. Chiffres clefs de l'administration pénitentiaire 2018 [Internet]. [Consulté le 16 mars 2021]. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/chiffres\\_cles\\_2018\\_FINALE\\_.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf)
42. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population par sexe et groupe d'âges. 2021. [Internet]. [Consulté le 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
43. Observatoire International des Prisons. Qui sont les personnes incarcérées ? [Internet] [Consulté le 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>



44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. [Internet]. [Consulté le 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003-0>
45. 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(1):33.
46. Institut de Veille Sanitaire. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [Internet]. [Consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11483.pdf>
47. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002;12. [Internet]. [Consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er181.pdf>
48. Johnston I, Australian Institute of Health and Welfare. The health of Australia's prisoners 2010 [Internet]. Canberra, ACT: Australian Institute of Health and Welfare; 2011 [Consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420111&tab=2>
49. Larcheveque C. État des lieux des dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus chez les femmes incarcérées d'Ile de France. [Thèse de médecine]. Académie de Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. 2015.96p.
50. Binswanger IA, White MC, Pérez-Stable EJ, Goldenson J, Tulsy JP. Cancer Screening Among Jail Inmates: Frequency, Knowledge, and Willingness. *Am J Public Health*. oct 2005;95(10):1781-7.
51. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
52. Organisation de Coopération et de Développement Économiques. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD; 2015 [Consulté le 24 mai 2021]. (Panorama de la santé). Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015\\_health\\_glance-2015-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr)
53. Kouyoumdjian FG, McConnon A, Herrington ERS, Fung K, Lofters A, Hwang SW. Cervical Cancer Screening Access for Women Who Experience Imprisonment in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 7 déc 2018;1(8):e185637.
54. Plugge E, Fitzpatrick R. Factors Affecting Cervical Screening Uptake in Prisoners. *J Med Screen*. 1 mars 2004;11(1):48-9.

55. Direction Générale de la Santé. État des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral. [Internet]. [Consulté le 14 nov 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_des\\_lieux\\_depistage-cancersfeminins\\_vf\\_2\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_depistage-cancersfeminins_vf_2_.pdf)
56. De Araújo PF, Kerr LRFS, Kendall C, Rutherford GW, Seal DW, da Justa Pires Neto R, et al. Behind bars: the burden of being a woman in Brazilian prisons. BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 29 oct 2020 [Consulté le 22 mai 2021];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594946/>
57. Maruthur N, Bolen S, Brancati F, Clark J. The Association of Obesity and Cervical Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Silver Spring Md. févr 2009;17(2):375-81.
58. Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 [Internet]. [Consulté le 16 mars 2021]. Disponible sur: [http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/99/00029992-428758ebc85c6d27e9ff4d855dc5a018/fdr\\_sante\\_ppsmj\\_19\\_22\\_finale.pdf](http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/99/00029992-428758ebc85c6d27e9ff4d855dc5a018/fdr_sante_ppsmj_19_22_finale.pdf)

## IX. Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”



**Introduction :** Le cancer du sein et du col de l'utérus sont responsables de nombreux décès encore aujourd'hui en France. La mise en place du dépistage organisé pour ces deux cancers a pour but de diminuer cette mortalité. Cependant, le taux de couverture en population carcérale féminine à l'arrivée reste faible.

La détention pourrait-elle être un moment privilégié pour mettre à jour le statut de ces femmes vulnérables ?

**Objectifs :** L'objectif principal de ce travail est de déterminer le taux de rattrapage des dépistages des cancers gynécologiques durant l'incarcération et de comparer le taux de couverture final au milieu ouvert.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui a recruté les patientes incarcérées entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 31 décembre 2020, restant au moins trois mois en détention, dans quatre établissements pénitentiaires de France.

**Résultats :** Concernant le dépistage du cancer du sein, au cours de la détention, 11,5% des femmes non à jour ont bénéficié d'une mammographie de dépistage. Cependant, 17,3% des patientes ont refusé l'examen.

De la même façon, durant la détention, 37,4% des femmes non à jour, ont bénéficié d'un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus avec un taux de refus moins marqué de 7,6%.

Ainsi, après un séjour en prison d'au moins trois mois durant la période d'étude, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein s'élevait à 20,7% et celui pour le cancer du col à 50,6%. Ces taux restent toutefois plus faibles que ceux observés en milieu ouvert respectivement de 49,3 et 58,2.

**Conclusion :** Cette étude originale faite en milieu carcéral, montre que le taux de rattrapage des dépistages des cancers féminins est faible et que des améliorations sont encore possibles. Pourtant, la détention devrait pouvoir être l'occasion pour les femmes de bénéficier d'une mise à jour de leur statut de dépistage.

**Mots clés :** cancers gynécologiques, prison, dépistage, rattrapage.