



HAL
open science

Le suivi gynécologique chez la population carcérale : qu'en est-il à la Maison d'arrêt de Nice ?

Margot Bottero

► **To cite this version:**

Margot Bottero. Le suivi gynécologique chez la population carcérale : qu'en est-il à la Maison d'arrêt de Nice ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04543484

HAL Id: dumas-04543484

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04543484v1>

Submitted on 12 Apr 2024

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.



École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Le suivi gynécologique chez la population carcérale : qu'en est-il à la Maison d'Arrêt de Nice

Margot BOTTERO

Née de 26 Novembre 2000

A La Ciotat, Bouches du Rhône (13)

Mémoire présenté et soutenu le 20 Mars 2023

Directeur de mémoire : Laurence MABED-STALLA

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2023

Remerciements

À Madame Laurence MABED-STALLA pour son aide, son soutien et ses idées tout au long de ce mémoire, son accès à la Maison d'Arrêt de Nice, mais également pour sa bienveillance, sa gentillesse, tout son savoir aussi grand soit-il et sa sagesse.

À Madame Alexandra MUSSO pour son encadrement, son orientation et sa participation dans ce mémoire.

À Madame Carole DESFOIS sans qui tout cela n'aurait jamais été possible. Merci pour sa dévotion et sa douceur. Merci d'avoir été là, et de m'avoir montré qu'un mémoire était le fruit d'un travail d'équipe. Merci également à Madame Audrey FOHANNO pour nos discussions quand je ne savais plus comment avancer.

Ce mémoire, grâce à vous, aura été bien plus qu'un travail d'étude, mais une expérience humaine.

À Emma KAIRET qui a été bien plus qu'une amie, une famille, qui aura toujours été là.

À mes copines de promotion, Cloé, Marion, Loanna, Emma, Eva, Camille, avec qui j'ai partagé mes meilleurs et pires moments dans ma vie d'étudiante sage-femme.

À ma famille.

Et à Elie.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Liste des Tableaux et Annexes	5
Liste des Tableaux	5
Listes de Annexes.....	6
Liste des abréviations	7
1. Introduction et état des lieux	9
Le suivi gynécologique standard et les sage-femmes.....	9
Les prisons après la loi de 1994 [Annexe III]	9
Ce que l'on trouve dans la littérature	10
Quelques effets positifs... ..	11
À Nice.....	11
2. Matériel et Méthode	12
2.1 Type d'étude.....	12
2.2 Population.....	12
2.3 Critères recueillis	12
3. Résultats et analyse.....	16
3.1 Caractéristiques générales de la population	16
3.1.1 Âges et durée d'incarcération.....	16
3.1.2 Antécédents médicaux.....	17
3.1.3 Antécédents gynécologiques et obstétricaux.....	20
3.1.4 Addictions	24
3.2 Critère de jugement principal	25

3.2.1 Visites par les sages-femmes.....	25
3.2.2 Admission.....	26
3.2.3 Suivi gynécologique pendant l’incarcération.....	30
4. Discussion	44
4.1 Limites.....	44
4.1.1 Point forts	44
4.1.2 Points faibles et biais.....	44
4.2 Discussion	45
Un résultat déjà très positif.....	45
Quelques pistes de perfectionnement	47
5. Conclusion.....	48
Bibliographie	I
Annexe I	V
Annexe II.....	VI
Annexe III.....	VII
Annexe IV	VIII
Annexe V.....	IX
Annexe VI	X
Annexe VI <i>bis</i>	XI
Annexe VII.....	XII
Annexe VII <i>bis</i>	XIII
Annexe VIII.....	XIV
Annexe IX	XV
Annexe X.....	XVI

Liste des Tableaux et Annexes

Liste des Tableaux

Tableau I. Présentation des caractéristiques générales de notre population

Tableau II. Antécédents médicaux de notre population

Tableau III. Traitements en cours à l'entrée de notre population

Tableau IV. Antécédents chirurgicaux de notre population

Tableau V. Antécédents vaccinaux de notre population

Tableau VI . Antécédents gynécologiques de notre population: la contraception

Tableau VI *bis*. Antécédents gynécologiques de notre population: les IST

Tableau VI *bis* 2. Antécédents gynécologiques de notre population: le HPV

Tableau VI *bis* 3. Antécédents gynécologiques de notre population: le suivi gynécologique particulier

Tableau VII. Antécédents obstétricaux de notre population

Tableau VIII. Consommation de toxiques par notre population

Tableau IX. Détails des visites médicales concernant la gynécologie pour notre population

Tableau X. Consultations d'entrée pour de notre population

Tableau XI. Sérologies d'entrée de notre population

Tableau XII. Vaccination de notre population

Tableau XIII. Statut contraceptif à l'entrée de notre population

Tableau XIV. Mise en place d'une contraception chez notre population

Tableau XV. Contraception et aléas de l'incarcération chez de notre population

Tableau XVI. Statut du FCU dans notre population

Tableau XVII. FCU et recommandations dans notre population

Tableau XVIII. Caractéristiques des vaginoses de notre population

Tableau XIX. Méthode de diagnostic des vaginoses de notre population

Tableau XX. Traitements des vaginoses de notre population

Tableau XXI. Vaginoses et recommandations dans notre population

Tableau XXII. Statut mammographique de notre population

Tableau XXIII. Prévention du cancer du sein et recommandation dans notre population

Tableau XXIV. Contraception et recommandations dans notre population

Listes de Annexes

Annexe I . Obligations et recommandations vaccinales au moment de l'étude

Annexe II . Convention Européenne des Droits de l'Homme, Article 3

Annexe III . Loi de 1994

Annexe IV. Rôles de la sage-femme dans le Code de la Santé Publique [17]

Annexe V . Code de la déontologie des sage-femmes

Annexe VI . Algorithme de triage des femmes âgées de 25 à 30 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du CCU (Cancer du col de l'utérus) selon les recommandations de la HAS 2019 – Site Médipath^[25]

Annexe VI *bis* . Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du CCU (Cancer du col de l'utérus) selon les recommandations de la HAS 2019 – Site Médipath^[25]

Annexe VII : Recommandations concernant le dépistage et la prévention du cancer du sein publiées par la HAS, Février 2016

Annexe VII *bis* . 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) – ANAES Février 2002

Annexe VIII : Recommandations concernant le suivi des FCU pathologiques

Annexe IX : Recommandations concernant la cystite aiguë simple, HAS 2021

Liste des abréviations

ACR : American college of radiology

ASCUS : Atypical squamous cell of unknown significance

CHUN : Centre hospitalier universitaire de Nice

CNPE : Centre national de la protection sociale des personnes écrouées

DIU : Dispositif intra-utérin

DISP : Direction interrégionale des services pénitentiers

DTP : Diphtérie tétanos poliomyélite

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

EVA : Échelle visuelle analogique

FCS : Fausse couche spontanée

FCU : Frottis cervico-utérin

FSH : Folliculo-stimuline hormone

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité de santé

HSV : Herpes simplex virus

HPV : Human papilloma virus

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LARCs : Long acting reversible contraception

LH : Hormone lutéinisante

MAN : Maison d'arrêt de Nice

MFIU : Mort fœtale in-utéro

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

POP : Pilule oestro-progestative

PP : Pilule progestative

PV : Prélèvement vaginal

ROR : Rubéole oreillon rougeole

SF : Sage-femme

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

TSH : Traitement substitutif hormonal

UCSA : Unité de consultation de soins ambulatoires

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction et état des lieux

Le suivi gynécologique est un suivi médical fondamental dans la vie des femmes, nécessaire à leur bonne santé globale. La population carcérale ne doit pas en être privée. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme rappelle qu'un « prisonnier est avant tout un être humain, et ensuite un détenu »^[1].

Ces femmes ont des besoins différents des autres populations, besoins pas toujours respectés selon la littérature. À plusieurs reprises, les droits concernant la santé génésique et sexuelle* semblent extrêmement limités dans les prisons. La population féminine n'étant qu'une part minoritaire de la population placée entre les mains de la justice et, les prisons pour femmes n'étant pas homogènement réparties, ces femmes sont isolées de leur entourage^[2].

Le suivi gynécologique standard et les sage-femmes

Le suivi gynécologique standard comprend, entre autres et de manière systématique, un examen général et gynécologique complet annuel, un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), un suivi contraceptif, la prévention par le vaccin et le dépistage par le frotti cervico-utérin (FCU) du papillomavirus humain (HPV)^{[Annexe VI][Annexe VI bis]}, et la prévention par l'examen sénologique annuel et le dépistage par la mammographie du cancer du sein^{[Annexe VII][Annexe VII bis]}. Les femmes incarcérées ont droit au même suivi gynécologique que les femmes en général.

Les compétences des sage-femmes (SF) sont définies dans le Code de la Santé Publique^[Annexe IV] et le Code de Déontologie des Sage-Femmes^[Annexe V]. Le suivi gynécologique standard et la vaccination rentrent dans ces compétences (conditions définies par décret)^{[17][18]}. La place de la SF dans ce milieu peut s'avérer très précieuse^[19].

Les prisons après la loi de 1994 ^[Annexe III]

Malgré la loi de 1994^[Annexe III], l'accès aux soins gynécologiques restent établissements-dépendants, avec des créneaux de consultation souvent mensuels et un délai d'attente d'un à six mois, entraînant retards de prises en charge, incompréhension et difficultés quant à l'informations et à la prévention de ces patientes^[4]. Une barrière existe entre les patientes et les professionnels : les surveillants, intermédiaires nécessaires à la prise d'un rendez-vous avec un professionnel ou la demande d'un traitement ne prennent pas en compte l'état de la patiente et la tendance à relativiser toute situation ^[5].

Ce que l'on trouve dans la littérature

Dans une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les femmes incarcérées font l'objet de plus d'IST que les hommes ou que la population générale : le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB), ou la chlamydiae s'y propagent facilement^[6]. Ces pathologies sont souvent non diagnostiquées car ces populations n'ont, pour la plupart, pas de suivi gynécologique avant l'incarcération. L'utilisation du préservatif est inconstante chez les détenues*, surtout celles usant de drogues. La prévention d'IST doit être un enjeu principal des professionnels de la santé gynécologiques en prison^[6].

L'Article D384 – 3 du Code de Procédure Pénale, stipule que « toute personne incarcérée doit bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur le VIH et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat [...]. Des moyens de prévention et d'information quant à la prophylaxie individuelle et collective se doivent d'être mis à la disposition de cette population »^[7]. La Cour Européenne des Droits de l'Homme, elle, demande l'accès à des tests gratuits de dépistage pour les détenus^[8].

Ces populations sont souvent mal informées sur la contraception. Son utilisation est variable. Le dépistage des IST étant souvent la première mission considérée par les soignants en prisons, la contraception est moins accompagnée et moins abordée^[2].

Concernant l'intimité, certains établissements pénitenciers s'abstiennent de s'occuper des menstruations des femmes : les produits sont introuvables et peuvent ne pas être donnés en guise de punition^[4]. Les femmes ne peuvent pratiquer de toilette intime individuelle, car aucun lieu n'est disponible à cet effet. Certaines femmes rapportent également la présence d'un surveillant au moment d'un soin, compromettant leur intimité et leur pudeur^[4].

Les détenues ont une prévalence plus élevée de dysplasie cervicale et de cancer que les femmes de la population générale. Le respect des recommandations sur le FCU et la mammographie est qualifié d'« extrêmement médiocre ». Dans une étude de l'École des Hautes Études en Santé Publique, un membre de l'administration pénitentiaire ramène qu'« en prison, le cancer du sein est mortel », phrase alarmante^[9].

Les obligations vaccinales^[Annexe I], inscrites dans le Code de la Santé Publique, ne sont pas toujours suivies pour ces patients à l'extérieur des établissements.

En somme, dans les Fiches Thématiques « Droits des détenus en matière de santé » de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, l'accès aux soins en prison n'est pas toujours respecté et l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme* est de nombreuses fois violé en France [10][11].

La littérature est donc plutôt en défaveur du suivi gynécologique en milieu carcéral. L'incarcération paraît être une perte de chance vis-à-vis de l'accès aux soins[9].

Quelques effets positifs...

En parallèle, nous trouvons des résultats démontrant les effets positifs de l'incarcération sur le suivi gynécologique des femmes en situation de précarité, peu ou pas suivies. Celui-ci devient plus accessible pour les femmes, et gratuit grâce à la loi de 1994 relative aux couvertures sociales des détenues[Annexe III][13][14]. Il s'agit parfois de leurs premiers dépistages, premiers conseils, premières prises en charge[12].

À Nice

À Nice, le centre pénitencier est une maison d'arrêt*. Sa direction interrégionale de service pénitencier* est celle de Marseille – Sud Est. Elle dispose de 20 cellules pour les femmes dans lesquelles les femmes sont au nombre de 2[16]. Les soins des prisonniers sont régis par l'Unité de Consultations de Soins Ambulatoires (UCSA) conformément à la loi[14].

Il s'agit de l'un des rares établissements pénitenciers français dont le suivi gynécologique et obstétrical est réalisé par des SF depuis le 14 octobre 2020. Ce suivi se fait de manière hebdomadaire, avec une SF, sans surveillant. Une consultation de gynécologie est réalisée avec chaque patiente dans les deux semaines suivant son entrée.

Conformément à la demande du Haut-Commissariat des Nations Unies des Droits de l'Homme, les détenues bénéficient également d'un examen médical général au lendemain de leur arrivée réalisé par un médecin.

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Cette étude est une étude qualitative, descriptive, mono centrique et rétrospective. Les données sont issues des dossiers médicaux des femmes entrées dans le quartier femme de la MAN du 14 octobre 2020 au 14 avril 2022.

L'objectif principal était de réaliser un état des lieux afin d'étudier le suivi gynécologique dont bénéficie la population carcérale de la MAN.

L'objectif secondaire était de mettre en avant les données sortant du cadre des recommandations en vigueur. Nous prenons en compte les changements de recommandations par la HAS et les dates auxquelles elles ont changé, notamment pour les FCU.

2.2 Population

La population incluse correspond à toute la population féminine entrante à la MAN du 14 octobre 2020 au 14 avril 2022. Le 14 octobre a été choisi comme date de début d'étude puisqu'il s'agit de la date à laquelle le suivi gynécologique de notre population a été repris par les SF. En ce qui concerne les femmes enceintes, les données ont été interprétées avec les recommandations en vigueur les concernant quant au suivi gynécologique.

N'ont pas été inclus les hommes, les femmes entrées à la MAN avant le 14 octobre 2020, et les femmes entrées après le 14 avril 2022.

Le recueil de données s'est déroulé du 16 mars 2022 au 16 juin 2022. A raison de 19 visites à la MAN effectuées, dont deux auprès des détenues.

2.3 Critères recueillis

Le recueil de données a été effectué par le biais d'un tableau récoltant plus de 110 données. De manière générale, les données rapportées étaient les données administratives de l'incarcération, les données sociodémographiques de la patiente, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, addictifs et vaccinaux, l'admission de la patiente, le déroulé de l'incarcération, et le suivi extra-gynécologique.

Dans les données administratives, ont été recueillies :

- Le numéro d'écrou, le numéro de dossier attribué à la patiente au moment de la sortie de la MAN de Nice ;

- Le numéro de l'incarcération, et, le cas échéant, les anciens numéros d'écrous ;
- La date d'entrée, la date de sortie, le nombre de jours passés à la MAN, le nombre de mois pleins, ainsi que l'issue de l'incarcération (libération ou transfert en établissements pour peine*) ;
- Le mois d'entrée et l'année d'entrée.

Concernant la patiente :

- La date de naissance ;
- L'âge calculé au jour de l'entrée grâce aux formules de calcul Excel au 14 avril 2022 ;
- Le nombre de fois ou la patiente a été vue dans le cadre du suivi gynécologique, comprenant la consultation médicale d'entrée faite par le médecin et les consultations gynécologiques avec les SF ;
- Les motifs principaux des consultations, ainsi que la présence ou l'absence de grossesse déclarée.

Concernant les antécédents de la patiente, ont été recueillis :

- Les antécédents généraux : la taille, le poids, l'IMC, les allergies ;
- Les vaccins connus par la patiente^[Annexe I] : le DTP (obligatoire), ROR (non obligatoire pour les personnes nées avant 2018), VHB (non obligatoire), VHA (non obligatoire) ;
- Les antécédents médicaux de la patiente : le nom du médecin traitant, les pathologies chroniques ou nécessitant d'être mentionnées de la patiente, les traitements en cours
- Les antécédents chirurgicaux de la patiente ;
- Les antécédents gynécologiques de la patiente : l'utilisation d'une contraception, et, le cas échéant, la date de mise en place, le nom du professionnel de santé s'occupant du suivi gynécologique de la patiente, la présence d'IST connues par la patiente, la vaccination contre le papillomavirus, la date du dernier FCU réalisé et son résultat, et la nécessité d'un suivi particulier ;
- Les antécédents obstétricaux de la patiente : la gestité, la parité, les antécédents de FCS, les antécédents d'IVG, les antécédents de MFIU, les antécédents de GEU, et dans les cas où la parité était supérieure à zéro, les voies d'accouchement ;

- Les addictions : à l'alcool, au tabac et, le cas échéant, une estimation de la consommation de tabac, au cannabis, à la cocaïne, à l'héroïne, à un quelconque produit de sevrage, à d'autres substances, ainsi que la régularité des consommations ;
- Les antécédents de violence verbale ou physique subie par la patiente.

Concernant l'admission de la patiente, ont été recueillis :

- La réalisation d'un examen clinique d'entrée et l'accord pour une incarcération en milieu ordinaire ;
- La réalisation d'une prise de sang d'entrée comprenant une Numération Formule Sanguine (NFS), un bilan hépatique, un dosage des taux de β -HCG* sur facteurs de risque de grossesse et, le cas échéant, les résultats de ce dosage ;
- La réalisation des sérologies recommandées : le VIH, le VHB, le VHC et de la syphilis ;
- Les résultats de chaque sérologie ainsi que la mise à disposition d'un traitement adéquat en cas de sérologie positive.

Concernant l'incarcération en elle-même, ont été recueillis :

- Sur le plan médical : la réalisation d'un examen clinique complet à l'arrivée, les vaccinations réalisées pendant l'incarcération parmi lesquelles le ROR, le DTP, le VHB, ou tout autre vaccin (covid et grippe entre autres) ;
- Concernant les FCU : la nécessité quant à la réalisation du FCU, sa réalisation, les résultats, dans le cas des FCU positifs, le grade ASCUS, le suivi des recommandations et, dans le cas où les recommandations ne sont pas suivies, les raisons, la nécessité d'un suivi, les examens complémentaires réalisés, la nécessité d'un suivi post-incarcération, l'anticipation de ce suivi ;
- Concernant les vaginoses, mycoses et autres infections génitales : le nombre d'épisodes pendant l'incarcération, les signes d'appels, la réalisation d'un prélèvement vaginal ou non, les résultats des prélèvements, les diagnostics finaux, les traitements mis en place, l'informations quant aux règles d'hygiène, le suivi des recommandations, et la réalisation d'un prélèvement vaginal à la fin du traitement ;
- Concernant la prévention du cancer du sein : la nécessité de la mammographie, la connaissance de l'autopalpation, la date de la dernière mammographie, la réalisation

d'une échographie récente, les résultats de ces examens complémentaires, dans le cas d'un refus patiente, l'information donnée ;

- Concernant la contraception : la nécessité d'une contraception ou d'une prise en charge vis à vis d'une contraception en cours, dans le cas où ce besoin se voit absent, les raisons, la mise en place d'une contraception, la catégorie de contraception mise en place, l'accord avec les recommandations et avec les caractéristiques de la patiente, les situations nécessitant un changement de contraception, le nouveau contraceptif mis en place, l'information donnée aux patientes refusant la contraception, les visites post mise en place et la réalisation des bilans nécessaires aux mises en place ;
- Concernant la nécessité d'un suivi particulier : la ou les raisons de ce suivi, quelle prise en charge a été entreprise, la faisabilité des examens complémentaires, et la conformité face aux recommandations ;
- Concernant les risques sur une potentielle grossesse pendant l'incarcération : la réalisation des β -HCG et les résultats ;

Une colonne a été réservée à l'histoire globale de la patiente, extra gynécologique ou non, dont les informations n'ont pu être classées dans ce tableau. Ces informations ont été reprises au moment de l'interprétation des résultats, puisqu'elles portaient sur le déroulé de l'incarcération, les conditions de détention et les raisons de possibles non-respect des recommandations. Elles ont également permis de savoir si les cas hors recommandations venaient de la patiente ou des professionnels.

125 dossiers ont pu être analysés, et tous ont été inclus dans l'étude.

3. Résultats et analyse

3.1 Caractéristiques générales de la population

3.1.1 Âges et durée d'incarcération

Tableau I : Présentation des caractéristiques générales de notre population

<i>Catégorie</i>	<i>n effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Âge</i>	<i>n=125</i>	
<i>18 ans – 24 ans</i>	43	34,40%
<i>25 ans – 34 ans</i>	27	21,60%
<i>35 ans – 49 ans</i>	40	32,00%
<i>Plus de 49 ans</i>	15	12,00%
<i>Durée d'incarcération (n=125)</i>	<i>n=125</i>	
<i>Moins de 14 jours</i>	26	20,80%
<i>De 14 jours à 1 mois</i>	11	8,80%
<i>De 1 mois à 6 mois</i>	77	61,60%
<i>De 6 mois à 1 an</i>	10	8,00%
<i>Plus d'1 an</i>	1	0,80%
<i>Grossesse déclarée à l'entrée (n=125)</i>	<i>n=125</i>	
<i>Oui</i>	5	4,00%
<i>Non</i>	120	96,00%

La majorité des patientes sont âgées de 18 à 24 ans (34,40%). Elles ne sont donc concernées ni par le FCU ni la mammographie. Cette part reste inconstante.

Au 14 avril 2022, la durée minimale d'incarcération était de moins de 24 heures.

26 patientes ont une durée d'incarcération inférieure à sept jours. Aucune patiente n'a une durée d'incarcération entre sept et 14 jours. Il est donc normal que :

- Quelques rares patientes n'aient pas de consultation médicale.
- Parfois les patientes n'aient pas de consultation SF puisque celles-ci se fait après 14 jours d'incarcération.

Les consultations d'entrées sont faites conformément aux recommandations et aux conseils européens.

Les grossesses déclarées à l'entrée sont exceptionnelles.

3.1.2 Antécédents médicaux

Tableau II : Antécédents médicaux de notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Indice de masse corporelle (IMC)</i>	n=125		
<i>Sous poids (IMC < 18,5)</i>		21	16,80%
<i>Normal (18,5 < IMC < 24,9)</i>		46	36,80%
<i>Surpoids (25 < IMC < 29,9)</i>		24	19,20%
<i>Obésité grade I ou modérée (30 < IMC < 34,9)</i>		11	8,80%
<i>Obésité grade II ou sévère et grade III ou morbide (35 < IMC)</i>		5	4,00%
<i>Ne sait pas</i>		18	14,40%
<i>Nom du médecin traitant</i>	n=125		
<i>Connu</i>		1	0,80%
<i>Non connu</i>		124	99,20%
<i>Antécédents médicaux particuliers</i>	n=125		
Aucun		40	32,00%
<i>Allergique</i>		34	27,20%
<i>Cardiaques</i>		11	8,80%
<i>Endocriniens</i>		9	7,20%
<i>Gynécologiques-obstétriques</i>		18	14,40%
Neurologiques		24	19,20%
Psychiatriques		25	20,00%
<i>Pulmonaires</i>		16	12,80%
<i>Viscéraux</i>		9	47,20%
<i>Autres</i>		52	38,40%
<i>Antécédents de violences faites aux femmes</i>	n=125		
<i>Oui</i>		4	3,20%
<i>Aucune notion dessus</i>		121	96,80%

Pour la quasi-totalité des patientes, un suivi médical est difficile à réaliser puisque le médecin généraliste n'est jamais connu (99,20%). La question des violences antérieures subies n'est jamais posée (100%). Quelques patientes exceptionnelles l'ont abordé d'elle-même de par le poids du traumatisme (3,20%).

L'IMC normal est majoritaire (36,80%). L'IMC des patientes est parfois inconnu, donnée importante pour la contraception (14,40%). La majorité ne présente aucun antécédent médical (32,00%). La psychiatrie représente une patiente sur cinq (20,00%) dont 20,00% de troubles anxieux et 20,00% de troubles dépressifs caractérisés.

Tableau III : Traitements en cours à l'entrée de notre population

Catégorie	n effectif		Pourcentage
Aucun	n=125	56	44,80%
<i>Antalgique</i>	n=125		
<i>De palier I</i>		2	1,60%
<i>De palier II</i>		3	2,40%
<i>De palier III</i>		2	1,60%
<i>Anti-hypertenseurs</i>	n=125	7	5,60%
<i>Antimigraineux</i>	n=125	1	0,80%
<i>Traitements gynécologiques</i>	n=125		
<i>Anti-œstrogènes</i>		1	0,80%
<i>Traitement substitutif hormonal (THS)</i>		1	0,80%
<i>Traitements psychiatriques</i>	n=125		
<i>Antidépresseurs et hypnotiques</i>		12	9,60%
<i>Antipsychotiques</i>		9	7,20%
<i>Anxiolytiques</i>		22	17,60%
<i>Somnifères</i>		4	3,20%
<i>Corticoïdes (n=125)</i>	n=125	10	8,00%
<i>Traitements de sevrage</i>	n=125	9	7,20%
Supplémentations vitaminiques	n=125	14	11,20%
<i>Autres traitements</i>	N=125	42	33,60%

À l'admission, la moitié de notre population n'a pas de traitement en cours (44,80%). Les traitements les plus retrouvés sont les traitements psychiatriques (37,60%). Nous trouvons beaucoup de polymédication.

Tableau IV : Antécédents chirurgicaux de notre population

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Aucun</i>	n=125	50	40,00%
<i>Gynécologiques-obstétriques</i>	n=125	28	22,40%
<i>Locomoteurs</i>	n=125	19	15,20%
<i>Traumatiques et reconstruction</i>	n=125	15	12,00%
<i>Viscéraux</i>	n=125	26	20,80%
<i>Autres</i>	n=125	17	13,60%

Une patiente sur deux ne présente aucun antécédent chirurgical (40,00%).

Tableau V : Antécédents vaccinaux de notre population

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Vaccin Rubéole Oreillons Rougeole ROR (n=125)</i>	n=125		
<i>Oui</i>		2	1,60%
<i>Non</i>		0	0,00%
<i>Ne sait pas</i>		123	98,40%
<i>Vaccin Diphtérie Tétanos Poliomyélite DTP (n=125)</i>	n=125		
<i>Oui</i>		61	48,80%
<i>Non</i>		37	29,60%
<i>Ne sait pas</i>		27	21,60%
<i>Vaccin Virus Hépatite B VHB (n=125)</i>	n=125		
<i>Oui</i>		19	15,20%
<i>Non</i>		28	22,40%
<i>Ne sait pas</i>		78	62,40%
<i>Vaccin Virus Hépatite A VHA (n=125)</i>	n=125		
<i>Oui</i>		7	5,60%
<i>Non</i>		25	20,00%
<i>Ne sait pas</i>		93	74,40%
<i>Vaccin Papillomavirus HPV (n=125)</i>	n=125		
<i>Oui</i>		0	0,00%
<i>Non</i>		0	0,00%
<i>Ne sait pas</i>		125	100,00%

Notre population ne suit pas les campagnes de vaccination, même celles obligatoires : la majorité de notre population ne connaît pas ses statuts vaccinaux vis à vis du ROR (98,40%), au vaccin du VHB (62,40%) et au vaccin du VHA (74,40%). Une patiente sur deux se sait vaccinée pour le DTP (48,80%) et une sur cinq ignore son statut vaccinal (21,60%).

En ce qui concerne le vaccin du HPV, aucune mention n'est retrouvée dans les dossiers (100%) alors que cette population est bien plus à risque de cancer du col de l'utérus ou de HPV. La population accueillie ne pouvant être que majeure, cela représente un frein à ce moyen de prévention.

3.1.3 Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Tableau VI : Antécédents gynécologiques de notre population : la contraception

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Contraception à l'arrivée</i>	n=125		
<i>Oui</i>		17	13,60%
<i>Non</i>		95	76,00%
<i>Ne sait pas</i>		13	10,40%
<i>En cas de contraception déclarée à l'entrée</i>	n=17		
<i>Pilule oestrogénique (POP)</i>		2	11,76%
<i>Pilule progestative pure (PPP)</i>		1	5,88%
Implant		5	29,42%
<i>Ligature des trompes</i>		3	17,65%
Dispositif intra-utérin		5	29,42%
<i>Préservatif</i>		1	5,88%

Nous ignorons le statut contraceptif de 10,40% de nos patientes à l'entrée. Une contraception sur deux retrouvée est un LARC* (Long Acting Reversible Contraception) (58,84%), soit des implants et des dispositifs intra-utérins, utilisés en proportions égales.

Celle-ci est très adaptée pour cette population généralement sans suivi.

Tableau VI bis : Antécédents gynécologiques de notre population : les IST

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>IST connues</i>	n=125		
<i>Oui</i>		11	8,80%
<i>Non</i>		100	80,00%
<i>Ne sait pas</i>		14	11,20%
<i>Parmi les IST connues</i>	n=11		
<i>HIV</i>		1	9,09%
<i>Chlamydiae</i>		1	9,09%
<i>Syphilis</i>		1	9,09%
<i>HSV génital</i>		1	9,09%
<i>HPV</i>		7	63,64%

La plupart des patientes disent ne jamais avoir connaissance d'antécédents d'IST (80,00%). La plus présente est le HPV (63,64% des IST connues). Un seul cas de VIH est connu à l'entrée.

Tableau VI bis 2 : Antécédents gynécologiques de notre population : le HPV

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>FCU avant l'incarcération</i>	n=125		
<i>Patiente concernée</i>		82	75,60%
<i>Patiente non concernée</i>		43	24,40%
<i>FCU avant l'incarcération</i>	n=125		
<i>Suivi selon les recommandations</i>		76	60,80%
<i>Suivi hors des recommandations</i>		25	20,00%
<i>Ne sait pas</i>		24	19,20%
<i>En cas d'antécédents de FCU, résultats vus</i>	n=57		
<i>Oui</i>		0	0,00%
<i>Non</i>		57	100,00%
<i>Résultats du dernier HPV</i>	n=6		
<i>Haut grade</i>		3	50,00%
<i>Bas grade</i>		1	16,67%
<i>Ne sait pas</i>		3	50,00%

Trois quarts de nos patientes sont concernées par les recommandations du FCU (75,60%). À l'entrée, les patientes décrivent volontiers leur suivi antérieur comme conforme aux recommandations (60,80%). La quasi-totalité des patientes connaissant leur suivi ont dit avoir eu leur dernier FCU dans les deux années précédant l'incarcération, rendant le FCU en MAN non nécessaire (90,00%) : l'absence d'antécédent pathologique est quasi constante. Aucun résultat de FCU antérieurs n'a été vu.

Parmi les patientes disant connaître leur résultat de FCU fait à l'extérieur (45,60%) : trois patientes disent avoir eu un résultat positif et ont su qualifier le HPV (50,00%) ; trois autres ont soutenu ne pas connaître le résultat de cet examen (50,00%).

Tableau VI bis 3 : Antécédents gynécologiques de notre population : le suivi pathologique (1)

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Antécédents gynécologiques nécessitant une prise en charge particulière</i>	n=125		
<i>Oui</i>		45	36,00%
<i>Non</i>		65	52,00%
<i>Ne sait pas</i>		15	12,00%

Tableau VI bis 3 : Antécédents gynécologiques de notre population : le suivi pathologique(2)

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Le cas échéant, quel suivi particulier</i>	n=45		
<i>Adénofibromes et kystes mammaires</i>		5	11,11%
<i>Cancer du sein</i>		2	4,44%
Condylomes et papillomavirus personnels ou conjugaux		7	15,56%
<i>Dysménorrhées et cycles irréguliers</i>		4	8,89%
<i>Endométriose</i>		2	4,44%
<i>Grossesse déclarée à l'entrée</i>		5	11,11%
<i>Hystérectomie ou ovariectomie</i>		2	4,44%
<i>IST actuelle hors HPV</i>		2	4,44%
<i>Mammectomie</i>		2	4,44%
Ménopause		7	15,56%
Patiente âgée de plus de 25 ans sans suivi antérieur		6	13,33%
<i>Syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK)</i>		1	2,22%

Un tiers des patientes nécessite un suivi particulier (36,00%). La majorité correspond aux condylomes et aux HPV personnels ou conjugaux (15,56%) et aux ménopauses en cours d'installation (15,56%).

Tableau VII : Antécédents obstétricaux de notre population (1)

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Gestité</i>	n=125		
<i>Nulligeste</i>		22	17,60%
1 et 2 grossesses		38	30,40%
<i>3 et 4 grossesses</i>		22	17,60%
<i>Plus de 4 grossesses</i>		28	22,40%
<i>Ne sait pas</i>		15	12,00%
<i>Parité</i>	n=125		
<i>Nullipare</i>		37	29,60%
1 et 2 accouchements		44	35,20%
<i>3 et 4 accouchements</i>		22	17,60%
<i>Plus de 4 accouchements</i>		7	5,60%
<i>Ne sait pas</i>		15	12,00%

Tableau VII : Antécédents obstétricaux de notre population (2)

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Fausse couche spontanée</i>	n=125		
0 FCS		79	63,20%
1 et 2 FCS		25	20,00%
Plus de 2 FCS		4	3,20%
Ne sait pas		17	13,60%
<i>Interruption médicale ou volontaire de grossesse</i>	n=125		
0 IVG ou IMG		67	53,60%
1 et 2 IVG ou IMG		34	27,20%
Plus de 2 IVG ou IMG		7	5,60%
Ne sait pas		17	13,60%
<i>Morts fœtales in utéro</i>	n=125		
0 MFIU		107	85,60%
1 et 2 MFIU		1	0,80%
Plus de 2 MFIU		0	0,00%
Ne sait pas		17	13,60%
<i>Grossesse extra-utérine</i>	n=125		
0 GEU		106	84,80%
Plus de 0 GEU		3	2,40%
Ne sait pas		16	12,80%
<i>Parmi les parité non nulles, antécédent d'accouchement voie basse</i>	n=73		
Antécédents d'accouchement par voie basse		15	20,55%
Antécédents d'accouchement par césarienne		12	16,44%
Ne sait pas		46	63,01%

La majorité de notre population est multigeste* (70,40%). La moitié de notre population est multipare* (58,40%).

Parmi les grossesses vues chez nos patientes : presque un quart de nos patientes décrit une à deux FCS antérieure ou un antécédent d'IVG/IMG.

Les antécédents obstétricaux abordés restent rarement inconnus (12,00% à 13,60%). Les voies d'accouchement ne sont connues que pour deux tiers des patientes (63,01%). Pour une population souvent multipare, les voies d'accouchement devraient être identifiées à but préventif (conseils de rééducation périnéale).

3.1.4 Addictions

Tableau VIII : Consommation de toxiques par notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Alcool</i>	n=125	
<i>Oui</i>	12	9,60%
<i>Non</i>	106	84,40%
<i>Ne sait pas</i>	7	5,60%
<i>Tabac</i>	n=125	
<i>Oui</i>	94	75,20%
<i>Non</i>	24	19,20%
<i>Ne sait pas</i>	7	5,60%
<i>Le cas échéant, nombre de cigarettes par jour</i>	n=94	
<i>Moins de 10 cigarettes par jour</i>	20	21,28%
<i>De 10 à 20 cigarettes par jour</i>	36	38,30%
<i>Plus de 20 cigarettes par jour</i>	38	40,42%
<i>Cannabis</i>	n=125	
<i>Oui</i>	21	16,80%
<i>Non</i>	97	77,60%
<i>Ne sait pas</i>	7	5,60%
<i>Le cas échéant, quelle est la régularité de la consommation</i>	n=21	
<i>Régulière</i>	14	66,67%
<i>Irrégulière</i>	7	33,33%
<i>Traitement de sevrage</i>	n=125	
<i>Oui</i>	9	7,20%
<i>Non</i>	115	92,00%
<i>Ne sait pas</i>	1	0,80%
<i>Autres (héroïne, cocaïne, crack)</i>	n=125	
<i>Oui</i>	16	12,80%
<i>Non</i>	101	80,0%
<i>Ne sait pas</i>	8	6,4%

Les trois quarts de la population sont fumeurs (75,20%), dont la moitié consomme plus de 20 cigarettes par jour (40,42%). C'est un élément important du suivi contraceptif.

Les autres consommations sont minoritaires (de 1,60% pour l'héroïne à 16,80% de cannabis). Lorsqu'une patiente consomme du cannabis associé à de l'héroïne, elle adopte dans tous les cas la même fréquence de consommation (100%), généralement régulières (70,00%).

3.2 Critère de jugement principal

3.2.1 Visites par les sages-femmes

Nous ne prenons en compte que les 278 consultations dédiées à la gynécologie.

Tableau IX : Détails des visites concernant la gynécologie pour notre population

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Nombres de patientes vues</i>	n=125		
<i>Vues</i>		117	93,6%
<i>Non vues</i>		8	6,4%
<i>Nombres de consultations dédiées à la gynécologie</i>	n=278		
<i>Nombre de consultations SF</i>		161	57,91%
<i>Nombres de consultations médecins</i>		117	42,09%
<i>Nombre de consultation par patiente</i>	n=125		
<i>Aucune consultation de gynécologie</i>		8	6,40%
<i>De 1 à 2 consultations de gynécologie</i>		80	64,00%
<i>De 3 à 4 consultations de gynécologie</i>		26	20,80%
<i>Plus de 4 consultations de gynécologie</i>		11	8,80%
<i>Motif des consultations</i>	n=278		
<i>Consultations d'entrée</i>		117	42,00%
<i>Suivi FCU</i>		97	35,00%
<i>Suivi contraceptif</i>		14	5,00%
<i>Suivi de grossesse</i>		19	6,00%
<i>Signes fonctionnels génitaux</i>		19	6,00%
<i>Patiente non vue</i>		8	3,00%
<i>Consultation d'informations</i>		3	1,00%
<i>Consultation de pathologies</i>		9	3,00%

Huit patientes sont restées moins de 48h (6,40%) : les consultations médicales n'ont pu être complètes. Parmi les 117 autres patientes :

- Toutes ont eu une consultation d'entrée (représentant 42,09% des consultations) réalisées par le médecin au deuxième jour d'incarcération. Elle permet de faire l'ouverture du dossier et un bilan des antécédents généraux et gynécologiques. Ces données sont renseignées dans le dossier et mises à disposition pour les SF ;
- 161 consultations de gynécologie par les SF à 15 jours d'incarcération (57,91% des consultations).

Souvent, les patientes bénéficient d'une à deux consultations de gynécologie avec une SF (64,00%). Le motif le plus fréquent est le suivi du FCU (35,00%). Le suivi contraceptif ne représente qu'une part minime des consultations (5,00%). Les patientes bénéficient :

- Dans trois quarts des cas d'une consultation pour suivi de FCU (77,60%) ;
- Occasionnellement d'une consultation pour suivi contraceptif (11,20%).

Pour une population dont durée d'incarcération volontiers comprise entre six mois et un an, le nombre de visites est conforme aux recommandations.

3.2.2 Admission

Nous ne prenons en compte que les 117 patientes étant restées plus de 24h.

Tableau X : Consultation d'entrée pour la population féminine de la MAN

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Patiente bénéficiant de l'examen clinique général d'entrée</i>	n=117		
<i>Fait</i>	(100%)	117	100%
<i>Non fait</i>		0	0,00%
<i>Le cas échéant, compte rendu</i>	n=117		
<i>Compatible avec un établissement d'incarcération normal</i>	(100%)	117	100,00%
<i>Non compatible avec un établissement d'incarcération normal</i>		0	0,00%
<i>Numération formule sanguine réalisée</i>	n=117		
<i>Oui</i>		77	65,81%
<i>Non</i>		40	34,19%
<i>β-HCG sanguins réalisés</i>	n=117		
<i>Oui</i>		39	33,33%
<i>Non</i>		78	66,67%
<i>Résultats des β-HCG</i>	n=39		
<i>Positifs</i>		2	5,13%
<i>Négatifs</i>		37	94,87%
<i>Si les β-HCG ne sont pas faits, quelles sont les raisons</i>	n=78		
<i>Refus de la patiente</i>		15	19,23%
<i>Grossesse déclarée à l'entrée, ménopause, préménopause</i>		12	15,38%
<i>Extraction judiciaire</i>		3	3,85%
<i>Date des dernières règles récentes</i>		46	58,97%
<i>Autres raisons</i>		2	2,56%

À l'admission, les examens cliniques non faits sont les patientes non vues. Tous des examens médicaux ont conclu à une incarceration compatible avec la MAN (100%).

Les bilans sanguins d'entrée sont souvent réalisés. Une part inconstante de bilans n'est pas prélevée (34,19%) pour lesquels aucune donnée n'est retrouvée. Leur réalisation se voit être importante puisqu'ils servent à l'éventuelle mise en place d'une POP.

Les β HCG sont systématiquement réalisés. Deux sont revenus positifs. Ces grossesses s'ajoutent au 5 de l'entrée. Les prélèvements non-faits correspondent au refus de la dame et à l'absence de facteurs de risques conformément aux recommandations.

Tableau XI : Sérologies d'entrée de notre population (1)

<i>Catégorie</i>	<i>n effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	
<i>Sérologie VIH</i>	n=117		
<i>Faite</i>		62	52,99%
<i>Non faite</i>		53	45,30%
<i>Ne sait pas</i>		2	1,71%
<i>Sérologie VHB</i>	n=117		
<i>Faite</i>		62	52,99%
<i>Non faite</i>		53	45,30%
<i>Ne sait pas</i>		2	1,71%
<i>Sérologie VHC</i>	n=117		
<i>Faite</i>		62	52,99%
<i>Non faite</i>		53	45,30%
<i>Ne sait pas</i>		2	1,71%
<i>Sérologie syphilitique</i>	n=117		
<i>Faite</i>		62	52,99%
<i>Non faite</i>		53	45,30%
<i>Ne sait pas</i>		2	1,71%
<i>Résultat de la sérologie VIH</i>	n=62		
<i>Positif</i>		2	3,23%
<i>Négatif</i>		59	95,16%
<i>Ne sait pas</i>		1	1,61%
<i>Résultat de la sérologie VHB</i>	n=62		
<i>Positif</i>		0	0,00%
<i>Vaccinée</i>		22	35,49%
<i>Négatif</i>		39	62,90%
<i>Ne sait pas</i>		1	1,61%

Tableau XI : Sérologies d'entrée de notre population (2)

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Résultat de la sérologie VHC</i>	n=62		
<i>Positif</i>		0	0,00%
<i>Guérie</i>		1	1,61%
<i>Négatif</i>		60	96,78%
<i>Ne sait pas</i>		1	1,61%
<i>Résultat de la sérologie syphilitique</i>	n=62		
<i>Positif</i>		0	0,00%
<i>Guérie</i>		1	1,61%
<i>Négatif</i>		60	96,78%
<i>Ne sait pas</i>		1	1,61%
<i>Raisons pour lesquelles les sérologies n'ont pas été faites</i>	n=53		
<i>Refus de la patiente</i>		40	75,47%
<i>Extraction judiciaire le jour de la prise de sang</i>		4	7,55%
<i>Ne sait pas</i>		5	9,43%
<i>Prise de sang à priori faite mais résultats non retrouvés</i>		2	3,77%
<i>Dernière incarcération récente</i>		1	1,89%
<i>Début d'incarcération et prise de sang prévue</i>		1	1,89%

Les sérologies d'entrée sont réalisées conformément aux recommandations. La moitié des patientes n'en ont pas bénéficié (45,30%). Pour les trois quarts d'entre elles, il s'agit d'un refus de leur part (75,47%). Assez rares sont les patientes sans statut sérologique sans raison identifiée (7,55%).

Biologiquement, seul un tiers de notre population est vaccinée contre l'hépatite B (35,49% contre 15,20% pensant l'être à l'entrée).

Deux patientes ont le VIH : l'une le savait déjà, l'autre non. Les deux patientes ont bénéficié d'un traitement adapté.

La quasi-totalité des patientes a eu un résultat négatif pour la syphilis (96,78%).

La MAN suit les recommandations quasi-constamment.

Tableau XII : Vaccination de notre population

Catégorie		n effectif		Pourcentage
<i>ROR</i>	<i>Fait</i>	n=125	0	0,00%
	<i>Non fait</i>		125	100,00%
	<i>Parmi les non fait</i>	n=125		
	<i>Refus patiente</i>		0	0,00%
<i>DTP</i>	<i>Fait</i>	n=125	13	10,40%
	<i>Non fait</i>		112	89,60%
	<i>Parmi les non fait</i>	n=112		
	<i>Refus patiente</i>		3	2,68%
<i>VHB</i>	<i>Fait</i>	n=125	7	5,60%
	<i>Non fait</i>		118	94,40%
	<i>Parmi les non fait</i>	n=118		
	<i>Refus patiente</i>		1	0,80%
<i>Nombre de patientes chez qui le vaccin aurait été utile</i>		n=125		
	<i>Covid</i>		125	10,00%
	<i>DTP</i>		64	51,20%
	<i>VHB</i>		39	31,20%
	<i>Grippe</i>		125	100,00%
<i>Nombre de vaccin fait chez les nécessitants</i>		n=125		
	<i>Covid</i>	n=125	24	19,20%
	<i>DTP</i>	n=64	13	20,31%
	<i>VHB</i>	n=39	7	17,95%
	<i>Grippe</i>	n=125	1	0,80%

La notion de vaccination n'est quasi-constamment jamais mentionnée pendant l'incarcération. Selon les recommandations, la moitié de notre population aurait dû recevoir le rappel de DTP pendant l'incarcération (51,20%), et deux tiers minimum du VHB (62,90%). Au vu de la crise sanitaire récente, 100% des patientes aurait pu bénéficier des vaccins de la Covid et de la Grippe. Mais rares sont les patientes ayant eu accès au vaccin de la Covid (19,20%) et de la Grippe (0,80%). Parmi les nécessitantes, 20,31% ont eu accès au vaccin DTP et 6,80% au HBV. Le vaccin le plus fait est le rappel DTP restant peu fréquent.

Il ne s'agit que rarement de refus de la patiente (0,80% à 2,68%). Dans les autres cas, aucune notion de vaccin n'est retrouvée. Notre population n'a pas eu une prise en charge conforme en amont de leur incarcération. À la MAN, la prise en charge recommandée n'a pas été proposée.

3.2.3 Suivi gynécologique pendant l'incarcération

3.2.3.1 La contraception

3.2.3.1.1 Besoin contraceptif

Tableau XIII : Statut contraceptif à l'entrée de notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Besoin contraceptif</i>	n=117	
<i>Oui</i>	19	16,24%
<i>Non</i>	64	54,70%
<i>Ne sait pas</i>	34	29,06%
<i>Pour celle n'ayant pas de besoin contraceptif, pourquoi</i>	n=64	
Refus de la patiente	22	34,38%
<i>Désir de grossesse ou grossesse</i>	11	17,19%
Ménopause	12	18,75%
<i>Hystérectomie ou ovariectomie</i>	2	3,13%
Contraception déjà mise en place	17	26,56%
<i>Pour les réponses « ne sait pas », pourquoi</i>	n=34	
Aucune donnée sur la contraception	25	73,53%
<i>Extraction judiciaire juste avant la consultation SF</i>	3	8,82%
<i>Aucune consultation SF pendant l'incarcération</i>	3	8,82%
<i>Aucune consultation SF au 14 avril 2022, patiente incarcérée</i>	3	8,82%

À l'entrée, la majorité des patientes ne présentent aucun besoin contraceptif (54,70%). Pour un tiers des patientes, il s'agit d'un refus de leur part. Un tiers reste sans statut vis-à-vis de la contraception (29,06%). Aucune consultation dédiée ne leur est proposée : parfois, l'absence de notion sur la contraception n'est pas dû à la MAN comme dans les cas d'extraction judiciaire précoce, ou les patientes à peine incarcérées au 14 avril 2022 (8,82%). Ceci rentre dans les clous des recommandations. Mais très fréquemment, la contraception reste simplement non abordée (70,59%). Notre population est réfractaire à la MEP d'une contraception, alors qu'elle l'était déjà sur la prise de sang dosant les HCG.

3.2.3.1.2 Mise en place initiale

Tableau XIV : Mise en place d'une contraception dans notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Chez la population nécessitante, mise en place d'une contraception</i>	n=19		
<i>Oui</i>		12	63,16%
<i>Non</i>		7	36,84%
<i>Si pas de mise en place, pourquoi</i>	n=7		
<i>Blocage par la patiente sans refus</i>		5	71,44%
<i>Refus de la patiente après informations</i>		1	14,28%
<i>Aucune donnée sur la contraception retrouvée dans le dossier</i>		1	14,28%
<i>Contraception mise en place</i>	n=12		
<i>Pilule oestroprogestative</i>		11	91,67%
<i>Pilule progestative</i>		1	8,33%
<i>Contraception nécessitant un suivi</i>			
<i>Oui</i>	n=12	11	91,67%
<i>Non</i>		1	8,33%

Parmi les patientes présentant un besoin contraceptif, les patientes ont volontiers accès à une mise en place (63,16%). Parmi les patientes n'ayant pas bénéficié d'une mise en place, il s'agit pour trois quarts d'entre elles d'un arrêt de la procédure sans refus explicite (71,44%) : souvent, ces patientes ne sont pas disponibles pour se plonger dans ce sujet. L'incarcération, ses conséquences et les pathologies décelées au moment de l'admission à la MAN prennent beaucoup de place dans leurs discours lorsqu'elles se trouvent avec les SF. Parfois, elles refusent simplement explicitement à postériori et après information (14,28%). Parfois, aucune donnée n'est retrouvée (14,28%).

Parmi les contraceptions mises en place, il s'agit toujours de pilules (100%) : oestroprogestatives (POP) quasi constamment (91,67%) et progestatives pures (PPP) (8,33%).

La MAN suit donc la plupart du temps les recommandations dans le cadre des situations nécessitant une mise en place de contraception.

3.2.3.1.3 Changement de contraception au cours de l'incarcération

Tableau XV : Contraception et aléas de l'incarcération dans notre population

<i>Catégorie</i>	<i>n effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Nécessité de changement en cours d'incarcération</i>	n=29	
<i>Oui</i>	8	27,59%
<i>Non</i>	21	72,41%
<i>Le cas échéant, pourquoi</i>	n=8	
<i>Demande d'arrêt par la patiente</i>	2	25,00%
<i>Dysménorrhée</i>	1	12,50%
<i>LARC arrivé à terme</i>	1	12,50%
<i>Ménométrorragies</i>	4	50,00%
<i>Nouveau contraceptif mis en place chez les nécessiteuses</i>	n=8	
<i>Oui</i>	3	37,50%
<i>Non</i>	5	62,50%
<i>Refus patiente</i>	n=5	100%
<i>Contraceptif mis en place</i>	n=3	
<i>PPP</i>	2	66,67%
<i>Implant progestatif</i>	1	33,33%
<i>Chez les patientes ayant arrêté la contraception ou ayant refusé quel que soit le moment du parcours, l'information a-t-elle été donnée</i>	n=5 (62,50%)	
<i>Oui</i>	4	80,00%
<i>Non</i>	0	0,00%
<i>Ne sait pas</i>	1	20,00%

Lorsque des changements sont nécessaires, ces situations sont toujours prises en charge conformément aux recommandations : soit la patiente refuse la poursuite de la prise en charge, soit une contraception progestative est mise en relais (100% des relais). Un implant a été posé : méthode très adaptée pour une population qui manque d'observance et de suivi.

La contraception progestative se trouve dans tous les cas adaptée. L'information quant à l'absence de contraception leur est fréquemment donnée (80,00%). La volonté des patientes est écoutée et respectée.

Les causes d'un changement sur deux les ménorragies et métrorragies (50,00%). Un quart des arrêts font suite à la demande de la patiente (25,00%). Les autres raisons sont minoritaires.

À la suite de ces épisodes, seuls de très rares cas ont eu une nouvelle contraception, basée sur un progestatif pur (37,50% des huit patientes) : la PPP représente deux tiers des cas (66,67%) et l'implant représente le tier restant (33,33%).

Les autres patientes n'ont pas eu de seconde contraception (62,50%) à la suite du refus de la patiente. L'information quant à cet arrêt est volontiers donnée (80,00%).

3.2.3.1.4 Contraception progestative pure : surveillance

Les contraceptions progestatives suivent rigoureusement des recommandations.

3.2.3.1.5 Contraception oestro-progestative : surveillance

Tableau XV : Contraception et aléas de l'incarcération dans notre population (2)

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Parmi les COP, le bilan pré-mise en place a-t-il été fait</i>	n=11	
<i>Oui</i>	11	100,00%
<i>Non</i>	0	0,00%
<i>Parmi les COP, le bilan post-mise en place a-t-il été fait</i>	n=11	
<i>Oui</i>	3	27,27%
<i>Non</i>	8	72,73%
<i>Ne sait pas</i>	0	0,00%
<i>Parmi les bilans post-mise en place non faits, pourquoi</i>	n=8	
<i>Changement de contraception avant le bilan</i>	2	25,00%
<i>Arrêt de la contraception avant le bilan</i>	1	12,50%
<i>Refus de la patiente</i>	1	12,50%
<i>Ne sait pas</i>	4	50,00%

Dans la surveillance de la POP, tous les bilans de pré mise en place sont réalisés (100%). Un léger tiers des bilans post mise en place le sont (27,27%). 50,00% des bilans non faits sont sans explication : il s'agissait de dossiers importants nécessitant des prises en charge lourdes. Les données du suivi gynécologique semblaient noyées. Les changements de contraception suivent les recommandations, sauf pour des bilans post mises en place.

Ces POP sont, pour une patiente sur deux, en place dans des situations les contre-indiquant :

- Quatre mises en place chez des patientes « fumant plus de 20 cigarettes par jour » ;
- Une mise en place chez une patiente âgée de 48 ans ajoutée à un IMC à 30.

Les gros dossiers font souvent l'objet d'un passage rapide sur la contraception sans réel suivi.

3.2.3.2 Le frottis cervico-utérin (FCU)

Tableau XVI : Statut du FCU dans notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>FCU nécessaire</i>	n=125	
<i>Oui</i>	46	36,80%
<i>Non</i>	76	60,80%
<i>Ne sait pas</i>	3	2,40%
<i>FCU fait pendant l'incarcération en globalité</i>	n=125	
<i>Oui</i>	31	24,80%
<i>Non</i>	92	73,60%
<i>Ne sait pas</i>	2	1,60%
<i>FCU fait pendant l'incarcération chez les nécessitantes</i>	n=46	
<i>Oui</i>	26	56,52%
<i>Non</i>	20	43,48%
<i>Ne sait pas</i>	0	0,00%
<i>Le cas échéant, résultat du FCU</i>	n=31	
<i>Positif</i>	8	25,81%
<i>Négatif</i>	21	67,74%
<i>Ne sait pas ou résultats non trouvés</i>	2	6,45%
<i>Dans le cas des positifs</i>	n=8	
<i>Haut grade</i>	4	50,00%
<i>Bas grade</i>	4	50,00%
<i>Nécessité de suivi</i>	n=125	
<i>Oui</i>	13	10,40%
<i>Non</i>	103	82,40%
<i>Ne sait pas</i>	9	7,20%
<i>Raisons de la nécessité de suivi</i>	n=13	
<i>Condylomes visibles</i>	1	7,69%
<i>FCU positif</i>	8	61,54%
<i>FCU non fait, hors des recommandations</i>	3	23,08%
<i>Antécédents sur les anciennes incarcérations récentes</i>	1	7,69%
<i>Le cas échéant, suivi prévu</i>	n=13	
<i>Oui</i>	3	23,08%
<i>Non</i>	7	53,85%
<i>Ne sait pas</i>	3	23,08%

Un tiers des patientes a besoin d'un FCU (36,80%). Une patiente sur deux n'en bénéficie pas (43,48%). Le refus des patientes ne peut être occulté (25,00%). Pour une population en marge du système, il s'agit peut-être de leur seule occasion d'y accéder.

La majorité des FCU réalisés sont faits chez les nécessitantes (83,87%). Les FCU réalisés reviennent négatifs dans un tiers des cas (67,74%). Une faible part reste ni retrouvée ni mentionnée dans le dossier (6,45%). Un quart est positif (25,81%) pour lesquels un suivi sur cinq est mentionné (23,08%).

Parmi les quelques suivis particuliers nécessaires (10,40%), nous trouvons des raisons infectieuses (FCU positifs et condylomes visibles) ou non (antécédent de HPV connu sur une précédente incarcération avec une conduite à tenir adaptée). Parmi ces patientes, seuls un tiers ont un suivi prévu dans la MAN (23,08%). Pour la moitié des patientes, aucune donnée sur ce suivi n'a été trouvée (53,85%).

Tableau XVII : FCU et recommandations dans notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Conformité aux recommandations</i>	n=117	
<i>Oui</i>	91	77,78%
<i>Non</i>	24	20,51%
<i>Ne sait pas</i>	2	1,71%
<i>Raisons des hors recommandations</i>	n=24	
<i>Extraction judiciaire avant la consultation SF</i>	4	16,66%
<i>Refus de la patiente</i>	6	24,99%
<i>Ne sait pas</i>	7	29,17%
<i>Pas de consultation SF trouvée</i>	7	29,17%

Finalement, la majorité des cas suit les recommandations (77,78%). Parmi le non-respect des recommandations, une partie n'est pas de la responsabilité de la MAN : un tiers des patientes ont refusé (24,99%) et quelques patientes ont été extraites avant les consultations de gynécologie (16,66%).

La moitié des situations hors recommandations restent imputables à la MAN (58,34%) : les patientes n'ont pas eu accès aux consultations SF dédiées au FCU. Des patientes n'ont simplement pas abordé le sujet en consultation (part inconstante).

Au total, le suivi est conforme aux recommandations dans deux tiers des cas.

3.2.3.3 Les vaginoses, mycoses et autres infections

Tableau XVIII : Caractéristiques des vaginoses de notre population

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Nombre d'épisodes pendant l'incarcération</i>	n=117		
<i>Pas d'épisodes de vaginose</i>		91	77,78%
<i>Un épisode de vaginose</i>		17	14,52%
<i>Deux épisodes de vaginose</i>		7	5,98%
<i>Trois épisodes de vaginose</i>		2	1,71%
<i>Sur les 37 épisodes, quels ont été les signes d'appel</i>	n=37		
<i>Leucorrhées malodorantes</i>		14	37,84%
<i>Prurit vulvaire</i>		15	40,54%
<i>Irritation vulvaire</i>		2	5,41%
<i>Signes fonctionnels urinaires</i>		7	18,92%
<i>Leucorrhées visuellement anormales</i>		12	32,43%
<i>Appel sur FCU positif</i>		4	10,81%

Les données des huit patientes non vues non examinées ne sont pas analysées.

Les vaginoses sont peu fréquentes (22,22%), représentant 37 épisodes de vaginoses sur notre étude. Classiquement, les patientes n'ont qu'un seul épisode (77,78%). Sur ces 37 épisodes, le signe d'appel le plus retrouvé est le prurit vulvaire (40,54%). Rares sont les épisodes sans signe d'appel (10,81%). Ceci doit être mis en lien avec la durée d'incarcération, volontiers comprise entre un et six mois.

Tableau XIX : Méthode de diagnostic des vaginoses de notre population (1)

Catégorie	n effectif		Pourcentage
<i>Diagnostic clinique fait</i>	n=37		
<i>Oui</i>		26	70,27%
<i>Non</i>		11	29,73%
<i>Prélèvement vaginal (PV) réalisé</i>	n=37		
<i>Oui</i>		29	78,38%
<i>Non</i>		8	21,62%
<i>Le cas échéant, résultats des PV faits</i>	n=29		
<i>Positifs</i>		18	62,07%
<i>Négatifs</i>		9	31,03%
<i>Ne sait pas ou résultats non trouvés</i>		2	6,90%

Tableau XIX : Méthode de diagnostic des vaginoses de notre population (2)

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Parmi les germes positifs, quels étaient les germes</i>	n=18		
<i>Gardnerella vaginalis</i>		13	72,22%
<i>Trichomonas vaginalis</i>		3	16,67%
<i>Candida albicans</i>		1	5,56%
<i>Escherichia coli</i>		1	5,56%
<i>Prélèvement vaginal (PV) de contrôle post-traitement réalisé</i>	n=16		
<i>Oui</i>		0	0,00%
<i>Non</i>		16	100%

Dans ces 37 épisodes, le diagnostic est souvent fait cliniquement (70,27%). Les infections bénéficient quand même d'un PV dans la plupart des cas (78,38%).

Les PV reviennent volontiers positifs (62,07%), souvent au Gardnerella vaginalis* (72,22%).

Peu fréquemment, les infections sont imputables à un Trichomonas vaginal (16,67%), presque jamais à un Candida albicans (5,56%) ou à un Escherichia coli (5,56%). Exceptionnellement, les PV restent sans résultats trouvés ou mentionnés dans le dossier (6,90%). Dans un monde où les patientes sont stressées et à l'intimité compromise, ce résultat n'est pas étonnant. À ce jour, trois quarts des épisodes infectieux engendrent une consultation d'hygiène.

Tableau XX : Traitements des vaginoses de la population féminine de la MAN (1)

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Traitement réalisé à la sortie de la consultation pour vaginose (avant les résultats du PV dans le cas d'un PV réalisé ou sans PV si celui-ci n'a pas été fait)</i>	n=37		
<i>Aucun traitement mis en place</i>		16	43,24%
<i>Gel vaginal uniquement</i>		5	13,51%
<i>Azols antibactériens en crème et ovule</i>		14	37,84%
<i>Fosfomycine</i>		2	5,41%
<i>Traitement réalisé après un résultat positif du PV</i>	n=18		
<i>Azols antibactériens per os</i>		11	61,11%
<i>Azols antibactériens crème et ovule</i>		6	33,33%
<i>Aucun</i>		1	5,56%

Tableau XX : Traitements des vaginoses de notre population (2)

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Doublon de traitement post résultat PV</i>	n=37		
<i>Azolés antibactériens crème et ovule</i>		4	10,81%
<i>Azolés antibactériens per os</i>		1	2,70%
<i>Non</i>		13	35,14%
<i>Nombre traitement par patiente pour un même épisode</i>	n=37		
<i>Absence de traitement</i>		6	16,22%
<i>Un seul traitement</i>		21	56,76%
<i>Deux traitements</i>		10	27,03%
<i>Trois traitements</i>		0	0,00%
<i>Parmi les femmes non traitées, les raisons</i>	n=6		
<i>Irritations vulvaires avec informations donnée sans ECBU positif</i>		3	50,00%
<i>Patiente symptomatique et PV négatif</i>		1	16,67%
<i>Patiente symptomatique avec résultats de PV introuvables</i>		2	33,33%
<i>Règles d'hygiène données aux patientes ayant des vaginoses</i>	n=26		
<i>Oui</i>		17	76,93%
<i>Non</i>		9	23,07%

La moitié des patientes repartent de leur consultation sans traitement (43,24%). Le traitement le plus prescrit à la suite de cette consultation est l'azolé antibactérien sous forme de crème ou d'ovule (37,84%). Après les résultats des PV, la quasi-totalité reçoivent des azolés antibactériens (94,44%).

La Fosfomycine représentant une exception, mise en place uniquement en cas de signes fonctionnels urinaires, sans ECBU (5,41%). La molécule est conforme aux recommandations.

Un tiers des patientes ont un double traitement (27,01%) ; la patiente est traitée :

- Une fois avant le PV puis une fois après le PV alors que le premier traitement était, à postériori, déjà adapté au PV,
- Deux fois après le résultat du PV, par un même traitement mais prescrit par deux professionnels de santé différents.

Parfois, les patientes restent sans traitement (16,22%). Parmi elles, la moitié présentaient un prurit vulvaire pour lequel les informations ont été données (50,00%). Pour l'autre moitié, il s'agit de patientes symptomatiques, avec ou sans PV, laissée sans traitement (50,00%).

Tableau XXI : Vaginoses et recommandations dans notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Traitement conforme aux recommandations en vigueur</i>	n=37	
<i>Oui</i>	24	64,86%
<i>Non</i>	13	35,14%
<i>Parmi les « hors recommandations », raisons</i>	n=13	
<i>Double traitement au même traitement</i>	9	69,23%
<i>Femme symptomatique sans traitement avec PV négatif</i>	1	7,69%
<i>Femme symptomatique sans traitement avec PV introuvable</i>	2	15,38%
<i>Traitement non adapté au germes</i>	1	7,96%

Les recommandations sont suivies dans un tiers des cas (64,86%). Parmi les autres, les raisons sont différentes et indépendantes entre elles :

- Les doubles traitements sont assez fréquents (69,23%). L'information ne semble pas se transmettre entre les professionnels de santé. Mais encore une fois, la corrélation « double traitement » et « lourds dossiers » saute aux yeux ;
- Exceptionnellement, les traitements ne sont pas adaptés aux germes (7,96%).

Aucun PV post traitement n'est retrouvé ou mentionné dans les dossiers.

3.2.3.4 La mammographie

Tableau XXII : Statut mammographique de notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage
<i>Patientes concernées par la mammographie</i>	n=125	
<i>Oui</i>	15	12,00%
<i>Non</i>	110	88,00%
<i>Patientes pratiquant l'autopalpation</i>	n=15	
<i>Oui</i>	5	33,33%
<i>Non</i>	0	0,00%
<i>Ne sait pas</i>	10	66,67%
<i>Nécessité pendant l'incarcération au vu de la date de la dernière mammographie selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé</i>	n=15	
<i>Nécessaire pendant l'incarcération</i>	1	6,66%
<i>Non nécessaire pendant l'incarcération</i>	5	33,33%
<i>Ne sait pas</i>	9	60,00%

Assez rares sont les patientes concernées par la mammographie (12,00%). Un tiers de ces patientes pratiquent l'autopalpation (33,33%). Parmi les patientes âgées de plus de 50 ans, il est fréquent de ne pas connaître la date des dernière mammographie (60,00%). Ainsi, seule une patiente nécessite une mammographie de façon certaine (6,66%).

Tableau XXIII : Prévention du cancer du sein et recommandations dans notre population

Catégorie	n effectif	Pourcentage	
<i>Parmi les mammographies faites il y a plus de 2 ans avant la sortie et les « ne sachant pas », la mammographie a-t-elle été faite</i>	n=10		
<i>Oui</i>		2	20,00%
<i>Non</i>		8	80,00%
<i>Parmi les mammographies faites il y a plus de 2 ans avant la sortie et les « ne sachant pas », l'information a-t-elle été donnée</i>	n=10		
<i>Oui</i>		3	30,00%
<i>Non</i>		7	70,00%
<i>Parmi les femmes concernées, la palpation a-t-elle été abordée</i>	n=15		
<i>Oui</i>		8	53,33%
<i>Non</i>		7	46,67%
<i>Parmi les mammographies non faites, quelles raisons</i>	n=8		
<i>Refus de la patiente</i>		2	25,00%
<i>Aucune donnée sur la mammographie ni le cancer du sein</i>		6	75,00%
<i>Résultats des mammographies faites</i>	n=2		
<i>Positives</i>		1	50,00%
<i>Négatives</i>		1	50,00%
<i>Parmi les mammographies positives, CAT données</i>	n=1		
<i>Oui</i>		1	100%
<i>Non</i>		0	0,00%

Dix femmes nécessitent de manière certaine une mammographie ou sont comprises dans la catégorie « ne sachant pas ». Parmi elles, une patiente sur cinq en ont bénéficié : elles sont peu fréquentes (20,00%). Le refus de patientes représente un quart des mammographies non faites (25,00%). Un tiers ont bénéficié d'une information quant aux recommandations (30,00%). Ces deux données sont inconstantes. L'autopalpation est abordée avec la moitié de notre population (53,33%).

L'une des deux mammographies est revenue positive : les conduites à tenir ont été données, retranscrites dans le dossier, et expliquées à la patiente. Elles respectent les recommandations.

L'absence totale de donnée dans trois quarts des dossiers doit mettre en évidence un voile sur cette partie de la Santé Publique par la MAN (75,00%).

3.2.3.5 La nécessité d'un suivi particulier

3.2.3.5.1 Suivi obstétrical

Il y a sept grossesses au total :

- Cinq suivis sont conformes aux recommandations selon le terme (71,43%) ;
- Un suivi n'est pas conforme aux recommandations (14,29%). L'échographie du 3^{ème} trimestre n'est pas faite suite à une non-réponse de la part de l'hôpital sollicité ;
- Une patiente est sortie avant la consultation SF (14,29%).

La MAN respecte les recommandations.

3.2.4.5.2 Gynécologie pathologique prise en charge par les médecins et les SF

Parmi les 51 situations nécessitant une prise en charge gynécologique particulière, cinq sont des patientes encore incarcérées (9,80%) : le suivi des recommandations ne peut être analysé car la prise en charge est en cours.

Trois cas n'ont pu être classés sur un suivi ou une césure avec les recommandations (5,88%).

Parmi les autres cas, analysables (84,31%) :

- Un tiers ne suit pas les recommandations (27,90%) ;
- Trois quarts suivent les recommandations (72,09%).

3.2.3.5.2.1 Trois quarts des situations suivant les recommandations (72,09%)

La patiente entrante atteinte du VIH a bénéficié d'un traitement adapté, à disposition conformément aux recommandations.

Pour la patiente ayant découvert un VIH à l'entrée, l'information a été donnée à la patiente. Un contact avec les infectiologues de l'hôpital a été établi. Les bilans, le suivi du traitement et de la charge virale infectieuse ont été conformes aux recommandations.

Quatre cas de FCU positifs bénéficient de prise en charge conforme aux recommandations^[Annexe VII].

Trois présentaient des nodules mammaires. Pour les trois, une mammographie a été faite et prise en charge conformément aux recommandations selon les grades ACR.

Parmi les autres prises en charge mammaire, les abcès du sein, antécédents de cancer du sein, masses mammaires, lésions mammaires augmentation de taille mammaire, et les écoulements mammaires ont été pris en charge conformément aux recommandations.

Concernant les anomalies de l'appareil génital, les cas de dysménorrhées, de ménorragies*, d'endométriose, et de prolapsus génital ont bénéficié d'une consultation d'information et d'une PEC conforme aux recommandations.

Deux syndromes climatériques ont bénéficié de prélèvements sanguins adéquats, et à des conseils sur les règles d'hygiène pour soulager ces symptômes.

Un cas de FCS pré-incarcération a bénéficié d'un suivi psychologique.

Une femme présentant une incontinence urinaire d'effort a bénéficié de conseils de rééducation périnéale et d'une prescription de rééducation.

Un cas d'antécédent de cancer de l'utérus a bénéficié de son échographie demandée en extérieur pour vérifier l'absence de récurrences six mois après l'opération.

Un antécédent récent de torsion d'annexe a été surveillé par échographie.

Un antécédent de rupture de kyste ovarien s'est plaint de douleur EVA 7. Celle-ci a bénéficié d'une échographie endovaginale et d'une IRM. Un hydrosalpinx gauche avec une légère anomalie fonctionnelle hémorragique annexielle gauche a été retrouvé.

Les deux patientes nécessitant une prise en charge infectieuse (VIH) ont bénéficié de prise en charge conformes aux recommandations.

La PEC des FCU positifs suivent les recommandations.

Les PEC suivant les mammographies suivent les recommandations en fonction des grades ACR.

En conclusion, les pathologies découvertes à MAN ou s'aggravant à la MAN et nécessitant une prise en charge coordonnée rapide sont conformes aux recommandations.

3.2.3.5.2.2 Un tiers ne suivant pas les recommandations au 12 avril 2022 (27,90%)

Un tiers est imputable à la MAN : une mammographie non faite pourtant recommandée en amont de l’incarcération pour surveillance, des patientes non vues, et des traitements répétitifs pour des infections.

Un autre tiers ne suivant pas les recommandations n’est pas imputable à la MAN : le refus patiente est important en population carcérale, et les transferts ou les libérations interfèrent beaucoup avec les prises en charge, qui ne peuvent aboutir.

Le dernier tiers de ces situations ne peut être classé par manque de donnée. Une fois le problème soulevé avec la patiente, il n’y a pas de suite.

En conclusion, ce sont généralement des situations nécessitant une adaptation de ce qui a déjà été fait en extérieur, avec des délais entre les prises en charge éloigné et non anticipées. Il s’agit d’évènements vus comme sporadiques mais, qui mis ensemble, forment un ensemble plus grand appartenant à un protocole. L’ensemble n’a pu apparaître puisque les données gynécologiques sont confondues dans les données médicales.

3.2.3.6 Les risques de grossesse

Tableau XXIV : Situations à risque de grossesse dans notre population

<i>Catégorie</i>	<i>n effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	
<i>Doute sur une potentielle grossesse après l’entrée</i>	n=117		
	<i>Oui</i>	9	7,69%
	<i>Non</i>	108	92,31%
<i>β-HCG fait sur les doutes de potentielles grossesses</i>	n=9		
	<i>Oui</i>	7	77,78%
	<i>Non</i>	2	22,22%
<i>Nombre de prises de sang dosant les β-HCG</i>	n=7 (77,78%)		
	2	6	85,71%
	1	1	14,29%
<i>Résultats des dosages des β-HCG</i>	n=13 (100%)		
	<i>Négatifs</i>	13	100%
	<i>Positifs</i>	0	0,00%

Pour les neuf patientes ayant un doute sur une potentielle grossesse, trois quarts ont bénéficié d'un dosage d'HCG (77,78%). Classiquement, de ces dosages sont doublés pour permettre la sureté du résultat (85,71%). La totalité de ces dosages sont négatifs (100%).

Aucune donnée n'est trouvée sur les deux patientes n'ayant pu recourir à ce test sanguin.

Face aux doutes sur les grossesses, la MAN suit dans les trois quarts des cas les recommandations. Aucune donnée n'est trouvée sur le quart restant.

4. Discussion

4.1 Limites

4.1.1 Point forts

L'accès à la MAN pour une étudiante sage-femme était un événement exceptionnel. Il s'agit de la première étude réalisée sur cette thématique dans cet établissement pénitencier.

Le suivi gynécologique réalisé par les SF est encore récent. La disponibilité des professionnels a été un énorme avantage à l'analyse de données. Quelques visites ont pu être réalisées lors de consultation directement avec les patientes, permettant également de mieux interpréter les données.

Le nombre de patientes s'est révélé être plus important que le nombre de patientes attendu à l'initiation de ce mémoire.

L'accès aux dossiers s'est avéré simple et rapide, grâce à l'équipe administrative qui s'est avérée très disponible.

4.1.2 Points faibles et biais

Une analyse sur des débuts de mise en place des consultations peut être biaisée par les procédés mis en place pendant l'étude. L'équipe cherche à s'organiser, et il est normal qu'elle réévalue ses pratiques régulièrement, surtout au début de la MEP.

Certains bilans étaient notés dans les dossiers, de même que certains résultats. Mais parallèlement aucun compte rendu du bilan n'était retrouvé. À contrario, certains comptes rendus étaient retrouvés sans interprétation et suite dans le dossier.

Les FCU non vus pourraient modifier le respect ou non des recommandations.

Les données ne portent que sur le centre pénitencier de Nice, objectif de l'étude. Cependant, il pourrait être intéressant et presque nécessaire de réaliser une étude similaire à plus grande échelle pour mettre en place, si besoin, un dossier dédié à la gynécologie dans les centres pénitenciers français.

Certaines patientes ne sont restées que quelques heures à 2 jours dans la maison d'arrêt, ce qui entraîne une cohorte plus importante que le nombre de dossiers réellement interprétables.

Certains cas ont été difficilement interprétable étant donné la méconnaissance de son suivi gynécologique par notre population ou du fait de l'impossibilité de la formalisation.

Des conversations avec les SF m'ont fait comprendre que certaines informations n'étaient pas notées dans les dossiers, telles que les informations, conseils, etc. Cela entraîne un biais de résultats.

L'absence d'accès aux dossiers psychiatriques et psychologiques entraînaient également un biais sur l'analyse des VFF.

Les patientes ne semblaient pas avoir de suivi gynécologique en amont de la MAN. Il se peut, dans leurs souvenirs vis-à-vis de ce suivi, que ceux-ci soient erronés. Pour certaines se pose la question de la vérité : quelques-unes donnaient un suivi non conforme à l'entrée, et puis un autre conforme aux visites suivantes.

La fusion entre dossier médical et gynécologique a rendu le recueil de données peut-être incomplet. Certaines consultations se retrouvaient noyées dans les dossiers et plusieurs passages sur chaque dossier pour retrouver toutes les consultations ont été obligatoires.

4.2 Discussion

Un résultat déjà très positif

Globalement, le suivi gynécologique à la MAN est très contradictoire avec la littérature. La majorité des recommandations nationales sont suivies. Les visites médicales faites systématiquement, et les consultations SF réalisées à chaque entrée montrent l'importance du suivi médical pour les professionnels de l'établissement.

Comme dans la littérature, notre population a souvent été mise à l'écart du système de santé. Très peu de patientes présentent un suivi vaccinal correct. Pour une population à

risque d'IST, de HPV et d'infections générales, il est important que ces populations accèdent à ce moyen de prévention.

Quelques patientes étant à peine âgée de 18 ans, et le vaccin HPV étant possible en rattrapage jusqu'à 19 ans, il pourrait être intéressant d'informer sur les rattrapages vaccinaux.

Pour le vaccin HBV, pas souvent fait, un rattrapage peut être possible pour cette population. La couverture vaccinale française métropolitaine n'étant que de 43,6%^[31], il est important de faciliter et d'augmenter l'accès à ce vaccin.

La méconnaissance des médecins généralistes qui suivent nos patientes à l'extérieur des murs rend difficile le suivi, et démontre, qu'effectivement, l'incarcération est peut-être leur premier réel suivi médical, peut-être leur dernier. C'est pour cette raison qu'il faut profiter de cette incarcération pour les inclure dans les systèmes de santé, quel que soit la résultante à la sortie. Cette incarcération aura été bénéfique pour notre population. On peut imaginer un médecin référent rattaché à la MAN pour le suivi des patientes à posteriori.

Les sérologies et autres prises de sang recommandées sont réalisées conformément à la demande nationale. Les sérologies de dépistage restent en grande partie refusées. Il pourrait être judicieux d'accentuer l'information quant aux risques et facilité de traitements.

Le sujet de la contraception est cependant difficile à traiter : les LARCs sont une très bonne initiative puisqu'ils permettent une meilleure observance, mais soulèvent la question du suivi. Nous n'avons aucune certitude quant au suivi à postérieur ainsi que sur l'ablation du dispositif dans les temps, limitant ainsi le risque infectieux.

La contraception oestro-progestative, elle, soulève également la question du suivi. Avec une durée d'incarcération majoritairement comprise entre un et six mois, le bilan post-mise en place est difficilement réalisable, conformément aux recommandations. La contraception progestative semble être la meilleure alternative et la meilleure proposition dans le centre pénitentiaire niçois.

Le FCU pose également une difficulté d'interprétation puisque la majeure partie de la population se dit déjà suivie conformément aux recommandations. La littérature nous démontre le contraire, et un faisceau d'arguments soutient l'hypothèse de l'absence de suivi. Se pose donc la question de la fiabilité des dires des patientes.

La situation est délicate puisque chaque patient doit pouvoir bénéficier de la confiance du professionnel. « un détenu est un être humain, bénéficiant des mêmes droits qu'un autre ».

Les vaginoses également remettent en question les dires de la littérature. Peu d'événements ont été recensés. Les quelques doubles traitements pourraient être évités avec un dossier de suivi gynécologique à part entière.

Le cancer du sein est, de tout le suivi gynécologique, le seul qui ne respecte pas les recommandations. Il faut se méfier, et poser les questions aux patientes pour leur permettre de rentrer dans un système de santé. Le cancer du sein est un énorme enjeu de santé publique, surtout chez les populations carcérales.

Pour notre population, l'incarcération a été un bénéfice pour le suivi gynécologique.

Quelques pistes de perfectionnement

Dans les cas ne suivant pas les recommandations, il s'agit généralement d'une conséquence d'un problème plus éloigné : le mélange des dossiers médical et gynécologique. Le point commun entre les situations est l'ampleur du dossier, les prises en charges médicales lourdes pour ces patientes pluri pathologiques, dans lesquels les données gynécologiques sont noyées. Les transmissions interprofessionnelles se perdent facilement.

Cette problématique touche les domaines de la contraception, des traitements de vaginoses, les prélèvements vaginaux, des infections urinaires, des mammographies, mais également des demandes découlant de suivis antérieurs à l'incarcération.

Pour toutes ces raisons, et uniquement pour perfectionner un suivi déjà très professionnel, il pourrait être intéressant de mettre en place un dossier dédié uniquement à la gynécologie pour chaque patiente entrant dans la MAN. Les transmissions interprofessionnelles, problème source de la MAN, seraient ainsi bien améliorées.

Nous pouvons également imaginer, pour perfectionner ce suivi déjà très bien réalisé à la MAN, quelques conseils de rééducation périnéale et d'informations sur les troubles présents chez les multipares.

5. Conclusion

Dans le domaine de la gynécologie, un nouveau système est en train de naître à la MAN, devant répondre aux recommandations. Cette étude a été faite dans le but d'améliorer les pratiques dès le commencement, pour mettre en place des solutions pérennes si nécessaires, mais également pour encourager les pratiques conformes aux demandes nationales de la HAS. Les pratiques devaient y être adaptées à cette population.

La population y était très diversifiée, tant bien sur le plan social, que démographique, éducatif, intellectuel, et gynécologique. Nous avons trouvé une population très différente de celle décrite dans la littérature.

Les pratiques professionnelles étaient globalement conformes aux recommandations en vigueur, que ce soient celles de la HAS, du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, ou du Code Pénal. Le système de santé dans cet établissement contrevient ce que l'on peut trouver dans la littérature.

Le point commun entre les cas passant au travers des recommandations de la HAS est l'amplitude du dossier. Les données gynécologiques se perdent vite dans les dossiers engendrant grand nombre de prises en charge. C'est pourquoi un dossier dédié à la gynécologie pourrait être un élément fondamental du bien-être de la santé génésique de nos patientes.

Bibliographie

- [1] Le droit de l'Homme et les prisons – Manuel de formation aux droits de l'Homme et à l'intention du personnel pénitentiaire Section 4 : Droits à la santé pour les détenus. Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. (2005).
- [2] Observatoire international des prisons, section française. (2021, 3 février). *Quelles sont les conditions de détentions des femmes ?*. <https://oip.org/en-bref/quelles-sont-les-conditions-de-detention-des-femmes/>
- [3] Code de Procédure Pénale. (2010, 10 mars). *Partie législative, Livre V des procédures d'exécution, Titre VII bis Du suivi socio judiciaire, Article 763-7 Loi n°2010-242 Article 10*. Ministère de la Justice. Dalloz.
- [4] Observatoire International des prisons, section française. (2020, 5 mars). *Les soins gynéco en souffrance*. <https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/>
- [5] Sénat, un site au service des citoyens. Les conditions de détentions dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport), *Titre D : deux réformes récentes : l'organisation des soins et la création de services pénitentiaires d'insertion et de probation*. <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44912.html>
- [6] UNODC et OMS. (2009). *La santé des femmes en milieu carcéral, éliminer la disparité des sexes en matière de santé dans les prisons*.
- [7] Code de Procédure Pénale. (1998, 09 décembre, abrogé en 2022, 09 juin). *Partie réglementaire Décrets simples, Livre V Des procédures d'exécution, Titre II De la détention, Chapitre VIII De la santé des personnes détenues, Section 3 De l'organisation sanitaire. Paragraphe 5 Mesures spécifiques à la santé* Ministère de la Justice. Dalloz.
- [8] Guide sur la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, Droits des Détenus. Cours Européenne des Droits de l'Homme. Guide sur la Jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme : Droits des Détenus. (2021, 30 avril).
- [9] Marc B.M., Nicolas C., Marie-Christine C. P., Guillaume K., Patrick L., Jean-Michel L., Stéphanie M., Viviane M., François P., Simona R., Hadrien S. (2009). *Peut-on soigner en prison ?* École des Hautes Études en Santé Publique.

- [10] Cours européenne des droits de l'homme. (2020, juillet) *Droits de détenus en matière de santé*.
- [11] Cours européenne des droits de l'homme et Conseil de l'Europe. (2021, 1 Aout) *Convention européenne des droits de l'homme*.
- [12] Pochat, S. (2022). *Impact de l'incarcération sur le suivi gynécologique et obstétricale des femmes incarcérées à Marseille*. [Mémoire de sage-femme, Université d'Aix-Marseille].
- [13] Améli. (2021, 1 décembre). *Personnes écrouées : modalités de votre prise en charge*. <https://www.ameli.fr/var/assure/droits-demarches/situations-particulieres/detention>
- [14] Légifrance. (2018, 1 janvier). *Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale*. République Française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000728979/>
- [15] Ministère de la Justice. (2021, 22 septembre). *Les structures pénitentiaires, 186 établissements pénitenciers et 103 services pénitenciers d'insertion et de probation*. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
- [16] Observatoire international des prisons, section française. *Maison d'arrêt de Nice*. <https://oip.org/etablissement/maison-darret-de-nice/>
- [17] Code de la Santé Publique Partie législative, 4ème partie professions de santé, Livre Ier professions médicales, Titre 5 profession sage-femme, Chapitre 1^{er} conditions d'exercice. Légifrance. (2021, 28 avril).
- [18] Ordre des Sage-Femmes, Conseil National. *Les compétences des sage-femmes*. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [19] Saussay C. (2018) Périnatalité dans le milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ? [Mémoire de sage-femme, Université de Rouen]. 2018 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01940524/document>
- [20] Cours Européenne des Droits de l'Homme. *Droits des détenus en matière de santé*. (2022, février). https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_FRA.pdf
- [21] Luwam G., MD, Sebastian Z. Ramos, MD, E. B. Christine, MD, MPH, and Jennifer G. Clarke, MD, MPH. (2019, 03 juin). *Prison : Pipeline to women's preventive health*.

- [22] Jessica L., Jessica J., Elysée N., Brigid D., Hannah K., Naomi R., Donna F., Leslea P., Fiona K. (2021,18 mai). *Reproductiv healthcare in prison : a qualitative study of women's experiences and perspecitves in Ontario, Canada.*
- [23] HAS, haute autorité de santé. (2019, juillet). *Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
- [24] Andrea K., Knittel, Barrot H., Lambdin, Megan L., Comfort, Alex H., Kral, Jennifer L. (2020, 01 décembre). *Sexual risk and criminal justice involvement among women who use drug*
- [25] Haut Conseil de la Santé Publique. (2018, septembre). *Quelles populations ? Quels états de santé ?*
- [26] Hamon-Mejias L. (2022). *La consultation gynécologique à la maison d'arrêt de Caen : intérêt du dépistage des infections sexuellement transmissibles, place de la sage-femme.* [Mémoire de sage-femme, Université de Caen]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01548169/document>
- [27] Médipath, médecins pathologistes indépendants. *Nouvelles recommandations – Pourquoi le dépistage ?* <https://medipath.fr/depistage/nouvelles-recommandations/>
- [28] Observatoire international des prisons, section française. (2021, 8 février). *Qui sont les personnes incarcérées ?* <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>
- [29] Haute Autorité de Santé. (2015, février). *Dépistage et prévention du cancer du sein.* https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
- [30] Haute Autorité de Santé. (2021, 27 août). *Choix et durée de l'antibiothérapie : Cystite aiguë simple, à risque de complications ou récidivante, de la femme.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722827/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme

[31] Rémi H., Arnaud G., Noémie S., Anne-Sophie B., Isabelle P. du C., Sophie V. (2022). *Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de la vaccination, France, 2021*. Santé publique France, Saint-Maurice.

Annexe I

Obligations vaccinales au moment de l'étude

De 2020 à 2022 (période de notre étude), le seul vaccin obligatoire avec rappel tous les 20 ans est le DTP (obligatoire depuis 1938 pour la diphtérie).

Concernant les vaccins recommandés pouvant être administrés à notre population, nous avons uniquement le VHB puisqu'indiqué après 15 ans uniquement chez les populations ayant des rapports sexuels à risque d'IST.

Concernant le ROR, il n'a jamais été obligatoire chez les populations nées avant 2018 mais uniquement recommandé.

Le Code de la Santé Publique insiste sur les schémas vaccinaux, notamment en faisant la distinction entre vaccins obligatoires et vaccins recommandés.

Annexe II

ARTICLE 3

Interdiction de la torture

Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Convention Européenne des Droits de l'Homme, Article 3

Annexe III

Loi de 1994 : la Loi de 1994 permet :

- D'accéder directement au Régime Général de la Sécurité Sociale dès leur mise sous écrou pour les populations carcérales par une affiliation au Centre National de la Protection Sociale des Personnes Écrouées. Ce régime rembourse tous les frais sur les mêmes bases que la population générale avec dispense d'avance des frais. Ceci est fait dans le but de donner un accès aux soins de même qualité que le reste de la population française.
- La création d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) dans les bâtiments de détention [14].
- Des versements de la part du ministère de la justice pour les lieux de détention.

Annexe IV

Rôle de la sage-femme dans le Code de la Santé Publique [17]

Article L4151-1 : [...] L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Annexe V

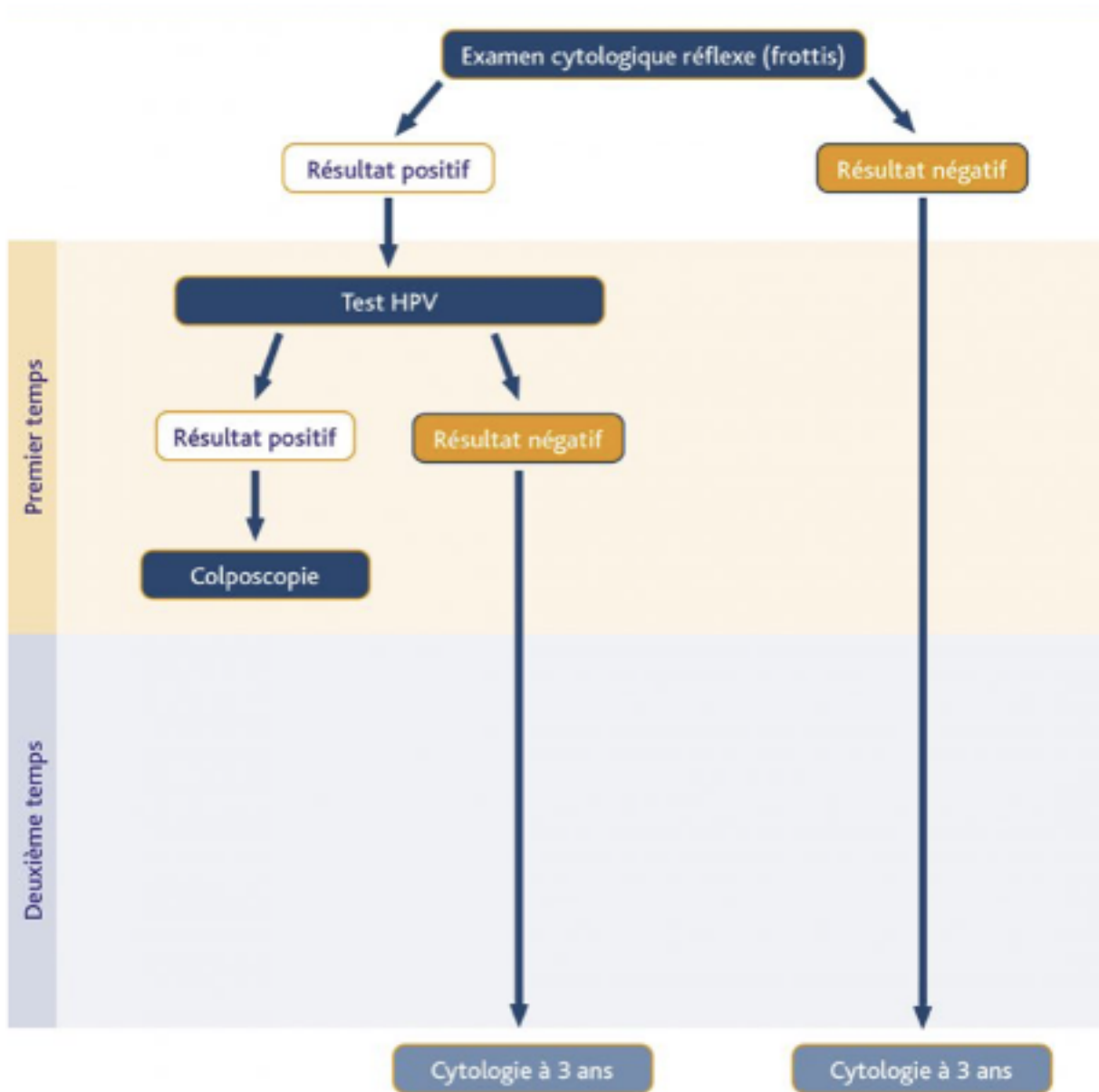
Code de la déontologie des sage-femmes

Article R 4127-318 – Modifié par de Décret n°2012-881 du 17 juillet 2021 – Art. 1 :

Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 : La sage-femme est autorisé à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant [...] les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception [...].

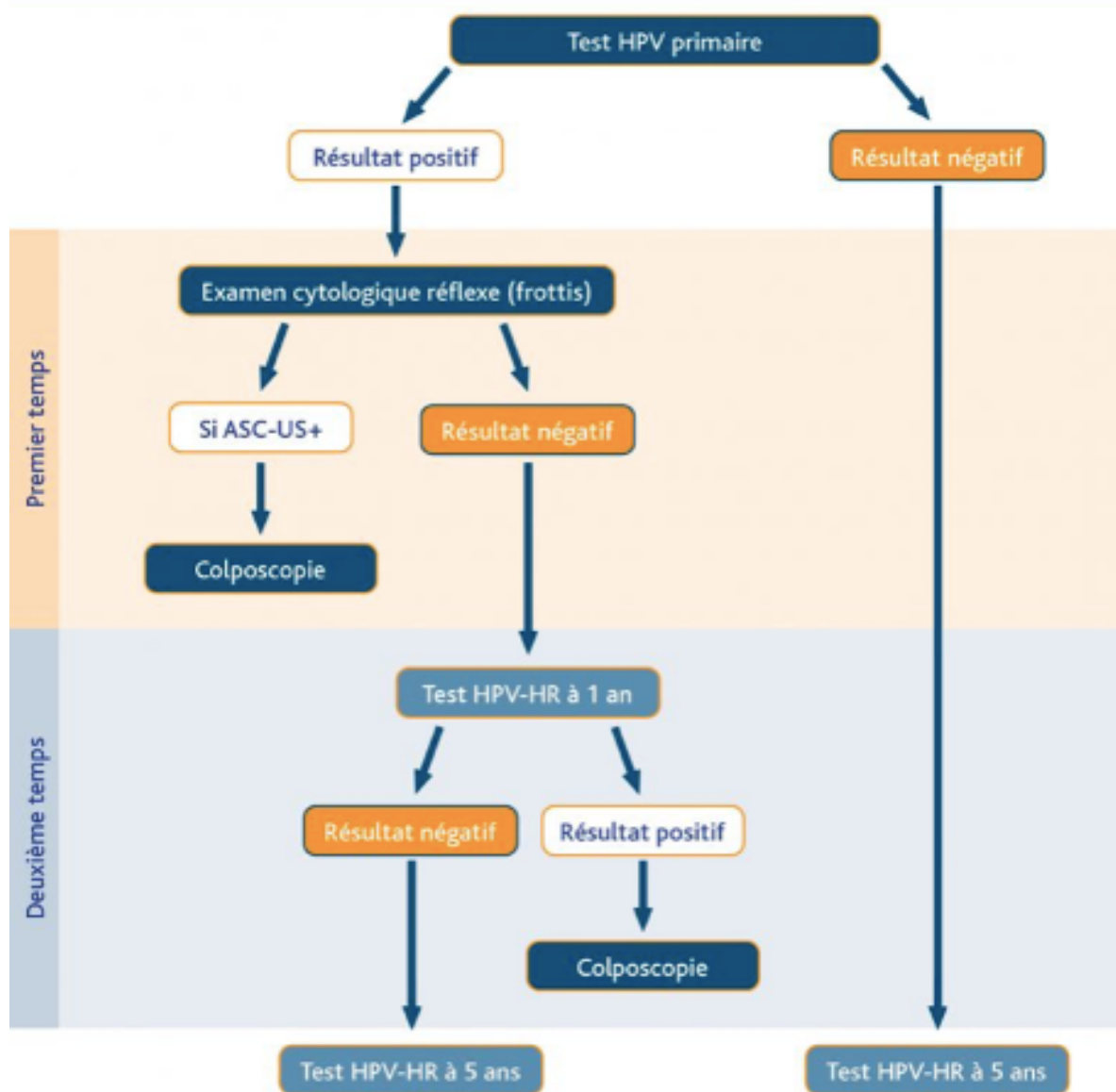
Annexe VI

Algorithme de triage des femmes âgées de 25 à 30 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du CCU (Cancer du col de l'utérus) selon les recommandations de la HAS 2019 – Site Médipath^[25]



Annexe VI bis

Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du CCU (Cancer du col de l'utérus) selon les recommandations de la HAS 2019 – Site Médipath^[25]



Annexe VII

Dépistage et prévention du cancer du sein par la HAS, Février 2016^[29]

Le médecin de Centre d'examens de santé (CES) fait un examen clinique des seins et des aires ganglionnaires de drainage mammaire aux consultantes âgées de 25 ans ou plus, asymptomatiques et sans facteur de risque de cancer du sein, qui n'ont pas eu d'examen clinique des seins dans l'année (par leur médecin traitant ou leur gynécologue).

Il informe et incite au dépistage organisé du cancer du sein les femmes âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques et sans facteur de risque.

Il fournit, si besoin, les explications nécessaires sur la séquence des évènements qui font suite à la mammographie :

- Mammographie normale ou lésion bénigne : double lecture, rendu des résultats
- Mammographie anormale : bilan diagnostique immédiat (incidences complémentaires, échographie, cytoponction), examens complémentaires dans un second temps (biopsie).

Annexe VII bis

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

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

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

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

Annexe VIII bis : 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) – ANAES Février 2002

Annexe VIII

Recommandations FCU pathologiques

Cependant, dans les recommandations il est dit qu'à la suite d'une colposcopie, il faut réaliser soit une surveillance simple, soit une destruction au laser, soit une conisation.

Annexe IX

Recommandations concernant la cystite aiguë simple, HAS 2021 :

Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)

- Diagnostic clinique : brûlures mictionnelles et/ou urgenturies.
 - Recherche de leucocytes et nitrites positifs par réalisation d'une bandelette urinaire (BU).
 - Ne pas prescrire un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).
- **Les traitements recommandés sont :**

1^{re} intention	fosfomycine-trométamol, 3 g en prise unique
2^e intention	pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant 3 jours

- Les autres antibiotiques ne sont pas indiqués.
- Pas d'ECBU sauf si évolution défavorable (persistance ou aggravation des signes cliniques après 3 jours ou de récurrence précoce dans les 2 semaines).

Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois)

Annexe X

Poster de présentation au congrès Pari(s) Santé Femme à Lille par Gynécologues sans frontières le 27 Janvier 2023

INTRODUCTION

Les compétences de la SF sont définies dans le CSP : il s'agit du suivi gynécologique standard et des vaccinations mentionnées par décret [1][2]. Malgré la loi de 1994, les consultations sont souvent mensuelles, les délais d'attente longs, et le suivi gynécologique étiablisement-dépendant → incompréhension et difficultés d'information pour les patientes [3]. Le Sénat mentionne le problème du surveillant intermédiaire [9]. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme rappelle : « Un prisonnier est avant tout un être humain, et ensuite un détenu » [6].

Selon l'OMS, les populations carcérales présentent [7] :

- Plus d'infections sexuellement transmissibles, non diagnostiquées
- Une mauvaise information et utilisation de la contraception
- Une intimité et une pudeur limitées, des produits non trouvables
- Plus de dysplasies du col de l'utérus
- Des dépistages des cancers gynécologiques « extrêmement médiocres »
- Des vaccinations non faites

Mais un point positif reste présent dans les études : l'accès au suivi gynécologique pour ces patientes dont il faut profiter [10][11][12].

Nice : Maison d'arrêt, suivi réalisé par des SF depuis le 14/10/2020, suivi hebdomadaire sans surveillance, décalé d'attente de 7 à 15 jours [13].

MÉTHODE

Étude : réalisée sur le quartier femme de la Maison d'Arrêt de Nice (MAN). Étude observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective. Les changements de recommandations de la HAS ainsi que leur date d'application a été pris en compte.

Population incluse : toute patiente entrant à la MAN entre le 14 Octobre 2020 et le 14 Avril 2022.

Population non incluse : homme, femmes entrantes avant le 14 Octobre 2020 ou après le 14 Avril 2022.

Objectif principal : réaliser un état des lieux du suivi gynécologique à la dont bénéficie la population de la MAN.

Objectifs secondaires : mettre en avant les données manquantes dans les dossiers et les raisons de ces absences.

Critères recueillis : données administratives de l'incarcération, données sociodémographiques de la patiente, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, adhésifs et vaccinaux, admission de la patiente, déroulé de l'incarcération, particularités extra-gynécologique.

DISCUSSION

Notre population est en contradiction avec la littérature mais reste à l'écart du système de santé. La majorité des recommandations gynécologiques sont suivies. La couverture vaccinale est cependant faible, aussi bien avant que pendant l'incarcération. Le VIH devrait être fait systématiquement après une sérologie négative. La méconnaissance des médecins généralistes force la rupture de suivi. Les dépistages et BHCG sont conformes aux recommandations. Le refus patiente reste important.

3 questions restent en suspens :

- **La contraception** : **difficultés** pour un suivi correct car aucun FCU antérieur n'est vu et les dres des patientes attendent d'un suivi correct en amont. Elles doivent bénéficier de la confiance du professionnel, surtout dans ce milieu.
- **Le dépistage du cancer du sein** : recommandations peu suivies.

Point de perfectionnement et problème principal : **transmissions interprofessionnelles et mélange dossiers médicaux / gynécologiques**. Les transmissions se perdent (contraception, vaginose, infections, mammographie, antériorités).

INTRODUCTION

Le mandat pour les affaires, Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (2003)

Le Sénat mentionne le problème du surveillant intermédiaire [9].

Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme rappelle : « Un prisonnier est avant tout un être humain, et ensuite un détenu » [6].

Selon l'OMS, les populations carcérales présentent [7] :

- Plus d'infections sexuellement transmissibles, non diagnostiquées
- Une mauvaise information et utilisation de la contraception
- Une intimité et une pudeur limitées, des produits non trouvables
- Plus de dysplasies du col de l'utérus
- Des dépistages des cancers gynécologiques « extrêmement médiocres »
- Des vaccinations non faites

Mais un point positif reste présent dans les études : l'accès au suivi gynécologique pour ces patientes dont il faut profiter [10][11][12].

Nice : Maison d'arrêt, suivi réalisé par des SF depuis le 14/10/2020, suivi hebdomadaire sans surveillance, décalé d'attente de 7 à 15 jours [13].

MÉTHODE

Étude : réalisée sur le quartier femme de la Maison d'Arrêt de Nice (MAN). Étude observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective. Les changements de recommandations de la HAS ainsi que leur date d'application a été pris en compte.

Population incluse : toute patiente entrant à la MAN entre le 14 Octobre 2020 et le 14 Avril 2022.

Population non incluse : homme, femmes entrantes avant le 14 Octobre 2020 ou après le 14 Avril 2022.

Objectif principal : réaliser un état des lieux du suivi gynécologique à la dont bénéficie la population de la MAN.

Objectifs secondaires : mettre en avant les données manquantes dans les dossiers et les raisons de ces absences.

Critères recueillis : données administratives de l'incarcération, données sociodémographiques de la patiente, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, adhésifs et vaccinaux, admission de la patiente, déroulé de l'incarcération, particularités extra-gynécologique.

DISCUSSION

Notre population est en contradiction avec la littérature mais reste à l'écart du système de santé. La majorité des recommandations gynécologiques sont suivies. La couverture vaccinale est cependant faible, aussi bien avant que pendant l'incarcération. Le VIH devrait être fait systématiquement après une sérologie négative. La méconnaissance des médecins généralistes force la rupture de suivi. Les dépistages et BHCG sont conformes aux recommandations. Le refus patiente reste important.

3 questions restent en suspens :

- **La contraception** : **difficultés** pour un suivi correct car aucun FCU antérieur n'est vu et les dres des patientes attendent d'un suivi correct en amont. Elles doivent bénéficier de la confiance du professionnel, surtout dans ce milieu.
- **Le dépistage du cancer du sein** : recommandations peu suivies.

Point de perfectionnement et problème principal : **transmissions interprofessionnelles et mélange dossiers médicaux / gynécologiques**. Les transmissions se perdent (contraception, vaginose, infections, mammographie, antériorités).

Suivi gynécologique des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Nice

RÉSULTATS, 125 dossiers

Contraception et suivi contraceptif

Mixité des cas en ré-consultation : une recommandation sur 5 est suivie.

Pluieur OP : suivi bordsaline.

Changements de contraceptif : suivi à 100%.

Contraceptifs lourds : dossiers lourds → difficultés de transmissions.

Frottis cervico-utérin et cancer du col de l'utérus

Négatifs dans la plupart des cas.

1 suivi mensuel sur 5 parmi les recommandations.

1/3 non recommandés : refus patiente, suivi non mentionné, sujet non abordé en consultation.

1/3 des suivis recommandés.

Vaginoses, mycoses et infections urinaires

Gammes le plus souvent.

Gardavella vaginaux.

Face aux recommandations : 1/3 les suivent.

1/3 font l'objet de doubles traitements.

1/3 sont traités par un traitement alternatif.

Constat : des suites des recommandations : dossiers lourds → difficultés de transmissions.

Mammographie et cancer du sein

Antécédents : Beaucoup de données manquantes (date de la dernière mammographie).

Face aux recommandations : 1/3 des mammographies nécessaires sont faites.

1/3 des patientes bénéficient d'une information de prévention.

Constat : des suites des recommandations : 1/3 sont dus aux refus patientes, quelques cas de dossiers lourds → difficultés de transmissions.

Suivi gynécologique et grossesse

Recommandations suivies dans 100% des cas.

Suivi gynécologique pendant la grossesse : 100%.

BHCG dosés dans 100% des cas.

Suivi gynécologique particulier

Face aux recommandations : 1/4 des situations sont conformes.

1/4 ne les suivent pas : 1/3 de patientes, 1/3 de dossiers manquant le dernier 1/3 de données.

1/4 des situations sont conformes.

1/4 ne les suivent pas : 1/3 de patientes, 1/3 de dossiers manquant le dernier 1/3 de données.

Dépistage des IST et vaccination

Dépistage par sérologies à l'entrée : 100% conforme aux recommandations.

Vaccination : très faible taux pendant l'incarcération.

ORIGINE DES SITUATION HORS RECOMMANDATIONS : LA FUSION DOSSIER MÉDICAL ET DOSSIER GYNÉCOLOGIQUE

EN PRISON AUSSI, LA GYNÉCOLOGIE EST UN SUIVI À PART ENTIÈRE

École de sage-femmes

DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

UNIVERSITÉ SAUVE FEMMES

Glossaire

Santé sexuelle et génésique (OMS 2010) : Fait de pouvoir avoir un vie sexuelle responsable, satisfaisante et sûre, mais aussi comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité. Elle n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Pour (...) un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.

Loi pénitentiaire de 1994 relative à la protection sociale des prévenus : Permet entre autres l'affiliation obligatoire des détenus au régime général de l'assurance maladie dès leur mise en détention, la mise en place au sein même de chaque centre pénitencier d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et des versements de cotisations sociales par le ministère de la Justice.

Maison d'arrêt : En France, il existe 2 types d'établissements pénitenciers :

- Les maisons d'arrêt : établissement pénitencier incarcérant les détenus non envoyés dans les établissements pour peine. Cette population est composée es personnes en détention provisoire et dont le jugement n'a pas encore été prononcé, les personnes dont la peine n'est pas définitive, et les personnes dont la peine n'excède pas les 2 ans d'incarcération. Il en existe 81 en France.
- Les établissements pour peine : maisons centrales (longues peines ou prévenus présentant des risques), centres de détention (peines supérieures à 2 ans, avec de meilleures perspectives de réinsertion sociale), centre de semi-liberté (condamnée qui peuvent sortir en journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical, ou encore s'investir dans tout projet encourageant l'insertion ou la réinsertion) et les centres pénitenciers (établissements mixtes).

Prévenu : Bénéficiant d'une présomption d'innocence, il s'agit des personnes en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Condamné : Personne dont le jugement a été prononcé et est définitif.

Direction Interrégional de Service Pénitentiaire : Autorités contrôlant et régulant les activités des établissements pénitentiaires, ainsi que les insertions et les probations.

B-HCG : sécrétée par les cellules trophoblastiques (placentaires) après le 6^{ème} jour de vie, hormone témoin d'une grossesse

ASCUS : anomalies des cellules malpighiennes, appellation pour décrire un changement morphologique mineur sur les cellules malpighiennes du col de l'utérus.

Gardnerella Vaginalis : bactérie présente dans la flore commensale de la femme, pouvant devenir pathogène à certaines périodes prédisposantes de la vie génitale féminine.

UNIVERSITE COTE D'AZUR – FACULTE DE MEDECINE

École de Sages-Femmes de Nice – Année 2022

Titre : Le suivi gynécologique chez la population carcérale : qu'en est-il à la Maison d'Arrêt de Nice ?

Mots clés : Suivi gynécologique ; Population carcérale ; Maison d'arrêt de Nice.

Résumé :

Objectif : Réaliser un état des lieux quant au suivi gynécologique de la population carcérale de Nice.

Méthode : Étude qualitative, monocentrique, rétrospective, réalisée du 14 octobre 2020 au 14 Avril 2022. Ont été incluses toutes les femmes entrées entre le 14 octobre 2020 et le 14 avril 2022 dans le quartier femme de la Maison d'Arrêt. 125 dossiers ont été étudiés.

Résultats : Sur 125 dossiers étudiés, aucun médecin traitant n'est connu.

Plusieurs domaines suivent les recommandations : les examens cliniques et sérologies d'entrée, les dosages de BHCG lors d'un risque de grossesse, la mise en place contraceptive, le suivi d'un progestatif, le suivi proposé d'un frotti positif, les molécules prescrites pour vaginose, le suivi d'une mammographie positive, la gynécologie dans un contexte obstétrical, le suivi gynécologique pathologique.

D'autres ne les suivent qu'à moitié ou très peu : le suivi vaccinal, le suivi d'oestro-progestatif, les traitements globaux des vaginoses (doubles traitements fréquents), la réalisation d'un frotti et sa proposition de suivi, la réalisation de mammographies.

La majorité des raisons pour lesquelles les prises en charge sont hors recommandations ne sont pas imputables à la maison d'arrêt : le refus de la patiente est un part très importante, les extraction le sont moins. En revanche, les biais de transmissions interprofessionnelles restent très présents.

Conclusion : Le suivi gynécologique carcéral niçois est très différent de celui retrouvé dans la littérature. Les pratiques professionnelles sont globalement conformes aux recommandations. Dans les cas inverses, les transmissions interprofessionnelles et le refus par la patiente est mis en cause.

Titre : Gynecological follow-up in prison population : what about the Nice remand center ?

Key-words : Gynecological follow-up ; Prison population ; Remand center of Nice.

Abstract :

Objective : Carry out an inventory of gynecological follow-up of the prison population of Nice.

Method : Qualitative, monocentric, retrospective study, carried out over the period from October 14, 2020 to April 14, 2022. All female patients who entered between October 12, 2020 and April 14, 2022 in the women's section of the remand center were included. 125 files were studied.

Results : Out of 125 files studied, no doctor is known.

Several areas follow the recommendations: clinical entrance examinations and entry serologies, BHCG assays during a risk of pregnancy, contraceptive implementation, monitoring of a progestogen, proposed monitoring of a positive smear, molecules prescribed for vaginosis, follow-up of a positive mammogram, gynecology in an obstetric context, pathological gynecological follow-up.

Others follow them only halfway or very little: vaccination follow-up, estrogen-progestogen follow-up, global treatments for vaginosis (frequent double treatments), carrying out a smear and its follow-up proposal, realization of mammograms.

The majority of the reasons for which the care is outside the recommendations are not attributable to the remand center: the refusal of the patient is a very important part, the extractions are less so. On the other hand, interprofessional transmission biases remain very present.

Conclusion : the gynecological follow-up in the remand center of Nice is very different from that we found in the literature. Professional practices are globally adapted to the recommendations. In the opposite cases, interprofessional transmissions and refusal by the patient are called into question.
