

Enquête sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention en Grand Est

Juillet 2021



Direction interrégionale
des services pénitentiaires
Strasbourg Grand Est



Document réalisé par l'Observatoire régional de la santé Grand Est avec le financement de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est et de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) Strasbourg Grand Est.

Travail réalisé par :

- *Sabrina Boime, chargée d'études avec le concours de Corinne Assani, assistante de direction, sous la direction de Michel Bonnefoy puis Emilie Gardeur*

REMERCIEMENTS

L'Observatoire régional de la santé Grand Est tient à remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer au bon déroulement de cette enquête et notamment l'ARS Grand Est et la DISP de Strasbourg.

Nous adressons également un remerciement tout particulier à nos confrères des ORS Picardie (OR2S) et Auvergne-Rhône-Alpes (ORS ARA) pour leur soutien et leur retour d'expériences.

L'ORS tient à adresser ses remerciements aux équipes des unités sanitaires et aux établissements pénitentiaires de la région pour avoir accepté de participer à cette enquête.

Nos remerciements vont enfin à tous les détenus entrant en détention ayant accepté de prendre part à cette enquête et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
PREAMBULE	11
OBJECTIF	15
METHODE	15
I. Population de l'étude.....	15
II. Méthode de collecte	16
III. Saisie et analyse des données	17
RESULTATS	19
I. Description de la population de l'enquête	19
1. Les établissements pénitentiaires participants	19
2. Les patients arrivant de liberté	21
3. Refus de répondre aux questions	26
II. Le recours aux soins	26
1. Traitement en cours à l'entrée en détention	26
2. Contact avec le système de soins	30
3. Dépistage avant l'incarcération	32
4. Statut vaccinal	33
III. Les conduites à risques	34
1. Tentative de suicide et idéation suicidaire	34
2. Une part plus importante de consommateurs de tabac en détention.....	35
3. Plus d'un patient sur deux déclare consommer de l'alcool	35
4. Plus d'un tiers de patients déclare consommer du cannabis et dérivés	37
5. Une consommation moins fréquente d'héroïne, morphine et opium.....	38
6. ... comme de cocaïne et de crack	38
7. Les addictions sans produit	39
8. Consommation de plusieurs produits psychoactifs.....	39
IV. L'état de santé à l'entrée en détention.....	40
1. Près d'un patient sur 5 est en surpoids	40
2. L'état de santé est jugé « bon » pour les trois quarts des patients incarcérés. ...	41
3. Un état bucco-dentaire jugé « bon » pour plus de la moitié des patients	42
4. Suivi médical et besoin d'un traitement de substitution	42
5. Peu de patients bénéficient d'aménagement des conditions de détention du fait d'un problème médical ou d'un handicap	43
6. Prescription d'une consultation spécialisée pour plus d'un tiers des patients	43

7. Plus de 4 patients sur 5 ont eu une prescription d'examens complémentaires...	45
8. Extraction en urgence	50
FOCUS QUARTIER MAISON D'ARRÊT DE METZ-QUEULEU.....	51
I. Description de la population du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu.....	51
II. Le recours aux soins avant l'incarcération	52
III. Etat de santé à l'entrée en détention.....	53
FOCUS QUARTIER MAISON D'ARRÊT DE NANCY-MAXEVILLE	55
I. Description de la population du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville .	55
II. Le recours aux soins avant l'incarcération	56
III. Etat de santé à l'entrée en détention.....	57
FOCUS MAISON D'ARRÊT DE STRASBOURG	59
I. Description de la population de la maison d'arrêt de Strasbourg	59
II. Le recours aux soins avant l'incarcération	60
III. Etat de santé à l'entrée en détention.....	60
LIMITES DE L'ÉTUDE.....	64
1. Le nombre de questionnaires réceptionnés.....	64
2. Le taux de non réponse	64
3. La longueur du questionnaire	64
4. Une difficile mise en œuvre du suivi sérologique pour l'enquête	64
5. Une information sur la couverture sociale pas facilement accessible à ce stade du recueil.....	64
6. Lieu des faits : une comparaison avec la région de détention	64
CONCLUSION.....	66
GLOSSAIRE	70
LISTE DES ABREVIATIONS.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES	83
I. Annexe 1 : Courriers	83
II. Annexe 2 : Liste des membres du comité de pilotage	86
III. Annexe 3 : Guide de remplissage.....	87
IV. Annexe 4 : Questionnaire	91
V. Annexe 5 : Figures complémentaires.....	95
VI. Annexe 6 : Répartitions par âge de la population	97

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition par âge de la population de l'enquête et de la population régionale selon le sexe en Grand Est (en pourcentage) (n=736).....	23
Figure 2 : Part des patients incarcérés pour lesquels l'entrée en détention lors de la période d'enquête constitue la 1 ^{ère} incarcération - selon l'âge (en pourcentage) (n= 581)	24
Figure 3 : Part des patients incarcérés selon leur couverture maladie (en pourcentage) (n=538)	26
Figure 4 : Type de traitement en cours déclaré au moment de l'incarcération parmi les détenus déclarant un traitement (en pourcentage) (n= 205).....	28
Figure 5 : Fréquence de la consommation d'alcool des enquêtés avant l'incarcération (en pourcentage) (n=617)	36
Figure 6 : Répartition par âge et fréquence de consommation d'alcool des patients ayant déclaré une consommation de cannabis (en pourcentage) (n=617).....	37
Figure 7 : Répartition par âge et fréquence de consommation des patients ayant déclaré une consommation de cannabis (en pourcentage) (n=566).....	38
Figure 8 : Répartition par âge des patients incarcérés selon le jugement de l'état de santé par le médecin à l'entrée en détention (en pourcentage) (n=529)	41
Figure 9 : Part de données manquantes pour les principaux indicateurs (en pourcentage)	95
Figure 10 : Type de traitement en cours déclaré au moment de l'incarcération rapporté à tous les patients même ceux ne déclarant pas de traitement en cours au moment de l'incarcération (en pourcentage)	96

TABLE DES CARTE

Carte 1 : Nombre de patients incarcérés ayant participé à l'enquête selon l'établissement pénitentiaire	19
Carte 2 : Etablissements ayant participé à la semaine de dépistage du VIH et des hépatites en milieu carcéral	46

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des patients incarcérés répondants selon l'établissement pénitentiaire	20
Tableau 2 : Part des patients incarcérés déclarant avoir un traitement en cours avant l'entrée en détention (en pourcentage) (n=626).....	27
Tableau 3 : Répartition des médicaments psychotropes déclarés en cours à l'entrée en détention selon le type de médicaments (en pourcentage) (n=111).....	29
Tableau 4: Répartition des traitements de substitutions aux opiacés déclarés en cours à l'entrée en détention selon le type de médicaments (en pourcentage) (n=76).....	30
Tableau 5 : Répartition par âge des patients déclarant avoir eu un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (en pourcentage) (n=568)	31
Tableau 6 : Répartition des patients selon le type de recours aux de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (en pourcentage) (n=272)	31

Tableau 7 : Répartition par âge des patients déclarant avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage (en pourcentage).....	32
Tableau 8 : Part des patients déclarant avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l’incarcération (en pourcentage) (n=596)	33
Tableau 9 ; Statut vaccinal déclaré des patients incarcérés pour le vaccin contre l’hépatite B (n=563) et contre le DTP (n=544) (en pourcentage).....	34
Tableau 10 : Part des patients dont l’état de santé est jugé « bon » à l’entrée en détention selon qu’il s’agit de la première incarcération et selon qu’ils aient déclaré un traitement en cours à l’entrée en détention.....	42
Tableau 11 : Part et répartition des consultations prescrites par les médecins lors de l’examen médical d’entrée selon les spécialités (en pourcentage)	44
Tableau 12 : Répartition des prescriptions d’examens complémentaires selon le type d’examen et le statut de réalisation de certains examens (en pourcentage) (n= 606) ...	47
Tableau 13 : Répartition par âge des patients incarcérés du quartier maison d’arrêt de Metz-Queuleu (en pourcentage)	51
Tableau 14 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage).....	52
Tableau 15 : Part des patients selon le statut d’incarcération (en pourcentage)	52
Tableau 16 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)	52
Tableau 17 : Répartition des patients selon l’état de santé jugé à l’entrée en détention (en pourcentage)	53
Tableau 18 : Répartition des patients selon l’état ,bucco-dentaire à l’entrée en détention (en pourcentage).....	53
Tableau 19 : Part des patients qui ont fait l’objet d’une prescription d’une consultation spécialisée (en pourcentage).....	53
Tableau 20 : Part des patients qui présente une pathologie aigue à l’entrée en détention (en pourcentage).....	54
Tableau 21 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)	54
Tableau 22 : Répartition par âge des patients incarcérés du quartier maison d’arrêt de Nancy-Maxéville (en pourcentage).....	55
Tableau 23 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage).....	56
Tableau 24 : Part des patients selon le statut d’incarcération (en pourcentage)	56
Tableau 25 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)	56
Tableau 26 : Répartition des patients selon l’état de santé jugé à l’entrée en détention (en pourcentage)	57
Tableau 27 : Répartition des patients selon l’état ,bucco-dentaire à l’entrée en détention (en pourcentage).....	57
Tableau 28 : Part des patients qui ont fait l’objet d’une prescription d’une consultation spécialisée (en pourcentage).....	57
Tableau 29 : Part des patients qui présente une pathologie aigue à l’entrée en détention (en pourcentage).....	58
Tableau 30 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)	58
Tableau 31 : Répartition par âge des patients incarcérés de la maison d’arrêt de Strasbourg (en pourcentage).....	59
Tableau 32 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage).....	59
Tableau 33 : Part des patients selon le statut d’incarcération (en pourcentage)	60

Tableau 34 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)	60
Tableau 35 : Répartition des patients selon l'état de santé jugé à l'entrée en détention (en pourcentage)	61
Tableau 36 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire à l'entrée en détention (en pourcentage).....	61
Tableau 37 : Part des patients qui ont fait l'objet d'une prescription d'une consultation spécialisée (en pourcentage).....	61
Tableau 38 : Part des patients qui présente une pathologie aigue à l'entrée en détention	61
Tableau 39 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)	62
Tableau 40 : Répartition par âge et âge moyen de la population de l'enquête ayant accepté et n'ayant pas accepté de répondre aux questions (en pourcentage)	97

PREAMBULE

La santé dans les prisons françaises, une évolution du droit

Depuis une quarantaine d'années, la question de la santé a été un axe fort des réflexions visant à améliorer l'accès aux droits des personnes détenues. Effectivement, la détention, selon la loi, est la privation de liberté d'aller et venir. Les autres droits, comme ceux de pouvoir se former, d'accéder à la culture, à la santé ...doivent pouvoir être exercés y compris en milieu carcéral. De fait la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a fortement modifié l'univers des prises en charge sanitaire des personnes sous-main de justice en leur énonçant une équivalence d'accès à des soins de qualité à celle de la population générale. Ce principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009¹.

...progressif et ancien....

Pour autant cette évolution ne s'est pas faite aussi simplement, et l'on ne saurait parler de l'accès aux soins des détenus sans évoquer son historique. Avant la Révolution de 1789, l'enfermement se caractérisait, en plus de la privation de liberté, par la cruauté et l'insalubrité des conditions de détention. La souffrance physique faisait partie intégralement de la « peine », et la notion de soins, et encore moins de santé, n'existait pas. Quelques discrètes évolutions furent proposées après la Révolution, comme la suppression de la marque au fer rouge ou les peines infamantes, mais il fallut réellement attendre la commission des réformes pénitentiaires instituée par arrêt du 9 décembre 1944 pour que la notion de soins en détention s'institutionnalise. L'arrêt stipule la création d'un service médical et médico-psychologique dans chaque établissement pénitentiaire, et, de plus il institue une « Inspection médicale des prisons ». Le service médical (l'« infirmerie ») est sous responsabilité de l'administration pénitentiaire. La réforme Amor, en 1945, énonce les principes qui tendent à « humaniser » le régime pénitentiaire, notamment en introduisant des critères de prise en compte de la situation des détenus tels que l'âge ou l'état de santé. La loi du 29 décembre 1972, 25 ans après la définition de la santé portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), propose une réforme qui vise à promouvoir les soins somatique et psychologique en détention. Plus de 200 ans après le retrait des prisons du périmètre d'intervention de l'Inspection générale des hôpitaux (Necker-1870), le contrôle sanitaire des établissements de détention est à nouveau confié par décret en 1983 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). La fin des années 80 verra la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en milieu pénitentiaire.

...jusqu'aux grandes réformes des années 1990.

L'apparition du Sida et ses conséquences sanitaires et sociales a bouleversé nos systèmes de santé, et plus particulièrement celui en milieu pénitentiaire. Ainsi, en 2013, un rapport du Haut Comité de la santé publique² décrit une situation inquiétante : 10 % des détenus sont porteurs du virus du Sida, 15 à 40 % selon les lieux sont consommateurs de produits psychoactifs illicites, 30 % présentent une dépendance à l'alcool, 80 % une tabagie excessive, 80 % sont nécessiteux de soins dentaires et 20 % de soins psychiatriques.... De plus si la population générale en France a progressé de 10 % entre 1970 et 1990, la

¹ La santé en prison-Dossier coordonnée par Geneviève Guérin, Secrétaire général adjoint du haut Comité de la Santé Publique-ADSP n°44-septembre 2003.

² <https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2010-4-page-69.htm#pa9>

population carcérale, elle, sur la même période augmentait de 100 %. Ainsi devant cette urgence sanitaire le dispositif de soins en détention allait être fortement remanié par la loi du 18 janvier 1994, complété par décret en octobre 1994 et circulaire ministérielle le 8 décembre de la même année.

Il s'agit donc d'intégrer dans le système de santé général les personnes sous main de justice ; deux postulats motivent cette démarche, l'accès à des soins comparables à ceux offerts en population générale (prise en charge globale, somatique, psychologique, curative et préventive) et par le biais du service public hospitalier, mais aussi garantir une couverture sociale aux détenus.

Il aura donc fallu plus de 200 ans d'évolution plus ou moins ordonnée afin que le rôle social de l'incarcération et donc de son utilité soit affirmé, que le soin en prison soit validé comme un droit et que les institutions agissent dans le sens d'actions de rééducation tant en terme de socialisation, d'hygiène et de santé avec comme objectif le retour à la vie normale dans de meilleures conditions³.

Paradoxes et tensions

L'accès aux soins est donc un droit fondamental pour tout sujet quel qu'il soit, et cette reconnaissance dans le droit français, comme dans les recommandations du Conseil de l'Europe (en 1987 et réaffirmées par le Conseil des ministres de ce même Conseil de l'Europe en 1998). La privation de liberté n'est plus une privation du droit à la santé.

Nous ne pouvons que constater la réelle amélioration de la prise en charge en santé des détenus sur ces 30 dernières années et ce malgré les freins et résistances souvent générées par nos différentes organisations : le fonctionnement mécanique de justice qui se percute avec les besoins de soins, le faible usage des alternatives en particulier pour les détenus souffrant de pathologies psychiques et ou de conduites addictives, les locaux pénitentiaires pas toujours adaptés à l'organisation des soins, sans parler de la vétusté de certains, et enfin l'insuffisance de moyens médicaux et sanitaires, même et malgré les efforts des dernières décennies. Insuffisance tant en termes de sous dotation, en termes d'effectif et en termes de capacité de recrutement notamment liée à la faible attractivité de ces postes.

Un autre paradoxe majeur est celui de la définition même de la santé, en effet les pratiques de soins en prison sont fondées sur la définition de la santé de l'OMS en 1946 « La santé n'est pas qu'une simple absence de maladie ou d'infirmité, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social... ». Comment se garantir un bien-être mental par exemple lors d'une privation de liberté, comment se garantir du libre choix du patient, de la confidentialité et du respect de la dignité tout en respectant les impératifs de détention et en particulier de sécurité

Enfin le rapport temporel des détenus à leurs propres ressentis de santé est rarement évoqué. D'un lieu de restauration possible d'un état de santé altéré, bien souvent préalable à l'incarcération, les études signalent le caractère mortifère, à la fois identitaire et organique des conditions d'enfermement⁴.

³ La santé dans les prisons Françaises- François Moreau-Revue Pouvoirs N° 135-Le Seuil- 2010.

⁴ La santé « carcéralisée » : gestion de soi et chronicité pénitentiaire- Michel Trouillard Perrot-Nouvelle revue de psychosociologie N°4-2007.

...signent le besoin de développer une connaissance plus fine de l'état de santé des détenus...

Dans un contexte où s'interrogent en France les termes de la définition et d'une structuration pérenne de la surveillance de l'état de santé des personnes détenues il est notable de souligner que les Unités Sanitaires des établissements pénitentiaires sont productrices de nombre d'informations, voire d'enquêtes sur l'état de santé des détenus. Hélas les productions sont variables et, de fait, rarement exploitées à un niveau national.

Toutefois les constats effectués ces dernières années perdurent et se sont même amplifiés. Ainsi le rapport Mouquet, Dumont, Bonnevie « La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque » soulignait déjà en 1999 que la population incarcérée est majoritairement masculine (à plus de 95 %) et qu'elle reste plus jeune que la population générale. Ce sont les hommes âgés entre 18 et 24 ans qui sont le plus susceptibles d'aller en prison, et cette classe d'âge est ainsi 6 fois plus élevée à l'entrée en détention que dans la population générale. De plus si 17,5 % des entrants se disent sans couverture sociale, 5 % sans abri, 10 % en domiciliation précaire, 11 %, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire (2003) sont illettrés.

L'étude de l'histoire familiale conduite en parallèle du recensement général de 1999 montrait une surreprésentation des classes populaires, des études courtes, une activité professionnelle de faible statut, une origine familiale de faible revenu, avec, souvent, une mère « inactive » et une relation entre détenus et parents tendue et fragile...

En 1999 l'enquête nationale sur l'état de santé des personnes entrant en détention réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (Drees), renouvelée en 2003 identifiait les risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies ou déterminants de santé, notamment les besoins en soins dentaires, le suivi de pathologies chroniques, en particulier asthme, épilepsie et maladie cardiovasculaire.

Dans un rapport rendu en 2000 la mission Santé/Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral estimait que la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était 2 fois supérieure et celle du virus de l'Hépatite C (VHC) de près de cinq fois supérieure à celles observées en population générale.

Près de 9 % des entrants déclaraient aussi avoir été régulièrement suivis en psychiatrie et six détenus sur dix de ces 9 % avaient un traitement en cours par psychotrope. Enfin la population carcérale est fortement concernée par les différentes formes d'addiction, on y trouve plus de fumeurs qu'en population générale, une plus importante consommation excessive d'alcool et plus du tiers des détenus déclare une consommation régulière et prolongée de produits psychoactifs illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération⁵.

L'enquête HID-prisons, extension de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendances réalisée par l'Insee en 1998 et 1999 montre que 3 personnes détenues sur cinq sont confrontées dans leur vie quotidienne à des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé et qu'un détenu sur deux souffre

⁵ Etat de santé des personnes sous main de justice-Christine Chan-Chee, Charlotte Verdot (Santé Publique France) – Quelles populations ? Quels états de santé ? - Revue ADSP n° 104 septembre 2018.

de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps et dans l'espace. De plus une personne détenue sur dix déclare avoir besoin d'aide humaine et/ou matérielle mais ce besoin d'aide n'aurait une réponse effective que dans un tiers des cas.

L'étude réalisée en 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral a constaté un risque suicidaire moyen ou élevé chez 22 % des détenus, les passages à l'acte sont ainsi surreprésentés en détention témoignant des fragilités préalables mais aussi du poids des conditions de vie en détention comme facteur pathogène supplémentaire.

...et militent pour une amélioration de l'observation de l'état de santé des populations incarcérées.

La population carcérale est donc caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées et cumulant de surcroît fréquemment des difficultés socio-économiques et de santé. Et même si la prise en charge sanitaire, des personnes détenues, s'est améliorée les constats posés par les différentes études citées qui se sont déroulées entre 1999 et 2010, sont confirmés localement douze ans après l'étude Drees de 2003 par l'étude sur la santé des détenus entrant en établissement pénitentiaire de l'ex-région Picardie⁶. L'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) Picardie y constatait que bien que 9 personnes sur 10 entrant en détention étaient considérées en bonne santé générale, 61 % nécessitaient des soins dentaires, plus d'un tiers déclarait une maladie chronique (contre 1 Français sur 5 en population générale), 85 % étaient consommateurs de produits psychoactifs licites et/ou illicites de façon excessive, 25 % bénéficiaient d'un suivi psychiatrique en cours.....

Ainsi à l'entrée, près de la moitié des détenus s'est vue prescrire une consultation auprès d'un spécialiste dont 50 % auprès d'un psychiatre.

C'est l'extension de ce dispositif d'observation initié en Picardie sur la santé des entrants en détention qui est donc mis en œuvre en région Grand Est, après l'avoir été en région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'agit donc ici de tenter de définir les caractéristiques de la population concernée et d'orienter les besoins en santé.

Et c'est aussi au regard des constats observés au travers des quelques études transversales nationales ponctuelles, qui sauf pour l'étude Prévacar en 2010, datent toutes de plus de 12 ans, que le Bureau régional de l'Organisation de la santé pour l'Europe⁷ préconise de considérer la santé en milieu carcéral comme un problème prioritaire de santé publique. Or il n'existe pas à ce jour de surveillance épidémiologique de la santé en détention, et nous ne pouvons que nous associer au soutien du développement d'un tel dispositif de surveillance⁸.

Michel Bonnefoy, Directeur ORS Grand Est

⁶ Etat de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie- Caractéristiques sanitaires et sociale des nouveaux détenus en 2015-OR2S.

⁷ WHO Regional Office for Europe-Déclaration sur la santé en prison et la santé publique – 2003 et A policy brief on the organization of prison health-2013.

⁸ Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations- Aude-Emmanuelle Develay, Charlotte Verdot, Isabelle Grémy- Revue santé Publique 2015 N° 4 Vol 27.

OBJECTIF

Dans le cadre d'un partenariat santé-justice sur la santé des personnes détenues, la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Strasbourg et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est, ont missionné l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est afin de mettre en place une enquête auprès des services de santé en milieu pénitentiaire de la région.

L'enquête a pour objectif de disposer d'un recueil de données épidémiologiques sur l'état de santé des personnes détenues arrivant dans les établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt, quartiers maisons d'arrêt) du ressort de la DISP. Cette photographie de l'état de santé doit permettre d'améliorer les connaissances sur l'état de santé afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. La connaissance de l'état de santé des personnes en détention est au cœur des préoccupations et représente un enjeu majeur en termes de politique publique.

Cette enquête s'inscrit dans la continuité du recueil des données de santé réalisé depuis 2009 sur les personnes détenues arrivant dans les établissements pénitentiaires de la région Picardie, recueil effectué par l'ORS de Picardie en lien avec l'ARS de Picardie et la DISP de Lille et dans la reprise d'une primo-enquête initiée en 2017 en région Grand Est.

METHODE

Préalablement à la phase de recueil les directions des établissements retenus, les directions des hôpitaux liés aux établissements pénitentiaires, ainsi que les équipes médicales des unités sanitaires ont réceptionné un courrier présentant le cadre de la démarche et les objectifs de l'étude (cf. Annexe 1).

Un comité de pilotage élargi (cf. Annexe 2) a été mis en place pour permettre l'optimisation de la démarche. Il est constitué de membres de l'ARS, de la DISP et de l'ORS mais aussi de médecins et cadre infirmiers de différents établissements pénitentiaires de la région Grand Est. Sa constitution fait suite à un appel à candidature effectué lors d'une journée DISP-ARS du lundi 14 octobre 2019.

Ce comité de pilotage a souhaité réaliser cette enquête sur une période de 8 semaines via un questionnaire papier.

I. Population de l'étude

Toutes les personnes entrant de liberté dans les maisons d'arrêt (MA) et quartiers maisons d'arrêt (qMA) de la région sont concernés par l'étude. Treize établissements sont répartis sur le territoire :

- Maison d'arrêt de Bar-le-Duc ;
- Maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne ;
- Maison d'arrêt de Charleville-Mézières ;
- Maison d'arrêt de Chaumont ;

- Maison d'arrêt de Colmar ;
- Maison d'arrêt d'Épinal ;
- Maison d'arrêt de Mulhouse ;
- Maison d'arrêt de Reims ;
- Maison d'arrêt de Sarreguemines ;
- Maison d'arrêt de Strasbourg ;
- Maison d'arrêt de Troyes ;
- Quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu ;
- Quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville.

L'étude cible tous les entrants hommes, femmes, majeur.e.s et mineur.e.s (avec autorisation parentale) arrivant de liberté.

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories de condamnation. Les maisons d'arrêt et les quartiers maisons d'arrêt accueillent les personnes prévenues, en détention provisoire (en attente de jugement) et les personnes condamnées dont la peine n'excède pas deux ans. Ces établissements accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant de liberté, c'est pour cela qu'ils ont été retenus comme terrain d'enquête en première instance. Dans une perspective de réitération de cette enquête les autres établissements pénitentiaires de la région, à savoir, les centres de détention et les centres pénitentiaires, les maisons centrales et les centres de semi-liberté pourraient être inclus.

II. Méthode de collecte

Dans le but de répondre à l'objectif de l'enquête, un questionnaire (cf. annexe 4) a été élaboré avec le concours du comité de pilotage, se basant sur la « fiche entrant » élaborée en Picardie, sur l'enquête de la Drees en 2003⁹ ainsi que sur le questionnaire élaboré par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Le questionnaire se compose de deux grandes parties regroupant différentes thématiques :

- une partie déclarative reprenant les caractéristiques individuelles (le sexe, l'année de naissance, etc.), les antécédents médicaux (traitement en cours, recours aux systèmes de soins...), addictions...
- une partie relevant de l'examen médical, qui englobe l'état général du patient incarcéré, la prescription de consultation.s spécialisée.s et d'examens complémentaires.

Un guide de remplissage accompagne le questionnaire (cf. annexe 3).

L'enquête s'est déroulée du 01 octobre 2020 au 30 novembre 2020, soit une période de 8 semaines. Les membres des équipes sanitaires des maisons d'arrêt : médecins, cadres infirmiers, infirmiers, ont renseigné un questionnaire pour chaque détenu entrant de liberté, lors de la visite médicale d'entrée, seule visite médicale obligatoire lors de la détention.

⁹ Cf. Bibliographie 1 _ Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Résultats. Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). n° 386. Mars 2005.)

Afin de garantir les droits des personnes détenues au regard de la nouvelle réglementation générale de la protection des données (RGPD), les détenus sont informés du déroulement de l'enquête par voie d'affichage dans les locaux des unités sanitaires, et via une note d'information insérée dans le livret d'accueil. Le document a également été traduit en cinq langues différentes, avec le concours de Migrations santé alsace, afin d'informer le plus grand nombre de détenus (les langues retenues sont l'anglais, l'allemand, le russe, le roumain et l'arabe littéraire). Le consentement ou le refus des patients de participer à l'enquête est recueilli lors de l'examen médical.

De plus, le questionnaire est muni d'un volet détachable conservé dans les unités sanitaires jusqu'à la diffusion du rapport et ce afin de permettre aux personnes enquêtées d'exercer leur droit de retrait et de modifications des données.

Un bordereau de retour a également été remis aux unités sanitaires afin qu'elles renseignent le nombre de patients vus lors de la visite médicale d'entrée et le nombre de patients ayant refusé de participer à l'enquête.

Les questionnaires papiers ont ensuite été envoyés par les unités sanitaires, par voie postale avec accusé de réception, à l'ORS Grand Est.

L'enquête a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté (Cnil)¹⁰.

III. Saisie et analyse des données

Eu égard à la situation sanitaire et aux différentes problématiques propres à chaque établissement pénitentiaire¹¹, onze unités sanitaires de la région ont renvoyé des questionnaires sur treize maisons d'arrêt et quartier maisons d'arrêt de la région Grand Est.

Au total, 768 questionnaires ont été réceptionnés par l'ORS Grand-Est. Parmi ceux-ci, 17 ont dû être exclus de l'analyse car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion, à savoir, les mineurs sans autorisation parentale, les patients avec une date d'incarcération antérieure à la période de l'étude de plus de quelques semaines.

La saisie des questionnaires a été effectuée sur un outil dédié mis en place par l'OR2S Picardie. Il s'agit d'une application en ligne sécurisée. Les données sont stockées dans un serveur sécurisé habilité de l'OR2S Picardie, qui bénéficie d'une autorisation de la Cnil pour la mise en œuvre de traitements automatisés de données à caractère personnel. Le traitement des données a été réalisé sous les logiciels Excel® et R®.

Lors de la saisie des questionnaires, nous avons pu identifier des éléments d'ordre plus qualitatif grâce à quelques annotations inscrites par les personnels des unités sanitaires directement sur le papier. Certaines annotations nous permettant quelquefois d'apporter

¹⁰ Délibération n°2019-026 du 28 février 2019.

¹¹ Depuis de nombreux mois maintenant nous connaissons « une crise sanitaire sans précédent », l'administration pénitentiaire n'est pas épargnée, au même titre que toutes les autres instances. Pendant, la période de l'enquête, certains ont dû faire face à des clusters au sein de l'établissement, d'autres unités sanitaires ont connu un manque de personnel ponctuel, d'autres encore ont assisté au déploiement informatique, ou encore à un déménagement.

un niveau de détail supplémentaire ou d'illustrer certains propos et d'autres fois nourrissent notre réflexion pour affiner notre analyse.

En statistiques, on parle de données manquantes lorsqu'on n'a pas d'observations pour une variable donnée ou pour un individu donné¹². Ces données manquantes ne peuvent pas être ignorées lors de l'analyse de données. Selon leur proportion, leur type ou les méthodologies retenues, elles peuvent être soit imputées d'une valeur, soit retirées de l'analyse (en retirant les individus présentant des données manquantes ou retirer les variables). Ici, nous avons fait le choix de retirer les données manquantes, c'est pour cela que les effectifs « n^{13} » présentés dans les titres des tableaux ou figures ne sont pas toujours identiques.

¹² <https://perso.univ-rennes1.fr/valerie.monbet/doc/cours/IntroDM/Chapitre4.pdf>

¹³ « n » : petit « n » est un terme mathématiques pour désigner l'effectif présenté.

RESULTATS

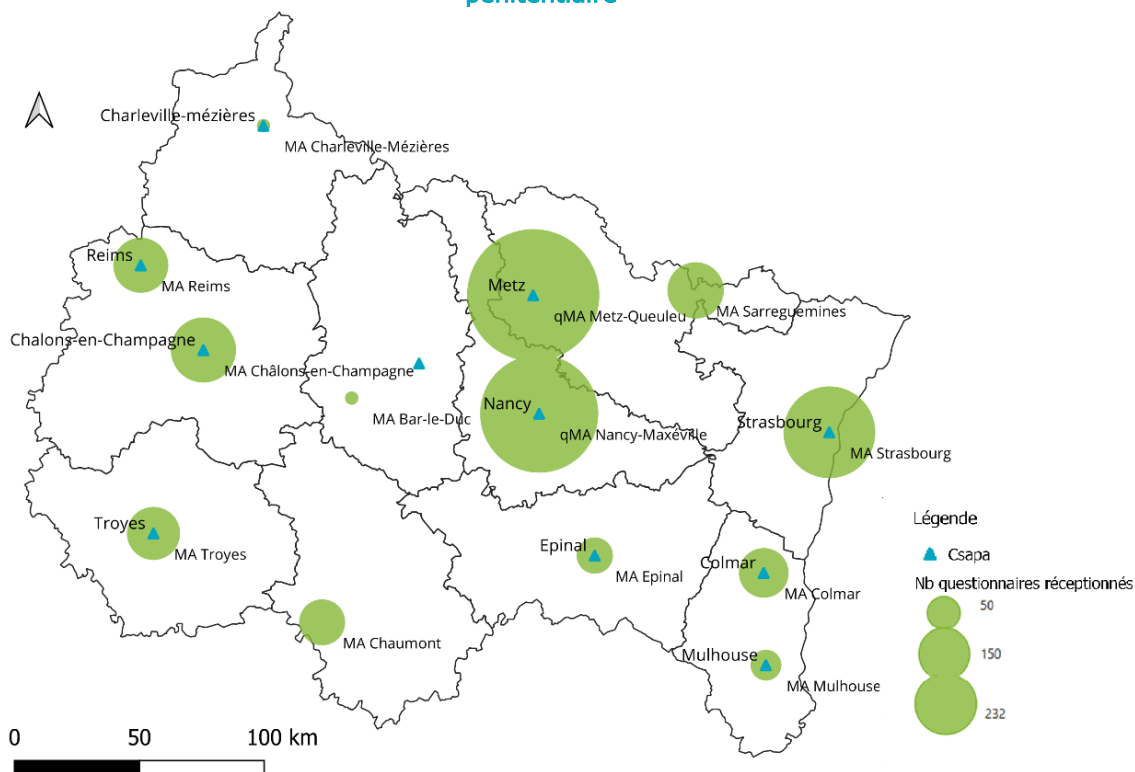
Les résultats présentés ci-dessous sont issus de la première partie du questionnaire qui est d'ordre plus déclarative par opposition à la seconde partie du questionnaire qui relève plus spécifiquement de l'examen médical (cf. Annexe 3).

I. Description de la population de l'enquête

1. Les établissements pénitentiaires participants

Quelque 751 questionnaires ont été analysés. Ils représentent les patients incarcérés entrant en détention répartis dans les 11 maisons d'arrêt et quartier maisons d'arrêt de la région Grand Est ayant participé à l'enquête. L'effectif de patients incarcérés répondants varie selon la maison d'arrêt considérée.

Carte 1 : Nombre de patients incarcérés ayant participé à l'enquête selon l'établissement pénitentiaire



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est, exploitation ORS Grand Est. Réalisée avec QGIS.

Tableau 1 : Répartition des patients incarcérés répondants selon l'établissement pénitentiaire (n= 751)¹⁴

Répartition des détenus par établissements pénitentiaires		
Etablissements	Effectifs	Pourcentage
QMA Metz-Queuleu	217	28,9
QMA Nancy-Maxéville	186	24,8
MA Strasbourg	112	14,9
MA Chalons en Champagne	54	7,2
MA Sarreguemines	39	5,2
MA Reims	37	4,9
MA Troyes	33	4,4
MA Colmar	28	3,7
MA Chaumont	24	3,2
MA Epinal	secret stat.	secret stat.
MA Mulhouse	secret stat.	secret stat.
MA Bar-le-Duc	secret stat.	secret stat.
MA Charleville-Mézières	secret stat.	secret stat.
Total général	751	100,0

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est, exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 28,9 % des questionnaires réceptionnés ont été renseignés au sein de l'unité sanitaire du quartier maison d'arrêt du centre pénitentiaire de Metz-Queuleu.

Focus : organisation des soins en détention

L'organisation des soins en détention est confiée aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) qui sont en charge des soins somatiques et qui assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités.

Le décret (n°86-602¹⁵ du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et de la santé mentale), pose le cadre de l'organisation technique du service public de lutte contre les maladies mentales et la sectorisation psychiatrique. Ce décret comporte trois volets, le premier sur la psychiatrie générale, le second sur la psychiatrie infanto-juvénile et le dernier sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ainsi, se dessine l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.

En France, le système de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est un système intégratif dont l'objectif principal est d'offrir aux personnes incarcérées le même niveau de soin que la population vivant en milieu libre. Il est structuré en 3 niveaux :

- Niveau 1 : consultations au sein d'une USMP ;
- Niveau 2 : hospitalisations de jour au sein du centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée) ; - Niveau 1 : consultations au sein d'une USMP ;
- Niveau 3 : hospitalisations à temps complet au sein du centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée) pour les hospitalisations urgentes et de courte durée ; dans une des 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) pour les hospitalisations plus longues ou nécessitant un plateau technique spécialisé.

¹⁴ En raison du secret statistique, les données inférieures à 10 ne sont pas présentées ici.

¹⁵ <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4348.html>

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire, aménagée en son sein mais rattachée à un établissement hospitalier public. Les soins psychiatriques sont ainsi dispensés au sein des US par les équipes de l'établissement public de soins psychiatriques et santé mentale du territoire. En effet les soins psychiatriques sont organisés en France selon des secteurs géo-démographiques qui organisent territorialement l'accès aux soins dans chaque département. Cette organisation existe depuis la circulaire du 15 mars 1960, complétée en 1985, et réaffirmée légalement en 2016, après une disparition en 2003 suite à la loi de disparition de la carte sanitaire.

Le secteur psychiatrique a donc retrouvé un fondement législatif avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette loi définit une mission de psychiatrie de secteur à exercer par l'offre de soins psychiatrique, consistant à garantir à l'ensemble de la population quelle qu'elle soit et donc aussi les personnes détenues :

- *un recours de proximité en soins psychiatriques ;*
- *l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;*
- *la continuité des soins psychiatriques.*

La prise en charge en détention n'y est possible que sous la modalité des soins libres. Il est à noter que, contrairement au milieu extérieur, il n'y a pas de soins pénalement ordonnés ni de programme de soins sans consentement ambulatoires en détention. En outre, un service médico-psychologique régional (SMPR), assurant les soins de niveau 2, est présent dans chaque région.

En ce qui concerne les soins en addictologie, depuis 2012, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référents en milieu pénitentiaire complètent le schéma d'organisation des soins en détention¹⁶. Leur institution répond à un besoin de renforcement de la préparation à la sortie et à l'accompagnement des personnes détenues ayant des conduites addictives.

Dans la région Grand Est, onze CSAPA sont attachés aux établissements pénitentiaires en qualité de référents en milieu pénitentiaire¹⁷ (cf. Carte 1).

2. Les patients arrivant de liberté

DES PATIENTS MAJORITAIREMENT MASCULINS ET PLUS JEUNES QUE LA POPULATION GENERALE

La population carcérale est caractérisée par une surreprésentation masculine. Cette caractéristique est confirmée dans notre enquête. En effet, parmi les personnes répondantes à notre enquête, 95,6 % sont de sexe masculin contre 4,0 % de sexe féminin¹⁸ (soit 30 femmes). Pour 3 patients, l'information n'est pas connue. Sept des treize établissements pénitentiaires de la région Grand Est, ont accueilli des femmes pendant la période de l'enquête.

¹⁶ Cf. Bibliographie 29 _ Fédération addictions _ Les csapa référents un milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification.

¹⁷ https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2019/02/1_Liste_CSAPA-voirre%CC%81fe%CC%81rent-pe%CC%81nitentiaire.pdf (Actualisation décembre 2020).

¹⁸ Les femmes constituent une population minoritaire parmi les personnes placées sous main de justice. Au 1^{er} août 2016, 3,5 % de la population pénale écroué étaient des femmes. (source : Ministère de la justice) <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html> rouverte.

Eu égard au faible effectif de patientes incarcérées de l'enquête, il n'y aura pas de zoom spécifique réalisé.

La population de l'étude est jeune. Parmi les répondants, on compte 9 mineurs. Les patients incarcérés ont en moyenne 33,8 ans : le plus jeune a un peu plus de 16 ans et le plus âgé un peu plus de 74 ans. Selon l'administration pénitentiaire, l'âge moyen des personnes prises en charge (tous établissements confondus) au 2015 était de 34,6 ans. Et selon les résultats publiés par l'OR2S, en 2012, l'âge moyen des personnes entrant en détention de l'enquête picarde est de 31,2 ans. À noter que la moyenne d'âge des femmes est plus élevée que celle des hommes avec respectivement, une moyenne de 37,3 ans et de 33,7 ans.

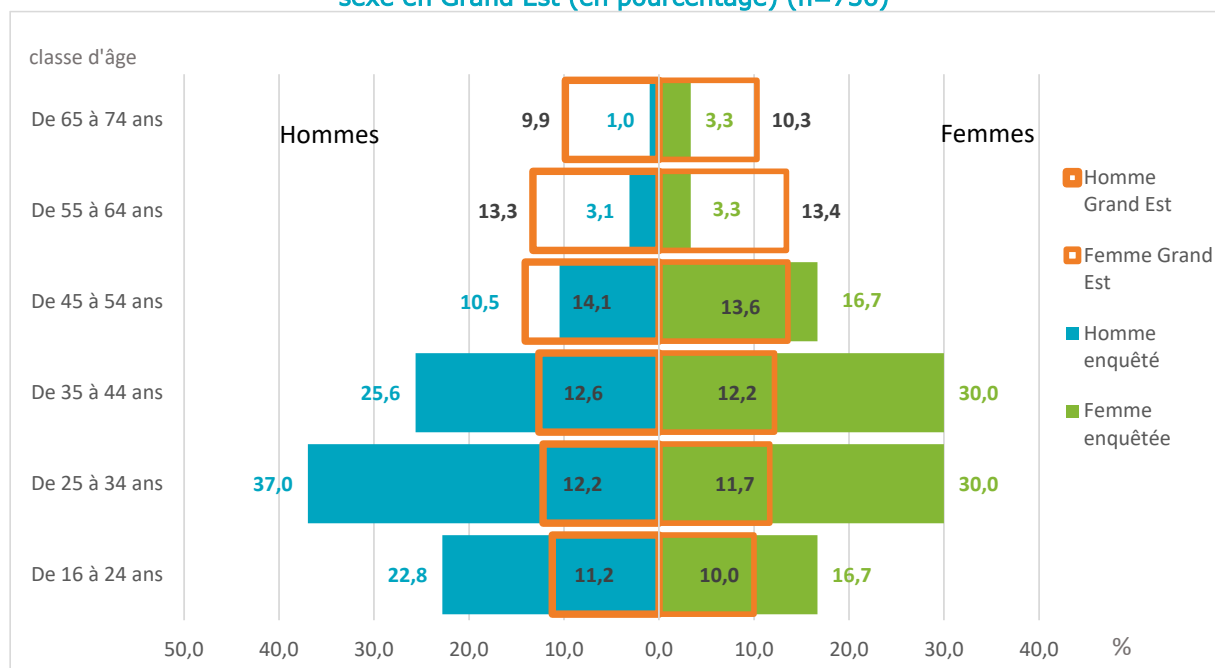
L'âge médian¹⁹ des patients incarcérés ayant répondu l'enquête est de 32,3 ans. Il était de 31,7 ans en 2017²⁰ pour l'ensemble des établissements en France.

Par rapport à la population de la région Grand Est (cf. Figure 1), la population de l'enquête est plus jeune, 37,0 % des patients incarcérés de sexe masculin ont entre 25 et 34 ans contre 12,2 % des hommes de la région Grand Est. En miroir, la part des patients de 65-74 ans actuellement en détention est beaucoup plus faible. Il convient de rappeler ici que nous sommes sur la population de patients entrants en détention. La mixité des âges est potentiellement un biais lié à la détention.

¹⁹ L'âge médian est l'âge qui divise la population en deux groupes numériquement égaux : la moitié est plus jeune que cet âge et l'autre moitié est plus âgée. Il se distingue de l'âge moyen, qui est la moyenne de l'âge des personnes.

²⁰<http://www.observationsociete.fr/modes-de-vie/la-population-detenu-e-en-forte-hausse.html#:~:text=Les%20d%C3%A9tenus%20sont%20%C3%A0%2096,30%20ans%2C%20puis%20d%C3%A9cro%C3%AEt%20rapidement>

Figure 1 : Répartition par âge de la population de l'enquête et de la population régionale selon le sexe en Grand Est (en pourcentage) (n=736)



Sources : Insee RP 2017 ; Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Nota Bene : Les données aux âges les plus jeunes et les plus élevés sont à considérer avec toutes les précautions nécessaires, au regard du faible effectif qu'elles représentent, de même pour les femmes peu nombreuses dans l'enquête.

DES PATIENTS MAJORITAIREMENT DE NATIONALITE FRANÇAISE

Plus de huit patients incarcérés en Grand Est sur dix sont de nationalité française (81,2 %). Pour 32 personnes la nationalité n'est pas renseignée. « En 1999, selon le rapport du sénat, 23,6 % de la population carcérale est d'origine étrangère²¹». La communication verbale est possible dans 98,9 % des cas en français ou dans une autre langue. On note 45 données manquantes pour cet item.

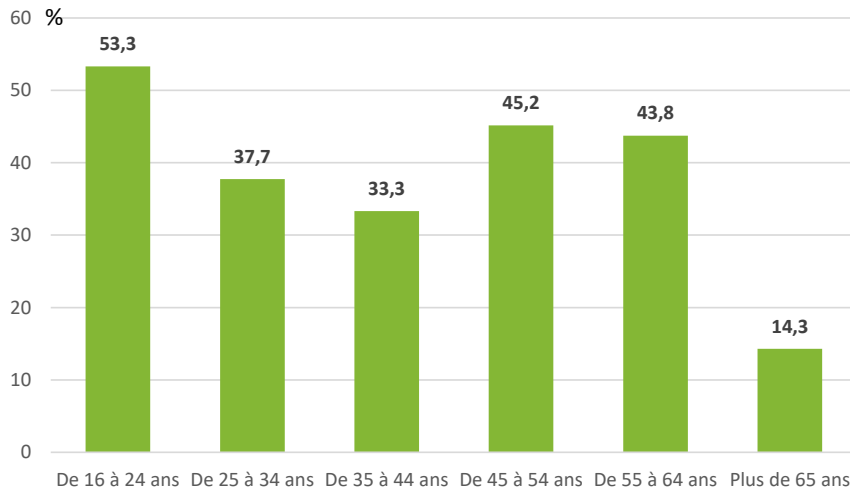
La communication se fait en français pour la majeure partie des patients (97,0 %). Pour 90 patients l'information de la langue de communication est manquante. Pour seulement 1,1 % des patients incarcérés la communication verbale n'est pas possible. Les autres langues utilisées pour communiquer avec les patients incarcérés non francophones sont, l'anglais, le roumain, l'espagnol, l'italien, le russe-géorgien et l'allemand. Afin de communiquer avec les patients incarcérés, les équipes utilisent soit des ressources internes identifiées, soit la ligne téléphonique payante habilitée par l'Hôpital pour communiquer avec les patients, soit des outils de traductions en ligne. Et pour 12 patients, les équipes ont eu recours au service d'un interprète.

²¹ Cf. bibliographie 14 _ Rapport du Sénat

PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS ENQUETES ONT DEJA ETE INCARCERES AUPARAVANT

Pour 40,8 % des patients incarcérés de l'enquête, il s'agit de la première incarcération (pour 167 patients l'information est manquante). Cette part atteint 81,0 % des femmes²² enquêtées et 39,3 % des hommes enquêtés. Cette part est plus élevée pour les patients incarcérés les plus jeunes, soit âgés de 16 à 24 ans (53,3 %) (cf. Figure 2).

Figure 2 : Part des patients incarcérés pour lesquels l'entrée en détention lors de la période d'enquête constitue la 1^{ère} incarcération - selon l'âge (en pourcentage) (n= 581)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 37,7 % des détenus de 25 à 34 ans, il s'agit de la première incarcération.

Nota Bene : Les chiffres doivent être interprétés avec précaution pour la classe d'âge de plus de 65 ans en raison du faible effectif de la population de l'enquête à ces âges.

LES VISITES MEDICALES D'ENTREE SONT PRINCIPALEMENT EFFECTUEES DANS LES 2 JOURS

La visite médicale d'entrée en détention est un indicateur de suivi inscrit dans la loi du 18 janvier 1994. Elle est la seule visite médicale obligatoire. Son rôle est primordial, en effet, elle permet de déceler rapidement toute affection contagieuse ou évolutive qui nécessiterait un isolement ou des soins urgents.

La visite médicale a lieu dans les 2 jours suivant l'entrée en détention. Pour 76 personnes enquêtées l'information est manquante. En moyenne, 1,3 jour s'écoule entre la date d'incarcération du patient et la visite médicale d'entrée. Près de 85,7 % des visites s'effectuent dans les 2 jours suivant l'incarcération²³.

Il peut y avoir un décalage entre l'entrée en détention et la visite médicale dans de rares cas liés à des comparutions immédiates par exemple.

Il se peut également que les éléments consignés dans le guide de remplissage afin de préciser le mode de calcul à considérer pour répondre à cette question, n'aient pas été pris en compte au moment de la collecte des données, ou qu'ils n'étaient pas suffisamment

²² Attention à l'interprétation de ce chiffre, les effectifs de la population féminine de cette enquête sont particulièrement faibles.

²³ Si la visite médicale a lieu le jour de l'incarcération, on considère qu'il y a 0 jour entre la date d'entrée en détention et la visite médicale d'entrée (cf. Annexe 3).

compréhensibles (cf. Annexe 3). A noter que le guide de remplissage ne précisait pas que le délai entre l'incarcération et la visite médicale est critère de qualité de la prise en charge des patients. De plus, aucune mention dans le guide de remplissage n'a mentionné le critère de qualité de cet indicateur dans le cadre de la prise en charge des patients incarcérés.

SEPT PATIENTS INCARCERES SUR DIX ONT UNE COUVERTURE SOCIALE

L'article L 381-30²⁴ du code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général. L'affiliation au régime général prend effet le jour de l'incarcération, sans aucune démarche de la part du patient incarcéré. De fait, tous les patients dès lors qu'ils sont incarcérés sont affiliés au régime général mais qu'en est-il avant l'incarcération ?

Le questionnaire comporte une question sur l'affiliation à un régime de l'assurance maladie avant l'incarcération, à la couverture maladie universelle et sur d'éventuelles autres prestations (ex Allocation adulte handicapé). D'après les réponses, avant l'incarcération, 45,4 % des patients incarcérés sont couverts par un régime de l'assurance maladie et 22,1 % sont affiliés à la couverture maladie universelle (CMU-c)²⁵, (cf. Figure 3). Cette proportion est nettement supérieure à celle relevée par le fond CMU-c en 2016 en France métropolitaine (7,3 %)²⁶.

Par ailleurs, 5,2 % des patients incarcérés bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou d'une mesure de protection ou encore sont couverts par un autre régime (qui peut être un régime de complémentaire étranger). Certains patients incarcérés sont couverts par une complémentaire santé (privée ou professionnelle), d'autres ont une complémentaire étrangère, ou étaient en cours de constitution d'un dossier CMU-c avant l'incarcération.

Enfin, 27,3 % des patients incarcérés ne savent pas s'ils bénéficient d'une couverture maladie avant l'incarcération. En 1997, à l'entrée en détention, 17,5 % des entrants disent ne pas avoir de protection sociale²⁷. Ils étaient 13,6 % en 2003.

Pour 213 patients, l'information n'est pas connue. Outre le fait que les patients n'ont pas toujours connaissance de leur statut d'affiliation, les dossiers des patients arrivent souvent après la visite médicale d'entrée, de ce fait, les personnels des unités sanitaires ne sont pas en mesure de répondre à cette question.

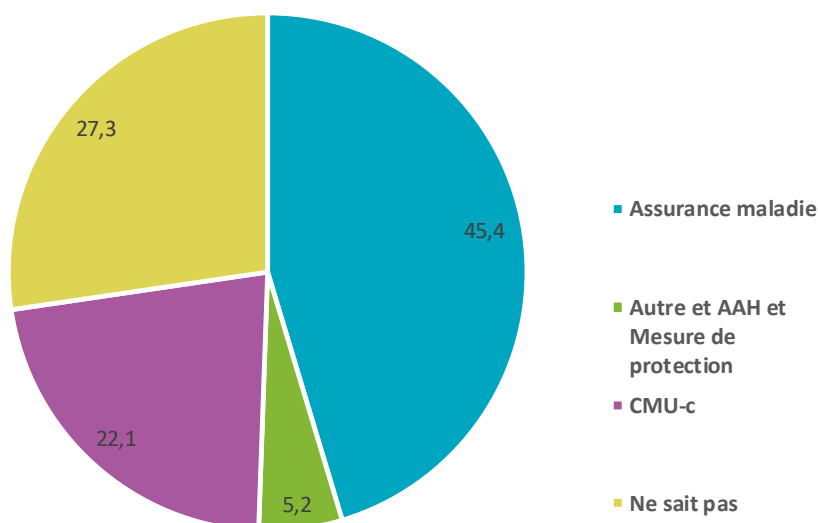
²⁴ Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou.

²⁵ La CMU-c est remplacée depuis novembre 2019 par la complémentaire santé solidarité (CSS).

²⁶ Source : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf

²⁷ Cf. Bibliographie 4 _ La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Résultats.

Figure 3 : Part des patients incarcérés selon leur couverture maladie (en pourcentage) (n=538)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 22,1 % des patients, ayant répondu à cette question, bénéficié de la CMU-c avant l'entrée en détention.

3. Refus de répondre aux questions

Eu égard de la nouvelle réglementation générale en matière de protection des données (RGPD), nous avons souhaité permettre aux patients de refuser de répondre aux questions de l'enquête de manière explicite et formelle. Pour ce faire, après les premiers éléments déclaratifs, une question spécifique est intégrée dans le questionnaire pour connaître le souhait ou non du patient de répondre aux questions concernant son état de santé ou ses comportements qui suivent (cf. Annexe 4).

N'ont pas été inclus dans l'analyse les questionnaires pour lesquels les patients ont indiqué un refus (soit 44 patients, 5,9 % de l'ensemble des questionnaires exploitables) et pour lesquels il n'y a avait pas de réponse à cette question sur le refus (soit 65 patients, soit 8,7 % de l'ensemble des questionnaires exploitables).

De ce fait, les prochains indicateurs présentés seront calculés sur la base de 642 patients incarcérés ayant explicitement consenti à répondre aux questions.

II. Le recours aux soins

1. Traitement en cours à l'entrée en détention

Les traitements médicamenteux en cours déclarés à l'entrée en détention témoignent, de la présence de maladies dont la prise en charge doit se poursuivre en prison.

UN TIERS DES PATIENTS INCARCERES DECLARE AVOIR UN TRAITEMENT EN COURS

Un tiers des patients incarcérés déclare avoir un traitement en cours au moment de son incarcération (32,7 %). Pour 16 patients, nous ne disposons pas de cette information. Cette part augmente avec l'âge des patients, en effet, plus le patient est âgé, plus il déclare un traitement en cours à l'entrée en détention. Un quart des patients incarcérés âgés de

25 à 34 ans déclare un traitement en cours à l'entrée en détention alors qu'entre 35 et 44 ans, ils sont près d'un sur deux (cf. Tableau 2). Six patients sur 10 de plus de 55 ans déclarent avoir un traitement en cours au moment de l'incarcération.

Tableau 2 : Part des patients incarcérés déclarant avoir un traitement en cours avant l'entrée en détention (en pourcentage) (n=626)

Tranche d'âge	A un traitement en cours au moment de l'incarcération (en %)
De 16 à 24 ans	12,9
De 25 à 34 ans	25,3
De 35 à 44 ans	48,4
De 45 à 54 ans	51,5
55 ans et plus	61,5

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : La moitié (51,5 %) des patients de 55 ans à 64 ans a un traitement en cours à l'entrée en détention.

Nota Bene : En raison des faibles effectifs de la population de l'enquête au-delà de 55 ans, les données seront présentées par regroupement de classe d'âge.

PLUS D'UN PATIENT TRAITÉ SUR DEUX DÉCLARE UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE

En examinant en détail le type de traitement en cours déclaré au moment de l'incarcération par les patients incarcérés, on note que le type de traitement le plus cité est le traitement par psychotropes. Parmi les patients déclarant un traitement en cours à l'incarcération 54,1 % déclarent un traitement par psychotropes (plus d'un patient sur deux déclarants un traitement en cours). Cela correspond à 17,3 % des enquêtés²⁸ (n = 111) (cf. Annexe 5, Figure 10). Ce qui est proche de ce qui est observé en population générale. D'après les résultats du baromètre santé, parmi les 15-75 ans, l'usage de médicaments psychotropes dans l'année s'élève à 17,6 % en 2010.

Les autres traitements les plus fréquemment cités sont les traitements par substituts aux opiacés (TSO) (37,1 % des patients déclarant un traitement), puis des traitements antalgiques (13,7 %) et des traitements bronchodilatateurs et/ou antiasthmatiques (13,2 %) (cf. Figure 4). Les traitements anti-hypertension (9,3 %), les traitements de substitution à l'alcool (8,3 %), les traitements antidiabétiques (4,9 %) sont déclarés dans une moindre mesure par les patients. Enfin, très peu de patients déclarent un traitement par trithérapie, anticomitiaux et aucun patient ne déclare un traitement antiviral ou antituberculeux en cours à l'entrée en détention.

A noter qu'un détenu peut déclarer plusieurs types de traitement.

La part des patients qui déclarent un traitement en cours à l'entrée en détention par insuline et/ou antidiabétiques oraux (4,9%) est plus faible qu'en population régionale. Ces patients sous traitement antidiabétique représentent 1,6 % des enquêtés (cf. Annexe 5,

²⁸ Tous les patients confondus, qu'ils aient ou non déclaré avoir un traitement en cours avant l'incarcération.

Figure 10), ce qui est moins qu'en population générale dans le Grand Est (6,6 % de la population du Grand Est est pris en charge pour diabète)²⁹.

Cette différence peut s'expliquer par différentes hypothèses :

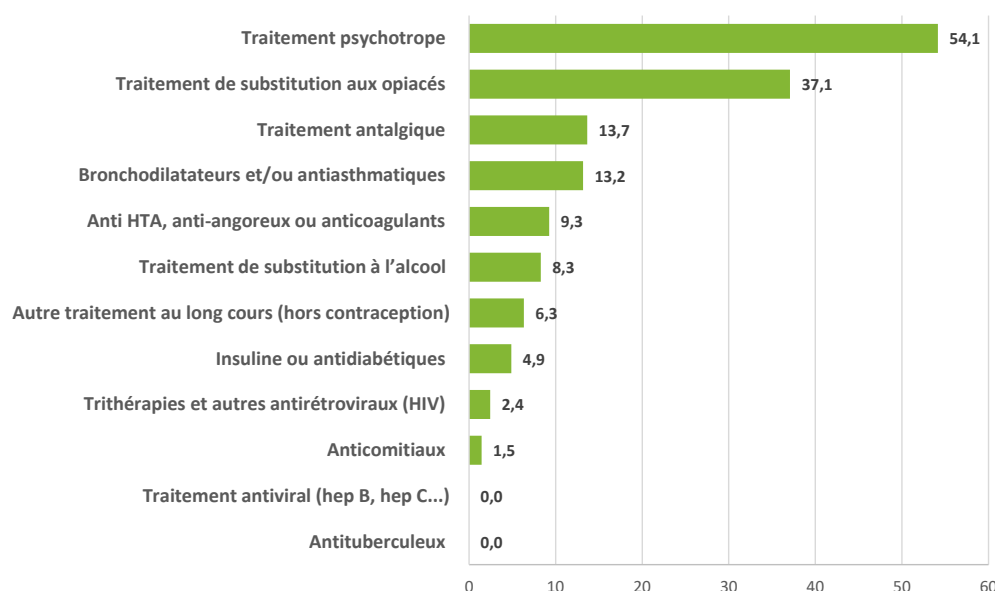
- soit la population de l'enquête plus jeune que la population régionale n'est pas encore confrontée aux problèmes liés au diabète de type II qui s'accroît avec l'âge,
- soit le manque de suivi médical avant l'incarcération n'a pas permis de poser un diagnostic.

De plus, il y a près de 10 ans en moyenne entre le début des symptômes et de diagnostic avéré.

Ce ne sont là cependant que des pistes de réflexion au regard des éléments cités ci-dessus.

Parmi les patients qui déclarent un autre traitement en cours (6,3 % des patients déclarant un traitement), on retrouve les anticoagulants, antirejet, immunosuppresseurs, et des protecteurs gastriques.

Figure 4 : Type de traitement en cours déclaré au moment de l'incarcération parmi les détenus déclarant un traitement (en pourcentage) (n= 205)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour plus de la moitié des détenus qui déclarent un traitement en cours avant l'entrée en détentions, il s'agit d'un traitement psychotrope.

LES ANXIOLYTIQUES SONT LE TYPE DE PSYCHOTROPE LES PLUS SOUVENT DECLARES PAR LES PATIENTS...

Les patients entre 35 et 44 ans sont les plus nombreux parmi les patients qui déclarent un traitement par psychotropes en cours au moment de l'incarcération (40,4 %). Cette proportion importante de patients traités par psychotropes avant l'incarcération est sans doute à mettre en parallèle avec des trajectoires de vie. De plus, l'interprétation de ces

²⁹ Cf. Bibliographie 7 _ Grand Est. Diabète en Grand Est_ Chiffres clés. Janvier 2020.

chiffres doit être analysée par rapport à la surreprésentation de la classe d'âge des 35-45 ans dans la population de l'enquête.

Parmi les patients qui déclarent un traitement par psychotrope, pour 74,8 % d'entre eux, il s'agit d'un anxiolytique, pour 33,3 % d'un hypnotique et pour 24,3 % d'un neuroleptique. Les antidépresseurs, les thymo-régulateurs et les neuroleptiques à action prolongée (NAP) sont déclarés respectivement par 13,5 %, 4,5 % et 0,9 % des patients incarcérés déclarant un traitement en cours par psychotropes.

Tableau 3 : Répartition des médicaments psychotropes déclarés en cours à l'entrée en détention selon le type de médicaments (en pourcentage) (n=111)

Traitement psychotrope	Type de médicament parmi les patients ayant un traitement psychotrope (en %)
Anxiolytiques	74,8
Hypnotiques	33,3
Neuroleptiques	24,3
Antidépresseurs	13,5
Thymorégulateurs	4,5
NAP	0,9

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour près de 75 % des patients déclarant un traitement par psychotrope à l'entrée en détention il s'agit d'un anxiolytique (traitements cumulables).

... ET LA METHADONE LE TYPE DE TSO LE PLUS SOUVENT DECLARES

La prescription de traitement de substitution aux opiacés (TSO) est révélatrice du niveau de consommation des opiacés mais aussi de la prise en charge de la dépendance à ces substances³⁰.

Le second type de traitement en cours déclarés par les patients incarcérés sont les substituts aux opiacés avec 37,1 % des patients qui déclarent un traitement en cours au moment de l'incarcération. Plus d'un patient sur deux traités par substitution aux opiacés est traité par Méthadone® avant l'incarcération. Cela correspond à 11,8 % des enquêtés (cf. Annexe 1, **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Cette proportion apparaît peut-être légèrement plus élevée que les éléments présentés par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). En effet, selon l'OFDT, parmi les personnes ayant séjourné en établissement pénitentiaire, 7,1 % ont bénéficié d'un TSO³¹.

En 1995, les traitements de substitution aux opiacés ont été introduits en France, ils constituent depuis un des fondements de la politique de réduction des risques³², pour l'ensemble de la population comme en milieu carcéral.

Parmi ces patients, 59,2 % ont un TSO par Méthadone, 35,5 % par Buprénorphine et 7,9 % par Suboxone. Ces éléments sont comparables à ceux présentés par l'OFDT (9). En effet, en 2018, dans 47,4 % des cas les personnes détenues se sont vu prescrire de la

³⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

³¹ OFDT : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf>

³² Cf. Bibliographie 8 _ . Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Ministère des affaires sociales et de la santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie.

Méthadone, dans 36,3 % des cas de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et 16,3 % de la BHD/Naloxone (comparable au Suboxone qui est une association de Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et de Naloxone).

Tableau 4: Répartition des traitements de substitutions aux opiacés déclarés en cours à l'entrée en détention selon le type de médicaments (en pourcentage) (n=76)

Traitement opiacé	Type de médicaments opiacés parmi les détenus ayant un traitement opiacé (en %)
Méthadone	59,2
Buprénorphine	35,5
Suboxone	7,9

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 100 détenus qui déclarent avoir un traitement de substitution aux opiacés avant l'incarcération près de 60 sont traités avec de la méthadone (remarque : traitements cumulables).

2. Contact avec le système de soins

POUR PLUS D'UN PATIENT SUR 2, LA VISITE MEDICALE D'ENTREE EN DETENTION EST LE PREMIER CONTACT AVEC LE SYSTEME DE SOIN QU'ILS ONT EU DEPUIS PLUS DE 12 MOIS

Avant l'incarcération, 44,9 % des patients avaient eu un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant la mise en détention. La part de patients incarcérés ayant eu un contact avec le système de soins croît avec l'âge, passant de 36,3 % pour les 16-24 ans à 63,6 % pour les 45-54 ans (cf. Tableau 5). On retrouve cette augmentation du recours aux soins des personnes plus âgées en population générale. Pour 36 patients l'information n'est pas connue.

Les patientes incarcérées déclarent davantage avoir eu un recours au système soins que les patients incarcérés (56,7 % vs. 44,3 %).

Les patients déclarant détenir une couverture sociale ont davantage eu recours aux systèmes de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération que les autres patients (51,1 % vs. 36,8 %).

Les primo-entrants ont eu un contact avec le système de soins dans les 12 derniers mois précédant l'incarcération de façon moindre par rapport aux patients ayant déjà été incarcérés (43,1 % vs. 56,6 %). Est-ce que l'incarcération ne permettrait pas aux personnes d'avoir un accès aux systèmes de soins ?

Tableau 5 : Répartition par âge des patients déclarant avoir eu un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (en pourcentage) (n=568)

Tranche d'âge	A eu un contact avec le système de soin 12 mois avant
De 16 à 24 ans	36,3
De 25 à 34 ans	40,5
De 35 à 44 ans	46,4
De 45 à 54 ans	63,6
55 ans et plus	61,1

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 100 patients de 25 à 34 ans, 40 déclarent avoir eu un contact avec le système de soin dans les 12 mois précédant l'incarcération.

Nota Bene : En raison des faibles effectifs de la population de l'enquête au-delà de 55 ans, les données seront présentées par regroupement de classe d'âge.

LES CONSULTATIONS MCO OU VISITES MEDICALES SONT LES PLUS SOUVENT CITES

Lorsque les patients ont déclaré avoir eu un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération, pour la majeure partie d'entre eux, il s'agit principalement d'une consultation Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ou visite médicale ou suivi gynécologique (66,5 %). Pour les autres patients, il s'agit d'une consultation psychiatrique ou chez un psychologue (11,4 %), d'une visite dans un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (10,3 %) (cf. Tableau 6). Près d'un patient sur 10 a eu une consultation chez un dentiste dans les 12 mois précédant l'incarcération et 8,1 % ont été hospitalisés (hors psychiatrie) et 4,8 % ont été hospitalisés en psychiatrie.

Tableau 6 : Répartition des patients selon le type de recours aux de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (en pourcentage) (n=272)

Type de contact avec le système de soins	A eu un contact avec le système de soin 12 mois avant l'incarcération
Consultation MCO ou visite médicale ou suivi gynécologique	66,5
Consultation psychiatrie ou psychologue	11,4
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	10,3
Consultation chez un dentiste	9,6
Hospitalisation (hors psychiatrie)	8,1
Hospitalisation en psychiatrie	4,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Parmi les patients déclarant avoir eu un contact avec le système de soin dans les 12 mois précédant l'incarcération, pour 11,4 % d'entre eux, il s'agit d'une consultation psychiatrique ou chez un psychologue (remarque : effectifs cumulables).

À noter que 67,9 % des patients déclarant un traitement par antiasthmatiques, antituberculeux, antihypertension ou anticoagulants, anticomitiaux, antidiabétiques, antiviraux ou antirétroviraux, ont déclaré avoir eu une consultation MCO ou visite médicale dans l'année précédant l'incarcération.

Les patients qui ont déclaré avoir un traitement en cours avant l’incarcération de type substitut aux opiacés, à l’alcool, et/ou un traitement psychotrope sont 14,6 % à déclarer avoir consulté un psychiatre ou psychologue et 8,6 % à avoir déclaré une hospitalisation en psychiatrie dans les 12 mois précédant l’incarcération.

3. Dépistage avant l’incarcération

Le dépistage représente un enjeu majeur de santé publique. Il consiste en la recherche de signes d’affections avant qu’elles ne soient déclarées et ce dans le but de diminuer les effets ou la mortalité notamment grâce à une prise en charge précoce.

Aujourd’hui, le dépistage existe pour de nombreuses pathologies (VIH, cancer, ...), cependant, il reste en général une initiative individuelle. Ainsi, le développement des campagnes de dépistage organisées est essentiel et le rôle du médecin généraliste est central.

PLUS D’UN TIERS DES PATIENTS INCARCERES DECLARENT AVOIR DEJA EU UN OU PLUSIEURS TESTS DE DEPISTAGE AVANT L’INCARCERATION ...

Avant l’incarcération, plus d’un tiers des patients (36,2 %) déclare avoir déjà eu un ou des tests de dépistage, 47,8 % déclarent ne pas avoir eu de test de dépistage et 15,9 % disent ne pas savoir s’ils ont déjà eu un test de dépistage. Pour 46 patients l’information n’est pas connue.

La part de patients incarcérés qui déclare avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage augmente avec l’âge passant de 27,8 % pour les 16-24 ans à 44,4 % pour les 55-64 ans (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Répartition par âge des patients déclarant avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage (en pourcentage)

Tranche d'âge	Déclare avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l'incarcération
De 16 à 24 ans	27,8
De 25 à 34 ans	40,6
De 35 à 44 ans	35,3
De 45 à 54 ans	40,3
55 ans et plus	45,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 35,3 % des patients de 35-44 ans déclarent avoir eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l’incarcération.

Nota Bene : En raison des faibles effectifs de la population de l’enquête au-delà de 55 ans, les données seront présentées par regroupement de classe d’âge.

Les patients primo-entrants, déclarent moins fréquemment avoir eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l’incarcération que les patients ayant déjà été incarcérés (24,3 % vs. 50,7 %).

... CE SONT PRINCIPALEMENT DES TESTS DE DEPISTAGE HIV, HEPATITE B ET C

Souvent, les patients ont déclaré avoir déjà eu les trois tests de dépistage suivants : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Hépatite B et Hépatite C (cf. Tableau 8). Ainsi, parmi les détenus déclarant un ou plusieurs tests de dépistage avant l'incarcération, 86,1 % déclarent avoir déjà eu un test de dépistage VIH, 85,6 % un test pour l'hépatite B et 84,7 % un test pour l'hépatite C. Arrivent ensuite les dépistages des autres maladies sexuellement transmissibles/infections sexuellement transmissibles (MST/IST) déclarés par 64,8 % des patients et seulement 3,2 % pour les frottis, mammographie et dépistage du cancer colorectal.

Tableau 8 : Part des patients déclarant avoir déjà eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l'incarcération (en pourcentage) (n=596)

Dépistage	Déclare avoir déjà eu un ou des tests de dépistage
HIV	86,1
Hépatite C	85,6
Hépatite B	84,7
Syphilis / autres/ autres MST IST	64,8
Cancer colorectal/ Frottis/ Mammographie	3,2

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 86,1 % des patients qui déclarent avoir eu un ou plusieurs tests de dépistage avant l'incarcération indiquent avoir eu un test de dépistage HIV (remarque : effectifs cumulables).

Certains patients incarcérés déclarent avoir eu d'autres examens de dépistage, on retrouve des dépistages à la Covid-19³³, des examens de sang, des dépistages de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et dépistages au cannabis³⁴ (il s'agit en fait de dépistages au Tétrahydrocannabinol (THC) (cf. Glossaire).

4. Statut vaccinal

Les patients incarcérés répondants déclarent pour 43,2 % ne pas connaître leur statut vaccinal contre l'hépatite B, 21,3 % déclarent avoir bénéficié de la vaccination contre l'hépatite B dans son intégralité, soit 3 injections et 35,5 % déclarent ne pas avoir eu de vaccination complète. L'information n'est pas connue pour 79 patients (cf. Tableau 9).

Les patients incarcérés semblent davantage vaccinés contre la Diphtérie, le tétanos et la Poliomyélite (DTP), avec 42,6 % d'entre eux qui déclarent être à jour d'un point de vue vaccinal. A noter que ce vaccin est obligatoire depuis de nombreuses années, contrairement au vaccin contre l'hépatite B rendu obligatoire à partir des enfants nés en 2018. Plus de la moitié (50,7 %) ne connaissent par leur statut vaccinal et 6,6 % déclarent avoir une vaccination incomplète. Pour 98 patients incarcérés, l'information n'est pas connue.

³³ Nous disposons de l'information sur la prescription de test PCR à différents endroits dans le questionnaire bien que cette information n'ait pas été demandée. On retrouve la notion de prescription de test PCR dans la partie examen médicale, prescriptions d'examens complémentaires.

³⁴ Le terme « cannabis » a été indiqué dans le questionnaire.

Tableau 9 ; Statut vaccinal déclaré des patients incarcérés pour le vaccin contre l'hépatite B (n=563) et contre le DTP (n=544) (en pourcentage)

Statut vaccinal	Hépatite B	DTP
oui/ à jour	21,3	42,6
non/incomplète	35,5	6,6
ne sait pas	43,2	50,7

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 50,7 % des patients déclarent ne pas savoir s'ils sont vaccinés contre la DTP.

III. Les conduites à risques

Le terme de « conduite à risque » désigne un ensemble de comportements et de pratiques souvent répétitives qui sont susceptibles de mettre en danger les individus sur les plans physique, psychologique ou social. Dans le cadre de cette enquête, certaines questions posées ont trait à certains types de comportement qui peut être qualifié « à risques ³⁵», c'est le cas de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'héroïne, les addictions sans produit mais aussi les tentatives de suicide et les idéations suicidaires.

1. Tentative de suicide et idéation suicidaire

MOINS D'UN PATIENT SUR 10 DECLARE AVOIR FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

En France, selon Santé publique France (SpF), en 2017, plus de 7% des 18-75 ans déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie. Dans la région Grand Est, la même année, ils étaient 8,1 % à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie^{36 37}.

Ces chiffres sont comparables à ceux observés pour les patients incarcérés enquêtés. En effet, 7,3 % des patients déclarent avoir fait une tentative de suicide. La prévalence des tentatives de suicide de la population générale et des patients incarcérés de l'enquête est comparable dans la mesure où il s'agit d'un évènement déclaratif arrivé avant la détention. Pour 44 patients l'information n'est pas connue. L'âge moyen est de 29 ans et l'amplitude d'âge déclaré pour la tentative de suicide varie de 13 à 57 ans.

IDEATION SUICIDAIRE

Lors de la consultation médicale, la question des idéations suicidaire est posée aux patients incarcérés, 2,3 % d'entre eux déclarent avoir des idées suicidaires lors de l'examen médical. Parmi eux, 69,2 % ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et aucun n'a fait l'objet d'une extraction en urgence. En revanche 76,9 % d'entre eux ont fait l'objet d'une prescription spécialisée en psychiatrie dont plus de la moitié en urgence.

³⁵ Comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

³⁶ Cf. Bibliographie 10 _ Conduites suicidaires. Bulletin de santé publique Grand Est. Santé Publique France.

³⁷ Cf. Bibliographie 11 _ Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales.

Les passages à l'acte en prison sont surreprésentés, ce qui justifie l'importance de la considération de ces questions et de la surveillance des populations. En France, on note un taux de suicide 7 fois plus important dans la population carcérale que dans la population générale³⁸.

2. Une part plus importante de consommateurs de tabac en détention

Plus de 7 patients incarcérés sur 10 sont ou étaient fumeurs (76,6 %), 17,3 % n'ont jamais fumé et 6,1 % ont arrêté de fumer. Pour 81 patients, l'information n'est pas connue.

Les fumeurs, fument majoritairement des cigarettes industrielles (57,9 % des fumeurs), ou des roulées (24,8 %), ou ils consomment le tabac sous toutes ses formes (tube et/ou roulé et/ou industriel). La prévalence de la consommation de tabac semble plus importante parmi la population de l'enquête qu'en population générale. Selon les résultats de SpF, en France, en 2019³⁹, trois français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4%) et un quart fumait quotidiennement (24,0%).

Les patients fumeurs, consomment en moyenne depuis 15,4 ans et ils fument en moyenne 16 cigarettes par jour avec des écarts entre 1 et 60 cigarettes⁴⁰ par jour alors qu'en moyenne en France, les fumeurs consomment 12,5 cigarettes par jour. Une grande part des patients consomme un paquet par jour (20 cigarettes) (39,2 %), 23,7 % consomment 10 cigarettes par jour, 8,9 % consomment plus de 20 cigarettes par jour et 10,2 % en consomment moins de 10 par jour.

On peut même émettre l'hypothèse, selon les éléments plus qualitatifs recueillis que la détention pourrait induire que d'anciens fumeurs consomment à nouveau du tabac.

Le tabac a un statut particulier en détention, à la différence de l'alcool prohibé en détention et des autres substances psychoactives. Le tabac est effectivement autorisé en détention, notamment en cellule puisque considéré comme des lieux privés, il peut être « cantiné⁴¹ » et peut également servir de monnaie d'échange.

3. Plus d'un patient sur deux déclare consommer de l'alcool

UN PATIENT SUR CINQ DECLARE UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE

Plus d'un patient incarcéré sur deux déclare consommer de l'alcool⁴² (61,4 %). Plus d'un patient incarcéré sur cinq avait, avant l'incarcération, une consommation d'alcool jugée à risque⁴³ (20,4 %), 41,0 % des patients incarcérés consommaient de l'alcool rarement avant la détention et plus d'un tiers (38,6 %) n'en consommaient jamais (cf. Figure 5). Pour 25 patients l'information n'est pas connue. En France, selon le Baromètre santé de

³⁸ Cf. Bibliographie 5 _ Haut Conseil de la Santé Publique. ADSP (Actualité et dossier en santé publique). Santé des personnes sous main de justice.

³⁹ Cf. Bibliographie 12 _ BEH_ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Santé publique France. Journée mondiale sans tabac.

⁴⁰ Le terme cigarette englobent les cigarettes industrielles, roulées ou tubées.

⁴¹ « Cantiner » terme utilisé en prison, il désigne le fait d'acheter des denrées alimentaires, des produits d'hygiène, notamment, avec l'argent disponible sur son compte. : « acheter à la cantine de la prison.

⁴² Consommation d'alcool est considéré ici avec les modalités de réponses rarement et consommation à risque.

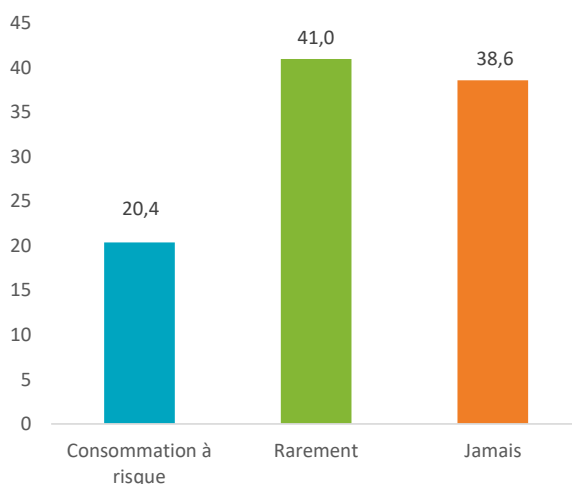
⁴³ Est défini comme consommation à risque la consommation de plus de 10 verres standards par semaine ou plus de 2 verres par jour ou ne pas avoir de jour dans la semaine sans consommation.

SpF⁴⁴, en 2017, 87 % des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année (ces éléments sont donnés à titre indicatif, ils ne peuvent pas être comparés au résultat de l'enquête dans la mesure où, les questions posées sont différentes).

Selon l'observatoire international des prisons section française⁴⁵, 30 % des personnes incarcérées depuis moins de six mois souffrent d'une addiction à l'alcool.

Parmi ces patients, certains déclarent consommer de l'alcool depuis toujours, certains ont arrêté de boire de l'alcool depuis quelques années. Pour d'autres, la consommation d'alcool peut revêtir un caractère occasionnel et festif.

Figure 5 : Fréquence de la consommation d'alcool des enquêtés avant l'incarcération (en pourcentage) (n=617)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 38,6 % des patients déclarent ne jamais consommer de l'alcool.

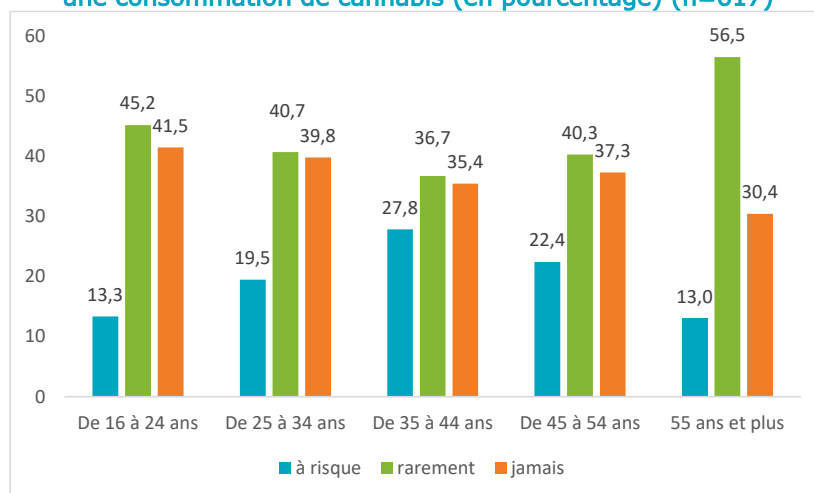
PLUS D'UN PATIENT INCARCERE DE 35-44 ANS SUR QUATRE DECLARE AVOIR UNE CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL

Les patients incarcérés de 35-44 ans déclarent davantage (27,8 %) avoir une consommation d'alcool à risque que les autres patients, plus âgés ou plus jeunes (cf. Figure 6). Les 16-24 ans sont plus nombreux (41,5 %) à déclarer ne jamais consommer de l'alcool et les moins nombreux (13,3 %) à déclarer avoir une consommation à risque.

⁴⁴ Cf. Bibliographie13_13. Bulletin de santé publique alcool en région Grand Est

⁴⁵ <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>

Figure 6 : Répartition par âge et fréquence de consommation d'alcool des patients ayant déclaré une consommation de cannabis (en pourcentage) (n=617)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 27,8 % des patients de 35-44 ans déclarent avoir une consommation d'alcool à risque.

Nota Bene : En raison des faibles effectifs de la population de l'enquête au-delà de 55 ans, les données seront présentées par regroupement de classe d'âge.

UNE DUREE MOYENNE DE CONSOMMATION DE 15 ANS

Les patients qui déclarent consommer de l'alcool, en consomment depuis 13,2 ans en moyenne. Cette durée évolue mécaniquement avec l'âge des patients, ainsi, les plus jeunes (16-24 ans) consomment de l'alcool en moyenne depuis 5,3 ans contre 27,5 ans en moyenne pour les 55-64 ans.

4. Plus d'un tiers de patients déclare consommer du cannabis et dérivés

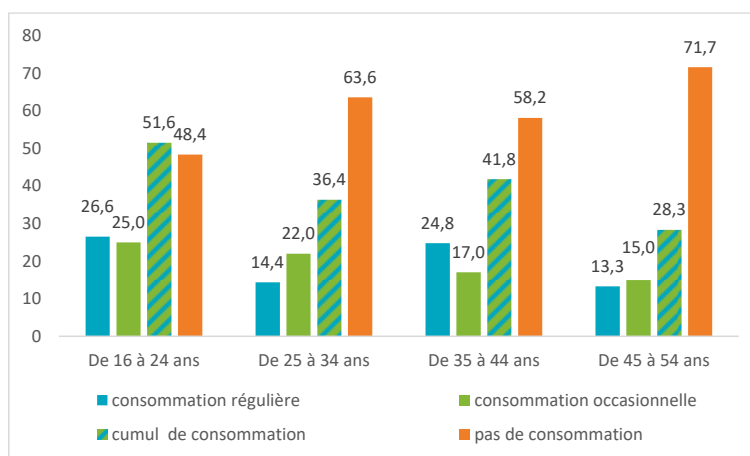
Les patients incarcérés déclarent pour 39,4 % d'entre eux une consommation soit occasionnelle (19,6 %) ou soit régulière (19,8 %) de cannabis et dérivés. Ainsi, le cannabis est le produit illicite le plus souvent consommé par les patients de l'enquête. Pour 76 patients, l'information n'est pas connue. Comme repère nous pouvons citer les résultats du Baromètre santé de SpF⁴⁶, en 2017, près de la moitié des adultes (45 %) ont déjà consommé du cannabis. Cependant, les définitions des fréquences d'usage n'étant pas les mêmes, la comparaison n'est pas possible.

Comme en population générale, l'usage du cannabis évolue avec l'âge et ce sont les patients les plus jeunes qui déclarent le plus souvent consommer du cannabis, ils sont plus de la moitié des 16-24 ans (51,6 %). Parmi ces patients, ils sont 25,0 % à déclarer une consommation occasionnelle ou 26,6 % à déclarer une consommation régulière de cannabis et dérivés (cf. Figure 7). Les patients de plus de 55 ans ont déclaré ne jamais avoir consommé du cannabis.

Parmi les patients incarcérés de l'enquête certains précisent qu'ils ont arrêté de consommer du cannabis, d'autres qu'ils ont expérimenté le cannabis.

⁴⁶ Cf. bibliographie 15 _ Usages des substances psychoactives illicites en France : résultats du Baromètre santé 2017.

Figure 7 : Répartition par âge et fréquence de consommation des patients ayant déclaré une consommation de cannabis (en pourcentage) (n=566)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Parmi les patients de 25-34 ans, 36,4 % déclarent consommer du cannabis occasionnellement ou de façon régulière (« cumul de consommation »).

5. Une consommation moins fréquente d'héroïne, morphine et opium...

Les patients incarcérés déclarent pour 10,9 % d'entre eux consommer de l'héroïne, de la morphine ou de l'opium avant l'incarcération. Pour 84 patients, l'information n'est pas connue. Le mode de consommation le plus fréquemment cité par les patients consommateurs de ces substances psychoactives est le sniff⁴⁷, avec plus de la moitié des patients incarcérés consommateurs d'héroïne (55,7 %). Les autres modes de consommation que sont l'injection par intraveineuse et l'inhalation à chaud (« chasse au dragon⁴⁸»), qui correspond à ce que l'on appelle « fumer de l'héroïne », sont moins souvent utilisés par les consommateurs d'héroïne, avec respectivement 21,3 % et 16,4 % des modes de consommation. Les patients de 35-44 ans sont 20 % à déclarer consommer de l'héroïne, de la morphine ou de l'opium, ils sont 15,9 % des 45-54 ans, 8,6 % des 25-34 ans et 4,7 % des 16-24 ans. En France, en 2017, la part des 18-64 ans ayant consommé de l'héroïne dans l'année est de 0,2 %. La part de consommateur d'héroïne apparaît largement plus importante parmi les patients incarcérés⁴⁹.

Parmi les patients qui déclarent prendre un traitement de substitution aux opiacés avant l'incarcération, 48,6 % déclarent avoir une addiction à l'héroïne, de la morphine ou de l'opium avant l'incarcération, pour 6 d'entre eux, l'information n'est pas connue.

6. ... comme de cocaïne et de crack

La consommation de cocaïne et de crack est, au même titre que l'héroïne, la morphine et l'opium moins fréquemment déclarée par les patients incarcérés. Un patient incarcéré sur 10 (10,7 %) déclare consommer de la cocaïne avant l'incarcération. Pour 91 patients l'information n'est pas connue. À titre d'exemple, en France, en 2017, l'usage de cocaïne

⁴⁷ L'héroïne peut se consommer de différentes manières par insufflation (en « sniff »), en injection intraveineuse, par inhalation (fumée ou prise).

⁴⁸ Chasser le dragon : Inhaler, avec un tube, de l'héroïne sur une feuille de papier d'aluminium chauffée par en dessous à l'aide d'un briquet. Source : Wikipédia.

⁴⁹ Cf. bibliographie 32_ Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017.

au cours de l'année est de 1,6 % (33). Comme pour la consommation d'héroïne, la part de consommateur de cocaïne est plus importante parmi les patients incarcérés.

Le mode de consommation le plus fréquemment cité par les patients consommateurs de cocaïne, crack, est aussi le sniff⁵⁰, ce qui concerne près de la moitié des patients incarcérés consommateurs de ces produits (49,2 %). Les autres modes de consommation, à savoir, l'injection ou la consommation sous forme fumée représentent respectivement 16,3 % et 22,0 % des usages⁵¹.

Comme pour les consommateurs d'héroïne, les 35-44 ans déclarent le plus souvent consommer de la cocaïne et du crack, ils sont 17,5 % des 35-44 ans à déclarer consommer de la cocaïne. Pour 100 patients incarcérés de 45-54 ans, 14 déclarent (14,3 %) consommer de la cocaïne et du crack. Ils sont 9,3 % des 25-34 ans et 6,3 % des 16-24 ans à déclarer consommer ces substances psychoactives.

7. Les addictions sans produit

Il semblerait que cette question soit mal comprise par les participants à l'enquête. Pour les 1,7 % des patients déclarant avoir une addiction avant l'incarcération sans produit, il s'agit en fait principalement d'une addiction à des produits. Ainsi, on retrouve des addictions aux benzodiazépines⁵² (Valium® et Séresta®), aux amphétamines et à la Kétamine⁵³, à l'alcool et au THC⁵⁴. Une addiction sans produits est citée une seule fois, et il s'agit d'une addiction aux jeux de casino. Cependant, cela nous permet de nous rendre compte que certains patients ont développé des addictions aux traitements psychotropes qui leur sont prescrits et peut-être aussi qu'ils ont en font un éventuel mésusage.

8. Consommation de plusieurs produits psychoactifs

Près d'un tiers des patients incarcérés (27,1 %) déclarent consommer au moins une substance psychoactive, à savoir, une consommation d'alcool à risque, une consommation de cannabis régulière, une consommation d'héroïne, de morphine et d'opium, une consommation de cocaïne et crack. Ils sont 11,8 % à déclarer consommer au moins deux substances psychoactives retenues et 4,2 % à déclarer une consommation d'au moins 3 produits. Les produits issus de la pharmacopée traditionnelle sont exclus ici, bien qu'ils puissent également entraîner des dépendances. Seuls les produits cités, plus haut, licites ou illicites, ont été retenus.

Les éléments présentés concernant la consommation des différents produits psychoactifs illicites sont à mettre en parallèle avec les principaux motifs d'incarcération. Selon l'Observatoire international des prisons _ section français (OIP), au 1^{er} janvier 2021,

⁵⁰ L'héroïne peut se consommer de différentes manières par insufflation (en « sniff »), en injection intraveineuse, par inhalation (fumée ou prisée).

⁵¹ Cf. Bibliographie 33 _ Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017

⁵² Les benzodiazépines forment une classe de médicaments psychotropes, familièrement appelés anxiolytiques, utilisés dans le traitement médical de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation psychomotrice, des convulsions, des spasmes, ou dans le contexte d'un syndrome de sevrage alcoolique. Source : Wikipédia.

⁵³ La kétamine est à l'origine un médicament, dérivé de la phencyclidine, utilisé comme anesthésique général en médecine humaine et animale. Source : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Ketamine>

⁵⁴ THC : tétrahydrocannabinol est la principale molécule active du cannabis.

18,2 %⁵⁵ des personnes détenues sont condamnées pour des faits d'infractions à la législation sur les stupéfiants, soit le second type d'infraction après le vol. Ceci peut peut-être permettre de mettre en perspective la part plus importante de patients incarcérés déclarant consommer des produits psychoactifs que la population générale.

IV.L'état de santé à l'entrée en détention

Cette partie relève plus spécifiquement de l'examen médical. Les USMP (unité sanitaire en milieu pénitentiaire) sont en charge du dispositif de soins somatiques, elles assurent l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités. Ce dispositif comme déjà énoncé dans ce document, assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention⁵⁶.

La visite médicale d'entrée est l'occasion pour plus de la moitié des patients qui ont déclaré ne pas avoir eu de contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération d'un avoir un (55,1 %).

1. Près d'un patient sur 5 est en surpoids

Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est relativement simple et utilisé largement par tous. Cependant, il ne fournit pas d'information sur l'impact réel du poids sur la santé des individus. Certains experts utilisent conjointement l'IMC et la mesure du périmètre abdominal (l'obésité abdominale est considérée comme la plus dangereuse pour la santé), afin d'appréhender au mieux les risques de l'obésité sur la santé.

Les patients incarcérés sont majoritairement (64,1 %) de corpulence normale avec un IMC normal⁵⁷ au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Certains patients sont en insuffisance pondérale (7,3 %), 23,1 % sont en surpoids (obésité exclue) et 10,0 % sont obèses. Parmi les patients en obésité, 13,6 % sont en obésité morbide (soit 1,3 % des patients pour lesquels l'IMC a pu être calculé). Pour 26 patients, la taille et/ou le poids n'étaient pas connus, nous n'avons pas été en mesure de calculer leur IMC.

Les patients incarcérés semblent être moins concernés par le surpoids et l'obésité que la population générale. En effet, en France en 2015, selon l'assurance-maladie⁵⁸, 37 % des personnes sont en surpoids et 17 % sont obèses.

Les patients les plus jeunes, sont plus souvent en insuffisance pondérale que les patients plus âgés. Parmi les patients âgés de 16-24 ans, 10,1 % des patients sont en insuffisance pondérale, contre 5,7 % pour les patients âgés de 35-44 ans.

⁵⁵ Source : Direction de l'administration pénitentiaire, statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé, situation au 1er janvier 2020.

⁵⁶ Cf. Bibliographie 2 _Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique.

⁵⁷ L'OMS établit un classement des IMC comme suit : IMC < 18,5 kg/m² correspond à une insuffisance pondérale, IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m² correspond à un poids normal, IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m² correspond au surpoids et IMC >= 30 kg/m².

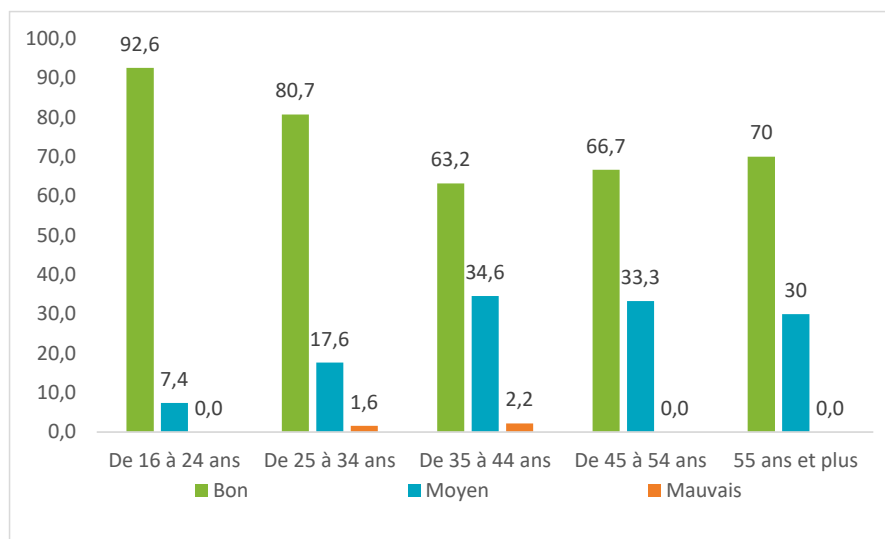
⁵⁸ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques>

2. L'état de santé est jugé « bon » pour les trois quarts des patients incarcérés.

L'examen médical d'entrée, est l'occasion pour le médecin de juger l'état de santé général du patient. Ainsi, pour 77,3 % des patients arrivant de liberté, l'état de santé est jugé « bon », 21,6 % ont un état de santé jugé « moyen » et 1,1 % des patients ont un état de santé jugé mauvais. Pour 113 patients, l'information n'est pas connue. Ce constat doit cependant être considéré au regard des caractéristiques de la population d'enquête plus jeune que la population générale (cf. Figure 1).

L'état de santé des plus jeunes est jugé plus souvent « bon » que pour les patients plus âgés. Seuls quelques patients âgés de 25-34 ans et 35-44 ans, ont un état de santé jugé « mauvais » à l'entrée en détention, respectivement 1,6 % et 2,2 % (cf. Figure 8). Aucun patient de plus de 55 ans n'a un état de santé jugé « mauvais ».

Figure 8 : Répartition par âge des patients incarcérés selon le jugement de l'état de santé par le médecin à l'entrée en détention (en pourcentage) (n=529)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 100 patients de 25-34 ans, 80,7 ont un état de santé à l'entrée en détention jugé « bon ».

Nota Bene : En raison des faibles effectifs de la population de l'enquête au-delà de 55 ans, les données seront présentées par regroupement de classe d'âge.

L'état de santé des patients pour lesquels il s'agit de la première incarcération est plus souvent jugé « bon » que ceux pour lesquels il ne s'agit pas d'une première incarcération (cf. Tableau 10). Les patients qui ne déclarent pas de traitement en cours à l'entrée en détention ont plus souvent un état de santé jugé « bon » que ceux qui déclarent avoir un traitement en cours à l'entrée en détention.

Plus d'un tiers des patients a un tatouage (35,6 %) et 8,9 % ont un piercing.

Tableau 10 : Part des patients dont l'état de santé est jugé « bon » à l'entrée en détention selon qu'il s'agit de la première incarcération et selon qu'ils aient déclaré un traitement en cours à l'entrée en détention

Première incarcération	Etat de santé jugé "bon"
Oui	80,1
Non	75,6
Traitement en cours à l'entrée	Etat de santé jugé "bon"
Déclare un traitement	57,6
Ne déclare pas de traitement	86,3

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 100 patients pour lesquels il s'agit de la première incarcération, 80,1 ont un état de santé à l'entrée en détention jugé « bon ».

3. Un état bucco-dentaire jugé « bon » pour plus de la moitié des patients

L'examen bucco-dentaire à l'entrée en détention est jugé pour 55,7 % des patients incarcérés « bon », pour 42,8 %, des soins sont à programmer et pour 1,5 % des soins urgents sont nécessaires. L'information n'est pas connue pour 175 patients.

L'état bucco-dentaire est plus souvent jugé « bon » pour les patients qui ont eu une consultation dentaire dans les 12 mois précédant l'incarcération (60,9 % vs. 39,1 %). L'état de santé bucco-dentaire est également jugé plus souvent « bon » pour les patients jeunes, 72,2 % des 16-24 ans contre 53,8 % des 55-64 ans.

Quatre-vingt virgule cinq pourcents des patients déclarant consommer de l'héroïne, de la morphine et de l'opium, et 82,9 % des patients déclarant consommer de la cocaïne ou de crack avant l'incarcération ont un état bucco-dentaire qui nécessite un soin à programmer et/ou un soin en urgence (contre respectivement 41,3 % des patients ne déclarant pas avoir consommé d'héroïne avant l'incarcération et 40,6% pas de cocaïne/crack). Selon le Docteur Fabien Cohen, secrétaire général de la société française des acteurs de la santé publique buccodentaire (ASPBD), les maladies bucco-dentaires figurent parmi les problèmes de santé les plus observés chez les consommateurs de drogues⁵⁹.

4. Suivi médical et besoin d'un traitement de substitution

Dans certains cas, l'arrivée des dossiers médicaux en décalage par rapport à l'arrivée des patients constitue un frein à la prescription et par extension peut-être potentiellement un frein à la continuité de prise en charge dans le parcours de soins du patient incarcéré.

Pour 21,3 % des patients, un suivi par un médecin généraliste est nécessaire. Cette part augmente avec l'âge des patients. Ainsi, pour les patients de 16-24 ans un suivi par un médecin généraliste est nécessaire pour 13,4 % d'entre eux, il est nécessaire pour 28,7 % des 35-44 ans et pour 47,4 % des 55-64 ans. Pour 74 patients, cette information n'est pas connue.

L'examen médical est l'occasion pour le praticien d'établir un diagnostic sur l'état de santé du patient et sur les potentielles pathologies mais aussi d'établir les besoins de soins et de prise en charge du patient. Ainsi, suite à l'examen médical d'entrée, les médecins ont indiqué que 13,5 % des patients devaient bénéficier d'un traitement de substitution. Il

⁵⁹ Cf. bibliographie 16_ Le Chirurgien-Dentiste de France n°1849-1850 du 13-20 juin 2019. Toxicomanie et santé orale : Une dent contre la dépendance.

s'agit majoritairement des patients qui ont déclaré avoir une consommation d'héroïne avant l'incarcération (72,5 % des patients ayant déclaré une consommation d'héroïne, de morphine ou d'opium) et également les patients qui ont déclaré avoir un traitement de substitution aux opiacés avant l'incarcération (89,1 %) pour lesquels, les médecins ont le plus fréquemment prescrit un traitement de substitution.

De plus, des signes des sevrages sont identifiés pour 5,9 % de l'ensemble des patients par les médecins lors de l'examen médical d'entrée. Pour 67 patients cette information n'est pas connue.

5. Peu de patients bénéficient d'aménagement des conditions de détention du fait d'un problème médical ou d'un handicap

Très peu de patients incarcérés bénéficient d'un aménagement des conditions de détention du fait d'un problème médical ou d'un handicap. La raison principale qui justifie cet aménagement est le régime alimentaire spécifique. Les deux autres raisons citées sont la nécessité du patient à bénéficier d'une cellule pour les personnes à mobilité réduite (PMR), ou encore le fait que le patient ait un dossier maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

6. Prescription d'une consultation spécialisée pour plus d'un tiers des patients

La prescription d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées constituent d'autres éléments pouvant donner une indication sur l'état de santé des patients incarcérés et sur les pathologies et ou problème de santé repérés lors de la visite médicale d'entrée (4). Pour plus d'un tiers des patients, une consultation spécialisée (36,4 %) (cf. Tableau 11) a été prescrite à l'issue de l'examen médical d'entrée. Pour 16 patients l'information n'est pas connue. La moitié des patients âgés de 35-44 ans ont eu une prescription d'une consultation spécialisée (50,6 %), contre 20,1 % pour les 16-24 ans.

Principalement une consultation spécialisée chez un dentiste...

Les consultations spécialisées les plus souvent prescrites sont les consultations dentaires (44,3 %), psychiatrique (39 %), et en addictologie (28,5 %) (cf. Tableau 11). Parmi les patients ayant fait l'objet d'une prescription spécialisée chez un dentiste, 92,1 % ont un état bucco-dentaire nécessitant une programmation de soin et/ou des soins en urgence.

... une consultation spécialisée en psychiatrie

Les patients qui se sont vus prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie lors de la visite médicale d'entrée sont pour une grande partie d'entre eux des patients ayant déclaré un traitement en cours à l'entrée en détention par psychotrope (48,3%). Toujours parmi les patients qui se sont vus prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie, 23,6 % ont déjà fait une tentative de suicide avant l'incarcération, 11,2 % ont des idéations suicidaires lors de l'incarcération et 14,6 % déclarent avoir consulté un psychiatre avant la détention.

Les patients ayant des idéations suicidaires ont pour une majorité bénéficié d'une prescription spécialisée en psychiatrie (76,9 %).

Tableau 11 : Part et répartition des consultations prescrites par les médecins lors de l'examen médical d'entrée selon les spécialités (en pourcentage)

Type de consultation prescrites	Part
Consultation spécialiste (cumulable)	
Consultation spécialiste	36,4
dont	
- Addictologie	28,5
- Dermatologie	3,1
- Gastro-entérologie	2,2
- Gynécologie	2,2
- Ophtalmologie	2,2
- ORL	1,3
- Orthopédie	1,8
- Pneumologie	2,2
- Maladie infectieuse	0,4
- Cardiologie	1,8
- Dentaire	44,3
- Autres	4,8
- Psychiatrie	39,0
-dont en urgence	23,6
-pour sevrage	27,0
-pour épisode psychotique	2,2
-pour risque suicidaire	6,7
-pour des autres motifs	44,9

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 44,3 % des consultations prescrites aux patients sont des consultations dentaires (prescriptions cumulables). Près d'un quart (23,6 %) des consultations prescrites chez un psychiatre le sont en urgence.

Si l'on considère les choses non plus du point de vue de la prescription médicale mais du point de vue des patients, on note que 38,7 % des patients qui ont déclaré un traitement par psychotrope à l'entrée en détention ont eu une prescription d'une consultation spécialisée en psychiatrie. C'est le cas de 47,7 % des patients qui ont déclaré avoir fait une tentative de suicide ; de 76,9 % des patients qui ont des idées suicidaires et de 41,9 % des patients qui déclarent avoir eu un contact avec le système de soins, consultation psychiatrique ou psychologique, dans les douze mois précédant l'incarcération.

Près d'un quart des consultations spécialisées en psychiatrie prescrites l'ont été en urgence (23,6 %).

Les motifs principalement cités pour préciser la prescription sont le sevrage (27,0 %) et les autres motifs (44,9 %) (cf. Tableau 11).

... ou une prescription pour une consultation d'addictologie

L'offre de soins en addictologie⁶⁰ est structurée au sein de différents dispositifs, le secteur médico-social spécialisé en addictologie, dans le secteur hospitalier, et dans le secteur libéral. En détention, l'offre en soins en addictologie s'oriente vers les premiers dispositifs. Ainsi, dans la région Grand Est, 11 CSAPA⁶¹ sont identifiés en qualité de référents en milieu pénitentiaire (cf. Carte 1). L'analyse des prescriptions de consultations spécialisées lors de l'examen d'entrée en détention indique que près de trois patients sur 10 se sont vus prescrire une consultation en addictologie (cf. Tableau 11).

Parmi les patients qui se sont vu prescrire une consultation spécialisée en addictologie 66,2 % déclarent une consommation à risques d'alcool, 41,5 % déclarent avoir un traitement de substitution aux opiacés, 40,0 % déclarent consommer de l'héroïne, de la morphine ou de l'opium, 36,9 % déclarent consommer de la cocaïne avant l'incarcération, et 16,9 % déclarent consommer régulièrement du cannabis avant l'incarcération.

Enfin, d'autres consultations ont été prescrites, à savoir, des consultations pour la douleur, pour des soins systématiques, pour les soins de plaie, en diabétologie, en neurologie, en rhumatologie, en kinésithérapie, et en orthoptie.

Et peu de patients ont eu une prescription pour une pathologies aigue

Seuls 7,4 % des patients ont eu une prescription pour une pathologie aigue suite à la visite médicale.

7. Plus de 4 patients sur 5 ont eu une prescription d'examens complémentaires

La visite médicale d'entrée, peut se solder par différents types de prescription, prescriptions de consultations spécialisées ou une prescription pour une pathologie aiguë, comme vu plus haut, mais aussi une prescription d'autres examens, tels que des examens sanguins ou des examens radiographiques.

Ainsi, plus de 4 patients sur 5 (82,3 %) ont fait l'objet d'une prescription d'examen complémentaire lors de la visite médicale d'entrée. Parmi les patients qui se sont vu prescrire des examens complémentaires, 25,4 % des patients ont refusé les examens sérologiques (cf. Tableau 12 :).

LA SEROLOGIE POUR LA DETECTION DES HEPATITES B, C ET DU VIH SONT PRESCRITES POUR PLUS DES TROIS QUART DES PATIENTS INCARCERES

L'axe 3 du Plan stratégie santé des personnes placées sous main de justice⁶², à savoir, poursuivre l'amélioration des repérages et dépistage de ces personnes, met l'accent sur la maîtrise du risque infectieux. Ainsi, les dépistages concernant les infections virales

⁶⁰ <https://www.droques.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>

⁶¹ https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2019/02/1_Liste_CSAPA-re%CC%81fe%CC%81rent-pe%CC%81nitentiaire.pdf

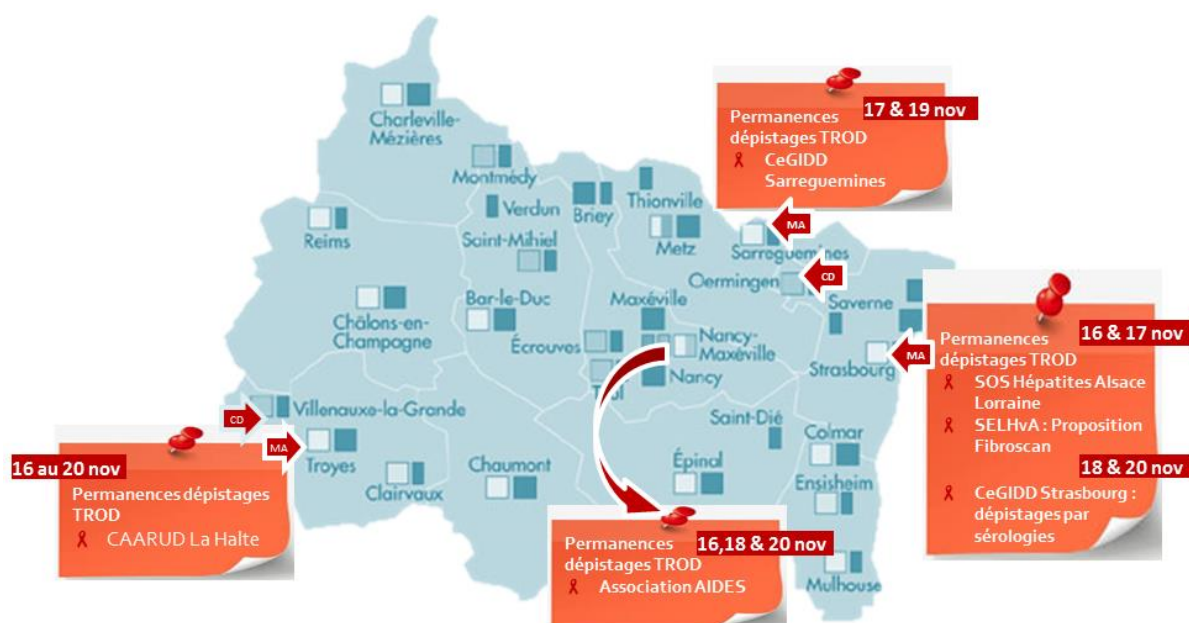
⁶² Cf. Bibliographie 2 _ Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique.

chroniques transmissibles (VIH, Hépatite B et Hépatite C) sont proposés à l'entrée en détention. Les modes de transmission de ces pathologies sont principalement le contact avec le sang et les sécrétions naturelles.

De plus, les dispositifs de réductions des risques et des dommages disponibles en prison s'appuyant sur les TSO, les actions éducatives, les distributions de préservatifs masculins, la vaccination contre l'hépatite B..., visent notamment à prévenir la transmission des pathologies, et les dommages sociaux et psychologiques.

Au niveau régional, le Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Grand Est pilote depuis 2017 le dispositif régional de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral⁶³. Ce dispositif compte depuis janvier 2020 l'ensemble de établissements pénitentiaires de la région. Un des objectifs de ce dispositif est de renforcer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST, à l'entrée, pendant et à la sortie de la détention et d'améliorer la couverture vaccinale de l'Hépatite B. Du 16 au 20 novembre année ? devait se tenir pour la première fois une semaine de dépistage du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Avec la situation sanitaire et le confinement cet évènement n'a été maintenu que dans quelques établissements (cf. carte 2).

Carte 2 : Etablissements ayant participé à la semaine de dépistage du VIH et des hépatites en milieu carcéral



Source : <https://www.corevih-grandest.fr/2020/05/12/sdd-carceral/>

La prescription d'une sérologie de l'Hépatite B est la plus souvent proposée (76,4 %) chez les patients pour lesquels des examens complémentaires ont été suggérés, suivi d'une sérologie de l'Hépatite C et du VIH (respectivement 75,8 % et 75,8 %), puis d'une

⁶³ <https://www.corevih-grandest.fr/2020/05/12/sdd-carceral/>

sérologie TPHA/VDRL (Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay / Veneral Disease Research laboratory) (60,3 %), qui est utilisé pour diagnostiquer la syphilis (cf. Tableau 12 :).

Tableau 12 : Répartition des prescriptions d'examens complémentaires selon le type d'examen et le statut de réalisation de certains examens (en pourcentage) (n= 606)

Examens complémentaires	Part
Examens complémentaires	
Examens complémentaires	82,3
Examens sérologiques complémentaires (cumulable)	
Hépatite B	76,4
réalisée	51,4
Hépatite C	75,8
réalisée	47,4
HIV	75,8
réalisée	47,6
TPHA VDRL	60,3
réalisée	40,5
Refuse la sérologie	25,4
Autres examens complémentaires (cumulable)	
Autre bilan sanguin	25,3
Recherche urinaire de toxiques ou de médicaments de substitution aux opiacés	6,4
Radiographie du thorax (pour dépistage BK)	76,6
IDR	37,1
Autre mammographie et Frottis	1,2
Autre examen prescrit	28,5

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 76,6 % des patients incarcérés se sont vus prescrire une radiographie du thorax (pour le dépistage BK) (prescriptions cumulables).

Seule une sérologie VHB prescrite sur deux est réalisée

La moitié des sérologies VHB (Hépatite B) prescrite a été réalisée (51,4 %). Cette faible proportion peut s'expliquer par plusieurs éléments de natures différentes, à savoir, le refus du patient de réaliser la sérologie prescrite, la libération ou le transfert des patients avant la réalisation des examens prescrits, ainsi que par la nature même de la question qui nécessite de devoir reprendre le questionnaire une fois les examens réalisés pour le renseigner. Ceci est particulièrement chronophage pour les personnels des USMP et nécessite une organisation spécifique qui n'est pas toujours possible ou facile à mettre en œuvre.

La présence de l'Hépatite B dans l'organisme se caractérise par sa charge virale, elle est donc dépistée par une analyse sanguine. Cette analyse permet d'établir un « profil sérologique du virus de l'Hépatite B ». Trois analyses sont comprises dans ce profil

sérologique⁶⁴, le DAG HBS+, l'antigène HBS+, et l'antigène HC+ ⁶⁵ permettant d'établir le statut du patient (infecté, déjà infecté et guéri, vacciné, infection chronique).

Parmi les patients qui ont réalisé la sérologie et pour lesquels les résultats sont connus (n = 52), 26,5 % ont des antigènes positifs (DAG HBS+), 57,1 % ont des anticorps de surface du virus (AC anti HBS+) et 28,1 % ont des anticorps nucléocapsidiques du virus (AC anti HC+).

Parmi les patients dont la sérologie de l'hépatite B a été réalisée, seuls quelques patients ont une Hépatite B active, c'est-à-dire qu'ils sont infectés par le virus de l'Hépatite B, il peut s'agir d'une infection aiguë. Cette infection est caractérisée par un des antigènes HBS positif (DAG HBS+), et une absence d'anticorps AC anti HBS et AC anti HC (AC anti HBS et AC anti HC négatifs).

Près de 15 % des patients pour lesquels la sérologie relative à l'Hépatite B a été réalisée, ont uniquement une sérologie anti HBS positive (AC anti HBS positif, DAG HBS négatif et AC anti HC négatif) (15,5 %). Cela signifie que pour ces patients, la présence d'anticorps due au vaccin sont présents dans l'organisme.

Par ailleurs, 6 patients qui ont réalisé la sérologie de l'Hépatite B, n'ont pas d'antigène HBS (DAG HBS négatif) mais sont positifs aux anticorps AC anti HBS et AC anti HC (AC anti HBS+et AC anti HC+). Cela signifie que ces patients ont eu une hépatite B mais que celle-ci est guérie. Certains patients ont des anticorps AC anti HC positif (AC anti HC+) et des anticorps AC anti HBS négatifs (AC anti HBS négatif) ainsi qu'une sérologie négative aux antigènes HBS (DAG HBS négatif), ces patients ont eu une hépatite B ou ils sont en cours de guérison.

Moins d'une sérologie VHC et VIH sur deux sont réalisées

Parmi les patients qui ont eu une prescription pour une sérologie de l'Hépatite C et du VIH, moins de la moitié ont réalisé cette analyse sanguine, respectivement 47,4 % des sérologies VHC (Hépatite C) et 47,6 % des sérologies VIH. Les arguments annoncés plus haut pour expliquer la faible part d'analyse sérologique réalisé sont les mêmes (cf. Tableau 12).

Plus de la moitié des patients (53,3 %) qui ont déjà réalisé un test de dépistage pour l'Hépatite C ont eu une prescription pour une sérologie de l'Hépatite C. Et 53,5 % des patients ayant réalisé un test de dépistage avant l'incarcération au VIH ont eu une prescription pour une sérologie de VIH.

Plus d'une sérologie TPHA/VDRL sur deux sont réalisées

Six patients sur 10 ont bénéficié d'une prescription pour une sérologie de la syphilis (TPHA/VDRL). 40,5 % des patients ont réalisé cette sérologie.

⁶⁴<https://www.hepb.org/languages/french/blood-test/#:~:text=Qu'est%2Dce%20que%20l,ou%20d'une%20infection%20chronique.>

⁶⁵ Cf. Bibliographie 17 _ Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Recommandation en santé publique. Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture et recommandation de la HAS.

Parmi les patients ayant eu une prescription d'examens complémentaires lors de la visite médicale, 25 % ont eu une prescription afin de réaliser d'autres examens sanguins (cf. Tableau 12).

LA RECHERCHE DES TOXIQUES DANS LES URINES RESTE MARGINALE

Lors de la visite médicale, 6,4 % des patients ont eu une prescription de recherche urinaire de toxiques ou de médicaments de substitution aux opiacés.

TROIS QUARTS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT DES RADIOGRAPHIES DU THORAX

La tuberculose est une maladie infectieuse qui peut revêtir plusieurs formes, sa forme pulmonaire est la plus contagieuse. Parmi les facteurs de risque identifiés de cette maladie, on retrouve les conditions de vie précaires (la pauvreté, l'insalubrité des logements, la promiscuité). Or, en milieu pénitentiaire, la promiscuité est fréquente. De plus, « le milieu carcéral qui fait cohabiter un ensemble de personnes présentant de nombreux facteurs de risques de développer la maladie. La population carcérale présente un taux de déclaration plus de 10 fois supérieur à celui de la population générale. »⁶⁶. La prévention de la tuberculose est l'une des priorités sanitaires en prison⁶⁷ ⁶⁸. Les autorités sanitaires ont fait le choix d'un dépistage radiologique de la tuberculose.

La circulaire de 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels⁶⁹, précise qu'à l'entrée en détention, après un examen clinique, les médecins des unités sanitaires décident s'il y a lieu de prescrire un examen radiologique du thorax.

Selon les recommandations citées ci-dessus, plus de trois quarts des patients qui ont eu une prescription d'examens complémentaires (76,6 %) (n= 382) ont eu une prescription pour une radiographie du thorax pour le dépistage de la tuberculose.

Parmi les patients qui ont eu une prescription d'examens complémentaires et pour lesquels nous disposons des données concernant la première incarcération, la part des patients ayant eu une prescription de radiographie thoracique est plus élevée chez les primo-entrant (40,3 %) que chez autres patients (33,2 %).

PRES DE DEUX PATIENTS SUR CINQ ONT EU UNE PRESCRIPTION POUR UN TEST IDR

Un test Intradermoréaction à la tuberculine (IDR) a été prescrit pour 37,1 % des patients incarcérés ayant fait l'objet d'une prescription d'examen complémentaire (cf. Tableau 12).. Ce test est notamment fréquemment utilisé pour vérifier le bon fonctionnement du vaccin Billé de Calmette et Guérin⁷⁰ (BGC) (cf. Tableau 12).

⁶⁶ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/pdf/2020_10-11_3.pdf

⁶⁷ Cf. Bibliographie 18 _ BEH_ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Santé publique France. Enquête rétrospective sur les cas de tuberculose maladies diagnostiquées au centre pénitentiaire de Fresnes de 2014 à 2018.

⁶⁸ Cf. Bibliographie 19 _ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de la justice. Circulaire DGS/SP2/VS2/DAP n° 98-538 du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

⁶⁹ Cf. Bibliographie 20 _ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de la justice. Circulaire DGS/SP2/VS2/DAP n° 98-538 du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

⁷⁰ <https://bronchite.ooreka.fr/astuce/voir/600265/idr-tuberculine>

Par ailleurs, plus d'un quart des patients (28,5 %) se sont vu prescrire un autre examen. Il s'agit principalement de test PCR covid-19 (91,5 %) et d'électrocardiogramme (ECG) (12,0 %). D'autres examens moins fréquents ont été prescrits comme un fibroscan, un examen parasitologique des selles, une imagerie par résonance magnétique (IRM) rachis-lombaire, un scanner et un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP), un bilan thrombophilie, une vaccination reprevax, un TDM (Tomodensitométrie).

Tous les tests PCR prescrits n'ont pas été réalisés dans la mesure ou comme pour les autres sérologies prescrites certains patients ont été libérés avant la réalisation ou ont refusé de faire le test.

8. Extraction en urgence

Six extractions en urgence ont été réalisées sur la période concernée. Les motifs de ces extractions sont tous d'ordre médical. Il s'agit soit de problème d'ordre psychiatrique avec une hospitalisation d'office, soit de crise convulsive probablement liée au sevrage, des douleurs thoraciques et de l'hypertension artérielle. Pour un patient la cause n'est pas connue.

FOCUS QUARTIER MAISON D'ARRÊT DE METZ-QUEULEU

Certains éléments présentés précédemment dans le rapport sont déclinés pour le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu. Les indicateurs ont été retenus selon le pourcentage de réponse afin de garder des effectifs suffisants. Le renouvellement de cette enquête pourrait être l'occasion d'approfondir ces derniers, ils auraient ainsi un poids statistique plus important.

Ce document apporte aux équipes, une photographie de l'état de santé des populations qu'elles voient en consultation à un instant précis.

I. Description de la population du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu

Les patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu, représentent 28,9 % des patients de l'étude, soit 217 patients. La répartition par âge des patients du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu est relativement proche de celle de l'ensemble des patients de l'étude (cf. Tableau 13).

Tableau 13 : Répartition par âge des patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu (en pourcentage)

Tranche d'âge	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
De 16 à 24 ans	26,7	22,6
De 25 à 34 ans	35,5	36,7
De 35 à 44 ans	24,4	25,8
De 45 à 54 ans	10,1	10,7
55 ans et plus	3,2	4,2

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 35,5 % des patients du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu ont 25-34 ans.

La part de patients de nationalité étrangère est légèrement plus importante dans le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu. Elle est d'environ 16 % (16,4 %) contre 18,8 % pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est dont le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu.

La communication est toutefois possible dans presque la totalité des cas (99,5 %).

Tableau 14 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage)

Nationalité	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Française	83,6	81,2
Etrangère	16,4	18,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 16,45 % des patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu ne sont pas de nationalité française.

Pour plus de cinq détenus sur dix du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu, il ne s'agit pas d'une première incarcération.

Tableau 15 : Part des patients selon le statut d'incarcération (en pourcentage)

Première incarcération	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Non	53,5	59,2
Oui	46,5	40,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 46,5 % des patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu il s'agit d'une première incarcération.

La grande majorité des visites médicales d'entrée ont eu lieu dans les deux jours suivant l'incarcération (98,6 %).

Deux patients incarcérés sur cinq du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu sont affiliés au régime général ou correspondant de l'assurance-maladie (42,0 %). Deux patients sur cinq ne savent pas s'il est affilié à l'assurance-maladie.

Tableau 16 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)

Assurance maladie	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Assurance maladie	42,0	45,4
Autre et AAH et mesure de protection	1,0	5,2
CMU-c	15,9	22,1
Ne sait pas	41,1	27,3

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

II. Le recours aux soins avant l'incarcération

Avant l'incarcération, les patients du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu ont moins souvent déclaré avoir eu un contact avec le système de soins, 35,3 % contre 44,9 % pour l'ensemble des patients incarcérés dans les maisons d'arrêt du Grand Est.

III. Etat de santé à l'entrée en détention

La majeure partie des patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu est jugé en bonne santé (73,8 %), ce qui est légèrement moins que pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région (77,3 %). Aucun patient n'est jugé en « mauvais » état de santé.

Tableau 17 : Répartition des patients selon l'état de santé jugé à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat de santé	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Bon	73,8	77,3
Moyen	26,2	21,6
Mauvais	0,0	1,1

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Plus de la moitié des patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu (62,9 %) a un état bucco-dentaire jugé « bon ». Des soins sont à programmer pour un peu plus d'un tiers des patients du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu, contre 42,8 % pour les patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région.

Tableau 18 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat bucco dentaire	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Bon	62,9	55,8
Soins à programmer	36,0	42,8
Soins urgents nécessaires	1,1	1,5

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Plus d'un quart des patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu ont fait l'objet d'une prescription d'une consultation spécialisée. Cette proportion est moins importante que pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région (36,4 %).

Tableau 19 : Part des patients qui ont fait l'objet d'une prescription d'une consultation spécialisée (en pourcentage)

Consultation Spécialisée	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Oui	28,4	36,4
Non	71,6	63,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Seuls 5,5 % des patients du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu présentent une pathologie aiguë à l'entrée en détention contre 7,4 % pour les patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est.

Tableau 20 : Part des patients qui présente une pathologie aigue à l'entrée en détention (en pourcentage)

Pathologie aigue	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Oui	5,5	7,4
Non	94,5	92,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Plus de 8 patients sur 10 du quartier maison d'arrêt de Metz-Queuleu se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (87,8 %) (contre 82,3 % des patients de l'ensemble des maisons d'arrêt).

Tableau 21 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)

Prescription examens complémentaires	Quartier maison d'arrêt Metz-Queuleu	Ensemble des établissements
Oui	87,8	82,3
Non	12,2	12,7

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

FOCUS QUARTIER MAISON D'ARRÊT DE NANCY-MAXÉVILLE

Certains éléments présentés précédemment dans le rapport sont déclinés pour le quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville. Les indicateurs ont été retenus selon le pourcentage de réponse afin de garder des effectifs suffisants. Le renouvellement de cette enquête pourrait être l'occasion d'approfondir ces derniers, ils auraient ainsi un poids statistique plus important.

Ce document apporte aux équipes, une photographie de l'état de santé des populations qu'elles voient en consultation à un instant précis.

I. Description de la population du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville

Les patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville, représentent 24,8 % des patients de l'étude, soit 186 patients. La répartition par âge des patients du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville est légèrement différente à celle de l'ensemble des patients de l'étude. En effet, la population des 16-24 ans est de 14,6 % contre 22,6 % pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région. La part des 55 ans et plus est à l'inverse plus importante à Nancy-Maxéville que dans l'ensemble des maisons d'arrêt de la région.

Tableau 22 : Répartition par âge des patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville (en pourcentage)

Tranche d'âge	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
De 16 à 24 ans	14,6	22,6
De 25 à 34 ans	37,8	36,7
De 35 à 44 ans	31,4	25,8
De 45 à 54 ans	9,7	10,7
55 ans et plus	6,5	4,2

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 37,8 % des patients du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville ont 25-34 ans.

Un patient sur six du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville (16,2 %) est d'origine étrangère, contre 18,8 % pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est dont le quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville.. La communication est possible dans presque la quasi-totalité des cas (98,3 %).

Tableau 23 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage)

Nationalité	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Française	83,8	81,2
Etrangère	16,2	18,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 16,2 % des patients incarcérés ne sont pas de nationalité française.

Pour un quart des patients du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville, il s'agit d'une première incarcération. Cette proportion est inférieure à celle observée pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est.

Tableau 24 : Part des patients selon le statut d'incarcération (en pourcentage)

Première incarcération	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Non	74,7	59,2
Oui	25,3	40,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 25,3 % des patients incarcérés du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville il s'agit d'une première incarcération.

Les trois quarts des patients du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville ne connaissent pas leur couverture sociale. Les autres patients sont tous (25 % d'entre eux) affiliés à l'assurance maladie. Ce pourcentage n'est pas révélateur de la couverture sociale des patients, elle reflète davantage les délais observés entre l'incarcération des patients et l'arrivée du dossier des patients.

Tableau 25 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)

Assurance maladie	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Assurance maladie	25,0	45,4
Autre et AAH et mesure de protection	0,0	5,2
CMU-c	0,0	22,1
Ne sait pas	75,0	27,3

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Quatre-vingt-deux pourcents des visites ont lieu dans les deux jours suivant l'incarcération.

II. Le recours aux soins avant l'incarcération

Avant l'incarcération, 34,4 % des patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville ont déclaré avoir eu un contact avec le système de soins contre 44,9 % pour l'ensemble des patients incarcérés dans les maisons d'arrêt du Grand Est. Cette proportion est inférieure à celle observée pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région.

III. Etat de santé à l'entrée en détention

Un patient incarcéré sur deux du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville est jugé en bonne santé (51,5 %). Cette proportion est nettement inférieure à celle observée dans l'ensemble des patients des maisons d'arrêt de la région (77,3 %).

Tableau 26 : Répartition des patients selon l'état de santé jugé à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat de santé	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Bon	51,5	77,3
Moyen	43,9	21,6
Mauvais	4,5	1,1

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Pour 4 patients sur 10 du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville l'état de santé bucco-dentaire est jugé « bon » (40,9 %). Cette proportion est aussi inférieure à celle de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région (55,8 %). Plus de la moitié des patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville (59,1 %) nécessite de programmer des soins dentaires (vs. 42,8 % pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région). Aucun patient ne nécessite des soins dentaires urgents.

Tableau 27 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat bucco dentaire	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Bon	40,9	55,8
Soins à programmer	59,1	42,8
Soins urgents nécessaires	0,0	1,5

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Les patients incarcérés dans le quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville ont eu une prescription d'une consultation spécialisée pour 35,3% d'entre eux ce qui est équivalent à ce qui est observé pour l'ensemble des maisons d'arrêt du Grand Est (36,4 %).

Tableau 28 : Part des patients qui ont fait l'objet d'une prescription d'une consultation spécialisée (en pourcentage)

Consultation Spécialisée	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Oui	35,3	36,4
Non	64,7	63,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Un patient sur 15 du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville présente une pathologie aiguë à l'entrée en détention contre 7,4 % pour les patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est.

Tableau 29 : Part des patients qui présente une pathologie aiguë à l'entrée en détention (en pourcentage)

Pathologie aiguë	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Oui	6,8	7,4
Non	93,2	92,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Plus de 9 patients sur 10 du quartier maison d'arrêt de Nancy-Maxéville se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (contre 82,3 % des patients de l'ensemble des maisons d'arrêt).

Tableau 30 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)

Prescription examens complémentaires	Quartier maison d'arrêt Nancy-Maxéville	Ensemble des établissements
Oui	93,0	82,3
Non	7,0	12,7

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

FOCUS MAISON D'ARRÊT DE STRASBOURG

Certains éléments présentés précédemment dans le rapport sont déclinés pour la maison d'arrêt de Strasbourg. Les indicateurs ont été retenus selon le pourcentage de réponse afin de garder des effectifs suffisants. Le renouvellement de cette enquête pourrait être l'occasion d'approfondir ces derniers.

Ce document apporte aux équipes, une photographie de l'état de santé des populations qu'elles voient en consultation à un instant précis.

I. Description de la population de la maison d'arrêt de Strasbourg

Les patients incarcérés de la maison d'arrêt de Strasbourg, représentent 14,9 % des patients de l'étude, soit 112 patients. La répartition par âge des patients de la maison d'arrêt de Strasbourg est relativement proche à celle de l'ensemble des patients de l'étude. À l'exception des patients de 45-54 ans plus nombreux dans la maison d'arrêt de Strasbourg que pour l'ensemble des patients (18,2 % vs. 10,7 %). A l'inverse les patients plus âgés sont proportionnellement moins nombreux à la maison d'arrêt de Strasbourg (cf. Tableau 31).

Tableau 31 : Répartition par âge des patients incarcérés de la maison d'arrêt de Strasbourg (en pourcentage)

Tranche d'âge	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
De 16 à 24 ans	20,9	22,6
De 25 à 34 ans	34,5	36,7
De 35 à 44 ans	24,5	25,8
De 45 à 54 ans	18,2	10,7
55 ans et plus	1,8	4,2

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 34,5 % des patients de la maison d'arrêt de Strasbourg ont 25-34 ans.

La part de patients de nationalité étrangère est légèrement plus importante dans la maison d'arrêt de Strasbourg. Un quart des patients de la maison d'arrêt de Strasbourg (25,5 %) contre 18,8 % pour l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est dont la maison d'arrêt de Strasbourg. La communication est possible dans presque la majorité des cas (98,1 %).

Tableau 32 : Part des patients de nationalité française (en pourcentage)

Nationalité	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Française	74,5	81,2
Etrangère	25,5	18,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : 25,5 % des patients incarcérés ne sont pas de nationalité française.

Pour quatre détenus sur dix de la maison d'arrêt de Strasbourg, il s'agit d'une première incarcération. Cette situation est comparable à celle de l'ensemble des patients incarcérés du Grand Est.

Tableau 33 : Part des patients selon le statut d'incarcération (en pourcentage)

Première incarcération	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Non	60,6	59,2
Oui	39,4	40,8

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Note de lecture : Pour 39,4 % des patients incarcérés de la maison d'arrêt de Strasbourg il s'agit d'une première incarcération.

La grande majorité des visites médicales d'entrée ont eu lieu dans les deux jours suivant l'incarcération (77,8 %).

Plus de la moitié des patients incarcérés à la maison d'arrêt de Strasbourg sont affiliés au régime général ou correspondant de l'assurance-maladie (61,4 %). Un patient sur cinq bénéficie de la CMU (20,8 %). Seul un patient sur 10 ne sait pas s'il est affilié à l'assurance-maladie.

Tableau 34 : Part des patients incarcérés selon leur couverture sociale (en pourcentage)

Assurance maladie	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Assurance maladie	61,4	45,4
Autre et AAH et mesure de protection	7,9	5,2
CMU-c	20,8	22,1
Ne sait pas	9,9	27,3

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

II. Le recours aux soins avant l'incarcération

Avant l'incarcération, 58,9 % des patients incarcérés dans la maison d'arrêt de Strasbourg ont déclaré avoir eu un contact avec le système de soins contre 44,9 % pour l'ensemble des patients incarcérés dans les maisons d'arrêt du Grand Est.

III. Etat de santé à l'entrée en détention

La majeure partie des patients incarcérés à la maison d'arrêt de Strasbourg est jugée en bonne santé (80,0 %), (vs. 77,3 % pour l'ensemble des patients des maisons d'arrêt de la région).

Tableau 35 : Répartition des patients selon l'état de santé jugé à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat de santé	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Bon	80,0	77,3
Moyen	18,1	21,6
Mauvais	1,9	1,1

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Plus de la moitié des patients incarcérés à la maison d'arrêt de Strasbourg (58,0 %) a un état bucco-dentaire jugé « bon ». Quarante et un pourcents des patients incarcérés à la maison d'arrêt de Strasbourg ont des soins à programmer contre 42,8 % pour les patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région.

Tableau 36 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire à l'entrée en détention (en pourcentage)

Etat bucco dentaire	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Bon	58,0	55,8
Soins à programmer	41,0	42,8
Soins urgents nécessaires	1,0	1,5

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Les patients incarcérés à la maison d'arrêt de Strasbourg ont eu une prescription d'une consultation spécialisée pour 44,3% d'entre eux, contre 36,4 % des patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région.

Tableau 37 : Part des patients qui ont fait l'objet d'une prescription d'une consultation spécialisée (en pourcentage)

Consultation Spécialisée	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Oui	44,3	36,4
Non	55,7	63,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Un patient sur 10 de la maison d'arrêt de Strasbourg présente une pathologie aiguë à l'entrée en détention contre 7,4 % pour les patients de l'ensemble des maisons d'arrêt de la région Grand Est.

Tableau 38 : Part des patients qui présente une pathologie aiguë à l'entrée en détention

Pathologie aiguë	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Oui	10,4	7,4
Non	89,6	92,6

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Soixante et un pourcents des patients de la maison d'arrêt de Strasbourg se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s). Cette proportion est inférieure à celle observée dans l'ensemble des maisons d'arrêt de la région (82,3 %).

Tableau 39 : Part des patients qui se sont vus prescrire un ou des examen(s) complémentaire(s) (en pourcentage)

Prescription examens complémentaires	Maison d'arrêt Strasbourg	Ensemble des établissements
Oui	61,3	82,3
Non	38,7	12,7

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

LIMITES DE L'ETUDE

Certaines limites ont pu être identifiées lors de l'exploitation des données collectées, lors de la phase de lancement mais aussi lors des différents échanges avec les partenaires et les participants de l'enquête.

1. Le nombre de questionnaires réceptionnés

Le nombre de questionnaires réceptionnés, bien que très satisfaisant, au regard de la conjoncture et de la situation sanitaire due à la pandémie de la Covid-19, ne permet pas d'apprécier pleinement certaines sous-catégories de population, telle que la population féminine, déjà en sous-représentation, ainsi que les « jeunes » (moins de 20 ans) et les « plus âgés » (plus de 55 ans). Certaines analyses n'ont pas pu être réalisées du fait de la faiblesse des effectifs pour certaines variables.

2. Le taux de non réponse

Le fort pourcentage de données manquantes sur certaines variables en particulier a limité quelquefois l'analyse plus fine de certains indicateurs.

3. La longueur du questionnaire

Parmi les retours que nous avons eus de certaines unités sanitaires, le questionnaire semblait un peu long et assez fastidieux à renseigner. L'organisation liée à la crise sanitaire n'a de plus pas été facilitante, l'entrée des patients n'était pas répartie de la même manière et les arrivées étaient concentrées sur des périodes.

4. Une difficile mise en œuvre du suivi sérologique pour l'enquête

Les résultats de la sérologie et/ou le statut de réalisation de la ou des sérologie(s) prescrite(s) ont été considérés par des équipes comme difficiles à renseigner. En effet, le renseignement du suivi à distance de ces prescriptions nécessitait une reprise du questionnaire. Or, le volume parfois très important des questionnaires à reprendre et le décalage entre la prescription et la réalisation n'ont pas permis que les résultats soient consignés à chaque fois. Cependant, l'attention n'est pas portée sur les résultats sérologiques mais plutôt sur la nécessaire prescription de tels tests lors de la visite médicale d'entrée et sur sa réalisation par les patients incarcérés.

5. Une information sur la couverture sociale pas facilement accessible à ce stade du recueil

Au même titre que la sérologie qui nécessite de revenir sur les questionnaires déjà renseignés, la couverture sociale des patients est une information qui arrive généralement après la visite médicale d'entrée qui doit par ailleurs se tenir dans un délai raisonnable. De ce fait, seules les déclarations des patients ont pu être recueillies pour cette question et certains patients ne connaissent pas leur affiliation.

6. Lieu des faits : une comparaison avec la région de détention

Le « lieu des faits » est principalement retenu au détriment du lieu de résidence de la personne qui commet « ces faits ». Les articles 714 et D53 du code de procédure pénale, précisent également que chaque prévenu est obligatoirement incarcéré dans la maison d'arrêt de la ville où siège la juridiction devant laquelle il doit comparaître. De ce fait, la

population de l'enquête est comparée uniquement à la population française ou du Grand Est.

Selon le rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France en 2000, 88 % des détenus sont originaires du département⁷¹. Nous pouvons aussi avancer le fait que les maisons d'arrêt, de par leur nature, seraient moins concernées par l'éloignement du patient de son lieu de résidence antérieur à l'incarcération. De ce fait, on peut envisager que la population de l'enquête et la population de la région d'incarcération soient suffisamment proches pour être comparées.

⁷¹ <https://www.senat.fr/rap/I99-4492/I99-44920.html>

CONCLUSION

Cette enquête sur la santé des patients incarcérés dans les maisons d'arrêt de la région Grand Est, bien que menée dans des conditions sanitaires particulières en raison de la Covid-19, a connu un taux de participation tout à fait satisfaisant.

Ainsi, la participation et l'implication des personnels des unités sanitaires des MA et qMA de la région nous ont permis de mener à bien cette enquête. L'objet de ce travail est de pouvoir disposer d'éléments de connaissances et de suivi de l'état de santé des patients incarcérés. Ce travail a également pour finalité d'identifier certains axes stratégiques afin de promouvoir la santé des patients incarcérés et ainsi d'adapter au mieux la prise en charge des patients au cours de l'incarcération.

La population de l'enquête est majoritairement masculine. En effet, les patientes incarcérées de l'enquête représentent 4,0 % des effectifs de l'enquête, ceci est comparable aux éléments nationaux. La population de l'enquête est plus jeune que la population régionale avec un âge moyen de 33,8 ans.

La grande majorité des patients incarcérés a une couverture sociale à l'entrée en détention, dont une part importante de patient bénéficiant de la CMU-C, cependant une part non négligeable de patients ne sait pas s'il bénéficie d'une couverture sociale. Ce sont ces patients qui n'ont pas eu recours au système de soins dans les 12 mois précédents d'incarcération ou de façon moindre.

Pour 40,8 % des patients incarcérés il s'agit d'une première incarcération.

Un tiers des patients a un traitement en cours à l'entrée en détention, cette proportion augmente avec l'âge des patients incarcérés. On note une prédominance des problèmes de santé mentale que ce soit au niveau de l'analyse des traitements en cours déclarés à l'entrée en détention, du recours aux soins dans les 12 mois précédents l'incarcération ou au niveau des prescriptions de consultations spécialisées lors de la visite médicale d'entrée.

La population de l'enquête se caractérise par une consommation sans doute plus fréquente de produits psychoactifs licite ou illicites par rapport à la population française, même si les données d'enquête ne sont pas toujours strictement comparables. Les trois quarts des patients sont ou été fumeurs. Un patient sur cinq déclare une consommation à risques d'alcool. Près de 20 % des patients incarcérés déclarent consommer du cannabis régulièrement (19,8 %). Concernant la consommation d'héroïne et de cocaïne, respectivement 10,9 % et 10,7 % des patients incarcérés déclarent consommer ces substances psychoactives avant l'incarcération. Plus d'un quart des patients déclarent avoir une consommation à risque à au moins une substance psychoactive.

À l'entrée en détention, 7 patients incarcérés sur 10 sont jugés en bon état de santé. Ce constat est à considérer au regard de la jeunesse de la population de l'enquête. L'état de santé bucco-dentaire est jugé quant à lui « bon » pour seulement un peu plus de la moitié (55,7 %) des patients incarcérés. Lors de la visite médicale d'entrée, les médecins ont jugé nécessaire de prescrire une consultation spécialisée pour 36,4 % des patients.

Plus de 8 patients sur 10 ont aussi bénéficié d'une prescription d'examen complémentaires lors de la visite médicale, il s'agit principalement de test de sérologies. La situation sanitaire due à la Covid-19 n'est pas sans impacter les visites médicales d'entrée lors desquelles les

patients ont également eu une prescription d'un test de dépistage prélèvement Polymerase Chain Reaction (PCR). D'autres examens complémentaires sont également prescrits lors de la visite médicale d'entrée, notamment une radiographie du thorax pour 76,6 % des patients ayant eu une prescription d'examens complémentaires.

Ce travail mené avec le concours des personnels des unités sanitaires déjà impliqués dans la santé des patients incarcérés permet une meilleure compréhension par tous des réalités de l'état de santé des patients incarcérés et de l'intérêt d'un suivi médical en milieu pénitentiaire.

Préconisations

Au regard des éléments mis en exergue et des observations qu'a permis cette première enquête sur la santé des patients incarcérés dans les maisons d'arrêt du Grand Est, sa reconduction pourrait permettre d'appuyer certains résultats et de préciser certaines tendances.

Ce travail pourrait être élargi à l'ensemble des patients incarcérés, et pas uniquement aux patients incarcérés dans les maisons et les quartiers maisons d'arrêt de la région Grand Est. Un effectif plus important permettrait de réduire les difficultés de traitement de certains indicateurs et d'approfondir certaines observations. De plus, les unités sanitaires des maisons d'arrêt ou des établissements pour peine se caractérisent par des modalités de fonctionnements différents, du fait des spécificités des patients qu'ils accueillent. Cette extension permettrait ainsi d'obtenir des éléments de comparaison et aussi connaître la variation de la prise en charge sanitaire entre la maison d'arrêt et le centre de détention ou la maison centrale.

Une reconduction régulière voire une observation au long cours favoriserait la prise en compte de l'évolution de l'état de santé à l'entrée en détention et ainsi de cibler et de développer des axes de prise en charge et de préventions adaptées aux caractéristiques de la population carcérale en lien avec les évolutions de celle-ci et de la situation sanitaire et sociale. Cela pourrait aussi permettre de favoriser avec des spécialisées comme l'addictologie et la santé mentale le travail de réseau avec les médecines de ville.

Le besoin d'information sur l'état de santé des personnes entrant en détention mais aussi sur l'évolution de la santé des personnes incarcérées représente un enjeu de santé publique. Ainsi, la mise en place d'une surveillance épidémiologique de la santé en détention est primordiale pour accompagner cette évolution et ainsi permettre une orientation au plus juste des besoins en santé de ces populations. De plus, la part importante que représentent les 15-30 ans à l'entrée en détention, population déjà caractérisée par des « conduites à risques », en fait une cible populationnelle majeure des politiques de santé. Le Conseil Régional, met d'ores et déjà l'accent sur la question de la santé des jeunes d'un point de vue prévention et/ou promotion. La part de jeunes confrontés au risque d'entrée en délinquance doit trouver écho aussi au message de prévention et de promotion de la santé.

Certains questionnements pourraient être développés et notamment la question de la santé perçue par les patients incarcérés et qui pourrait être confrontée au jugement de leur état de santé par les professionnels de santé.

La question de la prise en charge « genrée » des patients et la question des minorités sexuelles pourraient être envisagées.

Ce questionnaire contient peu d'interrogations permettant d'obtenir des informations à caractère socio-économique, il sera peut-être envisagé un étayage possible si l'enquête devrait être reconduite.

GLOSSAIRE

Les établissements cités

ARS⁷² : Agences régionales de santé sont chargées d'organiser l'offre de services de santé.

DISP⁷³ : Directions interrégionales des services pénitentiaires : Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, les DISP ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires dans une ou plusieurs régions administratives.

Quartier Maison d'arrêt⁷⁴ : Les quartiers maisons d'arrêt sont présents dans les centres pénitentiaires. Un centre pénitentiaire est une prison qui comprend au moins deux régimes de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale. Ces quartiers sont implantés dans des établissements pénitentiaires polyvalents regroupant des quartiers distincts pouvant appartenir aux différentes catégories d'établissements pénitentiaires (article D70 alinéa 3 du Code de procédure pénale).

Maison d'arrêt⁷⁵ : Les maisons d'arrêt sont, en principe, un lieu de détention provisoire. Cependant, les personnes condamnées à l'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à deux ans, celles dont le reliquat de peine est inférieur à un an, ainsi que celles en attente d'affectation dans un établissement pour peine peuvent, à titre exceptionnel, y être maintenues lorsque des conditions tenant à la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité le justifient.

USMP⁷⁶ : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire : Pour assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, des unités sanitaires sont implantées en milieu pénitentiaire (les USMP). Ces unités assurent des soins somatiques. Par ailleurs, ces unités assument la coordination et/ou la réalisation des actions d'éducation et de prévention pour la santé et la mise en place de la continuité des soins à la sortie. Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP).

Les traitements en cours

Anticomitiaux⁷⁷ : Les anticomitiaux comme les antiépileptiques, les anticonvulsifs, ou les anticonvulsivants, appartiennent à un groupe varié de médicaments utilisés dans la prévention ou l'occurrence de l'épilepsie.

Anti-HTA, anti-angoreux, anticoagulants : Ces traitements, sont prescrits lors de pathologies cardiovasculaires. Les anti-hypertenseurs ont pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité cardio-vasculaire associée à l'hypertension artérielle⁷⁸. Les anti-

⁷² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf

⁷³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf

⁷⁴ <https://justice.ooreka.fr/astuce/voir/447845/centre-penitentiaire>

⁷⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_t03_fiche_mig_usmp_2019.pdf

⁷⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_t03_fiche_mig_usmp_2019.pdf

⁷⁷ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Anti%C3%A9pileptique>

⁷⁸ <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-hypertenseurs-points-essentiels>

angoreux sont employés comme médicament dans le traitement symptomatique des cardiopathies ischémiques (angor ou angine de poitrine). Les anticoagulants⁷⁹ visent à empêcher la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins (la thrombose) afin de prévenir des maladies graves où ces caillots migrent et bouchent de petits vaisseaux, par exemple dans les poumons (embolie pulmonaire) ou le cerveau (embolie cérébrale ou « attaque »).

Bronchodilatateurs⁸⁰ : les bronchodilatateurs sont des médicaments qui luttent contre la contraction anormale des muscles de la paroi des bronches. Egalement utilisés dans l'asthme, ils permettent de soulager les symptômes de la BPCO Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), notamment la gêne respiratoire. Ils dilatent les bronches de façon à améliorer la fonction respiratoire.

Insuline⁸¹ : L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas. Chez une personne non diabétique, l'insuline est sécrétée de manière continue et elle régule notamment le taux de glucose (ou glycémie) dans le sang. Pour une personne non diabétique, la glycémie peut augmenter légèrement, puis s'abaisser à un taux normal, et le glucose est converti en réserves et en énergie. Ce système ne fonctionne pas correctement chez les personnes qui développent un diabète. Si vous êtes diabétique de type 1, vous devez vous injecter de l'insuline dès la découverte du diabète. Si vous êtes diabétique de type 2, l'insulinothérapie devient nécessaire après une certaine évolution de la maladie, lorsque l'insuline n'est plus produite en quantité suffisante par le pancréas (insulinopénie) malgré les traitements oraux et les mesures hygiéno-diététiques.

Traitement de substitution⁸² : En cas de dépendance aux opiacés, il est possible de prescrire des traitements de substitution. Ces traitements permettent de diminuer voire de cesser la consommation des opiacés illicites et de ce fait de recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Actuellement, trois molécules sont prescrites dans ce cadre : la méthadone, la buprénorphine haut dosage et la suboxone (association mêlant buprénorphine et naloxone). Ces traitements sont réservés aux usagers dépendants de substances opiacées telle que l'héroïne et ne doivent pas être prescrits pour une dépendance à d'autres substances. Les traitements de substitution sont des médicaments très règlementés. La buprénorphine et la suboxone sont classées sur la liste I des médicaments mais sont soumises aux règles de prescription des stupéfiants. Ces règles prévoient une prescription pour une durée limitée de 28 jours. Concernant la méthadone, classée sur la liste des stupéfiants, la prescription est d'une durée de 14 jours. Seuls les médecins des centres hospitaliers et des CSAPA sont autorisés à effectuer la première prescription, ce qui implique des contacts très réguliers avec le médecin prescripteur et avec le lieu de délivrance. Ces traitements font l'objet d'une ordonnance sécurisée et sont délivrés pour une durée limitée à sept jours de traitement.

Traitement psychotrope⁸³ : Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale :

- les anxiolytiques ou tranquillisants : ils diminuent l'anxiété et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits, notamment pour une durée

⁷⁹ <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/bon-usage/anticoagulants.html>

⁸⁰ <https://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/bpco/traitements.html>

⁸¹ <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/traitement-diabete/linsuline>

⁸² <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-substitution>

⁸³ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>

longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance ;

- les hypnotiques ou somnifères : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil.

De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Beaucoup sont des benzodiazépines ;

- les antidépresseurs : destinés à traiter les dépressions, ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;

- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple) ;

- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) principalement prescrit dans le trouble bipolaire ;

- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®) principalement prescrit dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'enfant.

Les pathologies et tests de dépistages

Les Hépatites ⁸⁴ : Les hépatites sont une inflammation du foie. Elles sont le plus souvent d'origine virale, mais elles peuvent également être causées par l'alcool, un médicament, une plante ou un produit chimique. Les différentes hépatites d'origine virale sont distinguées par une lettre de l'alphabet, en fonction du virus responsable : A, B, C, D et E. Selon leur mode de contamination, on peut les classer en trois types :

- hépatite d'origine alimentaire : les hépatites A et E ;

- hépatite transmise par le sang et les relations sexuelles : les hépatites B et D ;

- hépatite transmise par le sang : l'hépatite C. Elle peut se transmettre dans certains cas lors de rapports sexuels où il y a saignement.

L'hépatite B est une maladie du foie d'origine virale. Malgré la vaccination et les progrès thérapeutiques, l'hépatite B, qui se transmet surtout par le sang et les rapports sexuels, continue à circuler en France. Si l'infection ne guérit pas et devient chronique, elle peut conduire à la cirrhose et au cancer du foie.

L'hépatite C est une infection du foie d'origine virale principalement transmise par le sang. Elle peut rester longtemps sans provoquer de symptômes et dans 80 % des cas évolue vers une hépatite chronique. Son dépistage a pour objectif de proposer un traitement aux personnes infectées. En effet, des antiviraux permettent désormais de guérir 95 % des patients traités.

TPHA VDRL ⁸⁵ : Le TPHA correspond à l'acronyme de Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay, un test biologique quantitatif utilisé pour diagnostiquer la syphilis, maladie sexuellement transmissible en forte recrudescence. "On parle aujourd'hui de test de dépistage de la syphilis et non plus de TPHA/VDRL même si certains médecins le prescrivent toujours ainsi sur l'ordonnance" informe Catherine Coignard, biologiste médicale chez Eurofin Biomnis (Ivry-sur-Seine).

Tuberculose ⁸⁶ : La tuberculose est une maladie infectieuse due au bacille de Koch (« BK »). La maladie est très souvent pulmonaire et dans ce cas, elle est contagieuse. Le nombre de cas diminue en France, mais il reste très élevé dans le monde. Les personnes fragiles sont les plus vulnérables.

⁸⁴ <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/hepatite-b.html>

⁸⁵ <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2660397-tpha-vdrl-test-treponemique-analyse-indications-serologie-interpretation-test-positif-negatif/>

⁸⁶ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tuberculose/definition-frequence-transmission>

La tuberculose est une maladie qui évolue en plusieurs étapes :

- après un contact avec le bacille tuberculeux, un tiers des personnes exposées au BK développent une primo-infection tuberculeuse ;
- puis, dans 90 % des cas, la bactérie reste au repos dans l'organisme : c'est l'infection tuberculose latente. La personne ne présente aucun symptôme et n'est pas contagieuse ;
- dans 10 % des cas, après quelques mois ou quelques années (le plus souvent dans les deux ans après le premier contact), la bactérie se développe dans le corps et dissémine dans l'organisme par les bronches, le sang ou la lymphe. On parle alors de « tuberculose maladie » ou « tuberculose active ».

La tuberculose maladie atteint un organe :

- le poumon, dans plus de deux tiers des cas : c'est la tuberculose pulmonaire (qui est la forme contagieuse de la maladie) ;
- des ganglions, les os, les méninges, les reins... : c'est la tuberculose extra-pulmonaire (forme non contagieuse).

Rarement, le bacille de Koch se propage, par le sang, à de multiples organes : c'est la miliaire tuberculeuse très contagieuse.

Les produits psychoactifs et les addictions qu'ils peuvent engendrer

Alcool⁸⁷ : L'alcool est une substance liquide d'origine naturelle (alcool éthylique) obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. L'alcool entre dans la composition des boissons alcoolisées, qui sont consommées pour leurs effets euphorisants et désinhibants. L'alcool n'est pas digéré : il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins. En quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme. Sa consommation peut entraîner une forte dépendance psychique et physique avec syndrome de manque en cas de sevrage, pouvant aller jusqu'à des délires hallucinatoires (delirium tremens). Les effets toxiques sont multiples : cirrhose du foie, cancer du foie, maladies cardiovasculaires, cancer des voies aérodigestives supérieures, etc.

Cannabis⁸⁸ : Le cannabis est une plante dont l'espèce la plus répandue est le Cannabis sativa (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol. Il est classé en France comme stupéfiant. Il se présente sous 3 formes : l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (le "haschisch") et l'huile (plus concentrée en principe actif). L'herbe et le haschisch se fument, généralement, sous forme de "joint" (i.e. avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux space-cakes) ou bu (infusions). Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 min après son inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier. Une prise de cannabis entraîne en général une euphorie modérée et un sentiment de bien être suivi d'une somnolence mais aussi un affaiblissement de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention.

Cocaïne et Crack⁸⁹ : La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est une substance d'origine végétale, obtenue par transformation de la feuille de coca. Classée parmi les stimulants,

⁸⁷ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>

⁸⁸ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#pres>

⁸⁹ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cocaine-et-crack/>

elle se présente sous forme de poudre blanche, consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), parfois pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale) ou intraveineuse (injection). Sa consommation entraîne une sensation de puissance intellectuelle et physique, engendrant une indifférence à la fatigue, couplée à un sentiment d'euphorie. Ces effets positifs sont suivis d'une phase de « descente », marquée par des symptômes de type dépressif, une anxiété et une forte irritabilité. La cocaïne est à l'origine d'une forte dépendance psychique conduisant à des envies irrésistibles d'en consommer (craving) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

La cocaïne base, qui circule sous l'appellation « crack » ou « free base », est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés et plus rarement injectés. Les effets de la cocaïne « base » sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est beaucoup plus courte (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à une multiplication des prises.

Héroïne⁹⁰ et autres opiacés: Les opioïdes constituent une famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot. Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone et la buprénorphine haut dosage sont, entre autres, des opioïdes. Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

L'héroïne se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique) et peut être injectée en intraveineuse, sniffée ou fumée en « chassant le dragon ». Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

La pratique de l'injection peut être à l'origine d'infections locales (abcès). La mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose en outre à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida ou de l'hépatite C.

Tabac⁹¹ : Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Il est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, en vrac, à rouler ou pour la pipe, et à chiquer.

Le tabac contient de la nicotine, qui possède un effet "éveillant", anxiolytique et coupe-faim. Les produits du tabac sont composés d'additifs (agents de saveur et de texture). La combustion de la feuille de tabac crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...), nocifs pour la santé. Si plusieurs milliers de substances sont identifiées dans la fumée du tabac, seule une dizaine d'entre elles présentent des doses physiologiquement actives : nicotine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudrons, etc.

⁹⁰ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>

⁹¹ <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC anti HBS+	Anticorps anti hépatite B
AC anti HC+	Anticorps anti hépatite C
Anti HTA	Anti hypertension artérielle (antihypertenseurs)
ASPBD	Société française des acteurs de la santé publique buccodentaire
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
COREVIH	Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSS	Complémentaire santé solidaire
DAG HBS+	Diagnostic antigène HBS positif
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTP	Diphtérie, tétanos et poliomyélite
ECG	Electrocardiogramme
HepB/VHB	Hépatite B
HepC/VHC	Hépatite C
HID	Handicaps incapacités dépendances (enquête dédiée)
HIV/VIH	Human immunodeficiency virus (anglais), Virus de l'Immunodéficience Humaine
IDR	Intradermo réaction à la tuberculine (test de dépistage)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle

INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infections sexuellement transmissibles
MA	Maison d'arrêt
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MST IST	Infections sexuellement transmissibles, anciennement maladies sexuellement transmissibles
NAP	Neuroleptique à Action Prolongée
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OIP	Observatoire international des prisons
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
ORS ARA	Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social (Picardie)
PMR	Personne à mobilité réduite
qMA	Quartier maison d'arrêt
RGDP	Réglementation générale de la protection des données
RT-PCR	Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction pour Transcriptase inverse-Réaction en Chaîne par Polymérase
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SSIAD	Service de soin infirmier à domicile
SpF	Santé publique France
TAP	Thoraco-abdomino-pelvien
TDM	Tomodensitométrie
TPHA VDRL	Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay
THC	Tétrahydrocannabinol
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
US	Unité sanitaire

USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VHB/ HepB	Virus de l'hépatite B
VHC/ HepC	Virus de l'hépatite C
VIH/ HIV	Virus de l'immunodéficience humaine, (Human immunodeficiency virus en anglais)

BIBLIOGRAPHIE

1. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Résultats. Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). N° 386. Mars 2005.
2. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique [internet]. Paris : Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2012 .186p.
3. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique [internet]. Paris : Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2019 .470p.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
4. Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé
http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/99/00029992-428758ebc85c6d27e9ff4d855dc5a018/fdr_sante_ppsmj_19_22_finale.pdf
5. Haut Conseil de la Santé Publique. ADSP (Actualité et dossier en santé publique). Santé des personnes sous main de justice. La documentation française. Paris 2018. N°104.
6. Diabète en Grand Est Chiffres clés : ORS Grand Est _ Chiffres clés. https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/Diab%C3%A8te%20chiffres%20cl%C3%A9s%20VF_2020_01_30.pdf
7. Addiction en Grand Est OFDT. Paris ; OFDT ;2014 p. 105.
https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Addictions%20en%20Grand-Est%202017_2.pdf
8. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Ministère des affaires sociales et de la santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Paris. 56p.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_des_tso_en_milieu_carceral-2.pdf
9. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour septembre 2020. OFDT. [Internet]. Disponible sur :
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf>
10. Conduites suicidaires. Bulletin de santé publique Grand Est. Santé Publique France. Février 2019. 25p.
11. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>

12. BEH_ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Santé publique France. Journée mondiale sans tabac. Paris. N° 14 : 26 mai 2020. 24p. [Internet]. Disponible sur : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/index.html>
13. Bulletin de santé publique alcool en région Grand Est. Paris. Janvier 2020. 35p. [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-region-grand-est.-janvier-2020>
14. Sénat. (Un site au service des citoyens). Paris [Internet]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-4494.html#:~:text=Si%20la%20consommation%20d'alcool,partie%20du%20quotidien%20des%20d%C3%A9tenus>
15. Usages des substances psychoactives illicites en France : résultats su Baromètre santé 2017. [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/usages-de-substances-psychoactives-illicites-en-france-resultats-du-barometre-sante-2017>
16. Gersende Guillemain. Le Chirurgien-Dentiste de France n°1849-1850 du 13-20 juin 2019. Toxicomanie et santé orale : Une dent contre la dépendance. [Internet]. Disponible sur : <http://aspbd.fr/la-sante-bucco-dentaire-un-enjeu-de-sante-publique/>
17. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Recommandation en santé publique. Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture et recommandation de la HAS mars 2011. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf
18. Catherine Fac, Elisabeth Marc, Loïc Hermet, Alexia Savignac, Anne-Isabelle Brière, Cécile Goujard. BEH_ Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Santé publique France. Enquête rétrospective sur les cas de tuberculose maladies diagnostiquées au centre pénitentiaire de Fresnes de 2014 à 2018. N°10-11: 7 avril 2020. [Internet]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/pdf/2020_10-11_3.pdf
19. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de la justice. Circulaire DGS/SP2/VS2/DAP n° 98-538 du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels. [Internet]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-36/a0362350.htm>
20. Circulaire de la DAP n°2007-PMJ2 du 26 juin 2007, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_interministerielle_DGSMC1DHOSO2DAPDAGE_RI_2007272_du_26_juin_2007_relative_a_la_lutte_contre_la_tuberculose_en_milieu_penitentiaire_prevention_depistage_continuite_traitement_formation_personnes.pdf
21. Droit à la santé et prison en Nouvelle-Calédonie", Actes du séminaire de Koné du 15 avril 2016, A. Leca, F. Faberon et J-B. Manga (dir.), Revue juridique politique et économique de Nouvelle-Calédonie, 2017/1, n° 29, pp. 150-177. [Internet]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01781713/>

22. L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? Meoïn Hagège Dans Santé Publique 2017/4 (Vol. 29), pages 563 à 567. Hagège, M. (2017). L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ?. Santé Publique, vol. 29(4), 563-567. [Internet]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.174.0563>
23. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne [1] Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S Camille Lancelevée Dans Regards 2017/1 (N° 51), pages 245 à 255. Lancelevée, C. (2017). Regards, 51(1), 245-255. [Internet]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/regar.051.0245>
24. Djamel Khodja. Soigner en prison. Article tiré du Traité de bioéthique (éditions érès, trois volumes) autour des questions de l'exercice médical en milieu pénitentiaire, ses spécificités et ses limites. Unité de consultations et soins ambulatoires, D3, Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (91) | Publié le : 28 Avril 2014.
25. Christine Chan Chee, Elodie Moutengou. InVs. Santé publique France. Maladies-chroniques-et-traumatismes. 2017 .Suicides-et-autres-deces-en-milieu-carceral-en-France-entre-2000-et-2010_[Internet]. Disponible sur : https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=538
26. Drs Rosemary Ancelle Park et C Barbier. Direction générale de la santé. Etat des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral. Décembre 2013. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_depistage-cancersfeminins_vf_2_.pdf
27. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint-Maurice. InVs. 2014. 94 p. [Internet]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
28. Lars Møller, Heino Stöver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer and Haik Nikogosian. Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. [Internet] Disponible sur : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
29. Fédération addictions _ Les csapa référents en milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification. Mars 2019. [Internet] Disponible sur : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=29152
30. Geneviève Guérin. Haut Conseil de la Santé Publique. ADSP (Actualité et dossier en santé publique). La santé en prison. Paris 2003. N°44.
31. Nathalie Fourcade, Franck von Lennep (DREES), Isabelle Grémy et François Bourdillon (Santé publique France) (dir.) Lorenza Luciano et Sylvie Rey (DREES), Emmanuelle Bauchet, Isabelle Grémy et Michel Vernay (Santé publique France) (coord.) et al.. Etat de santé de la population en France - Rapport 2017. [Internet] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

32. Stanislas Spilka, Jean-Baptiste Richard, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis, Raphaël Andler, Chloé Cogordan. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. OFDT, tendance novembre 2018. [Internet] Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssyb.pdf>

ANNEXES

I. Annexe 1 : Courriers



Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Le Directeur Interrégional des Services Pénitentiaires Grand Est

A

Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissements pénitentiaires du Grand Est

A l'heure où s'ouvre l'accès aux données de santé rendu possible par la Loi de modernisation de notre système de santé, il est impératif d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes placées sous main de justice.

Afin de préciser les moyens nécessaires à l'organisation des soins aux PPSMJ et à l'amélioration de leur état de santé, les besoins en matière de santé des personnes concernées doivent en effet être précisés.

Le rapport IGAS/IGSJ sur le plan 2010-2014 relatif à la santé des PPSMJ a souligné la nécessité de disposer de nouvelles données sur l'état de santé des personnes détenues : les études disponibles sont souvent trop anciennes et les actions en faveur de la santé de ces personnes ne peuvent être rendues effectives sans une actualisation de ces données.

Face à ce constat, la stratégie santé d'avril 2017 a identifié comme objectif de l'axe 1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice. » L'avis du Haut Conseil de Santé Publique de février 2018 préconise l'actualisation des connaissances sur l'état de santé des personnes détenues dans les cinq ans, en mettant en œuvre le scénario proposé par l'InVS (mise en place d'un système de surveillance et d'études).

La feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice » de juin 2019 définit 28 actions à mettre en œuvre dans les trois prochaines années. Le déploiement d'outils de suivi de l'état de santé global de la population détenue s'inscrit dans l'axe n°1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice ».

Ainsi, l'Agence Régionale de Santé Grand Est et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires Strasbourg Grand Est souhaitent conduire une étude sur la région, afin de disposer d'une vision précise de l'état de santé des personnes détenues et ainsi d'être en mesure d'adapter leurs politiques et leurs accompagnements.

Le déploiement de ce recueil, réalisé au sein des Unités Sanitaires des établissements pénitentiaires du Grand Est, a été confié à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est.

En 2016, une première étude avait été initiée mais le déploiement n'avait pas été satisfaisant. Afin de permettre la réussite de cette nouvelle étude, nous vous convions à une matinée de présentation de l'enquête épidémiologique le lundi 14 octobre à Vandoeuvre Lès Nancy (amphithéâtre - UC - CMP - 2 rue du doyen Jacques Parisot).

Suite à cette présentation il sera fait appel à candidature pour participer au comité de pilotage de mise en place et de suivi de ce recueil de données de santé des PPSMJ.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette étude, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

ARS Grand Est

Monsieur Christophe Lannelongue

DISP Strasbourg Grand Est

Monsieur Hubert Moreau

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Grand Est

Le Directeur Interrégionale des Services
Pénitentiaires Grand Est

A

Mesdames et Messieurs les Directeurs
d'établissements de santé sièges d'une unité
sanitaire du Grand Est

A l'heure où s'ouvre l'accès aux données de santé rendu possible par la Loi de modernisation de notre système de santé, il est impératif d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes placées sous main de justice. Afin de préciser les moyens nécessaires à l'organisation des soins aux PPSMJ et à l'amélioration de leur état de santé, les besoins en matière de santé des personnes concernées doivent être précisés. Le rapport IGAS/IGSJ sur le plan 2010-2014 relatif à la santé des PPSMJ a souligné la nécessité de disposer de nouvelles données sur l'état de santé des personnes détenues : les études disponibles sont souvent trop anciennes et les actions en faveur de la santé de ces personnes ne peuvent être rendues effectives sans une actualisation de ces données.

Face à ce constat, la stratégie santé d'avril 2017 a identifié comme objectif de l'axe 1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice. » L'avis du Haut Conseil de Santé Publique de février 2018 préconise l'actualisation des connaissances sur l'état de santé des personnes détenues dans les cinq ans, en mettant en œuvre le scénario proposé par l'InVS (mise en place d'un système de surveillance et d'études). La feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice » de juin 2019 définit 28 actions à mettre en œuvre dans les trois prochaines années. Le déploiement d'outils de suivi de l'état de santé global de la population détenue s'inscrit dans l'axe n°1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice ».

Ainsi, l'Agence Régionale de Santé Grand Est et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires Strasbourg Grand Est souhaitent conduire une étude sur la région, afin de disposer d'une vision précise de l'état de santé des personnes détenues et ainsi d'être en mesure d'adapter leurs politiques et leurs accompagnements.

Le déploiement de ce recueil, réalisé au sein des Unités Sanitaires des établissements pénitentiaires du Grand Est, a été confié à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est. En 2016, une première étude avait été initiée mais le déploiement n'avait pas été satisfaisant. Afin de permettre la réussite de cette nouvelle étude, nous vous convions à une matinée de présentation de l'enquête épidémiologique le lundi 14 octobre à Vandoeuvre Lès Nancy (*amphithéâtre - UC - CMP - 2 rue du doyen Jacques Parisot*).

Suite à cette présentation, il sera fait appel à candidature pour participer au comité de pilotage de mise en place et de suivi de ce recueil de données de santé des PPSMJ.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette étude, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

ARS Grand Est

Monsieur Christophe Lannelongue

DISP Strasbourg Grand Est

Monsieur Hubert Moreau



Direction interrégionale des
services pénitentiaires de
Strasbourg Grand Est

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Grand Est

Le Directeur Interrégional des Services
Pénitentiaires Grand Est

A

Mesdames et Messieurs les Médecins
coordonnateurs d'unité sanitaire du Grand Est

A l'heure où s'ouvre l'accès aux données de santé rendu possible par la Loi de modernisation de notre système de santé, il est impératif d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes placées sous main de justice. Afin de préciser les moyens nécessaires à l'organisation des soins aux PPSMJ et à l'amélioration de leur état de santé, les besoins en matière de santé des personnes concernées doivent être précisés. Le rapport IGAS/IGSJ sur le plan 2010-2014 relatif à la santé des PPSMJ a souligné la nécessité de disposer de nouvelles données sur l'état de santé des personnes détenues : les études disponibles sont souvent trop anciennes et les actions en faveur de la santé de ces personnes ne peuvent être rendues effectives sans une actualisation de ces données.

Face à ce constat, la stratégie santé d'avril 2017 a identifié comme objectif de l'axe 1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice. » L'avis du Haut Conseil de Santé Publique de février 2018 préconise l'actualisation des connaissances sur l'état de santé des personnes détenues dans les cinq ans, en mettant en œuvre le scénario proposé par l'InVS (mise en place d'un système de surveillance et d'études). La feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice » de juin 2019 définit 28 actions à mettre en œuvre dans les trois prochaines années. Le déploiement d'outils de suivi de l'état de santé global de la population détenue s'inscrit dans l'axe n°1 « Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice ».

Ainsi, l'Agence Régionale de Santé Grand Est et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires Strasbourg Grand Est souhaitent conduire une étude sur la région, afin de disposer d'une vision précise de l'état de santé des personnes détenues et ainsi d'être en mesure d'adapter leurs politiques et leurs accompagnements.

Le déploiement de ce recueil, réalisé au sein des Unités Sanitaires des établissements pénitentiaires du Grand Est, a été confié à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est.

En 2016, une première étude avait été initiée mais le déploiement n'avait pas été satisfaisant. Afin de permettre la réussite de cette nouvelle étude, nous vous convions à une matinée de présentation de l'enquête épidémiologique le lundi 14 octobre à Vandoeuvre Lès Nancy (*amphithéâtre - UC - CMP - 2 rue du doyen Jacques Parisot*)

Suite à cette présentation, il sera fait appel à candidature pour participer au comité de pilotage de mise en place et de suivi de ce recueil de données de santé des PPSMJ.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette étude, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

ARS Grand Est

Monsieur Christophe Lannelongue

DISP Strasbourg Grand Est

Monsieur Hubert Moreau

II. Annexe 2 : Liste des membres du comité de pilotage

L'établissement du comité de pilotage élargi fait suite à un appel à candidature organisé lors de la journée de présentation de l'étude en octobre 2019.

Liste des membres du comité de pilotage élargi par ordre alphabétique

Madame Virginie Arnould (ARS Grand Est)

Monsieur Michel Bonnefoy (ORS Grand Est)

Madame Sabrina Boime (ORS Grand Est)

Madame Stéphanie Bourion-Bedes (SMPR Metz)

Monsieur Jean-François Fogliarino (DISP Grand Est)

Monsieur Saïd Gharzouli (USMP MA Bar-Le-Duc)

Madame Dominique Guirlet (USMP Bar-Le-Duc)

Madame Mélanie Hermann (DISP Grand Est)

Monsieur Aurélien Karch (interne SMPR Strasbourg)

Madame Roxanne Radenne (USMP St Mihiel/Montmedy)

Monsieur Denis Titah (USMP CS Nancy)

III. Annexe 3 : Guide de remplissage

Enquête sur la santé des personnes détenues à l'entrée en détention Guide de remplissage

Ce document a vocation à vous aider lors du recueil des données, dans le cadre de l'enquête sur la santé des personnes détenues à l'entrée en détention. Il n'est pas exhaustif.

Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions :

Sabrina Boime

03 88 11 69 80

sabrina.boime@ors-ge.org

Michel Bonnefoy

03 83 67 68 69

michel.bonnefoy@ors-ge.org

Définition de la population

Critère d'inclusion : Toute personne, majeure ou mineure, homme ou femme, entrant de liberté qui consent à participer à l'enquête. Toute personne ayant une compréhension suffisante du français ou pouvant bénéficier d'une traduction afin de répondre aux questions du professionnel qui renseigne le questionnaire.

Critère de non inclusion : Refus explicite de la personne de participer à l'enquête.

Nature et organisation des informations

La collecte des données s'effectue à l'aide d'un questionnaire composé comme suit :

- un volet détachable à compléter et **conserver impérativement** jusqu'à la publication du rapport (une enveloppe datée vous est fournie par l'ORS Grand Est pour conserver ces volets) ;
- pour les mineurs, une autorisation parentale est à faire remplir par le représentant légal et à conserver dans la même enveloppe que le volet détachable des questionnaires, il vous est demandé de recopier le numéro identifiant du questionnaire correspondant ;
- le questionnaire à compléter lors de la visite médicale et à retourner à l'ORS Grand Est dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Les données transmises à l'ORS Grand Est sont donc anonymisées.

Veillez, s'il vous plait, rappeler le caractère confidentiel et le droit à l'information aux personnes enquêtées.

Aide au remplissage

La première partie du questionnaire est déclarative, nous vous demandons de collecter les informations auprès de la personne enquêtée.

Le seconde partie « examen médical » relève de la compétence médicale.

Règles générales :

- pour la majorité des questions, veuillez cocher les cases correspondant aux modalités de réponse, par exemple :
Homme Femme
- l'absence de coche correspond à une non-réponse,
- pour les réponses chiffrées, précisez les unités de mesures : années, mois, semaines, jours....

Balayage de quelques questions :

Date d'incarcération : |_|_|/|_|_|_|_| (mois/année)

Pour des raisons de confidentialité, nous ne collectons que le mois et l'année.

Refus de répondre aux questions : oui non

Tous les questionnaires même ceux spécifiant un refus devront être retournés à l'ORS sans le volet détachable (qui doit être conservé dans l'enveloppe prévue à cette effet).

Communication possible : précisez si oui non

Si oui en quelle langue ? (français, cochez la case correspondante) ou autre précisez laquelle.

Nombre de jours entre la date de la visite médicale et la date d'incarcération :

Le nombre de jours est à calculer en jours ouvrés comme suit :

- le jour de l'incarcération ne doit pas être pris en compte, soit pour une date d'incarcération au jeudi 08 octobre et une visite le vendredi 09 octobre, il faut compter 1 jour,
- le week-end, compte pour « moins deux jours » (- 2 jours), soit pour date d'incarcération au vendredi 09 octobre 2020 et une visite le jeudi 15 octobre, il ne faut pas compter 6 jours mais 4 jours (le samedi 10 octobre et le dimanche 11 octobre sont à retirer du calcul).

Couverture sociale avant l'incarcération : CMU-C : le nom de ce dispositif est amené à changer, cependant, à ce jour, le texte de loi du revenu universel regroupant les financements sociaux n'a pas encore été discuté. Nous conservons donc cette formulation.

Consommation de tabac : la consommation de cannabis n'est pas assimilée à une consommation de tabac.

Consommation d'alcool : « consommation d'alcool à risque » : selon la norme en vigueur dans le cadre de la politique de réduction des risques et des dommages, plus de 10 verres standardisés par semaine ou plus de 2 verres par jour ou ne pas avoir de jour dans la semaine sans consommation.

Autres addictions en cours précédant l'incarcération :

Addiction sans produit : par exemple une addiction aux jeux d'argent, au sexe...

Partie relative à l'Examen médical :

Biométrie : veuillez consigner la biométrie recueillie lors de la visite médicale.

Etat de santé : selon votre avis médical, l'état de santé de votre patient est :

- « Bon »
- « Moyen »,
- « Mauvais ».

Présence de tatouage, de piercing : cocher non, si le tatouage ou le piercing a été retiré.

Prescription d'examens complémentaires : on ne collecte pas les résultats des examens. Notre intérêt se porte uniquement sur la prescription et/ ou réalisation de ces examens.

Abréviations utilisées

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC anti HBS+	Anticorps anti hépatite B
AC anti HC+	Anticorps anti hépatite C
Anti HTA	Anti hypertension artérielle (antihypertenseurs)
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAG HBS+	Diagnostic antigène HBS positif
HepB	Hépatite B
HepC	Hépatite C
HIV	Human immunodeficiency virus, Virus de l'Immunodéficience Humaine
IDR	Infection tuberculeuse récente
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NAP	Neuroleptique à Action Prolongée
PMR	Personne à mobilité réduite
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SSIAD	Service de soin infirmier à domicile
TPHA VDRL	Examen de recherche de la trépanem (Syphilis)
Vaccination DTP	Diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Suivi du recueil et retour de questionnaires

Si lors de la phase de recueil, vous manquez de matériels (questionnaires, note d'informations, autorisation parentale pour les détenus mineurs), n'hésitez pas à contacter l'équipe de l'ORS Grand Est en charge de l'enquête. Nous nous ferons un plaisir de vous adresser les documents manquants.

A l'issue de la phase de recueil, vous pourrez nous adresser l'ensemble des questionnaires dans l'enveloppe pré-timbrée à cet effet. Nous avons prévu un envoi par accusé réception pour plus de sécurité.

Nous restons à votre disposition pour toute question.

IV. Annexe 4 : Questionnaire

Enquête sur la santé des personnes détenues à l'entrée en détention

Nom de l'établissement : _____ Identifiant : _____

Sexe du détenu : Homme Femme

Année de naissance : |_|_|/|_|_|_|_| (mois/année) si mineur cocher cette case

Nationalité : Française Étrangère

Communication possible : oui non

Si oui en quelle langue ? Français autre laquelle: _____

Besoin d'un interprète oui non

Date d'incarcération : |_|_|/|_|_|_|_| (mois/année)

1^{ère} incarcération : oui non

Nombre de jours entre la date de la visite médicale et la date d'incarcération : _____

Couverture sociale avant l'incarcération :

- Assurance maladie (sécurité sociale)
- Autre.....
- CMUC
- AAH.....
- Est sous mesure de protection
- Ne sait pas

Refus de répondre aux questions : oui non

Déclare un traitement en cours par :

Aucun traitement en cours

- Bronchodilatateurs et/ou antiasthmatiques
- Antituberculeux
- Anticomitiaux
- Insuline ou antidiabétiques
- Anti HTA, anti-angoreux ou anticoagulants
- Trithérapies et autres antirétroviraux (HIV)
- Traitement antiviral (hep B, hep C...)
- Traitement antalgique
- Traitement psychotrope
- Si oui, lequel ou lesquels : Antidépresseurs Anxiolytiques Neuroleptiques
- Thymorégulateurs Hypnotiques NAP
- Traitement de substitution aux opiacés
- Si oui, lequel ou lesquels : Méthadone Buprénorphine Suboxone
- Traitement de substitution à l'alcool
- Autre traitement au long cours (hors contraception) Précisez _____

Déclare avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération.

oui non

Si oui, lequel ou lesquels.

- Consultation MCO ou visite médicale ou suivi gynécologique
- Hospitalisation (hors psychiatrie).....
- Consultation psychiatrique ou psychologue
- Hospitalisation en psychiatrie
- Consultation chez un dentiste.....
- CSAPA.....

Déclare avoir déjà fait une tentative de suicide : oui non

Si oui, année de la dernière tentative de suicide : |_|_|_|_|

Consommation de tabac . (si possible préciser sous quelle forme :roulé/ tubé/industrielle....) _____

Si oui depuis combien de temps : _____

- Nombre moyen de cigarettes/jour _____ ne sait pas
- A arrêté de fumer si oui depuis combien de temps _____
- N'a jamais fumé de tabac

Consommation d'alcool :

Si oui depuis combien de temps : _____

- Jamais
- Rarement
- Consommation à risque

(Plus de 10 verres standards par semaine ou plus de 2 verres par jour ou ne pas avoir de jour dans la semaine sans consommation)

Autres addictions en cours précédant l'incarcération :

- Cannabis et dérivés consommation régulière (10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours)
- consommation occasionnelle (moins de 10 usages au cours des 30 derniers jours)
- pas de consommation

- Héroïne, morphine, opium oui non
- Si oui, sous quelle forme. injecté fumé sniffé
- Cocaïne, crack oui non
- Si oui, sous quelle forme. injecté fumé sniffé
- Addiction sans produit oui non
- Si oui, laquelle : _____

Déclare avoir déjà eu un ou des tests de dépistage avant l'incarcération : oui non ne sait pas

Si oui, lequel ou lesquels :

- HIV.....
- Hépatite B
- Hépatite C.....
- Syphilis / autres / autres MST IST.....
- Mammographie.....
- Frottis
- Cancer colorectal.....
- Autres lequel : _____

Déclare avoir déjà eu une vaccination complète contre l'hépatite B : oui non ne sait pas

Vaccination DTP à jour incomplète ne sait pas

Examen médical :

Poids (kg) _____ Taille (m) _____

État général jugé Bon Moyen Mauvais

État buccodentaire jugé : Bon Soins à programmer Soins urgents nécessaires

Présence de tatouage oui non

Présence de piercing oui non

Nécessite un suivi par médecin généraliste oui non

Nécessite un traitement de substitution oui non

Signe de sevrage oui non

Idéation suicidaire oui non

Nécessite un aménagement des conditions de détention du fait d'un problème médical ou d'un handicap

oui non

Si oui, lequel ou lesquels :

- Régime alimentaire spécifique
- Cellule PMR
- Intervention d'un SAVS
- Intervention SSIAD
- Dossier MDPH

Prescription d'une consultation spécialisée : oui non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

- Consultation d'addictologie
- Dermatologie
- Gastro-entérologie
- Gynécologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Orthopédie
- Pneumologie
- Psychiatrie

Si oui, demande urgente : oui non

- Pour quel motif principal :
- Sevrage
 - Episode psychotique
 - Risque suicidaire
 - Autres

- Maladies infectieuses
- Cardiologie
- Dentaire
- Autres précisez : _____

Prescription d'un traitement pour une pathologie aigue : oui non

Prescription d'examens complémentaires : oui non

Sérologie hépatite B oui non

Si oui, réalisée oui non

Si oui, DAG HBS + AC anti HBS + AC anti HC+

Sérologie hépatite C oui non Si oui, réalisée oui non

Sérologie HIV oui non Si oui, réalisée oui non

TPHA VDRL oui non Si oui, réalisée oui non

Le patient refuse les sérologies

Autre bilan sanguin

Recherche urinaire de toxiques ou de médicaments de substitution aux opiacés

Radiographie du thorax (pour dépistage BK)

IDR

Autre radiographie

Mammographie

Frottis

Autre examen prescrit

Précisez : _____

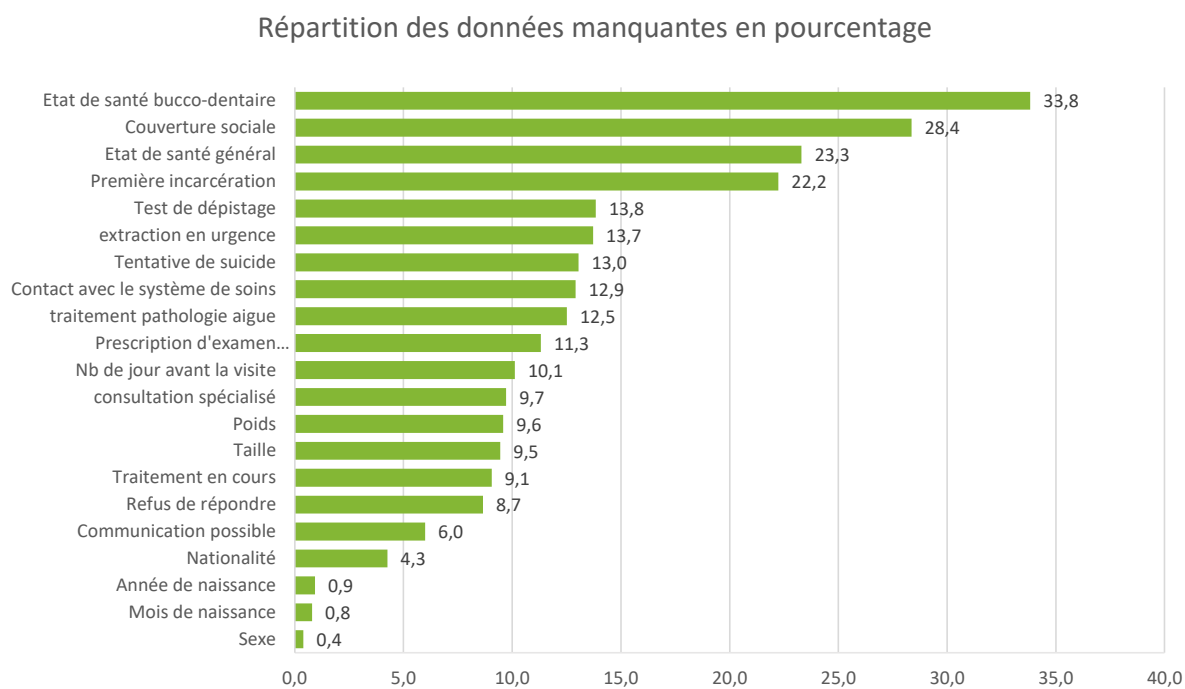
A nécessité une extraction en urgence : oui non

Si oui, pour quel motif : _____

V. Annexe 5 : Figures complémentaires

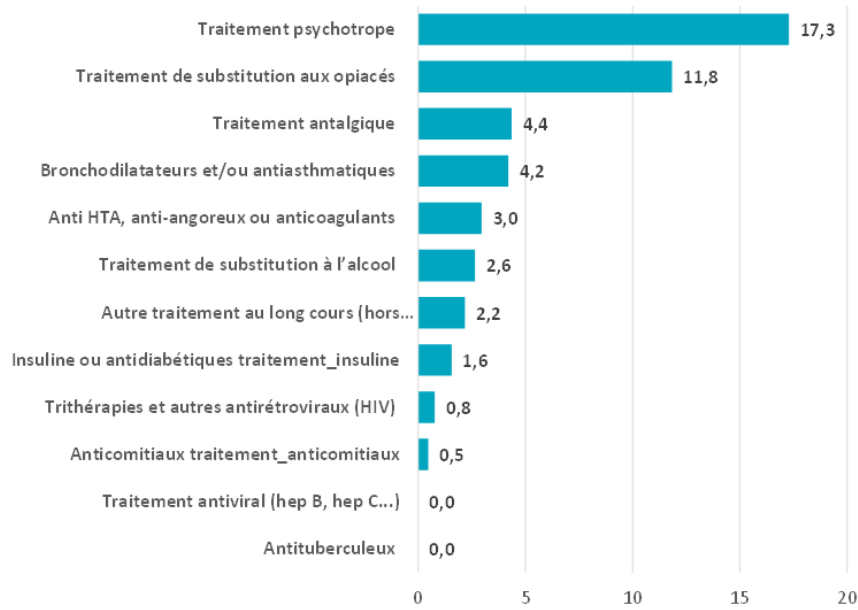
Ci-dessous sont présentés d'autres résultats

Figure 9 : Part de données manquantes pour les principaux indicateurs (en pourcentage)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

Figure 10 : Type de traitement en cours déclaré au moment de l'incarcération rapporté à tous les patients même ceux ne déclarant pas de traitement en cours au moment de l'incarcération (en pourcentage)



Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

VI. Annexe 6 : Répartitions par âge de la population

Tableau 40 : Répartition par âge et âge moyen de la population de l'enquête ayant accepté et n'ayant pas accepté de répondre aux questions (en pourcentage)

Tranche d'âge	Population de l'ensemble de l'enquête	Population des patients ayant accepté de répondre aux questions
De 16 à 24 ans	22.5	22.6
De 25 à 34 ans	36.7	36.3
De 35 à 44 ans	26.0	26.0
De 45 à 54 ans	10.7	11.0
De 55 à 64 ans	3.1	3.2
65 ans et plus	1.1	0.9
Age moyen	33,8	33,8
Effectif	739	634

Source : Enquête sur la santé des patients incarcérés en Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

« On doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans : il faut être aux frontières. La critique, c'est l'analyse des limites et la réflexion sur elles. »

Michel Foucault «Dits et écrits»



**Observatoire régional de la santé Grand Est
(ORS Grand Est)**

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69

Site internet : www.ors-ge.org – E-mail : contact@ors-ge.org