



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2012

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Joanna PHILIPPE

le 10 Décembre 2012

DE LA PRISON A LA VILLE :
Quelques pistes de réflexion.

Examinateurs de la thèse :

Professeur KLEIN Marc, Président.

Professeur COUDANE Henry, Juge.

Professeur ALLA François, Juge.

Docteur DARDENNE Clémence, Juge.

Docteur PETON Patrick, Juge.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1^{er} Cycle : **Professeur Bruno CHENUEL**

- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »

M. Christophe NÉMOS

- 2^{ème} Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**

- 3^{ème} Cycle :

« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »

« DES Spécialité Médecine Générale

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Paolo DI PATRIZIO

- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**

- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**

- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**

- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

Assesseurs Relations Internationales Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORIAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORIAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
- Pierre BEY

Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET -

Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
- Jean-Pierre

DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien
DUPREZ - Jean-Bernard

DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN -
Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -
Denise MONERETVAUTRIN

- Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU -
Jacques POUREL

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSIDIER

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)
Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA
3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)
Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET
2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)
Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2^{ème} sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)
Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)
Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)
Docteur Lina BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSILOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérérologie*)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)
Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)
Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES
5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**Médecine Générale**

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Paul MICIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de

Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô

Chi Minh-Ville (VIÉTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto

(JAPON)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Marc KLEIN.

Professeur d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissants d'avoir accepté de suivre et soutenir ce travail.

Nous gardons un excellent souvenir de notre stage d'externat dans votre service d'endocrinologie.

Nous vous prions de voir dans ce modeste travail toute l'expression de notre profond respect et de notre immense gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Henry COUDANE.

Professeur de Médecine Légale et Droit de la Santé.

Doyen de la faculté de Médecine de Nancy.

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National du Mérite.

Chevallier de la Légion d'Honneur.

Nous vous sommes reconnaissants de votre accueil et de votre disponibilité.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre plus profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François ALLA.

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et Prévention.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse ainsi que pour votre disponibilité.

A NOS DIRECTEURS ET JUGES.

Madame le Docteur Clémence DARDENNE.

Praticien Hospitalier de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy.

Monsieur le Docteur Patrick PETON.

Chef de Service de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy.

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présents.

Cette thèse est la vôtre aussi.

Je me souviendrais de votre soutien indéfectible et de votre patience inaltérable pendant et après mon passage dans votre service. De tous mes stages, il est celui qui m'a le plus apporté.

Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

Remerciements à l'ensemble des médecins qui ont participé avec enthousiasme à notre enquête.

Remerciements à l'ensemble des équipes (médicales et pénitentiaires) qui ont participé à ma formation ; dont je me réjouis d'avoir fait la connaissance et d'avoir partagé l'expérience.

Remerciements plus particuliers à Cécile, Marie Laure, Virginie, Docteur Hilpert, Docteur Bach, Docteur Jouin, Docteur Blanchot. Je suis fière de toutes les rencontres que j'ai faites mais les vôtres ont gardé une place particulière dans mon cœur.

A Maman,

Ton soutien et tes encouragements permanents ont été pour moi une force extraordinaire. Sans elle, mes études et ce travail ne se seraient pas déroulés de la même manière, ils n'auraient probablement pas abouti.

Je te dédie ces dix dernières années de travail, au bout desquelles je ne serais pas arrivée sans toi.

A ma famille,

Pour votre bienveillance et votre amour. Merci d'être aussi fière de mon parcours et d'avoir toujours soutenu mes efforts. Merci d'être là pour moi. Mes plus tendres pensées sont pour ceux qui nous regardent là-haut.

Merci à mes deux papas.

Marion, Jim (le "ptit d'hom" de ma vie), Joël et Vivi vous êtes ma fratrie. Je donnerais tout pour vous. Je suis fière de vous.

A tous mes amis,

Alex, tu étais là bien avant le début et tu resteras jusqu'à la fin. Tu es mon frère de cœur.

Audrey, mon amie d'enfance, nous nous voyons trop peu mais de savoir que tu es là est indispensable.

JB, Ed, Stéphanie, Les Matthieus, Gougouille, Eva, Damien et Anaïs ; sans vous l'externat aurait été sans saveur. Je suis heureuse de vous savoir toujours présents malgré nos emplois du temps chargés.

Adrien, Valérie, Camille, Les Matthieus, Jérôme qu'aurait été mon internat sans vous ? Merci.

Clairette, toujours présente malgré la distance.

Merci à Mike, sa famille et nos amis (Olive, Séverine, Elodie et François, Manu). La vie évolue mais vous restez dans mes pensées.

Merci à tous ceux que j'oublie sur le moment, et dont les noms me reviendront trop tard pour être écrits sur cette page.

Je ne suis rien sans les autres.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	.....	p. 17
I) <u>ETAT DES LIEUX</u>	.....	p. 19
1) Quelques définitions.....	.....	p. 19
a) <u>Les institutions</u>.....	.....	p. 19
b) <u>Données chiffrées</u>.....	.....	p. 19
c) <u>Les différentes peines</u>.....	.....	p. 20
d) <u>Les différents établissements</u>.....	.....	p. 22
e) <u>Historique pénal</u>.....	.....	p. 24
• Les supplices.....	.....	p. 24
• Les bagnes.....	.....	p. 25
• Les prisons.....	.....	p. 26
• La peine de mort.....	.....	p. 28
2) La prise en charge sanitaire des détenus.....	.....	p. 29
a) <u>Historique</u>.....	.....	p. 29
b) <u>Organisation actuelle</u>.....	.....	p. 31
3) L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire.....	.....	p. 36
a) <u>L'entrée en détention</u>.....	.....	p. 36
b) <u>Le suivi pendant l'incarcération</u>.....	.....	p. 37
c) <u>La sortie de détention</u>.....	.....	p. 38
4) La vie en détention.....	.....	p. 39
5) Profil des patients incarcérés.....	.....	p. 42
a) <u>A l'incarcération</u>.....	.....	p. 42
b) <u>Effets de l'incarcération</u>.....	.....	p. 46
II) <u>MATERIEL ET METHODE</u>	.....	p. 48
1) Recueil de l'opinion des médecins généralistes libéraux.....	.....	p. 48

2) Recueil de l'avis des médecins exerçant en UCSA et de patients	p. 53
a. <u>Avis des médecins exerçant en Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires</u>	p. 53
b. <u>Avis de quelques patients</u>	p. 57
III) RESULTATS	p. 59
1) Opinions des médecins généralistes	p. 59
a. <u>Caractéristiques des médecins généralistes</u>	p. 59
b. <u>La pratique en Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires</u>	p. 60
c. <u>Leur vécu de la continuité des soins</u>	p. 61
d. <u>La vision des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires par les médecins généralistes</u>	p. 64
e. <u>Les attentes des médecins généralistes</u>	p. 65
f. <u>L'inertie</u>	p. 66
g. <u>L'amalgame prison-hôpital</u>	p. 67
h. <u>Les clivages</u>	p. 67
<i>Ville – Hôpital</i>	p. 67
<i>Prison – Société</i>	p. 68
i. <u>Représentations et méconnaissance du monde carcéral</u>	p. 69
j. <u>L'image du patient</u>	p. 70
2) Réponses des médecins exerçant en Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires	p. 74
3) Quelques entretiens avec des patients	p. 76
a. <u>Leur relation avec leur médecin traitant</u>	p. 76
b. <u>La perception de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires</u>	p. 77
IV) DISCUSSION	p. 78
1) Informer les acteurs de soins	p. 79
2) Place des psychiatres et des traitements psychotropes	p. 82

3) Quelle place pour le patient ?.....	p. 83
4) Les différents moyens de communication envisagés.....	p. 84
5) L'exemple de l'addiction.....	p. 85
6) Quelles sont les solutions envisageables ?.....	p. 86
7) Les biais.....	p. 87
<u>CONCLUSION</u>	p. 89
<u>ANNEXES :</u>	
Entretien médical n°1.....	p. 90
Entretien médical n°2.....	p. 97
Entretien médical n°3.....	p. 109
Entretien médical n°4.....	p. 115
Entretien médical n°5.....	p. 126
Entretien patient n°1.....	p. 135
Entretien patient n°2.....	p. 137
Entretien patient n°3.....	p. 139
Entretien patient n°4.....	p. 141
Entretien patient n°5.....	p. 143
Entretien patient n°6.....	p. 145
<u>GLOSSAIRES DES ABREVIATIONS</u>	p. 147
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p. 148

INTRODUCTION

L'emprisonnement est une rupture, un évènement de vie imposé par la société ayant pour but de sanctionner par la seule privation de liberté. Néanmoins cette période doit permettre au mieux la réinsertion ultérieurement. Les personnes placées en détention sont fragilisées et pour la grande majorité issues de milieux défavorisés. Elles nécessitent une prise en charge médico-psycho-sociale donc globale.

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire était autrefois appelé "médecine carcérale". Ce terme est aujourd'hui désuet.

En effet, pendant longtemps, les médecins assurant la prise en charge des personnes détenues ont été employés par l'administration pénitentiaire (Ministère de la Justice). Son image était alors extrêmement dévalorisée : des médecins sous-payés, sans moyens, mal considérés par la profession. La réforme de 1994 a profondément modifié cet univers. Elle a permis de définir un statut spécifique pour ces professionnels bien démunis dans ce milieu où la sécurité et la sanction prennent. Celle-ci a modifié la vie des détenus en prenant en considération leur santé et en diminuant la perte de chance induite par la détention. Aujourd'hui, des services multidisciplinaires sont ouverts et dédiés à la prise en charge sanitaire de cette population fragilisée : les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) installées au sein des prisons et les Unités Hospitalières Sécurisées Inter-Régionales (UHSI) auxquelles s'ajoutent plus récemment les Unités Hospitalières Sécurisées Aménagées (UHSA). Les objectifs de la loi sont d'apporter une équivalence de prise en charge pour les personnes placées sous main de justice.

Le relais de la prise en charge aux passages clés (l'entrée et la sortie de prison) n'est à ce jour pas optimal.

L'objectif de ce travail a été de recueillir les avis et les attentes des médecins généralistes libéraux, qui ont dans leur patientelle des anciens détenus, sur la continuité des soins entre la prison et la ville. Le but étant de proposer des solutions aux difficultés soulevées telles que le manque de collaboration, l'absence de

transmission d'informations médicales lors de la libération, la reconduction de traitements parfois inhabituels en médecine de ville. La création d'un outil de communication standardisé utilisable en cabinet libéral comme en milieu hospitalier pourrait être envisagée par exemple.

Dans une première partie, nous développerons des notions générales. Elles permettront de familiariser les lecteurs avec les particularités du monde carcéral : son organisation, son histoire. Puis dans un second temps, nous expliquerons le déroulement du travail de recherche et exposerons les réponses obtenues. Enfin nous discuterons les résultats (le manque de collaboration entre professionnels, le discrédit attribué aux patients et aux professionnels de santé exerçant dans le milieu carcéral) et les moyens d'améliorations possibles.

I- ETATS DES LIEUX

Les personnes jugées coupables par la Justice n'étaient pas considérées comme des êtres humains à part entière pendant de nombreuses années. Les châtiments corporels ont été remplacés par la privation de liberté et les sanctions patrimoniales. La personnalisation des peines (1) a contribué à l'amélioration de la prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice, elle occupe une place essentielle depuis ces vingt dernières années.

1) Quelques définitions.

a. Les institutions.

En 1970, selon les données de l'administration pénitentiaire, la population carcérale représentait 17 974 individus; ce chiffre est resté stable jusqu'à la décennie 1980-1990 (entre 12 972 individus en 1975 et 21 091 individus en 1986) puis les chiffres ont commencé à augmenter progressivement (31 509 individus en 1996, 34 815 individus en 2004, 39 790 individus en 2006). Une très franche augmentation annuelle de la population pénale est observée depuis 2007 jusqu'à aujourd'hui (2)(3). Au 1^{er} Juillet 2012, 67 373 personnes sont détenues en France dont 17 138 prévenus, 50 235 condamnés et 810 mineurs ; s'y ajoutent 12 609 personnes sous écrous avec un aménagement de peine (4). Sur les douze derniers mois, on a observé une augmentation de 9,2% de la population pénale totale et de 6,4% de la population incarcérée (5).

A l'heure actuelle, la surpopulation des établissements pénitentiaires est une problématique nationale et ancienne, le nombre de places théorique est de 57 213 lits. Les détenus en surnombre ont été recensés au 1^{er} février 2012 à 11 705 individus. Cela sous-entend qu'un certain nombre de personnes dorment sur le sol pendant leur détention (629 au 1^{er} janvier 2012) (5). Les établissements les plus touchés sont les maisons d'arrêt (au 1^{er} juillet 2012 on observait un taux d'occupation minimum de 137% dans sept des huit maisons d'arrêt d'Ile de France) (6).

En 2010, il y a eu 82 725 entrants en détention et 81 839 sortants. La durée moyenne d'incarcération était de 9,7 mois (3).

b. Les différentes peines. (1)

La pénologie est la science des peines, elle étudie l'utilité sociale et individuelle des différentes sanctions appliquées. Elle a pris une place importante depuis que la privation de liberté est devenue la principale punition de notre système répressif et qu'apparaissent progressivement des alternatives à l'enfermement.

« La peine est la rançon de l'acte antisocial commis »(1). Les différentes condamnations ont une fonction morale et utilitaire. Si un volet concerne une victime, le coupable compense le préjudice qu'il lui a fait subir, en accomplissant sa peine. Le côté utilitaire est représenté par trois aspects :

- L'exemplarité afin d'éviter la « contagion » du mal dans le cadre d'une « prévention générale ».
- La réadaptation sociale pour éviter la récidive, en essayant de favoriser la réinsertion sociale de l'individu, elle prend une place de plus en plus importante au fil des années.
- "L'élimination" longtemps au premier plan, ce but n'est quasiment plus poursuivi actuellement. (Sur 628 052 condamnations, seize peines de réclusion à perpétuité ont été prononcées en 2010 (3)).

Les peines sont divisées en différentes catégories.

- Les peines privatives de liberté : elles se déroulent :
 - o en milieu fermé. C'est alors l'enfermement de l'individu sous forme
 - d'emprisonnement criminel (moins de 10 ans (7)).
 - de réclusion criminelle, à temps (de 10 à 30 ans (7)) ou à perpétuité.

- en milieu ouvert, elle comprend le régime de semi-liberté, la liberté conditionnelle, la probation (sursis avec mise à l'épreuve) et le placement sous surveillance électronique.
- Le suivi socio-judiciaire: il a été instauré en 1998 et concerne essentiellement les délinquants sexuels. Il comprend une obligation de répondre aux convocations du juge d'application des peines (JAP), recevoir des visites du travailleur social et interdit la fréquentation de lieux accueillant des mineurs par exemple.
- L'obligation de soins: elle concerne généralement les personnes souffrant de pathologies addictives (alcool, drogues).
- Les peines restrictives de liberté: elles sont extrêmement variées et limitent les déplacements (interdiction de séjour, interdiction de quitter le territoire).
- Les sanctions pécuniaires: la plus fréquente est l'amende, mais il y a aussi les jours-amende (somme quotidienne à reverser pendant X jours (8)), la confiscation de l'objet du délit : par exemple le véhicule.
- Les sanctions restreignant l'activité professionnelle dont les principales sont l'interdiction d'exercer des fonctions publiques, la médecine, le retrait de licence d'exploitation de débit de boissons ; elles peuvent s'appliquer à tous les domaines (banque, assurance, gérance...).
- Les sanctions restreignant l'exercice de certains droits tel que civiques, civils, familiaux. L'interdiction de détenir ou porter une arme, de conduire certains véhicules en font également partie.
- Les sanctions portant atteinte à la réputation : la personne condamnée doit mener une campagne d'information à ses frais pour notifier à l'opinion

publique la nature de ses délits. Certains journaux, qualifiés de presse à scandale, y sont régulièrement condamnés.

Les mesures de sûreté sont à différencier des multiples sanctions énoncées précédemment ; leurs principales fonctions sont la prévention de la récidive et la protection de la société dans le cas d'individus particulièrement dangereux pour l'ordre social. Elles peuvent être neutralisatrices (expulsion des étrangers délinquants), rééducatives (beaucoup utilisées pour les mineurs), thérapeutiques (hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat) ou disjonctives (qui empêchent la réunion des facteurs menant au délit).

c. Les différents établissements

Les peines d'emprisonnement sont définies comme une privation d'aller et venir. La population carcérale regroupe deux catégories d'individus : les prévenus c'est-à-dire les personnes en attente de jugement définitif (initial, en appel ou en cassation) et les condamnés, personnes ayant été jugées et effectuant leur peine (9).

Aujourd'hui en France, on compte 189 établissements pénitentiaires, répartis sur la métropole ainsi que les territoires et départements d'outre-mer. Les lieux de privation de liberté sont actuellement répartis en trois types d'établissements : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements spécialisés (1).

- Les 101 maisons d'arrêt (3) accueillent soit des prévenus soumis à la détention provisoire, soit des condamnés ayant un reliquat de peine inférieur à un an ou une peine de moins de deux ans lors de leur condamnation (1).

- Les établissements pour peine sont destinés à des individus condamnés définitivement (après les différents appels et pourvois en cassation s'ils ont lieu) (1).

Il y a 25 centres de détention, ils ont pour vocation de prendre en charge des condamnés à de courtes ou moyennes peines dont la perspective de réinsertion est la meilleure (1,9). Deux d'entre eux sont ouverts et réservés à des condamnés peu dangereux (en Corse et à Port de la Prée sur l'île de Ré)(1).

Six maisons centrales sont réservées à des longues peines (plus de quatre ans après condamnation définitive)(3). Ce sont des lieux axés sur la sécurité et l'accueil de détenus dangereux (9).

Les centres de semi-liberté (au nombre de onze) et centres pour peines aménagées (au nombre de quatre) (3) sont destinés aux condamnés bénéficiant d'aménagement en fin de peine, leur but étant la réinsertion sociale et la préparation à la sortie (1).

Les centres pénitentiaires sont des établissements qui regroupent deux types de régime (9) par exemple à Maxéville un centre de détention et un quartier maison d'arrêt.

- Les établissements spécialisés sont destinés à accueillir des condamnés en fonction de données démographiques (âge, sexe, état de santé, personnalité) comme l'hôpital central de Fresnes, la prison-hospice de Liancourt (1).

Sont classés à part les centres de rétention administratifs dédiés aux individus clandestins en attente d'une décision d'expulsion.

d. Historique pénal

La pénitence fait partie de notre société depuis sa création. Au Moyen Age déjà, elle était considérée comme un sacrement ayant pour but de faire pardonner ses péchés (10). Elle s'est présentée sous différents « modes » : le supplice, la peine de mort, les galères, le bagne, l'enfermement jusqu'à la disparition de certaines sanctions. Elle a eu une connotation religieuse autant que politique (11). « Tu donneras vie pour vie, œil pour œil, dent pour dent, main pour main, pied pour pied, brûlure pour brûlure, blessure pour blessure, meurtrissure pour meurtrissure ». (Exode, XXI, 24-25)

En plusieurs siècles, la justice française a évolué vers une fonction punitive de l'Etat sur décision de juge ; antérieurement elle était rendue au nom du roi, par des représentants religieux ou de la noblesse, qui avaient le droit de juger son prochain avec, pour chacun, leur propre logique et repères. Le système judiciaire était complètement désorganisé et disséminé sur le territoire (12). Le déroulement des procès était secret ; pas d'avocat, pas d'accusé présent, celui-ci ne connaissant d'ailleurs pas toujours les raisons de son enfermement. Les procès étaient expéditifs. Une simple dénonciation pouvait suffire à les déclencher (12). La procédure pénale était inquisitoriale.

En 1780 la question préparatoire (phase de torture destinée à faire avouer l'inculpé) est abolie. En 1788 les juges ont l'obligation de motiver leurs décisions suite à un édit royal (13). Le Ministère de la Justice est créé le 21 novembre 1790 (13). Le premier Code Pénal est promulgué en 1791(13).

Les supplices

Le supplice était un moyen de punir extrêmement employé. La technique choisie dépendait du chef d'accusation et de la catégorie sociale de l'accusé entre autres. Les supplices se déroulaient sur la place publique, afin de servir d'exemple au reste du monde et ainsi pouvoir asseoir le pouvoir royal (12). Il était souvent couplé à la peine de mort. « Une peine, pour être un supplice, doit répondre à trois critères principaux : elle doit d'abord produire une certaine quantité de souffrance

qu'on peut sinon mesurer exactement, du moins apprécier, comparer et hiérarchiser ; la mort est un supplice dans la mesure où elle n'est pas simplement privation du droit de vivre, mais où elle est l'occasion et le terme d'une gradation calculée de souffrances : depuis la décapitation, le degré zéro du supplice, jusqu'à l'écartèlement qui les porte presque à l'infini, en passant par la pendaison, le bûcher et la roue (...). Le supplice met en corrélation le type d'atteinte corporelle, la qualité, l'intensité, la longueur des souffrances avec la gravité du crime, la personne du criminel, le rang de ses victimes. Il y a un code juridique de la douleur. »(12)

C'est au XVIII^{ème} siècle que les premiers écrits remettant en cause le système punitif ont été publiés. Le plus célèbre est *Le traité des délits et des peines*, publié en 1764, écrit par Cesare Bonesana, Marquis de Beccaria. Il y fait une révision du système législatif et a inspiré beaucoup de partisans de l'allègement des peines et de l'abolition de la peine de mort tel que Voltaire. « Cette vaine profusion de supplices, qui n'ont jamais rendu les hommes meilleurs, m'a poussé à examiner si, dans un gouvernement bien organisé, la peine de mort est utile et juste. » (11)

Les bagnes

Les bagne ont existé en France pendant deux siècles. Ils ont pris, à la suite de l'Assemblée Constituante en 1791 (1), le relais des galères, dont la main d'œuvre provenait, sous Louis XIV, des prisonniers volontaires et des condamnés à mort (14). Il y a eu deux types de bagne : les bagne maritimes et les bagne coloniaux.

Les bagne maritimes ou arsenaux sont les plus anciens (sous le règne de Louis XV) (15), ils étaient situés en métropole (Toulon, Brest, Rochefort, Anvers, Cherbourg, Lorient (14)). Ils accueillaient des voleurs, des contrebandiers, des incendiaires, des déserteurs ou des vagabonds. Les condamnés étaient astreints aux travaux de fatigue (grattage des coques, port de charbon et de fer, constructions maritimes (14)). Ceux-ci ont été fermés suite à l'industrialisation des arsenaux (15) et à des grèves des forçats, devant des conditions de vie et de travail difficiles. Le 30 Mai 1854, les travaux forcés sont remplacés par la transportation (13).

C'est Napoléon III qui est à l'origine des bagne coloniaux (Guyane, Nouvelle Calédonie, les îles du Salut, Corse,...) (15). Y étaient envoyés des transportés

(condamnés de droit commun), des relégués (multirécidivistes) et des déportés (condamnés politiques et religieux) (16). Il y avait une évolution possible dans la peine : initialement les arrivants étaient affectés aux travaux de fatigue (extrêmement pénibles) puis ils étaient mis à disposition d'entreprises locales. A leur mi-peine, les détenus pouvaient recevoir une concession et faire venir leur famille. Après trois ans, ils étaient libérés en restant soumis à une obligation de résidence. Et enfin, lorsqu'ils survivaient, ils pouvaient, en fin de peine, rentrer en métropole à leur charge (16).

Les bagnes coloniaux ont été supprimés le 17 Juin 1938 par un décret-loi, suite à une enquête alarmante du journaliste Albert Londres, sur les conditions de vie qui y régnait. Mais avant la seconde guerre mondiale, le rapatriement des bagnards n'a pas été possible. Il n'a pu débuter qu'à l'été 1953 (17,18). C'est le 4 juin 1960 que fut officiellement abolie la peine aux travaux forcés ainsi que la déportation dans une enceinte fortifiée pour raison politique (13).

Les prisons

Avant la création d'établissements pénitentiaires, l'enfermement avait lieu dans des « prisons ordinaires », elles étaient composées de cellules réparties dans des lieux extrêmement variables (auberge, châteaux,...) (19). Leur gestion était très dépendante du geôlier et les conditions de détention s'avéraient en général déplorables. John Howard, un citoyen anglais ayant subi la prison en France en 1755, a mené une première enquête européenne sur les conditions de détention. Il était partisan d'un régime d'emprisonnement hygiéniste (aération, alimentation) avec un isolement incomplet mais rigoureux, associé à un soutien spirituel et un travail sérieux. Il est mort de la fièvre des prisons (typhus) avant de pouvoir terminer ses investigations au Moyen Orient (1).

L'évolution tend vers une justice et une application des peines « plus propres ». Les supplices disparaissent au fur et à mesure au XVII^{ème} siècle (abolition en 1791 (1)), au profit de l'enfermement et progressivement sont créées des prisons d'Etat (la Bastille, Vincennes, le château d'If par exemple (13)), des maisons de forces comme les arsenaux (déjà une centaine au XVIII^{ème} siècle (19)), les hôpitaux généraux ainsi

que des dépôts de mendicité destinés aux vagabonds, insensés et vénériens rejetés par les hôpitaux généraux (13). Les individus y sont affectés en fonction de leur niveau social ainsi que du lieu de leur jugement.

En 1785 est créée l'Inspection des Hôpitaux et Maisons de Force (13).

A la suite de la Révolution Française, en 1795, l'Administration Pénitentiaire est mise en place et rattachée au Ministère de l'Intérieur (20).

De grands changements auront lieu sous le règne de Napoléon Bonaparte. Il sera un partisan de la déportation (forte expansion des bagnes coloniaux) et ordonnera une réorganisation administrative du système, avec la construction de maisons centrales financées par « l'Etat Central ». Le travail apparaît en détention avec l'implication d'entrepreneurs.

Le 13 Mars 1911, en pleine IIIème République, la tutelle de l'Administration Pénitentiaire est retirée au Ministère de l'Intérieur pour être confiée au Ministère de la Justice (21).

Comme le décrit Michel FOUCAULT dans *Surveiller et Punir*, pour les partisans et créateurs de la prison actuelle, le but de ces établissements était de réeduquer les délinquants, une sorte d'école sociale (12) ; ils voulaient que les détenus y apprennent une façon de vivre légale par le travail, la rigueur, la théologie. Selon les schémas (Gand, Gloucester, Walnut Street), les règles de vie ont été très strictes : obligation de silence, de prière, de travail, encellulement individuel, en accord avec un « adoucissement des mœurs » et « l'acquisition à l'humanité » des peines punitives (12,13).

L'application des punitions devient plus discrète derrière les murs des prisons : en 1848 la peine à l'exposition publique est abolie (13). La dernière exécution publique a eu lieu 1939 (Eugène Weidmann) (11).

Les conditions de vie n'y sont pas pour autant faciles : surpopulation, perte de repères, sanctions disciplinaires. Pour exemple, ce n'est qu'à partir de 1972 que les détenus punis au quartier disciplinaire ou « mitard » ne sont plus nourris uniquement à l'eau et au pain.

En 1974 les personnes détenues sont autorisées à porter leur alliance et leur montre ainsi qu'à se laisser pousser la barbe et les cheveux. En 1983 le port du costume pénal est aboli (22).

L'évolution actuelle tend vers une limitation de l'emprisonnement surtout pour de courtes peines, au profit de peines substitutives (pécuniaires, sursis, surveillance électronique, travaux d'intérêt général) (1). La liberté conditionnelle et le sursis sont respectivement créés en 1985 et 1991.

La peine de mort

La peine de mort a fait partie de toutes les civilisations. Elle est encore appliquée dans de nombreux pays tel que les Etats Unis. En France, l'abolition de ce châtiment a été obtenue après plusieurs siècles de débat.

En 1829, Victor Hugo écrit *Le dernier jour d'un condamné*. Il y décrit les pensées et les sentiments face à la mort programmée d'un condamné à la peine capitale. Ce n'est pas la seule fois que l'auteur exprime son opposition à la sanction de l'échafaud dans ses publications : comme dans *Han d'Islande* en 1823 ou en 1862 dans *les Misérables*, où il décrit l'horreur d'une exécution. Il recevra de nombreuses critiques suite à cette prise de position considérée comme illégitime. Son engagement le mènera à soutenir de nombreux condamnés lors de leur demande de grâce. Il s'exilera de 1852 à 1870 sous Napoléon pour revenir en France et être élu sénateur en 1876 et fera voter une loi pour l'amnistie des Communards en 1880 (11,23).

Sous la Révolution Française, un premier projet de loi sur l'inviolabilité de la vie est proposé à l'Assemblée par Robespierre entre autres, mais il n'aboutira que partiellement par la diminution des chefs d'accusations possiblement punis par cette sanction (de 115 à 32) (11). Le deuxième chapitre se joue sous la Deuxième République en 1848 où la peine de mort, pour les délits politiques seulement, est abolie (11). Le débat entre les partisans et les abolitionnistes reprend vivement sous la Troisième République, particulièrement entre 1906 et 1908. Le Président Fallières, farouchement opposé aux condamnations à mort, a systématiquement usé de son

droit de grâce pendant son mandat et a également diminué le budget y étant dédié (11). Mais son combat fut un échec car en décembre 1908 le maintien de la peine de mort fut voté par l'Assemblée Nationale à la majorité (330 voix contre 201) (11).

La création de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1946 relancera le débat en posant dans ses principes le droit à la vie et à la survie et en condamnant la torture et tout traitement inhumain. Ce sera en 1981, quelques mois après l'élection de François Mitterrand que la peine de mort sera abolie, suite au projet de loi déposé par le garde des sceaux Robert Badinter (ancien avocat pénaliste (11)). La loi est promulguée le 9 octobre 1981 et toutes les condamnations prononcées antérieurement sont commuées en réclusion à perpétuité. La dernière exécution française a eu lieu en 1977 (11).

2) Prise en charge sanitaire des personnes détenues.

a. Historique.

Avant la fin du XVII^e siècle, la santé des détenus n'intéressait personne, hormis quelques associations caritatives dont celle de Saint Vincent de Paul (aumônier des galériens)(10). Ce prêtre a voué sa vie au soutien des défavorisés dont les prisonniers, par l'intermédiaire de « L'institution des Filles de la Charité » ou « Sœurs de Saint Vincent de Paul » avec des moyens très limités...

En août 1670, François Serpillon, commentateur des Ordonnances Royales écrit «Voulons que les prisons soient sûres et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être altérée ». C'est le premier article d'une ordonnance criminelle de Saint Germain en Laye (24).

Au XVIII^{ème} siècle, le Ministre d'Etat sous Louis XVI, Guillaume-Chrétien de Lamoignon de Malesherbes (fin XVIII^{ème} siècle) considère que les prisons ne

doivent plus être des mouroirs. Il crée « le pain du roi » c'est-à-dire l'obligation pour les geôliers d'entretenir les détenus. Il fait également aménager la première prison royale, un modèle d'hygiène et d'organisation (en fonction de l'âge, du sexe et du délit) pour l'époque (19). Malheureusement celle-ci restera une exception sur le territoire.

La santé des détenus n'a commencé à attirer l'attention des autorités qu'au XIXème siècle avec les différentes épidémies de scorbut, typhus et tuberculose (10). La circulaire du 27 juin 1807 écrite par le Ministre de l'Intérieur, Monsieur De Champagny, demande que soit ouverte dans chaque établissement, une infirmerie afin de diminuer les transferts de condamnés vers les Hospices Civils ce qui leur permet de purger leur peine comme il se doit (25).

Après le Premier Empire (1804-1814) est née l'Ecole Hygiéniste qui réalisera un rapport alarmant sur les conditions de vie et l'état de santé des détenus, le taux de mortalité élevé conduit à la mise en place progressive et non systématique des premières équipes médicales (10). Cette situation perdurera jusqu'au milieu du XXème siècle, malgré un premier texte en 1841 modifiant le règlement général des prisons départementales et faisant entrer dans la composition du personnel des établissements pénitentiaires, un médecin et des sœurs religieuses (13).

La seconde guerre mondiale permettra quelques évolutions. A la libération, Paul Amor, Directeur de l'Administration Pénitentiaire réunit le 30 septembre 1944, une commission afin de réformer les institutions carcérales. Elle aboutira à la formulation de 13 principes dont le premier : « La peine privative de liberté a pour but essentiel, l'amendement et le reclassement social du détenu » (26). Depuis le 29 juin 1945, un service social pénitentiaire doit être ouvert dans chaque établissement (13), permettant ainsi une revalorisation sociale du condamné et tous les établissements pénitentiaires sont dans l'obligation d'ouvrir un service social et médico-psychologique (10). Leurs membres sont recrutés et rémunérés, en général de manière insuffisante, par les directeurs de prison et lorsque l'équipe médicale est incomplète, ce sont des surveillants qui viennent la suppléer.... Ce dispositif sanitaire

est sous la tutelle de l'administration pénitentiaire dont l'objectif « santé » passe bien après l'aspect sécuritaire de sa mission.

Les détenus sont rattachés au régime de la Sécurité Sociale seulement en 1994 (27). Les moyens n'augmentent pas, tout comme les revenus des infirmières de la Croix Rouge et les médecins présents quelques heures par semaine.

Les extractions sanitaires ne sont envisageables que dans des situations urgentes. Le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques sont dérisoires. Ce sont finalement les soins psychiatriques qui arrivent à faire le plus grand chemin pendant ces années avec la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986.

Avant 1994, la médecine en milieu pénitentiaire est donc une médecine sous tutelle, exercée par des professionnels sous-payés, sans moyens et isolés du reste de leurs confrères (10).

b. Organisation actuelle

Les premières évolutions significatives se sont développées dans le domaine psychiatrique. En effet dès 1986 (28), des Services Médico-Psychologiques Régionaux se sont ouverts progressivement dans certains centres pénitentiaires. Encore aujourd'hui, ils ont pour but de prendre en charge les patients atteints de pathologies psychiatriques pendant leur détention, dans des lieux dédiés aux soins, par des professionnels spécialisés, au sein des établissements soit en hospitalisation de jour, soit en hospitalisation complète.

En Lorraine, il se situe à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu en Moselle.

Il y en a 26 sur le territoire français. (28). Ils sont rattachés à l'établissement psychiatrique de leur secteur.

Avec le contexte épidémique du sida, des premières dispositions médicales somatiques avaient été mises en place dès 1989 ; des conventions ont été signées entre certains établissements pénitentiaires et des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) (6) (5).

En 1992, trois conventions ont été signées à titre expérimental entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers de Lyon, de Châteauroux et de Laon afin de leur confier la prise en charge somatique des détenus (27). Cette option a semblé bénéfique et adaptée.

Suite à un rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la santé en milieu pénitentiaire en 1993, il a été constaté « l'insuffisance et l'inadaptation de la réponse » de l'administration pénitentiaire aux besoins médicaux des détenus (27). Le taux de séropositivité de la population carcérale est dix fois supérieur à celui de la population générale, les hépatites B et C sont également surreprésentées, tout comme la tuberculose. Quinze pour cent des détenus sont toxicomanes, les troubles psychiatriques et psychologiques sont omniprésents.

Par la loi du 18 Janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et non plus du Ministère de la Justice, afin d'adapter l'offre de soins à cette population particulièrement vulnérable. La réorganisation est décrite dans un décret promulgué le 27 octobre 1994 (29), complété par une circulaire ministérielle datant du 8 décembre 1994 (27).

Dans tous les centres de détention français doivent être créés des services médicaux appelés Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), qui sont rattachés à des centres hospitaliers de proximité ayant la capacité d'accueillir des urgences et disposant d'un plateau technique suffisant. Ce sont les préfets qui décident du rattachement entre certains centres hospitaliers et les différents centres pénitentiaires. Les missions des centres hospitaliers sont les suivantes :

- dispense de soins aux détenus,
- mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- accueil des urgences médicales,
- recueil de données épidémiologiques notamment lors de la visite entrant,

- pourvoi du matériel médical et non médical nécessaire au fonctionnement des UCSA,
- fourniture des produits pharmaceutiques et le petit matériel à usage médical,
- élimination des déchets hospitaliers (29).

Des équipes de soins hospitalières sont alors mises en place par ces centres, avec du personnel soignant médical qualifié (généraliste et spécialiste), infirmier, dentaire, kinésithérapeute. Les fioles pénitentiaires (récipients dans lesquelles sont dilués les traitements plusieurs heures avant leur distribution (10)) sont abandonnées tout comme la délégation de certains soins aux surveillants. Les soignants deviennent alors complètement indépendants de l'administration pénitentiaire et ne sont plus en retrait du monde médical. Les soins délivrés en milieu pénitentiaire sont intégrés aux projets d'établissement des centres hospitaliers (29).

Le but de la réforme était d'apporter la même réponse médicale aux personnes placées sous main de justice qu'à la population générale (27,30). Elle a aussi permis de revaloriser une facette de la médecine générale peu considérée par ses pairs ainsi que par une administration pénitentiaire dont la principale fonction est la surveillance et non les soins (10). Les principes de secrets médicaux, d'indépendance et d'égalité ont été introduits par cette loi (30).

La mise en place des UCSA a été difficile du fait du choc entre les obligations des surveillants pénitentiaires et celles des personnels soignants dont ils doivent assurer la sécurité (29). L'installation de nouvelles équipes extérieures a été vécue comme une intrusion dans le monde carcéral. De même que les dépenses engendrées ont été perçues comme trop importantes au vu des autres besoins des prisons : l'aménagement de locaux et les frais de transport sanitaire étant à la charge des établissements pénitentiaires (29). Un certain délai a été nécessaire pour voir apparaître un partenariat efficace (30).

En 2004, une troisième étape est franchie. Celle de l'ouverture des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), la première à voir le jour étant celle de Nancy. Ce sont des secteurs hospitaliers à orientation somatique, implantés au sein de huit centres hospitalo-universitaires, accueillant des détenus de secteurs géographiquement prédéfinis.

Pour exemple : tous les détenus lorrains, alsaciens et une partie des détenus champenois sont accueillis à Nancy pour des prises en charge médicales nécessitant plus de 48 heures d'hospitalisation. Elles sont aménagées de manière à faciliter la collaboration des équipes soignantes et pénitentiaires et ainsi préserver l'aspect sanitaire autant que sécuritaire.

Il reste cependant des situations pour lesquelles les Unités Hospitalières Sécurisées Inter-Régionales ne sont pas compétentes telles que la prise en charge de patients nécessitant des soins de réanimation, psychiatriques, des examens spécifiques (par exemple les polysomnographies nocturnes), ou pour les soins obstétricaux. Les patients sont alors hospitalisés dans les services spécifiques et placés sous la garde des forces de l'ordre locales (gardes statiques).

Dans les cas où l'hospitalisation ne devrait pas durer plus de 48 heures, il a été construit dans tous les hôpitaux de proximité auxquels sont rattachés des établissements pénitentiaires, des chambres sécurisées. Il y en a environ 234 réparties sur le Territoire Français (31).

Et enfin, dernièrement, après la loi de programmation pour la justice du 9 septembre 2009, des moyens ont été alloués pour la construction d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). La première a été ouverte en 2010 à Lyon, récemment celle du Centre Psychothérapeutique de Nancy (CPN) en 2012. Elles ont pour but de pallier à la carence en soins psychiatriques qui persistent chez la population pénale.

Leur principe de fonctionnement est superposable à celui des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales, l'objectif final étant la création de 705 places d'hospitalisation en 2 étapes. La première étape doit compter 11 unités (440 places) d'ici 2013 (31). La deuxième étape consistera en la construction des 265 places

restantes, après l'évaluation du fonctionnement des établissements de la première tranche et la détermination des nouveaux lieux d'implantation en fonction des besoins territoriaux (31).

Ces UHSA doivent permettre une prise en charge identique à celle de la population générale. En effet une étude de 2003 faisait le constat que les hospitalisations des patients détenus en service de psychiatrie duraient environ 23 jours contre 48 (28) pour la population générale du fait de conditions d'accueil non satisfaisantes (hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat systématique en chambre d'isolement, sans moyen sécuritaire type garde statique supplémentaire dans les services de soins).

Ces unités prennent en charge des patients atteints de troubles psychiatriques sévères et incompatibles avec un régime de détention classique en hospitalisation complète consentie ou à la demande d'un représentant de l'Etat. A savoir que pour les patients nécessitant des soins psychiatriques lourds et reconnus inaptes à l'accomplissement d'une peine, il existe quatre Unités pour Malades Difficiles (UMD).

Les améliorations futures vont porter sur la mise en place de moyens informatiques au sein de toutes les UCSA, pour la gestion des dossiers, mais aussi permettre de réaliser des consultations en télémédecine (32) (anesthésie, dermatologie,...), ce qui permettra d'augmenter le rendement des consultations en limitant les extractions médicales : principal facteur prolongeant les délais de prise en charge (en supplément des délais inhérents à chaque service de spécialité) (31).

En 2011 au Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxéville, 3691 consultations de médecine générale ont été effectuées dont 920 visites entrants, 207 hospitalisations à l'UHSI ont été organisées et 857 extractions médicales ont été réalisées ; à noter que 272 ont dû être annulées ou reportées : une centaine suite au refus du détenu, 80 approximativement sur demande du service receveur et environ 70 sur décision pénitentiaire (33). En effet pour des raisons sécuritaires (manque de personnel, patient prévenu de la date d'extraction,...), l'administration pénitentiaire peut refuser de réaliser l'escorte.

La même année l'UCSA de la Maison d'Arrêt de Metz a réalisé 5886 consultations de médecine générale ; programmé 785 extractions pour des examens ou consultations spécialisées, et 85 hospitalisations ont été nécessaires : 64 au Centre Hospitalier Régional et 21 à l'UHSI du CHU de Nancy (34).

3) L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire.

L'UCSA a pour rôle de dispenser les soins aux patients détenus ne nécessitant ni hospitalisation ni prise en charge spécialisée. Elle doit assurer des prestations de médecine générale, de chirurgie dentaire, de soins paramédicaux, organiser les consultations spécialisées (psychiatrie, gynécologie, ophtalmologie...) ainsi que la délivrance des produits pharmaceutiques (32).

Les médecins exerçant dans ces unités ont pour mission de réaliser les visites d'entrée en détention et de sortie, le suivi somatique des malades ainsi que des grévistes de la faim, les visites aux quartiers d'isolement et disciplinaire, des détenus soumis à des mesures de contrainte physique (32).

a. L'entrée en détention.

Lors de l'entrée en prison, le patient bénéficie dans un délai de 48 heures d'une visite médicale. Celle-ci a pour but de faire le point sur le passé médical du patient, son éventuel traitement, son état vaccinal, ses doléances et permet la rédaction de divers certificats médicaux (aptitude au travail, au sport, régime alimentaire...) (32). Elle est l'occasion d'une prise de contact avec l'arrivée ainsi qu'avec son médecin traitant si cela s'avère nécessaire.

Tout nouvel entrant doit également subir un dépistage de la tuberculose (par radiographie thoracique et/ou intradermoréaction à la tuberculine) ; il est également systématiquement proposé un dépistage sérologique des infections sexuellement transmissibles (1,31). Le médecin doit y réaliser un examen clinique complet (y

compris dentaire) ainsi qu'une évaluation psychiatrique et notamment du risque suicidaire (en 2001 et 2002, 10% des suicides ont eu lieu une semaine après l'arrivée dans un nouveau centre de détention (32)), afin d'effectuer, si nécessaire, un signalement au personnel compétent (32). Cette visite n'est pas obligatoire lors de transfert inter-établissement (32).

b. Le suivi pendant l'incarcération.

Pendant l'incarcération, le recours au service médical se fait soit par l'intermédiaire de courriers écrits par le détenu et acheminés dans des boîtes aux lettres dont la clé est gardée par l'UCSA, soit sur signalement du personnel de détention ou de toute autre personne agissant dans l'intérêt du patient. La confidentialité doit être respectée par la mise à la disposition des pensionnaires, d'enveloppes en libre-service (32). Une visite médicale doit être réalisée au moins deux fois par semaine dans les quartiers d'isolement et disciplinaire (32). Un avis contre-indiquant médicalement ces placements peut alors être émis dans l'intérêt du patient.

Au-delà de la fonction de soins curatifs, les équipes soignantes ont pour mission la prévention des risques, la mise en place des actions de dépistage nationale (hemoccult, cancer du col utérin...) ainsi que l'éducation pour la santé (32). Elle peut émettre un avis sur les mesures d'hygiène, les conditions sanitaires de détention et en coopération avec le chef d'établissement, mettre en œuvre une politique d'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie en détention (32).

Le médecin exerce en toute indépendance et dans le respect des bonnes pratiques (32). Les règles d'exercice sont les mêmes qu'en milieu libre : respect du code de déontologie et des droits du patient (secret médical, information claire, loyale et appropriée du patient, obligation de moyens, respect de la dignité de la personne...) (32). S'y ajoutent la nécessité de respecter diverses dispositions de

code de procédure pénale et les conditions d'habilitation à l'exercice en milieu pénitentiaire (enquête administrative systématique) (32).

L'alliance thérapeutique avec le patient détenu est plus compliquée que pour l'exercice en milieu libre pour différentes raisons. La plus importante est probablement l'absence de choix du médecin traitant (32,35). La sollicitation d'une consultation se fait par écrit par le détenu. La réponse médicale dès lors ne s'avère pas immédiate, ce qui exacerbe l'inquiétude du patient.

Pour des raisons sécuritaires, lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, ils sont programmés par le service sans que le patient ne soit prévenu de la date et de l'heure du rendez-vous (32). Toute cette « procédure » dépossède partiellement la personne de sa propre santé et peut être à l'origine de conflits. De plus, ce sont les mêmes médecins qui organisent le suivi et qui ne s'opposent pas à l'application de certaines mesures disciplinaires comme le placement en quartier disciplinaire, on comprend alors que la relation de confiance ne peut en être qu'altérée (36).

c. La sortie de détention.

Une des autres missions de l'UCSA est d'assurer la continuité des soins lors de la sortie ou du transfert vers un autre établissement ou la libération de la personne détenue (32). Elle participe à la réinsertion de la personne détenue, conjointement avec les services sociaux, en favorisant la continuité des soins (32,36). Tout au long de l'incarcération, le patient doit recevoir les informations concernant son état de santé et ses traitements ; peu de temps avant la fin de sa peine, il doit être reçu par un médecin qui rédigera une lettre de sortie, une ordonnance et effectuera les copies des éléments importants du dossier à destination de son médecin traitant. Ceux-ci lui seront remis sous pli cacheté, le jour de sa sortie par le service des greffes (32). En ce qui concerne les transferts, l'UCSA de « départ » doit s'assurer du suivi du dossier médical vers le service de l'établissement d'accueil (32).

Le médecin peut intervenir dans les procédures d'aménagement de peine pour raison médicale en rédigeant, avec l'accord du patient, des certificats constatant l'état de santé du patient incompatible avec la détention sans faire mention du diagnostic (32).

4) La vie en détention.

Une personne placée sous main de justice se voit attribuer un numéro d'écrou dès son incarcération (37). Celui-ci ne reste pas forcément identique tout au long de la détention notamment lors des transferts.

Les conditions de vie varient énormément en fonction du lieu d'incarcération. Le régime de détention est fonction de la peine et du type d'établissement d'accueil.

En maison d'arrêt, les détenus sont soumis, en théorie, à l'enfermement cellulaire c'est-à-dire à l'isolement jour et nuit avec la possibilité d'avoir des activités collectives (scolaires, religieuses, divertissement...). Mais du fait de la surpopulation carcérale permanente, on assiste plutôt à un enfermement collectif, c'est-à-dire à une vie en groupe permanente (1), le plus souvent dans des cellules exigües.

Dans les établissements pour peines, la règle est le régime auburnien (expression provenant de la prison de Auburn dans l'Etat de New York) : vie collective le jour et isolement cellulaire la nuit (1).

Dans les centres pour peines aménagées, les condamnés bénéficient de nombreuses permissions (1) et de règles de vie plus souples.

Les centres de semi-liberté permettent l'exercice d'une activité professionnelle le jour et un retour en détention la nuit (9).

Pour éviter les évasions, une surveillance constante est effectuée par des appels pluriquotidiens, des inspections des locaux et cellules, des contrôles des

systèmes de fermeture ainsi que des fouilles corporelles (1). Il n'y a aucune obligation de travail ou de formation (1).

La restauration est assurée par l'établissement, celle-ci doit être variée et adaptée au profil de chaque individu (âge, sexe, état de santé) et représenter environ 2700 calories par jour (1). Il y a également la possibilité pour les personnes détenues de se procurer par le système des cantines les denrées alimentaires de leur choix.

Il n'y a aucune circulation d'argent en espèces dans les établissements (37), chaque personne détient un compte personnel alimenté soit par le détenu lui-même soit par l'entourage à l'aide de mandats.

Ils ont la possibilité de prendre au minimum trois douches par semaine ou après chaque journée de travail ou séance de sport (1). Dans les établissements pénitentiaires construits récemment, les installations sanitaires sont installées dans les cellules et sont accessibles en permanence pour leurs occupants.

Les détenus ont la responsabilité de l'entretien de leur cellule, certains d'entre eux sont employés par l'administration pour le nettoyage des locaux communs.

Un emploi devrait être fourni à tous les demandeurs. Il en existe trois types : le service général (entretien et participation au fonctionnement de l'établissement), la régie industrielle des établissements pénitentiaires (REIP) rémunérée par l'Etat et le travail en concession pour des entreprises privées qui aménagent des ateliers au sein de la détention (38).

Chaque jour, tous les « pensionnaires » bénéficient d'une promenade d'au moins une heure. Pour ceux qui le souhaitent, des équipements sportifs ont été installés dans tous les lieux de privation de liberté ainsi qu'une bibliothèque (1). Des activités

collectives peuvent être organisées en fonction des établissements et de la volonté des détenus (tournoi de sport, édition de journaux, associations...). Ils ont la possibilité de louer un poste de télévision, de se procurer des lectures, un poste radiophonique et du matériel informatique dont l'utilisation est réglementée (1).

Dans de nombreux établissements sont proposées des formations professionnelles, par exemple en plâtrerie ou installation sanitaire au centre de détention d'Ecrouves (1). De même que des enseignements scolaires sont dispensés à toutes les personnes ayant la volonté de suivre une formation, des cours d'alphabétisation (lecture, calcul, écriture) et d'apprentissage de la langue française, des cours par correspondance, avec possibilité de se présenter aux examens nationaux (brevet des collèges, baccalauréat...).

Le maintien des liens avec l'extérieur est essentiel. La famille des détenus, après avoir demandé un « permis de visite », peut venir les rencontrer lors des parloirs. La fréquence varie en fonction du statut pénal des personnes sous écrou : les prévenus ont droit à trois parloirs par semaine alors que les condamnés, un seul (1,39). Ceux-ci ont lieu sous la surveillance d'un agent qui peut interrompre à tout moment l'entretien si leur attitude est inadaptée. Les détenus condamnés ont également le droit de correspondre à la fréquence de leur choix. Chaque courrier entrant ou sortant est contrôlé et peut être intercepté si le contenu n'est pas conforme aux règles (il doit être lisible, ne comporter aucun caractère conventionnel, ne doit pas porter atteinte à la sécurité de l'établissement ou la réinsertion du destinataire) (1). Les colis ne sont pas autorisés en règle générale, à l'exception d'une décision spéciale ou des périodes de fêtes (1). Les contacts téléphoniques sont possibles et à la charge des personnes détenues, ceux-ci sont également contrôlés et parfois enregistrés (1). Et enfin les détenus peuvent faire des demandes de permission (sortie de l'établissement sans escorte) à l'occasion d'évènements familiaux particuliers ou en fin de peine afin de favoriser leur réinsertion (1). Dans certains établissements, des unités de vie familiale ont été aménagées, ce sont des lieux permettant aux personnes placées sous main de justice d'accueillir leur famille au sein "d'appartement" pour une durée plus longue que les parloirs et sans surveillance.

La prise en charge sociale est assurée par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) présents dans chaque établissement. Ces services ont été créés en 1952 avec la mise en place des peines avec sursis et ont pour mission d'éviter la désocialisation des personnes placées en détention, de favoriser les liens socio-familiaux, de les aider à préparer leur sortie. Ils rencontrent tous les arrivants afin de favoriser l'individualisation de leur peine (1).

5) Profil des patients incarcérés

a. A l'incarcération

Une étude a été réalisée en 2003 auprès des entrants en Maison d'Arrêt ou Quartier Maison d'Arrêt des Centres Pénitenciers par la Direction de Recherche et d'Etudes d'Evaluation et des Statistiques (DREES). Elle a eu pour but de faire un état des lieux de l'état de santé des patients récemment incarcérés et venant du « monde libre » (9).

Celle-ci a montré que cette population était essentiellement masculine et jeune (entre 18 et 44 ans). 80% d'entre eux étaient en bon état général à leur entrée en détention et moins de 2% en mauvais état général (9).

Il a été constaté, depuis vingt ans et de manière identique à la population générale, un vieillissement de la population carcérale secondaire à l'augmentation de l'âge des entrants ainsi qu'à l'allongement des peines (30). Ils avaient d'importants besoins en soins bucco-dentaires (50%) (9).

D'un point de vue somatique seulement 6% ont alors déclaré avoir au moins un antécédent notable et autant, avoir des antécédents de toxicomanie intraveineuse (9). En effet cette population est particulièrement touchée par les problèmes d'addiction et leurs complications : 80% de tabagisme actif, 30% d'éthylosme chronique, 6,6% de consommation d'opiacés (40), 14% de dépendance à des

traitements psychotropes, 25% de poly addictions (9). La prévalence des traitements substitutifs aux opiacés est de 8% chez les patients incarcérés (41).

Sur le plan infectieux, la prévalence de la séropositivité au Virus d'Immunodéficience Humaine est de 2%. La prévalence de l'hépatite C était de 4,8% en 2010 (soit 3000 personnes) (42).

La contamination est le plus souvent due à un usage de drogue par voie intraveineuse et les femmes sont plus touchées que les hommes, respectivement 11,8% et 4,5% (42).

Pour l'hépatite B, 31,3% déclaraient être vaccinés et 0,8% être séropositifs (9). La fréquence de la tuberculose est de 8 à 10 fois supérieure à la population générale. En 2009 les incidences étaient de 91,6 pour 100 000 personnes incarcérées contre 8,2 pour 100 000 personnes en milieu libre (41).

Au niveau psychiatrique, une autre étude a été menée en 2003, également par la Direction de la Recherche et d'Etudes d'Evaluation des Statistiques (28). Celle-ci a mis en évidence une prévalence des pathologies psychiatriques nécessitant un suivi spécialisé dix fois supérieure à la population générale. Cette surreprésentation des troubles psychiatriques est due à ces problèmes importants de toxicomanie mais aussi à la fragilité mentale de cette population, aggravée par la détention (les tentatives de suicide déclarées sur les douze mois précédents l'incarcération étaient 22 fois plus nombreuses que dans la population générale) (28). Selon une enquête de la DREES de 2001, effectuée sur 2300 entrants, 20% d'entre eux étaient déjà suivis avant l'incarcération et 55% présentaient un trouble psychiatrique (43). En 2004, une enquête de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire constatait que 14% des personnes placées sous main de justice sont atteintes d'une psychose avérée dont 7% de schizophrènes (36).

D'un point de vue social, cette population est issue de milieux défavorisés ; 17% des entrants n'ont pas de couverture sociale (27 fois plus que la population générale) (21), 17% bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU) (21). Ils sont nombreux à déclarer bénéficier d'une prise en charge médico-sociale que ce soit l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) 2,4%, une pension d'invalidité 3,3%, un classement en Affection Longue Durée (ALD) 3,8% (9). Parmi les détenus, trois personnes sur cinq ont des difficultés dans la vie quotidienne, une sur deux souffre soit d'un trouble de l'orientation ou du comportement, soit d'une incapacité. De même on retrouve 6,1% d'individus cumulant au moins quatre difficultés (44).

Par rapport au milieu libre, on retrouve en prison deux fois plus d'étrangers avec ou sans papiers, 23 % des détenus sont nés à l'étranger (45). Cela induit des difficultés de communication fréquentes du fait d'une barrière de la langue importante : 2,8 % d'entre eux ne parlant pas le français et 5,1% parlent un français rudimentaire (46). Beaucoup sont issus de familles nombreuses ; plus de 50 % des détenus sont issus de fratries d'au moins cinq enfants et un sur vingt de fratries de plus de dix enfants (45). Ils ont, pour la plupart, été déscolarisés très jeunes ; plus d'un quart ont quitté l'école avant seize ans et les trois quarts avant dix-huit ans (45). Le taux d'illettrisme est très élevé (19%)(1,47). Ce sont des personnes qui avant l'incarcération vivaient en général avec de faibles revenus (22) : en 2003, 11% percevait le RMI (48).

	Population écrouée	Population générale
Séropositivité VIH	2 %	0,21 % (49,50)
Séropositivité VHC	4,8 %	0,84 % (51)
Séropositivité VHB	31,3 %	0,65 % (50)
Addictions aux opiacés	6,3 %	1,2 % Ayant expérimenté au moins une fois (52)
Traitemennt Substitutif aux Opiacés.	8 %	
Tabagisme actif	80 %	26,9 % (53)
Ethylisme chronique	30 %	9 % (54)
Schizophrénie	7 %	1 %
Handicap (Au moins 4 difficultés dans vie quotidienne)	6,1 %	1,8 %
Illétrisme	19 %	9 %
Personnes vivant sous le seuil de pauvreté en 2007 (55)	En maison d'arrêt : 57,7 % En établissement pour peine : 60,4 %	14,5 %
CMU	17 %	6,4 % de CMU Complémentaire (56)
Individus étrangers	23 %	13 %

b. Effets de l'incarcération

L'incarcération peut avoir quelques influences favorables pour la personne. Elle peut être l'occasion de la mise en place d'un traitement de substitution ou d'un sevrage toxicologique, avec un suivi psychologique. Beaucoup de toxicomanes ressortent du milieu pénitentiaire en meilleur état général qu'à leur arrivée (arrêt des consommations, reprise de poids...).

Elle est également souvent à l'origine de la réalisation de nouveaux bilans de pathologies connues ou découvertes en cours de détention. Ces patients ayant un suivi à l'extérieur moins régulier que la population générale (9), on profite de l'occasion pour initier un bilan de leur état de santé. Elle permet également un contact avec les services sociaux et la régularisation de la couverture sociale avec mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour le patient mais aussi sa famille (à l'exception des personnes en situation irrégulière dont la famille ne bénéficie d'aucune couverture) (27,36). D'autant que lors de la sortie de détention, il conserve une assurance sociale (pour lui et les siens) sur une période de un an.

La population placée sous main de justice est extrêmement demandeuse de soins. C'est une des seules revendications qui leur soit facilement accessible et dont la gestion ne dépend pas de l'administration pénitentiaire (30). En plus de ceux dont les soins s'interrompent et de ceux qui souhaitent profiter de « ce temps mort » pour régler leurs problèmes de santé négligés à l'extérieur (43), viennent s'ajouter les troubles apparus pendant l'incarcération.

Les pathologies psychiatriques sont au premier plan : anxiété, état dépressif, risque suicidaire (22,8 suicides pour 10 000 détenus (32) soit 7 fois plus qu'en population générale et plus de 950 tentatives de suicide en 2005 (27)), troubles du sommeil, automutilations (scarifications, tatouages, ingestion de corps étrangers...).

D'un point de vue somatique, les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires sont très souvent aggravées par l'incarcération du fait de l'augmentation du tabagisme actif et passif, de la sédentarité secondaire au milieu de vie, la prise de poids, d'environnement anxiogène...(43)

Les pathologies infectieuses ne sont pas en reste non plus : gale, folliculites, furonculeuse, viroses, mycoses, etc. (57)

Les conditions de détention sont aussi très souvent à l'origine de modifications sensorielles chez les détenus : altération de la vision surtout de loin du fait de la faible perspective offerte par les murs de l'établissement, augmentation de l'ouïe due à un état d'alerte permanent. « Le prisonnier ne voit pas mais entend tout! »(57).

Il est également facilement compréhensible que cette population déjà fragile est encore plus précarisée par la détention : perte d'emploi, rupture conjugale, éloignement familial (80% des détenus incarcérés depuis plus de cinq ans sont célibataires, une rupture sur deux a lieu dans le mois qui suit l'incarcération) (57).

Avec cette première partie, nous comprenons que la prise en charge médicale des personnes placées sous main de justice est une nécessité de santé publique. Dans la pratique, la gestion médicale de l'entrée en détention tout comme le suivi pendant l'incarcération sont satisfaisantes.

A l'heure actuelle, une des principales difficultés est le maintien de la continuité des soins à la libération des patients, mission partagée par les UCSA et les services sociaux. En effet, cette population issue de milieux défavorisés, touchée par des pathologies nécessitant un suivi régulier, est fragilisée par la période de détention. Or au moment de la sortie de prison, il est encore trop fréquent que celle-ci se retrouve « laissée à l'abandon ». La santé ne sera pas prioritaire devant la recherche d'un travail ou d'un logement, alors qu'elle est tout aussi importante pour la réinsertion de la personne.

L'objectif de cette thèse a consisté à recueillir l'avis des différents acteurs impliqués dans le suivi sanitaire des anciens détenus et à envisager les moyens possibles pour améliorer la situation.

II- MATERIEL ET METHODE

Malgré les améliorations apportées par la loi de 1994, les médecins exerçant en milieu pénitentiaire rencontrent quotidiennement des difficultés notamment dans la communication avec le milieu libéral, particulièrement lors de la libération des patients. Les visites médicales obligatoires d'entrée et de préparation à la sortie, ne semblent pas suffisantes pour assurer un suivi satisfaisant entre la ville et la prison. Nous avons décidé de réaliser cette enquête, afin d'identifier les différents obstacles sur le circuit de l'information entre les services UCSA et les cabinets libéraux, de cerner les attentes des médecins généralistes et d'élaborer un outil de liaison adapté.

1) Recueil de l'opinion des médecins généralistes libéraux.

Du fait de la faible prévalence des médecins généralistes libéraux prenant en charge des patients ayant été privés de liberté, il a été décidé avec le conseil scientifique du département universitaire de médecine générale, de réaliser des entretiens en tête à tête avec des médecins concernés par la problématique. L'objectif fixé initialement était de quinze interlocuteurs différents.

Nous avons rédigé un script simple permettant d'obtenir le sentiment du médecin interrogé sur la gestion médicale de leur patient pendant l'incarcération et particulièrement sur la continuité des soins et la gestion de la transmission des informations médicales.

Les échanges étaient orientés de manière à aborder initialement des thèmes généralistes pour conclure par une réflexion orientée précisément sur la problématique de recherche c'est-à-dire l'amélioration de la continuité des soins.

Le premier contact était téléphonique. Celui-ci permettait de sélectionner des médecins concernés et éventuellement de fixer un rendez-vous. Le temps annoncé était de 15 minutes et les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone.

Ils ont, ensuite, été retranscrits et analysés avec l'aide de la psychologue exerçant à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale du CHU de Nancy.

SCRIPT DE L'ENTRETIEN

1) DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nous avons noté les caractéristiques démographiques de chaque praticien interrogé : âge, sexe, pratique particulière (addictologie, psychiatrie), lieu et type d'exercice.

2) CONDITIONS DE L'ENTRETIEN

La durée d'entretien, le lieu de l'interlocuteur ont également été consignés en vue de l'interprétation.

3) EXPERIENCES ANTERIEURES

Cette première partie permet d'introduire le champ thématique de l'entretien et de préciser le profil de la personne interrogée.

- *Avez-vous déjà pris en charge des patients ayant été incarcérés ? Souvent ?*

Cette introduction permet de comprendre les conditions dans lesquelles la personne interrogée a été amenée à prendre en charge les patients concernés par notre sujet, ainsi que de cerner certaines de ses pratiques, telles que la prise en charge d'addictions ou la pratique de la médecine légale par exemple.

- *Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans ce type de prise en charge ?*

Nous cherchons à cerner les gênes ressenties par l'interlocuteur et ainsi peut-être amener la problématique spontanément.

- *Quels sentiments éprouvez-vous concernant la prise en charge médicale des patients pendant leur détention ?*

Cette question a été ajoutée, après le troisième entretien, car deux des personnes interrogées ont spontanément exprimé leurs opinions (contradictoires) sur la prise en charge pendant la détention. Le but était de comprendre comment les services UCSA sont perçus par les généralistes libéraux.

4) MODES DE TRANSMISSIONS

Cette seconde partie amène la problématique de recherche principale et permet d'obtenir un retour d'expérience de la part des praticiens.

- *Par qui avez-vous été informé ? Comment ? A quel moment ?*
- *Le patient vous parle-t-il facilement de son incarcération ? (question ajoutée secondairement)*

Le troisième entretien donne une vision très pessimiste du patient. Nous avons intercalé cet item afin de savoir comment le patient est perçu par les praticiens et l'influence que peut avoir le fait d'avoir été incarcéré sur la relation médecin-malade.

- *Avez-vous eu des interlocuteurs particuliers dans le milieu carcéral?*

Nous recherchions d'éventuels échanges antérieurs afin d'en connaître le contexte et les motifs. Cette question a été posée intentionnellement de manière vague afin de ne pas réduire le champ de réponse aux appels effectués lors de la consultation d'entrée.

5) CONTENU DE L'INFORMATION

- *Avez-vous déjà été contacté par l'UCSA pour l'un de vos patients ?*

- *Lorsque vous êtes contacté par l'UCSA, quel type d'informations communiquez-vous à votre interlocuteur ?*

Ces deux questions permettent d'explorer les répercussions de la visite entrant sur l'activité de médecin traitant.

- *Quelles sont les informations qui vous ont été transmises par l'UCSA à la sortie ?*

A ce moment de l'entretien, la discussion s'oriente sur les échanges d'informations effectués à la libération. On recueille alors un début d'opinion sur la qualité des transmissions entre les médecins libéraux et les médecins d'UCSA, si celle-ci n'a pas déjà été exprimée

- *Selon vous, quelle place tient le téléphone dans ces échanges ? (question ajoutée secondairement)*
- *L'utilisation vous pose-t-elle un problème par rapport au secret médical ? (question ajoutée secondairement)*

Ce sujet a été abordé secondairement. En effet, lors du quatrième entretien, le médecin interrogé exprime et argumente sa totale opposition à l'utilisation du téléphone pour l'échange d'informations médicales. Il était important de connaître les avis des différents interlocuteurs à ce sujet, afin de proposer des solutions les plus généralisables possibles.

6) SATISFACTION GENERALE

Cette sous partie est destinée à recueillir les critiques (positives ou négatives) sur la gestion actuelle de la continuité des soins.

- *Trouvez-vous que la continuité des soins est satisfaisante entre le moment de l'incarcération et votre cabinet ?*
- *Recevez-vous assez d'informations sur la prise en charge sanitaire durant l'incarcération ? (Pourquoi, éléments négatifs et positifs)*
- *Souvenez-vous de cas particuliers, ayant été positifs ou négatifs ?*

7) AMELIORATIONS A APPORTER

Ce dernier moment de l'entretien entame la réflexion sur les améliorations envisageables et/ou attendues. La dernière question essaie d'évaluer le degré d'implication que les médecins libéraux sont prêts à accepter dans cette démarche professionnelle.

- *Quelles sont selon vous les améliorations à apporter ?
(Forme ? Contenant ? Contenu?)*
- *Quelle place le médecin libéral peut-il y tenir ?*
- *Quels changements dans votre pratique quotidienne pourriez-vous envisager ?*

2) Recueil de l'avis des médecins exerçant en UCSA et de patients.

Suite aux premiers résultats des entretiens avec les médecins généralistes, il nous est paru intéressant de recueillir l'avis des médecins exerçants dans des UCSA ainsi que de quelques patients concernés.

a. Les médecins exerçant en UCSA.

Nous avons adressé un questionnaire (en annexe) dans dix-neuf services UCSA du Grand Est (celles dépendant de l'UHSI nancéenne.) Celui-ci contient vingt items repartis en trois parties.

La première recueille des données générales : lieu d'exercice, ancienneté, importance de l'établissement pénitentiaire d'affectation. La seconde interroge sur les modalités de prise en charge des patients à leur arrivée en détention et les éventuelles difficultés rencontrées. La dernière permet d'entrevoir la façon dont est gérée la libération dans les différents établissements.

Les questions sont soit à choix multipli soit ouvertes (pour le recueil de données chiffrées essentiellement).

QUESTIONNAIRE

1) INFORMATIONS GENERALES

Depuis combien de temps exercez-vous en UCSA ?

Dans quel type de centre pénitentiaire ?

- *Maison d'arrêt.*
- *Centre de Détenion.*
- *Maison Centrale.*
- *Centre pour mineurs.*

Combien de personnes sont détenues dans votre établissement ?

2) L'ENTREE EN DETENTION

Combien d'entrants y a-t-il par an

- *Venant de l'extérieur ?*
 - *Transférés d'un autre centre de détention ?*

Si non, dans quelle proportion ?

Pourquoi ?

- *manque de temps ?*
 - *non informé des arrivants?*
 - *autre...*

Comment recueillez-vous les informations médicales pour les informations médicales du patient venant de « l'extérieur » ?

Quelles difficultés éprouvez-vous au moment de l'entrée en détention de novo ?

- manque d'exhaustivité des informations médicales ? oui non
 - manque d'exhaustivité du traitement ? oui non
 - difficulté de liaison avec les médecins libéraux ? oui non

Avez-vous trouvé des moyens d'y pallier efficacement ?

oui non

Si oui : Lesquels ?

Avez-vous des idées pour améliorer le système ?

3) LA SORTIE DE DETENTION

Combien de sortants y a-t-il par an ?

- *Vers l'extérieur ?*
 - *Vers un autre établissement pénitentiaire ?*

Pouvez-vous tous les voir dans le mois précédent leur sortie ? oui non

Si non , dans quelle proportion ?

Pourquoi ?

Connaissez-vous systématiquement le médecin traitant prenant la suite du suivi ?

oui non

Si non dans quelle proportion ?

Comment organisez-vous la transmission des informations médicales ?

En êtes-vous satisfait ? oui non

Y a-t-il des médecins traitants avec qui vous êtes souvent en contact ? oui non

Par quel biais ?

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------|------------|
| - | <i>Téléphone</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |
| - | <i>Fax</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |
| - | <i>Courrier</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |
| - | <i>Internet</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |
| - | <i>Réunion ou formation</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |
| - | <i>Autres</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> |

A quel moment ?

Pourriez-vous les citer ?

Quelles seraient pour vous les améliorations à apporter ?

b. L'avis des patients.

Nous avons également interrogé quelques patients suivis par l'UCSA de la maison d'arrêt de Metz Queuleu.

Les échanges ont eu lieu lors de leur passage dans le service pour des soins infirmiers. L'introduction de dictaphone étant interdite dans les établissements pénitentiaires, la retranscription a été réalisée sur la base de notes écrites.

Le script contient 13 items, certains ne pouvant être posés systématiquement. La discussion porte surtout sur l'image qu'a le patient détenu de son médecin traitant, du service UCSA.

Une première partie recueille des données générales sur le patient : âge, sexe, éventuelles pathologies connues, durée d'incarcération.

SCRIPT DE L'ENTRETIEN : (En annexe)

- *Depuis combien de temps êtes-vous incarcéré ?*
 - *Est-ce votre première incarcération ?*

Ces questions permettent d'orienter une partie de l'entretien, quelques questions ne seront pas posées au patient primo-incarcéré.

- Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?
 - Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?
 - o Si oui, pourquoi ?
 - Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?
 - o Si oui, pourquoi ?

Ces trois items permettent de cerner quelle est la proportion de patients qui ne tient pas à ce que leur médecin traitant soit informé de leur passage en détention.

- *Si vous avez déjà été incarcéré :*
 - *Etait-ce dans le même établissement ?*
 - *Avez-vous changé de médecin traitant à votre libération ? Si oui, pourquoi ?*
 - *Avez-vous reçu des documents médicaux à remettre à votre médecin ?*
 - *Avez-vous pu les lui remettre ? Si non, pourquoi ?*

Cette série de question n'a été posée qu'au patient ayant déjà subi des incarcérations. Elles permettent de savoir si effectivement ils ne sont pas un bon lien entre les différents acteurs de soins.

- *Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?*
- *Est-ce que vous pensez que les médecins de l'UCSA travaillent comme votre médecin traitant de ville ?*
 - *Si non, pourquoi ?*

Les patients partagent-ils l'avis des médecins généralistes libéraux ?

- *Est-ce que cela vous dérange que les médecins de l'UCSA, en cas de besoin, prennent contact avec votre médecin généraliste pour parler de votre dossier médical ?*
 - *Si oui, pourquoi ?*

Cette question permet de savoir combien de patients ne donneraient pas leur accord aux échanges entre les médecins libéraux et ceux exerçant en UCSA ainsi que leurs éventuelles raisons.

- *Avez-vous des remarques particulières ?*

Cette dernière question de l'entretien sert à ouvrir la discussion sur un thème important pour le patient. Certains parlent des prescriptions des médecins d'UCSA, de leur médecin traitant...

III- RESULTATS.

1) Recueil de l'avis des médecins généralistes.

Dix-sept médecins ont accepté de nous fixer un rendez-vous, deux d'entre eux ont été annulés le jour de l'entretien. Ce sont donc les avis de quinze médecins des quatre départements lorrains, contactés au préalable par téléphone, entre le 23 juin 2012 et le 05 août 2012, qui ont été analysés.

Les échanges ont nécessité en moyenne 15 à 20 minutes et nous avons abordé le vécu de ces situations par les médecins libéraux, les difficultés qu'ils ont pu rencontrer, ainsi que les améliorations éventuellement possibles de leur point de vue. Il est à noter que deux des entretiens ont dû être réorientés, en effet, deux des médecins libéraux rencontrés ont une expérience récente dans le milieu carcéral.

a) Caractéristiques des médecins généralistes.

Treize des médecins interrogés exercent depuis plus de dix ans et autant sont des hommes.

Deux des médecins rencontrés (un homme et une femme) sont installés depuis moins de cinq ans.

Sept des interlocuteurs ont orienté leur activité vers la prise en charge des addictions (une femme et six hommes) et trois ont eu une activité en UCSA (deux jusqu'en 2012 et un à la fin de la décennie 1990).

La répartition géographique des participants est très inégale, un exerce en Meuse, deux dans les Vosges, six en Moselle et autant en Meurthe et Moselle. Les différentes UCSA nommées, lors des entretiens, sont celles de Nancy-Maxéville, Toul, Ecrouves, Epinal, Bar le Duc, Metz et Oermingen soit un établissement alsacien et six des neufs établissements lorrains. Ce déséquilibre est dû aux différences de densité des populations générale et pénale entre les quatre départements de la région et aux réponses positives que nous avons pu obtenir.

Deux profils de médecins ont pu être dégagés. Ceux n'ayant pas régulièrement suivi de patients ayant vécu une incarcération et qui, le plus souvent, ont rencontré les patients à la sortie de détention et ont réalisé alors une première consultation comme pour tout nouveau « *patient lambda* ». Ils sont essentiellement axés vers les problèmes somatiques des patients et sont les moins revendicateurs.

Un second groupe a été mis en évidence : celui des médecins dont l'activité est tournée vers l'addictologie et de ce fait, régulièrement amenés à suivre des anciens détenus. En effet, cette patientelle, comme expliqué précédemment, est une population à risque de séjour en prison. Ils ont une vision plus globale du patient : problématiques somatique, psychiatrique, sociale et éducative. Ces praticiens perdent donc régulièrement de vue leurs patients du fait de l'incarcération, pour les reprendre en charge à leur sortie.

L'un d'entre eux décrit même son cabinet comme « *une nanostructure* » : au cours de sa carrière, il a pu créer un réseau entre le Centre de Toxicologie local, le service SPIP de la maison d'arrêt de Metz. Un éducateur intervient, d'ailleurs, régulièrement dans son cabinet pour suivre ses patients. Cette situation reste exceptionnelle et mérite d'être remarquée.

b) La pratique en UCSA.

Trois des médecins libéraux interrogés ont eu une expérience dans le domaine carcéral : l'un réalise régulièrement des vacations à la maison d'arrêt d'Epinal (entretien n°6). Un autre exerçait encore très récemment à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu (entretien n°12). Leurs entretiens ont permis de préciser l'organisation de ces deux UCSA.

Leurs habitudes de service sont sensiblement comparables :

- Au cours de la visite d'entrée, chez les patients ayant des antécédents médicaux et plus particulièrement des dépendances, ils effectuent une

vérification téléphonique de leur traitement auprès de leur médecin traitant, ou centre de soins, ou encore de la pharmacie leur délivrant les médicaments. Si le patient possède une ordonnance récente, le médecin utilisera cette dernière pour reconduire le traitement.

- En général, ils effectuent également une visite de sortie, pour les patients ayant un traitement chronique, au cours de laquelle ils rédigent une lettre de synthèse destinée au médecin traitant et une ordonnance pour quelques jours. Dans une des deux UCSA, ils fournissent le traitement pour quelques jours. Dans l'autre, un double du courrier était envoyé au médecin traitant identifié, par voie postale. Les documents et médicaments sont remis au patient sous pli confidentiel par l'intermédiaire du service de greffe de l'établissement pénitentiaire, le jour de sa libération.
- Quelques cas particuliers ont pu être remarqués par l'un d'entre eux : la prise de rendez-vous anticipée pour la période suivant immédiatement la libération. Les deux patients évoqués à cette occasion ont nécessité des bilans et des avis spécialisés pendant leur incarcération. Seulement leur date de libération approchant, la poursuite des soins, par l'UCSA, n'était pas envisageable de manière satisfaisante. En accord avec les patients concernés, la prise de rendez-vous a été effectuée, pendant l'incarcération, pour une date proche de leur sortie, les patients devant alors s'y rendre par leurs propres moyens.

c) Le vécu de la continuité des soins.

Au cours de ces entretiens, la majorité des interlocuteurs n'étaient pas satisfaits des échanges entre les UCSA et le milieu libéral (seulement trois sur quinze n'ont pas émis de critique).

Le sentiment essentiellement exprimé est un manque de considération, une communication à sens unique. Lors de l'incarcération, le médecin exerçant à l'UCSA contacte le médecin traitant pour obtenir des informations médicales sur le patient. Mais à la libération, il n'y aurait pas de transmission. Ce qu'ils regrettent est le fait

d'être régulièrement contactés téléphoniquement par un membre de l'équipe soignante de l'UCSA, afin de vérifier la véracité des propos d'un nouveau patient (posologies, réalité du suivi), plus particulièrement pour les TSO. Ce contact est, pour eux, la preuve que le médecin traitant a été identifié...

Mais quand ils évoquent la reprise du suivi à leur cabinet, ils prononcent des phrases comme « *Il n'y a rien, on ne transmet rien* », « *Au niveau des informations c'est zéro* », « *Ce n'est pas très bien fait* ». A la question « *comment trouvez-vous la continuité des soins de la prison à la ville ?* », un des médecins a même répondu « *C'est un vœu pieu !* ».

Les qualificatifs utilisés le plus souvent sont « *difficile* », « *aléatoire* » associés à des superlatifs renforçant la sensation d'absence de communication « *on n'a rien, jamais rien* », « *C'est très, très difficile* ». Les opinions ne sont pas indulgentes et les relations apparaissent compliquées, les médecins libéraux se plaçant pour la plupart comme les destinataires de l'information et les médecins exerçant en UCSA comme des rétentionnaires : « *Ils peuvent m'écrire, ce n'est pas compliqué !* », « *Ça ne doit pas être dans les...* » sous-entendu les habitudes.

C'est à ce moment particulièrement, qu'ils éprouvent des difficultés dans la prise en charge des patients : le suivi des traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et à visée psychiatrique. L'envergure médico-légale de ces traitements ainsi que l'image péjorative véhiculée par la toxicomanie leur font craindre des abus lors de la reprise des thérapeutiques : « *Il y a du filoutage* », « *Je suis sûr que je me suis déjà fait avoir aussi* ».

Les trois médecins exprimant une satisfaction devant la continuité des soins UCSA-ville, ont reçu des documents écrits : lettres, voire copie du dossier médical. Pour eux, la découverte du patient a été concomitante avec la réception des documents. Leur consultation s'est déroulée comme celle de tout nouveau patient.

« La prise en charge se passe au même titre que les patients qui changent de médecin traitant. » « Vous êtes obligés de repartir à zéro et vous êtes obligés de faire travailler votre matière grise et vous êtes obligés de faire votre rôle de médecin. »

Quant aux médecins exerçant dans les UCSA, ils admettent que le système n'est pas idéal. « *Ça c'est la théorie, maintenant en pratique...* » Les patients ayant des traitements, au moment de la sortie, sont repérés, et bénéficient de la consultation systématique.

Mais les patients, ayant eu un événement de santé aigu pendant la détention (par exemple une intervention chirurgicale) ne nécessitant plus de thérapeutique au long cours, ne sont pas systématiquement convoqués pour une consultation de préparation à la sortie. « *Il a été opéré, il a eu une hémicolectomie, etc. Je ne sais pas si son médecin traitant sera au courant. Et c'est vrai que dans ces cas-là on pourrait faire une lettre de synthèse ... et lui envoyer* ».

Ils partagent le même avis que leurs confrères exerçant en milieu libéral, « *ils sont tous quand même cachetonnés et quand ils sortent ils sont un peu livrés à eux même avec leurs cachetons avec des doses faramineuses d'anxiolytiques et donc je trouve que ça, ça pêche un peu par rapport à la prise en charge psychiatrique, thérapeutiques psychiatriques en prison ... Il va y avoir un moment où il va falloir les sevrer.* » L'explication de ces doses de traitement tient dans les conditions de vie observées en détention. « *Ils ne se rendent pas compte de ce que c'est quoi... La première fois qu'on entre dans une prison c'est impressionnant, c'est pesant. On est obligés de les shooter un peu.* »

d) La vision des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires par les médecins généralistes.

L'image des médecins exerçant en milieu pénitentiaire est très variable. Deux versions se confrontent. Quatre médecins libéraux émettent une opinion positive sur le suivi et la prise en charge réalisés pendant la détention. « *Leur prise en charge en prison est vraiment correcte, ils bénéficient d'un suivi régulier de leur pathologie* ». « *Je suis persuadé qu'ils sont très bien pris en charge là-bas* ».

Plus fréquemment (huit entretiens), une opinion négative est exprimée : « *Je suis perplexe* ». Certains estiment que les moyens sont absents « *Ils se débrouillent comme ils peuvent* », « *le temps de la prison n'est pas trop médicalisé* ». Son travail est considéré comme dévalorisant et « *particulier* » : « *ce n'est pas la page quoi* ». Le médecin est qualifié de « *désinvolte* », « *très léger* » dans un entretien, surmédiquant les détenus : « *ils gavent les patients de médicaments* »« *pour leur faire oublier la liberté* », voire pour assurer leur propre sécurité « *on les assomme pour qu'ils ne soient pas dangereux* ».

Le « *médecin pénitencier* » comme il est surnommé plusieurs fois, garde une image obscure, amalgamée à l'administration pénitentiaire. Il crée des « *camisoles chimiques* », il n'a pas d'identité propre : « *on soigne le mal-être de la personne, mais on ne soigne pas forcément la personne* », « *la prison m'a téléphoné* » et non l'UCSA, « *c'était un courrier de l'administration pénitentiaire, je me rappelle d'ailleurs, qui précisait les doses du patient* ».

Les médecins ont conscience que leurs patients bénéficient de soins pendant la période de détention mais doutent de la réalité du suivi. « *Ce n'était pas un médecin en réalité c'était quelqu'un d'autre ... Ce n'était pas un médecin à mon avis* ». « *A priori, ils sont suivis.* » « *Ca sous-entend qu'on va quand même prendre soin de lui sur le plan médical*».

Les discours ressemblent fortement aux descriptions faites de la "médecine carcérale" d'avant 1994, que l'on peut retrouver dans les références bibliographiques.

On peut isoler un exemple intéressant : celui d'un médecin libéral ayant pratiqué plusieurs années en milieu carcéral (avant et après la réforme de 1994) qui exprime quelques ambivalences.

Après avoir affirmé sa confiance en ses confrères des UCSA : « *je suis persuadé qu'ils sont très bien suivis là-bas ... je leur tire mon chapeau ... les confrères qui travaillent en UCSA travaillent dans des conditions très difficiles* », il explique les raisons de son départ : « *je trouvais que la pratique dans les UCSA par rapport à ma pratique de ville ne coïncidait plus... dans les UCSA, ces messieurs avaient le droit à tout ce qu'ils voulaient, vu les pressions qu'ils mettaient ... Je trouvais qu'on était à côté de la plaque sur la prise en charge médicale... Je suis bien content d'en être parti ... Ca va cinq minutes quoi.* » Le discours n'est pas incohérent mais véhicule une image d'une médecine prise en otage par les patients et l'administration.

e) Les attentes des médecins libéraux.

Les deux critiques majeures exprimées sont donc :

- L'absence de communication de l'UCSA vers le cabinet libéral.

La solution la plus souvent évoquée est l'écriture d'un courrier médical « *de relais* », « *une bafouille* », « *un petit mot* », « *une fiche d'infirmierie* » soit sous forme papier, soit sous forme électronique. Elle semble la plus adaptée car simple, rapide à écrire et à lire. Trois médecins souhaiteraient recevoir le dossier ou au moins les copies de résultats comme les sérologies, les comptes rendus opératoires. « *Ce ne serait pas compliqué de faire un petit dossier* ». Les avis diffèrent en ce qui concerne le moyen de transmission le plus adéquat : sept médecins sont favorables à la remise des documents au patient, cinq de les recevoir par voie postale, deux estiment que la voie électronique sécurisée est à promouvoir.

A noter que trois d'entre eux évoquent la possibilité d'être prévenus oralement lors d'un contact téléphonique, par le médecin de l'UCSA, quelques jours avant la sortie surtout pour les TSO, particulièrement la méthadone.

- « Le plus gros fossé entre la prison et la médecine libérale c'est surtout les traitements anxiolytiques. Là-bas ils ont quand même de gros gros traitements, pas tous, mais il y a des shootés quand même. »

Les traitements psychotropes de sortie sont à l'origine de multiples critiques tant sur les posologies que sur le manque de préparation en vue de la libération.

En effet, même si les avis s'accordent sur le fait que la privation de liberté est une situation difficile à vivre psychologiquement « *Je ne sais pas ce que ça fait de perdre sa liberté, ça doit être quelque chose d'effrayant* », les médecins libéraux acceptent mal de reconduire et devoir gérer la régression de thérapeutiques hors normes, qu'ils n'auraient probablement pas accepté de prescrire à un de leurs patients. « *J'ai souvent des problèmes au niveau des dosages de neuroleptiques ... on va dire dans l'arrêt des médicaments* ». L'arrêt de tels traitements peut être à l'origine de désaccord avec le patient, la légitimité du médecin traitant à l'arrêt du traitement qu'un autre praticien aura prescrit, n'étant pas acceptée, surtout en l'absence de demande du patient. La préparation du patient et la décroissance des thérapeutiques devraient, selon eux, commencer en détention, par anticipation de la sortie. « *Ils vont peut-être diminuer toutes les camisoles chimiques qu'on leur fait ingurgiter.* »

f) L'inertie.

Lorsque la réflexion est lancée sur les solutions possibles, on remarque une certaine inertie dans les comportements. En effet, les médecins pratiquant en UCSA et en ville ont bien identifié les problèmes qui perdurent dans la prise en charge des patients-détenus et pourtant n'y ont pas remédié.

Les médecins libéraux qui accueillent les patients ne pensent pas pouvoir améliorer la communication de leur côté, étant les destinataires de l'information... Trois des médecins interrogés ont admis qu'ils pourraient contacter l'UCSA lors du retour du patient en consultation, mais ne le font pas. « *On a le numéro de téléphone de l'UCSA pour appeler et avoir des renseignements si il le faut.* » « *Nous ça nous fait un peu ch... de retéléphoner à la prison en disant j'ai devant mes yeux ... c'est*

un peu compliqué aussi... Oui on peut. » « Et pour vérifier du coup c'est compliqué parce que appeler... - Oui, je ne le fais pas, ça me saoule. »

Un seul médecin généraliste contacte l'UCSA référencé, par téléphone, lors de la consultation de reprise de suivi du patient. « *Alors je suis obligé de téléphoner pour dire voilà, j'ai Monsieur Machin dans mon cabinet... Alors quelque fois c'est le parcours du combattant... Il faut remonter la filière.* »

g) L'amalgame prison-hôpital.

Le médecin de l'UCSA, qui est un médecin généraliste, soit praticien hospitalier, soit libéral attaché au Centre Hospitalier, qui suit régulièrement le patient pendant son incarcération, n'est jamais assimilé à un médecin traitant du patient. Il est plus vu comme un auxiliaire dans le suivi ou comme un spécialiste. Dans les entretiens, on retrouve plusieurs lapsus entre les hôpitaux, les prisons et les UCSA. Certes ces services dépendent d'un Centre Hospitalier, mais ils sont implantés dans d'autres sites et n'ont pas le même fonctionnement qu'un service classique. Les entretiens ont souvent déviés sur une remise en question de l'Institution qu'elle soit carcérale ou hospitalière : « *comme avec chaque spécialiste* », « *comme l'hôpital fait* », « *dans les milieux carcéraux et hospitaliers* ». Ou encore concernant Apycrypt : « *ça fonctionne en libéral très facilement et avec l'hôpital ça ne fonctionne pas.* »

h) Les clivages.

Ville – Hôpital.

Les discours laissent apparaître un réel clivage entre le cabinet du médecin libéral et les institutions. Les médecins libéraux expriment leur sentiment d'isolement « *je me débrouille* » ou « *me démerde* » sont des termes qui reviennent à plusieurs reprises. Leur ressenti peut se résumer par cette phrase : « *C'est la vie quotidienne du médecin traitant, de se débrouiller avec ce qu'on nous donne* ». Il y a une certaine

frustration vis-à-vis du monde institutionnel, qui les "dépossède" de leur patient, certains voient leur patient « *disparaître* » pendant une période et lorsqu'ils reconsultent, ils sont « *mis devant le fait accompli* ». Cette impression d'exclusion voire « *de mépris* » ressort lors de plusieurs entretiens. « *Il faudrait que les milieux carcéraux et hospitaliers sachent qu'on existe... Je pense que nous sommes un petit peu mis de côté par ce système... J'ai l'impression qu'ils nous méprisent un petit peu* ». Les rapports en deviennent quelques fois conflictuels. « *Comme ça c'est clair ... ils me rendent la monnaie de ma pièce* ». Cette non implication dans le projet de soin est logiquement mal vécue par l'acteur dont le rôle principal est d'être au centre de la prise en charge. Etre "shunté" par leurs confrères déplace leur rôle « *en bout de chaîne* », à la place d' « *ouvriers spécialisés* », dans la prise en charge de *leurs patients*.

Prison – société

L'univers carcéral concentre les problèmes sociaux. La société les crée puis en subit les conséquences ; la prison punit. La critique de notre système punitif est omniprésente (dans un entretien en particulier) et amène à la critique de notre évolution sociale : éducation laxiste, consommation, chômage, incivisme, violence...

La communauté est responsable de la surpopulation pénale. « *Ça me fait doucement rigoler, parce que quand je vois les éducateurs, moi j'ai connu... En 1960, il y avait deux éducateurs en Moselle. Il y en a 900 et les prisons sont pleines... On a marché à côté... Mais ces gens-là, qui vivent dans les milieux défavorisés,..., à la télé on leur dit il y a ci... Ils veulent tous se ressembler alors quand ils n'ont pas les moyens, qu'est-ce qu'ils font dans ces quartiers-là ? Ben ils volent.* »

La comparaison avec les hôpitaux spécialisés psychiatriques est utilisée à trois reprises. On reproche à la prison d'héberger des « *malades mentaux* », dont la place serait en hôpital. Comme les prisonniers, les patients psychiatriques sont

rejetés et négligés par la société. « *Quand tu demandes des sous pour les prisons, personne ne veut et quand tu veux installer une prison quelque part, ça prend dix ans quoi. C'est comme les maisons psychiatriques à une certaine époque On ne veut pas des fous, on ne veut pas de criminels* », « *il y a des gens qui sont en prison qui ne devraient pas y être ... j'ai toujours dit que si il n'y avait pas de psychiatre en prison, il n'y aurait pas de malade mental en prison. Donc si les psychiatres avaient refusés d'aller en prison, on ne serait pas dans cette situation.* »

i) Représentation et méconnaissance du monde carcéral.

Les représentations de l'univers carcéral sont également intéressantes à relever. La prison apparaît effrayante, pesante, oppressante, non sécurisante, dévalorisante, tant pour ceux qui y vivent, que pour ceux qui y travaillent : médecins, « matons »... La prison émet un rayonnement négatif sur tous ceux qui s'en approchent dont les UCSA qui s'y situent géographiquement (mais n'en dépendent pas).

L'emprisonnement est assimilé à un arrêt de la vie : « *tout s'arrête* », « *vous êtes en prison* ». « *On a l'impression que c'est un autre monde, vous quittez le monde des vivants et vous entrez dans un autre monde que je ne définis pas, où il y a d'autres règles* ». Les descriptions sont nébuleuses et suspicieuses. « *C'est glauque... C'est-à-dire qu'il s'y passe des choses et qu'on ne sait pas ce qu'il s'y passe, que les patients ne nous disent pas, que les médecins ne nous disent pas.* » « *Ca ne doit pas être si beau que ça* ».

La méconnaissance du milieu amplifie cette représentation négative. Beaucoup admettent ne pas connaître réellement les conditions de vie qui y règnent. « *Je ne suis pas certain qu'ils ont le droit à communication*».

Les murs de la prison sont physiques et fantasmatiques.

j) L'image du patient.

« *Taulards.* » « *Criminels.* » « *Bandits.* » « *Alcooliques.* » « *Toxicomanes.* » « *Psychotiques.* » « *Malades mentaux.* » « *A tendances psychopathiques.* » « *Population particulière.* » « *Animaux sauvages.* ».

Autant de synonymes et qualificatifs sont donnés à nos concitoyens étant privés de liberté (ou l'ayant été) : coupables mais aussi victimes.

La stigmatisation apparaît autant autour de leurs pathologies que de leurs délits. « *Bon maintenant je comprends un peu mieux. Parce qu'ils avaient été incarcérés pour des problèmes de mœurs... Il est très coupable dans sa tête parce que il continue à ne pas manger...* ». « *Il vient de faire deux ans pour viol aussi d'ailleurs.* » « *Bon il y était longtemps, il y était six ans.* » « *J'en ai eu un... Bon il avait tué sept personnes...*»

Dans un entretien, on a d'ailleurs le sentiment que le passage en prison peut être vécu comme un élément complexifiant le dossier : « *C'était un petit peu la découverte donc faire la part des choses entre ce qui est lié à la prison et ce qui est lié à la découverte du patient, c'est un peu compliqué.* » L'emprisonnement n'est pourtant qu'un évènement de vie et non médical.

Ce sont des personnes qui font peur et qui ne sont pas fiables : « *A part un petit côté agressif* », « *pour qu'ils ne soient pas dangereux* », « *il était impressionnant le mec* ». « *Le patient ne le dit jamais* » alors que ce même patient a remis la lettre rédigée par le médecin de l'UCSA...

- Les toxicomanes.

Les patients-détenus sont associés à la toxicomanie dans douze entretiens. Lorsque les médecins évoquent les difficultés de communication avec les UCSA, ils regrettent souvent de méconnaître les traitements de sortie, surtout les dosages de TSO et de traitements psychotropes associés. «*Avec une lettre de sortie en mettant le nom du médecin, la dose du traitement qu'ils ont au niveau substitution plus les traitements associés.* » «*C'est même de façon systématique, un relais de traitement substitutif.* » «*Un mot pour le médecin traitant ... parce que nous on ne sait jamais, s'ils prennent un somnifère, s'ils prennent du TERCIAN®...* ».

Le patient dépendant est une caricature de la victime-coupable : leur emprisonnement est la conséquence de leurs addictions. «*Celui qui tombe c'est celui qui s'est fait prendre au début de sa consommation ... C'est le gamin qui s'est fait avoir parce qu'il a dealé et qu'il s'est fait ramasser*». Et pourtant sa place n'est pas en prison, lieu de trafic et de sur-médication, pouvant favoriser les rechutes ou les glissements vers de nouvelles dépendances. «*J'ai des patients qui étaient indemnes en entrant et qui en ressortent...* » «*Il y a le shit qui circule en prison, le trafic de SUBUTEX®.* » «*Ce sont des accros aux médicaments* ». La société se rend coupable d'emprisonner des gens qui nécessitent des soins et du soutien. «*Faire de la réinsertion plutôt que de la répression.* » «*Ça ne résout rien.* » «*Je verrais avec le centre de soins si on peut lui trouver une solution intermédiaire.* »

Paradoxalement, il est aussi associé au mensonge, à la manipulation («*filoutage*»), le crédit de confiance qui lui est accordé est très modéré. «*Le problème est que si on descend (la dose), ils dealent* ». «*On prend contact avec le médecin traitant pour savoir si c'est vrai le traitement qu'ils nous donnent.* » «*C'est le problème de faire confiance à la personne qui est devant vous quand vous ne la connaissez pas* ». «*C'est difficile, moi c'est sur la bonne foi du patient* ».

Quand on évoque des solutions pour améliorer efficacement la continuité des soins entre la ville et la prison, trois des médecins citent leur collaboration avec les centres de soins. «*La prison devrait se mettre en rapport avec les centres pour une*

prise en charge structurante. » « *Par exemple tous les patients qui sortent de La Croisée ici, j'ai un coup de téléphone... Je t'envoie la lettre relais* ». (La Croisée est un centre de soins spécialisé en addictologie installé à Epinal, équivalent de l'UFATT à Nancy et du Centre Baudelaire à Metz).

Cette pathologie multifactorielle n'est envisagée dans sa globalité que dans trois entretiens, mais ce type de prise en charge pourrait être adaptée et s'étendre alors à l'ensemble de la population pénale. « *La prise en charge à la sortie de prison et à la réinsertion, il (le médecin) est acteur au même titre que le travailleur social ...ce qui est vrai en matière médicale est vrai aussi en matière de suivi social.* », « *Pour faire de la réinsertion plutôt que de la répression ... l'addictologie c'est vraiment une pratique riche : de la sociologie, de la psychiatrie, de la médecine interne.* »

Caractéristiques des médecins	Nombre (au total quinze)
Hommes	13
Plus de dix ans d'exercice	13
Suivant régulièrement des patients anciens détenus	8
Addictologues	7
Exerçant ou ayant exercé en UCSA	3
Satisfait de la continuité des soins	3
Vision négative de l'UCSA	8
Vision très négative du patient-détenu	3
Préconisant l'utilisation du téléphone avant la sortie	4
Préconisant l'utilisation de mails sécurisés	3
Préconisant l'inclusion du patient	7
Préconisant la remise du dossier	3
Se considérant comme destinataire de l'information (passif)	4
Ayant déjà pris contact avec l'UCSA ou l'UHSI	3
Prenant régulièrement contact avec l'UCSA ou l'UHSI	1

2) Réponses des médecins exerçant en UCSA.

Nous avons sollicité vingt UCSA de la région Est française (zone géographique dépendante de l'UHSI nancéennes), nous leur avons adressé le questionnaire ainsi qu'un courrier expliquant notre projet, par voie postale.

Dix médecins nous ont répondu, ils représentent au total treize UCSA réparties entre l'Aube, la Lorraine et l'Alsace. L'ensemble des services répondeurs correspond à 3216 places théoriques de détention et selon les réponses aux questionnaires 4051 patients détenus.

Trois des médecins répondeurs sont des femmes. L'ancienneté d'exercice dans le milieu carcéral est très variable ; de 27 ans à 6 mois (5 d'entre eux exercent depuis plus de 10 ans en UCSA).

Toutes les UCSA réussissent à réaliser la visite entrant obligatoire, les médecins obtiennent tous leurs renseignements des patients, sept contactent régulièrement les médecins traitants et neuf consultent le dossier antérieur lorsqu'il existe. Des difficultés sont tout de même fréquemment rencontrées : huit d'entre eux ne sont pas satisfaits de l'exhaustivité des informations recueillies, six éprouvent des difficultés dans les reconductions de traitements antérieurs et quatre trouvent que la communication avec le médecin traitant est difficile. Seulement un de nos interlocuteurs se trouve satisfait de l'organisation actuelle.

Lors de la réflexion sur les solutions envisageables pour améliorer la « rentabilité » de la consultation arrivant, nous avons proposé aux personnes interrogées plusieurs options : l'utilisation du téléphone a été le moyen le plus souvent choisi, trois ont préféré la mise en place d'un courrier ou questionnaire standardisé, autant l'utilisation du dossier médical personnalisé électronique (DMP), deux préconisent la mise en place de réseaux et enfin deux conseillent l'utilisation de la voie internet sécurisée (type apcript).

Un des médecins interrogés évoque la possibilité de créer un dossier médical électronique unique pour les patients détenus qui les suivrait en fonction des transferts ou d'éventuelles réincarcérations, par l'intermédiaire d'un réseau entre les différentes UCSA.

En ce qui concerne la gestion de la sortie, seulement trois médecins voient tous les patients dans le mois précédent leur sortie. Les principales difficultés relevées sont : les manques d'informations sur la date de sortie (cité à cinq reprises), les refus de patients de se présenter à l'UCSA (cité à deux reprises) et le manque de temps (cité une seule fois). Trois sont partiellement satisfaits de la façon dont la libération est préparée, lorsqu'ils arrivent à voir le patient.

La transmission des informations médicales se fait dans neuf cas par l'intermédiaire du patient avec un éventuel recours au courrier adressé au médecin traitant désigné dans cinq services, un seul a recours au mailing et un utilise le téléphone.

Il est alors fourni au patient : un courrier (neuf fois sur dix), des copies des éléments du dossier (huit questionnaires), une ordonnance (six fois sur dix).

Un résultat est important à noter, aucun des médecins interrogés ne connaît systématiquement le médecin traitant du patient. Les deux raisons évoquées spontanément par les personnes interrogées sont l'absence de médecin traitant identifiable chez un certain nombre de patient mais aussi l'inutilité de connaître le nom du médecin traitant pour certains patients.

Selon eux, le meilleur moyen d'améliorer la transmission des informations médicales à la sortie des patients serait le dossier médical personnalisé (cinq réponse sur dix), puis la création de réseaux (trois sur dix) et l'utilisation de communication internet sécurisée (trois sur dix). En derniers moyens choisis viennent le téléphone et l'utilisation de courrier posté (chacun deux réponses).

Plusieurs médecins ont souhaité ajouter des remarques personnelles en fin de questionnaire, deux d'entre eux ne considèrent pas la logique des soins délivrés en UCSA comme un projet à long terme. Ce sont des médecins qui exercent en maison d'arrêt et sont donc amenés à rencontrer des patients effectuant pour la plupart de courtes peines.

Les « patients- détenus » n'inspirent pas une grande confiance surtout pour la transmission des informations (notamment concernant les substitutions). L'absence de retour sur leur devenir, après leur libération, est vécue comme frustrante par deux

médecins et doit probablement exacerber la méfiance à l'égard des personnes détenues.

3) Quelques entretiens avec des patients.

Nous avons pu interroger dix patients : une femme et neuf hommes. La classe d'âge la plus représentée était celle entre trente et quarante ans (huit patients) ; les deux autres patients étant âgés respectivement de vingt et un et soixante-quatre ans. Trois présentent une pathologie addictive, un est suivi pour un diabète insulinorequérant.

a) Leurs relations avec leur médecin traitant.

Tous les patients déclarent avoir un médecin traitant libéral, trois sont suivis régulièrement pour des pathologies chroniques. Un seul pense changer d'interlocuteur à sa libération, son médecin traitant étant celui qui l'a examiné lors de sa garde à vue.

Trois préfèrent que leur médecin traitant ne soit pas informé de leur incarcération : l'un d'entre eux car il apprendrait qu'il a rechuté dans la consommation de stupéfiants et deux car ils ne jugent pas l'information utile pour leur suivi (ils n'ont pas de pathologie chronique).

Six des patients interrogés ont déjà été incarcérés dans leur vie, au moins une fois dans le même établissement.

Deux se souviennent avoir reçu, au moins une fois, des documents lors de leur libération précédente, mais un seul les a remis à son médecin, le second admet les avoir jeté avec la volonté de « *tourner la page* », alors qu'il n'est pas gêné que son médecin traitant soit informé de son incarcération.

Lorsque l'on évoque d'éventuels échanges entre les médecins exerçant en UCSA et les médecins traitants, dans le but d'améliorer la prise en charge médicale, les patients interrogés y sont favorables, deux insistent sur le fait que les informations médicales sont couvertes par le secret ; notion qu'il trouve rassurante. « *Le médecin traitant doit tout savoir pour un meilleur suivi* »

b) La perception de l'UCSA par les patients.

Deux patients ont déclaré avoir eu peur au moment de l'incarcération de la prise en charge médicale dont ils bénéficieraient pendant leur détention et avoir été agréablement « *surpris* » par l'équipe soignante. Les expressions utilisées sont « *ça va* », « *ils sont biens* », « *un médecin est un médecin* ».

Les visites à l'UCSA sont des « *bouffées d'oxygène* », la sensation d'être un patient et non un détenu ou un numéro d'écrou est appréciée. Le travail exercé au sein du service est reconnu.

Les quelques critiques émises concernent la difficulté de lien avec le service, le moyen de communication par courrier est ressenti comme lent et frustrant par le patient, tout comme ne pas avoir le choix de l'heure du rendez-vous : « *je n'aime pas être convoqué pendant la promenade* ».

Le manque d'accessibilité à certains produits disponibles en automédication ou parapharmacie en milieu libéral est souligné par un patient.

Un autre patient a également souligné le problème des prescriptions médicales en détention, trop « *laxistes* » selon lui, perçues comme génératrices de "trafic".

IV. DISCUSSION

Lors des entretiens, nous avons donc le sentiment que les informations ne vont pas au-delà des murs de la prison. L'image négative de la prison contamine tout ce qui s'y rapporte. Elle est renforcée par la méconnaissance de cet univers et de ses rouages. Cela crée des clivages confirmés par les opinions sans indulgence exprimées autant envers les patients-détenus que les médecins qui y exercent.

L'analyse des questionnaires adressés aux médecins exerçants en UCSA est contradictoire avec le ressenti des médecins traitants libéraux. En effet, tous les praticiens des UCSA affirment faire des papiers de transmissions au moment de la libération ; au minimum une ordonnance, très souvent associée à un courrier et des copies d'éléments de dossier. Les difficultés pour préparer la libération, bien que peu explorées par les différents items, ne sont pas niées : tous les patients ne peuvent être vus par faute de temps, de disponibilité médicale ou du patient, de manque de transmission des informations...

Tous les médecins affirment réaliser une consultation d'entrée pour tous les arrivants en détention, mais aucun ne connaît systématiquement le médecin traitant. Il y a semble-t-il également une amélioration à apporter : si le médecin généraliste n'est pas identifié, il ne peut être informé même à postériori des évènements médicaux ayant eu lieu en détention. A noter d'ailleurs que l'UCSA de la maison d'arrêt de Metz Queuleu a été récemment équipée du dossier médical informatisé et qu'aucun emplacement n'a été prévu dans le logiciel pour renseigner le médecin traitant désigné par le patient...

Si les professionnels exerçant en UCSA font régulièrement des courriers et que ceux exerçant en milieu libéral ne reçoivent que très peu d'informations, il est licite de remettre en question le moyen de transmission utilisé c'est-à-dire la patient. Les quelques entretiens réalisés afin de recueillir leur opinion sont également contradictoires. Tous les patients affirment être d'accord avec le principe d'échanges

d'informations entre les différents médecins les prenant en charge ; ils sont conscients que cela améliore leur prise en charge, ils ont confiance en leur médecin traitant et leur capacité à respecter le secret médical.

Un seul patient interrogé sur dix pense changer de médecin libéral à sa libération et un autre a admis ne pas avoir remis les papiers de sortie à son médecin traitant lors d'une de ses incarcérations précédentes.

Là encore, aucune explication n'est retrouvée à l'absence de communication entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

Il y a donc une remise en question à effectuer. Celle-ci ne doit-elle pas être partagée ? En effet les médecins libéraux et ceux exerçant en UCSA n'ont-ils pas une obligation de moyens qui s'étend jusqu'à la transmission ou la récupération des informations ? Les patients, pour une prise en charge adaptée, ne devraient-ils pas faire le lien entre les deux ? Comment vaincre cette inertie qui touche les différents acteurs et combler le fossé qui les sépare ?

1) Informer les acteurs de soins.

Il est de notoriété publique que les cabinets de médecine de ville ont une activité soutenue et que les médecins généralistes manquent de temps. Seulement la pratique dans les UCSA n'est pas plus facile et les conditions ne sont pas toujours réunies pour une gestion optimale des sorties de patients. Et même si la logique voudrait que l'information aille d'un point A vers un point B, le déroulement des événements ne le permet pas toujours. En effet, on ne sait pas quand on entre en prison et on ne sait pas toujours quand on en sort...

Il n'est pas rare que la libération soit aussi subite que l'incarcération : les juges peuvent décider d'une libération immédiate, de placements en aménagement de peine ou encore d'accorder des réductions de peine. Lorsqu'une libération est

ordonnée, le détenu doit quitter les lieux le plus rapidement possible (après quelques vérifications d'usage), sous peine de rendre l'établissement coupable de détention abusive. L'UCSA n'a pas toujours la possibilité de réagir, faute de temps, de non-présence médicale, d'absence de transmission de l'information au service.

Cette difficulté peut s'ajouter, dans les sorties programmées, à la surcharge des plannings de consultations, au temps de présence médicale parfois insuffisant, au refus des patients de se présenter à une consultation qu'ils n'ont pas sollicitée. Il est à noter également que les UCSA peuvent rencontrer des problèmes de communication avec l'administration pénitentiaire. Par exemple au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, l'équipe médicale éprouve des difficultés à organiser les libérations de patients car elle n'a pas accès à la liste des sortants alors qu'à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu, le greffe communique régulièrement cette information au secrétariat de l'UCSA qui peut alors programmer une consultation de sortie.

Quel que soit leur lieu d'exercice, les médecins sont conscients des difficultés rencontrées avec les patients faisant l'expérience de la détention et de la nécessité d'améliorer la situation, pour une prise en charge globale du patient. Mais comme le manque de communication actuellement constaté, les solutions évoquées vont toutes dans le même sens : les médecins exerçant dans le milieu pénitencier doivent "aller" vers les médecins libéraux.

Les médecins libéraux ne seraient-il pas plus indulgents s'ils connaissaient le mode de fonctionnement des UCSA et surtout les contraintes auxquelles elles doivent s'adapter ? Ne seraient-ils pas alors plus enclins à prendre contact avec leurs confrères afin d'établir une communication à double sens ?

De même les médecins des UCSA ne modifieraient-ils pas leurs pratiques, s'ils avaient conscience des difficultés rencontrées par les médecins de ville ?

Les patients ne devraient-ils pas être sensibilisés à la nécessité d'améliorer leur prise en charge ? Ne peut-on pas les éduquer afin de les impliquer davantage et que leur santé ne redevienne pas secondaire dès leur retour en milieu libre ?

"L'ignorance a ses avantages" (Franck HERBERT) ceux de pouvoir critiquer sans se remettre en question...

Seulement selon François RABELAIS "l'ignorance est mère de tous les maux". Elle entraîne souvent incompréhension et conflits....

Réaliser une campagne d'information auprès des médecins libéraux, leur présentant les conditions de travail et les événements qui peuvent amener à ce qu'aucune information ne leur parvienne, permettrait peut-être de casser les clivages et de favoriser la prise de contact de la ville vers la prison. Les "médecins pénitenciers" seront peut-être plus souvent vus comme des confrères et la communication pourrait en être facilitée.

Sensibiliser les praticiens des UCSA aux difficultés rencontrées par les médecins libéraux lors de la reprise du suivi après la libération du patient, les inciterait probablement à accentuer leur effort. La sortie d'incarcération des patients ne les libèrent pas de leurs obligations envers ces derniers. Depuis la loi du 18 janvier 1994, les UCSA sont des services hospitaliers à part entière or la loi du 4 mars 2002 insiste sur l'obligation en fin de séjour hospitalier d'informer le médecin désigné par le patient dans un délai de 8 jours... Il est donc nécessaire d'insister sur l'identification du médecin traitant et l'obtention de l'accord du patient.

2) Place des psychiatres et des traitements psychotropes.

La prise en charge psychiatrique pendant la détention est assurée par des médecins spécialistes. En effet, chaque UCSA assure des consultations spécialisées psychiatriques. Les traitements psychotropes y sont instaurés en fonction de la sévérité des symptômes de chaque patient. Ces personnes ayant parfois des thérapies aux posologies élevées nécessitent le maintien d'un tel suivi à l'extérieur. La problématique soulevée par la critique des traitements hors normes prescrits amène à réfléchir sur la prise en charge psychiatrique de tels patients. En effet à leur libération, la prise en charge de ces patients ne relève pas d'un cabinet de médecine générale mais d'une structure spécialisée type Centre Médico-Psychologique (CMP). Seulement, à l'heure actuelle, les établissements psychiatriques n'ont pas les moyens de répondre aux besoins de la population, il n'est donc pas étonnant que certains de ces patients soient uniquement suivis par leur médecin traitant.

Dans certaines UCSA comme Nancy et Metz, des protocoles de diminution des TSO existent. On peut donc envisager des conduites similaires pour les traitements psychotropes, l'objectif n'étant pas forcément le sevrage complet de tous les traitements mais l'obtention de posologies adaptées à la médecine libérale au moment de la sortie et l'intégration de la notion de projet de soins dans l'esprit du patient pendant et après l'incarcération. Ce type de prise en charge reste un cas particulier, elle pourrait intervenir après avoir sensibilisé les équipes soignantes aux difficultés rencontrées en ville chez un nombre restreint de patient.

En effet, la libération est un événement anxiogène dans la "vie d'un détenu", les tentatives de suicide ne sont pas rares dans la période précédant la sortie de détention. Il ne serait donc pas non plus opportun de diminuer de manière abusive les traitements anxiolytiques et de favoriser ce type de passage à l'acte.

3) Quelle place pour le patient ?

Alors que la problématique concerne le patient, celui-ci n'est pas systématiquement placé au centre du débat et des actions correctrices à mener.

Les deux entretiens avec les médecins exerçant en UCSA confirment que les papiers de sortie sont remis au patient le jour de sa libération. Les médecins ayant reçu des documents, les ont obtenus par l'intermédiaire du patient.

Mais quand on cherche des solutions, deux opinions s'opposent :

- Soit passer par le biais du patient « *le courrier de sortie, ça doit être avec l'accord du patient* » ; donc lui laisser aussi le choix « *après il en fait ce qu'il veut* ».
- Soit le court-circuiter. Le patient n'est pas toujours fiable, avec ou sans intentionnalité. « *Ils ont des dossiers des fois mais ils sont assez vite perdus.* » « *Quand le détenu sortait, les documents : poubelle* ».

Certains préconisent le coup de téléphone ou l'utilisation du mail, pour assurer une transmission plus fiable et plus rapide.

Alors que tous évoquent l'intérêt du patient, tous ne se questionnent pas sur son avis. N'est-il pas le détenteur du secret médical ? Ne doit-il pas donner son accord avant que les médecins ne communiquent entre eux à son sujet ? Quand on parle d'email, de communication téléphonique n'oublie-t-on pas que le patient doit exprimer son consentement ? On ne peut pas exclure le patient de sa propre prise en charge, même dans "son intérêt". Cela ne peut que nuire à son suivi. La question doit lui être systématiquement posée dès l'entrée en incarcération et lors de la consultation de sortie : « Etes-vous d'accord pour qu'on appelle votre médecin traitant ? » Lors de la visite d'entrée, on pourrait lui demander de désigner son médecin traitant et une personne de confiance, comme dans les autres services hospitaliers et nous autorisant ainsi à leur communiquer les informations médicales le concernant.

La médiatisation actuelle de notre société pourrait susciter un doute, les jugements sont publiés et accessibles à tous. Le fait d'être incarcéré est-il une information couverte par le secret professionnel ? Le code de déontologie est sans équivoque et dit à l'article R.4127-4 : « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Ce qui nous amène à réfléchir sur le moyen de communication à employer. Même si le patient n'est pas d'une fiabilité totale, n'est-il pas le plus pertinent ?

La loi du 4 mars 2002 précise la place qui revient au patient. L'époque de la médecine patriarcale est révolue. Il est l'heure de la « *démocratie sanitaire* ». « *C'est la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur de soins, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision, de participation active du malade à son traitement.* » (32)

La prison est bien assez dépersonnalisante à elle seule, il n'est pas nécessaire de déposséder le patient de son projet de soin.

4) Les différents moyens de communication envisagés.

Le téléphone est certes « *rapide* » et « *efficace* » mais il n'est ni traçable ni sécurisé, on ne peut pas vérifier l'identité de l'interlocuteur, ni le fait qu'il soit dans des conditions adaptées « *des fois c'est embêtant parce qu'il y a quelqu'un en face...* ».

Le mailing nécessite une connexion sécurisée type Apycrypt. Mais à l'heure actuelle, tous les centres hospitaliers ne sont pas équipés, ce qui constitue la plus grosse difficulté à son utilisation.

Le dossier médical personnel électronique (DMP) pourrait être une bonne solution, chaque détenu étant affilié à la Sécurité Sociale dès son incarcération et pendant l'année qui suit sa libération. Elle nécessiterait quelques adaptations matérielles des services UCSA (comme l'installation de lecteurs de carte vitale). Seulement il faudra probablement encore quelques années avant que cette option ne soit opérationnelle et adoptée par tous. Elle ne peut donc suffire à elle seule actuellement.

La lettre pourrait donc être la meilleure solution à l'heure actuelle. Celle-ci comme dans les autres services pourrait être dictée et envoyée au médecin traitant. Un courrier provisoire pourrait être remis au patient le jour de sa sortie afin de remédier à l'attente inhérente à la voie postale et aux contraintes de service.

5) L'exemple de l'addictologie.

Un certain nombre de médecins ont proposé d'harmoniser les conduites des UCSA à celles de Centres de Soins de Toxicologie. Comme eux, le médecin exerçant en milieu carcéral pourrait les contacter par téléphone quelques jours avant la libération et rédiger un courrier plus complet à adresser au médecin traitant soit par le patient, soit par mail ou courrier. Cela serait plus sécurisant pour le médecin libéral prenant le relais de la prescription des TSO.

Dans la première partie, nous avons vu que seulement 8% des patients incarcérés sont substitués, ce type de protocole ne tiendrait pas compte des 92% de patients restant. Les toxicomanes étant particulièrement fragiles, améliorer leur suivi serait déjà un grand pas. L'exemple de leur prise en charge pourrait alors servir d'exemple à la prise en charge de tous les patients.

6) Quelles sont les solutions envisageables ?

L'objectif initial de ce travail était de créer et de diffuser un document standardisé au sein des UCSA voire des cabinets médicaux afin d'uniformiser et de faciliter la transmission des informations médicales. Rapidement au cours des entretiens, il devient évident que ce n'est pas la principale problématique soulevée par les médecins libéraux. Il ne faut pas "protocoliser" la communication mais la rendre existante dans un premier temps.

L'information peut être diffusée par différents moyens aux médecins libéraux:

- Rédaction d'un article publié dans une ou plusieurs revues spécialisées.
- Intervention lors de séances de formation continue comme par exemple à la Semaine Médicale de Lorraine ou par l'intermédiaire d'associations de professionnels.
- Création d'un guide méthodologique sur les conduites à tenir en cas de relais de prise en charge d'un patient lors d'une sortie de détention.
- Elargir à la formation des Internes de Médecine Générale lors des enseignements. Plusieurs cours pourraient permettre un aparté comme « suivi de patients atteints de pathologies chroniques », « addiction aux stupéfiants », « communication et relation médecin-patient », « patients migrants et/ou en situation de précarité ».

Le cas particulier de l'information du médecin traitant lors d'un événement de santé aigu ayant nécessité un transfert dans une UHSI pourrait trouver une solution simple. Depuis la loi du 4 Mars 2002, chaque service hospitalier a l'obligation de transmettre au médecin ayant prescrit l'hospitalisation ou désigné par le patient, un compte rendu du séjour dactylographié dans un délai de 8 jours.

Il serait facilement envisageable d'adresser systématiquement, le double du courrier rédigé au moment de la sortie du service au médecin traitant du patient. L'information étant recueillie dès son arrivée.

7) Les biais

Dans ce travail nous pouvons relever plusieurs biais.

Le premier est le profil des médecins généralistes interrogés : sept sur quinze sont spécialisés dans l'addictologie ou ont pris en charge des patients anciens détenus pour des problèmes de toxicomanie substituée.

Parler avec eux du milieu pénitentiaire nous a amené à évoquer la toxicomanie. Certains entretiens sont alors plus orientés vers la problématique addictologique et sociale de ces patients plutôt que sur leur prise en charge et surtout la continuité des soins. De même que pour eux les solutions sont à adapter aux TSO et à la réinsertion.

L'interrogatoire et l'interprétation des entretiens ont été réalisés par des personnes familiarisées avec le milieu pénitentiaire, il peut y avoir eu une sensibilité accrue dans l'interprétation de certaines paroles ou expressions des médecins libéraux, qui n'ont pas la maîtrise de certaines notions spécifiques.

Les questionnaires adressés aux médecins exerçant en milieu pénitentiaire ont été envoyés secondairement à un petit échantillonnage, il y a 189 établissements

pénitentiaires français et nous n'avons contacté qu'une vingtaine de services UCSA. De plus les questionnaires n'étaient pas tous complets (données chiffrées fréquemment absentes, pas d'évaluation des proportions de patients vus en consultation de sortie par exemple). Cette enquête secondaire ne nous donne qu'un aperçu des pratiques de ces services. Afin d'apporter des résultats plus précis, il serait intéressant de réaliser une seconde enquête plus étendue sur le territoire à l'aide d'un questionnaire plus élaboré.

De même les quelques entretiens avec les patients ne sont pas représentatifs de la population pénale. Ils permettent de cerner l'état d'esprit global des répondants. Cependant la sélection des patients basée sur leurs passages à l'UCSA pour des soins infirmiers sous-entend un suivi régulier par le service. La vision de leur prise en charge est probablement différente de celle de patients consultants à l'UCSA de façon très occasionnelle. De plus, ce ne sont que des patients francophones et insérés qui ont été interrogés. Ils permettent tout de même de montrer que les patients ne méritent pas les qualificatifs qu'on leur attribue à de maintes reprises au cours des entretiens.

CONCLUSION

Ce travail réalisé auprès des médecins généralistes, permet de constater que l'image de la médecine exercée en milieu pénitentiaire est restée empreinte d'une certaine connotation négative.

Malgré les améliorations apportées depuis bientôt vingt ans des conditions de pratiques, les discours entendus ressemblent encore aux descriptions de la « médecine carcérale » d'avant 1994. La représentation sociale du "détenu" reste tenace et délétère pour ces patients au parcours de vie parfois compliqué, et retentit sur l'image des personnels assurant leur prise en charge.

Les principaux obstacles à la continuité des soins entre la ville et la prison sont l'inertie et le clivage qu'il existe entre les différents acteurs soins. Ils sont secondaires à la méconnaissance des conditions de travail de chacun.

L'idée initiale de création d'un outil standardisé de communication semble, au fur et à mesure des rencontres, inadapté : **ce n'est pas un problème de forme mais de fond**. En effet, avant d'envisager ce type de réflexion, il faut d'abord améliorer (créer) les liens entre les médecins libéraux et hospitaliers exerçant en UCSA, il semble nécessaire que dès l'entrée en détention, l'objectif soit la création d'un projet de soins partagé avec le patient et ainsi l'accompagner dans un parcours de soins allant jusqu'à la libération et la prise en charge à l'extérieur.

Le médecin de l'UCSA n'est pas considéré comme le médecin traitant, ce rôle lui est pourtant dévolu pendant la détention. Il en accomplit les missions dans le respect de la déontologie. Il est étonnant de s'apercevoir que ce statut ne lui est à aucun moment accordé.

Lever le voile sur toute la nébuleuse carcérale et sensibiliser les services aux difficultés rencontrées par les confrères libéraux pourrait être favorable à une dynamique plus tournée vers l'échange et la co-construction d'une prise en charge globale et continue du patient. Car il s'agit bien de suivi de patients dont il s'agit ; de continuité de soins chez des personnes en situation de précarité, nécessitant une attention particulière, sans jugement ni discrimination.

ANNEXES

ENTRETIEN N°1

Homme.

Plus de dix ans.

Cabinet seul en Meurthe et Moselle, a exercé en UCSA avant et après 1994.

Conditions de l'entretien :

Premier rendez-vous de l'après-midi, au cabinet, arrivée d'un patient pendant l'entretien. Calme, souriant.

Durée d'environ 15 minutes.

1) EXPERIENCES ANTERIEURES

- Avez-vous déjà souvent pris en charge des patients qui ont subi une incarcération ?

Alors ça m'arrive de temps en temps, récemment j'en ai donc pris en charge deux, qui sont venus avec un courrier de l'UCSA, je sais plus si c'était Toul ou Ecrouves.

- Est-ce que vous rencontrez des difficultés particulières à la prise en charge de ces patients ?

Non.

- Aucune ?

Non.

2) MODES DE TRANSMISSION

- **Par qui avez-vous été informé de l'incarcération? (Silence...) Le patient vous l'a dit spontanément ?**

Ah, euh... Le patient ne le dit jamais. C'est parce qu'il m'a donné simplement le courrier de sortie qui était le courrier signé par le médecin donc de l'UCSA et donc qui résumait l'histoire clinique et les antécédents du patient.

- **D'accord et euh... ce sont des patients que vous connaissiez déjà avant ?**

Euh non.

- **C'étaient des nouveaux patients en fait ?**

Ce sont des patients qui je pense, sont en période de liberté intermédiaire, conditionnelle, etc. Qui doivent trouver, je pense, un travail, qui ont un logement sur place en attendant de terminer leur peine euh... Et qui bénéficient d'une liberté transitoire.

- **Est-ce que vous avez déjà eu des interlocuteurs particuliers avec le service médical?**

Non.

- **Jamais ?**

Non.

3) CONTENU DE L'INFORMATION

- **Et vous n'avez jamais été contacté non plus par un service médical au sujet d'un éventuel patient à vous qui aurait été incarcéré ?**

Non (*avant la fin de la question*). Non jamais.

- **Et donc dans ces courriers de sortie quelles informations vous ont été transmises ?**

Les antécédents des patients euh... Les examens qui ont été effectués durant leur incarcération avec les résultats de ces examens et puis éventuellement les médications qu'ils prennent à leur date de sortie, l'état vaccinal, voilà c'est tout.

- **Est-ce que vous avez été satisfait des informations qui vous ont été transmises ?**

Oui, je pense que c'est bien. Oui.

- **Et quel est votre sentiment par rapport à la.. ben ... aux UCSA, aux services médicaux des milieux pénitentiaires par rapport à la prise en charge des patients, de leur suivi ; vous avez la sensation qu'ils ont été bien suivis, que tout s'est bien passé ?**

Moi, je suis persuadé qu'ils sont très bien suivis là-bas. Je suis un ancien médecin UCSA donc je sais comment ça se passe.

- **Oui... En ce moment je suis à Metz Queuleu mais je pose la question parce que justement en téléphonant à certains médecins généralistes des fois on sent qu'il y a une incompréhension, parce que certaines UCSA font sortir très peu d'information. Je vois dans la région de Metz la communication entre les médecins généralistes autour de**

Metz et l'UCSA est quasi-inexistante donc le vécu en libéral est plus compliqué par rapport aux médecins de là-haut quoi.

Moi, je pense que de toute façon le vécu en libéral... Euh... le vécu en libéral, il doit être très simple à partir du moment où un patient arrive, quand un patient vient nous voir, il faut bien se dire une chose, dans 90% des cas il n'a jamais de dossier et quand vous demandez à avoir copie du dossier ou qu'il vous ramène le dossier, il ne le ramène jamais. Hein sur les 90%, il y en a peut-être 10% qui vous ramènent un dossier ou finalement vous arrivez à avoir un dossier donc vous êtes obligés de repartir à zéro et vous êtes obligés de faire travailler votre matière grise et vous êtes obligés de faire votre rôle de médecin. Parfois souvent c'est mieux de partir avec rien parce que ça vous permet d'avoir une idée synthétique beaucoup plus claire sur ...euh... sur le malade, qui une idée qui est la vôtre et ne pas retomber dans le système de dire bon ben voilà vous avez un dossier bon ben c'est bien. Quand vous avez la personne qui arrive avec un dossier épais comme ça (*il fait le geste*) vous croyez que vous allez passer le weekend à aller regarder toutes les fiches du dossier ?

- **Non.**

Hein... Vous faites comme tout le monde, vous regardez rien du tout vous regardez les grandes lignes et pis après vous faites en fonction de... Donc! Nan moi je suis un opportuniste de toute façon, moi ça ne me pose aucun souci que j'ai un petit courrier. Je trouve que les courriers qu'ils font dans les UCSA ici, vu que ça m'est arrivé deux fois récemment, je trouve que ça c'est très bien parce que ça résume de manière synthétique les informations pertinentes celles dont on a besoin après sur le reste. De toute façon, le malade c'est comme nimporte quel malade, il va vous raconter ce qu'il a envie de vous raconter, ce qu'il n'a pas envie de vous raconter il vous le racontera pas. Je vois j'ai récemment eu le problème avec une patiente chez qui il a été mis en évidence un diagnostic de cancer, elle vient me voir parce qu'elle n'était pas contente de son médecin qui n'avait pas fait le diagnostic, elle me demande si je veux la prendre en charge bon j'ai dit oui, elle est venue avec rien, donc j'ai dû aller chercher toutes les infos, et quand je lui demande si... Un diagnostic difficile. Je lui demande si elle a de la famille pour la soutenir ou on puisse travailler en

collaboration et tout. Elle me répond aucune famille. Et lundi on m'appelle comme quoi elle a fait une tentative de suicide c'est son neveu qui m'appelle « qui me dit comment qu'est-ce que c'est que ça, mais si elle a des frères et des sœurs, elle a des neveux et des nièces... » Euh... Moi elle ne m'a pas dit, non je n'ai pas de famille.

- **Oui...**

Donc, en fait vous êtes bien obligés de travailler avec ce que le malade vous dit et non moi ça ne me pose aucun souci, moi je... Les UCSA d'ici je trouve qu'elles travaillent très bien euh bon après...

Mais non et puis de toute façon c'est au médecin de faire son travail hein.

4) SATISFACTION GENERALE

- **Donc vous trouvez-vous finalement que la continuité des soins entre la ville et la prison est satisfaisante?**

Moi, ça me va très bien (*avant la fin de la question*). Moi, je n'ai pas de souci particulier. Mais moi, quelle que soit la situation ou quelle que soit la difficulté je n'ai pas de souci.

- **Du coup vous avez déjà répondu à ma dernière question qui est : recevez-vous assez d'informations sur la prise en charge sanitaire pendant l'incarcération ?**

Oui, puisque la communication se fait tout à fait logiquement et normalement.

- **Est-ce que vous avez déjà eu des cas particuliers où ça a été plus difficile ou... qui vous ont marqué ?**

Non, je pense par exemple à un patient qui a été incarcéré, qui était un toxico et donc je le voyais plus pendant un moment et puis tout d'un coup je le revois revenir, il me dit ben oui j'ai été incarcéré euh c'est vrai que peut-être parfois ça serait bien mais bon... C'est difficile d'avoir communication hein. Mais bon parfois c'est vrai que ça aurait été bien de savoir que finalement il avait été incarcéré. Maintenant bon est-ce qu'ils peuvent communiquer, je ne suis pas certain qu'ils ont droit à communication auprès du médecin traitant que le patient ait été incarcéré ou pas incarcéré euh et donc en fait le patient disparait et puis tout d'un coup il revient, bon c'est comme ça quoi. Mais c'est vrai que parfois on est un peu frustré, on se dit ça aurait été bien d'avoir eu communication bon... Après il y a la législation, il y a le système... Vous êtes en prison, vous êtes en prison.

- **Oui et puis certains patients sont pas toujours ravis non plus qu'on appelle, ils n'ont pas envie que le médecin généraliste l'apprenne comme ça.**

Non, comme je dis, de toute façon ils nous disent que ce qu'ils ont envie de nous dire. Faut savoir que dans la vie des gens vous ne connaissez pas 80% de la vie des gens. Mais ça vous le verrez dans votre pratique, c'est toujours comme ça.

5) AMELIORATIONS A APPORTER

- **Pour vous est ce qu'il y a des améliorations à apporter ?**

Pour moi non. Non, et puis en plus les confrères qui travaillent en UCSA travaillent dans des conditions qui sont très difficiles, vu que j'y ai travaillé moi-même, je suis parti il y a un moment. Je suis bien content d'en être parti parce que... euh ce qui se passe dans les UCSA, c'est bon ça va bien 5 minutes hein...

- **Vous travailliez dans quelle UCSA ?**

J'ai travaillé à Toul et à Ecrouves.

- **Et c'était après 94 ?**

C'était dans le cadre de la mise en place des UCSA avec l'hôpital Saint Charles, où l'hôpital Saint Charles avait sollicité la participation de tous les médecins et il y en a certains qui ont répondu et moi j'ai fait partie de ceux qui ont répondu. Euh... J'ai travaillé en collaboration euh... Je crois pendant 5 ans et puis je me suis arrêté parce que je trouvais que la pratique dans les UCSA par rapport à ma pratique extérieure ne coïncidait plus. Ça veut dire que j'imposais une rigueur de travail à mes patients à l'extérieur. Et dans les UCSA, ces messieurs, et c'est des hommes, avaient le droit à tout ce qu'ils voulaient vu les pressions qu'ils mettaient et je trouvais qu'on était complètement à côté de la plaque sur la prise en charge médicale. On est passé d'un système, parce que j'ai connu le système avant.... où avant il n'avait pas grand-chose et après il avait tout. Et si vous ne leur prescriviez pas, vous ne les extrayiez pas pour faire en urgence le scanner sur une douleur abdominale qui venait d'apparaître il y a deux heures... Euh... Ils vous piquaient une crise et vous vous retrouviez avec un juge. Moi ça ne m'allait plus ce genre de prise en charge. Quand on les écoutait c'était tous des erreurs judiciaires, ça ne m'allait plus, donc je suis parti. Donc les gens qui y travaillent moi je leur tire mon chapeau parce qu'ils ont des conditions qui sont franchement pas faciles.

ENTRETIEN n°2

Homme.

Exercice en association (2 médecins) et en UCSA dans les Vosges.

Plus de dix ans d'exercice.

Conditions de l'entretien :

Rendez-vous un samedi matin, au cabinet.

Durée environ 20 minutes.

1) EXPERIENCES ANTERIEURES

- **Avez-vous souvent pris en charge des patients ayant subi une incarcération, en libéral ?**

Non.

- **Pas souvent ?**

Pas souvent.

- **Alors là la question... Quel sentiment avez-vous concernant leur prise en charge pendant la détention ?**

Je ne peux pas avoir d'opinion comme j'exerce là-bas c'est difficile quoi.

- **Et comment vous voyez la continuité des soins... Du coup c'est pas mal aussi.... La continuité des soins, comment vous organisez ça vous à Epinal ? Quand ils rentrent en prison ou....**

Quand ils sortent ?

- Quand ils rentrent ou qu'ils sortent, parce que nous je sais qu'à Metz, par exemple les toxicomanes, on va systématiquement prendre un contact avec leur médecin généraliste.

Nous, c'est pareil. Quand ils rentrent, euh, on prend contact avec le médecin traitant ou l'association qui s'en occupe, pour avoir, pour savoir si c'est vrai le traitement qu'ils nous donnent, si c'est vraiment le traitement prescrit et puis à la sortie, en général, on fait une ordonnance de sortie pour 3-4 jours, on leur donne nous le traitement pour 3-4 jours avec une lettre de sortie en mettant le nom du médecin, la dose du traitement qu'ils ont au niveau substitution plus les traitements associés.

- D'accord.

Et donc théoriquement il doit prendre rendez-vous pour la continuité avec son médecin.

- D'accord.

A Metz, ça doit être à peu près pareil.

- Mais ce qui est rigolo, c'est que quand on appelle les médecins libéraux, la plupart n'ont jamais le courrier de sortie.

Ben, c'est le patient, on le donne au patient.

- Oui voilà le patient souvent ne donne pas l'ordonnance et j'en ai même certains qui m'ont fait la réflexion «Mais je ne comprends pas comment vous travaillez en prison j'ai des patients ils rentrent en prison avec 8mg de SUBUTEX®, ils en sortent avec 16... » sans papiers sans rien, je pense que du coup je pense qu'il y a du filoutage...

Ouai, ouai, déjà à l'arrivée il y a du filoutage.

- Alors pour le côté cabinet, est ce que quand vous avez eu des patients qui ont subi une incarcération, vous avez été informé ? Par le patient ou par la famille ?

En principe par la famille.

- Et c'est souvent pendant l'incarcération ?

Pendant l'incarcération.

- Et les patients vous en parlent facilement ou euh... ?

De l'incarcération ?

- Oui

Comme je les vois là-haut en principe...

- Oui, du coup oui. Oui, c'est vrai. D'accord donc c'est souvent des patients que vous avez vu à Epinal et que vous revoyez après. Ils ne viennent pas des autres centres....
- Qu'est-ce que... Est-ce que vous trouvez que la continuité des soins entre la ville et la prison est satisfaisante ?

Moyennement.

- Comment pensez-vous que l'on peut l'améliorer ? Est-ce qu'un système type réseau ou transmission électronique ?

Un réseau c'est lourd.

- Oui

Pff... Transmission électronique alors, c'est pareil... Malgré que tout ait évolué, tous les médecins ne sont pas informatisés et n'ont pas de liaison apycript ou des choses comme ça. Parce que si on veut utiliser un réseau informatique, il faut que ce soit sécurisé. C'est ça quoi. Ils devraient avoir une lettre de sortie, ça serait quand même mieux. Il faudrait qu'on fasse une lettre. Ouai, ce serait encore plus travaillé, lui faire une lettre de synthèse en mettant ce qui s'est passé pendant l'incarcération, parce que des fois on a des gros trucs ; des mecs qui font des infarctus, il y a des choses comme ça. Et c'est vrai que là je ne suis pas sûr que le médecin traitant soit vraiment spécialement au courant de tout ce qui s'est passé.

- **Non souvent c'est ça.**

Et puis il y en a qui décompensent. On a un jeune qui a fait une maladie de Crohn, sûrement liée au stress de l'incarcération, et tout ça quoi donc il a été opéré, il a eu une hémicolectomie, etc. Je ne sais pas si son médecin sera au courant. Et c'est vrai qu'on pourrait, surtout dans des cas comme ça quoi, faire une lettre de synthèse, pas pour dire qu'on l'a vu parce qu'il avait une rhinoparyngite ou des choses comme ça, mais je pense que si le patient pendant l'incarcération, il avait vraiment eu un gros gros souci, on devrait faire un lettre de synthèse pour le médecin traitant et lui envoyer au médecin, pas la donner au mec.

- **Oui parce que souvent il ne la donne pas, enfin c'est le ressenti que j'ai eu en appelant.**

Je pense que ce serait la meilleure solution pour ceux qui ont fait vraiment des trucs. Parce que... Ouai... Parce qu'il y en a quand même pas mal qui décompensent des pathologies....

- **En plus moi c'est vrai que j'ai vu l'UHSI, donc j'ai des fois vu des cas très lourds et je ne sais pas comment ça s'est géré à la sortie effectivement... Après entre les longues peines et les courtes peines, c'est aussi une grosse nuance...**

Alors j'ai rencontré un médecin sur Nancy qui m'a dit, elle, qu'un patient de Toul était carrément venu avec le dossier médical qu'il avait eu.

Ouai, mais ça ce n'est pas normal.

- Est-ce qu'il avait pu se procurer une copie ou je ne sais pas ? Mais euh...

Ça dépend, parce que ça m'est arrivé des fois euh, des gens qui sortaient bon euh... On n'avait pas pu aller jusqu'au bout des choses, je lui faisais un double des courriers que moi j'avais, que je lui donnais.

Coup de téléphone, arrêt de l'enregistrement.

Donc c'est... Voilà.

- Et j'ai aussi d'autres médecins qui m'ont parlé du secret professionnel, et que le fait qu'on les contacte par téléphone ça les gênait, qu'un médecin de l'UCSA les contacte par téléphone. Ca les gênait parce qu'ils ne pouvaient pas avoir l'accord du patient pour transmettre les informations du dossier.

C'est tirer les vers du nez.

- Ca ne vous est jamais arrivé qu'on vous dise, non je peux pas voir le patient pour son accord, je vous donnerais pas les ...

Non.

- J'en ai un qui m'a opposé ça, le secret médical au téléphone.

Bon c'est vrai qu'on ne sait pas qui appelle, on ne peut pas vérifier. Mais dans les Vosges apparemment, ça ne se passe pas comme ça.

- Ouai...

On est un peu plus simplet..... (*Rires.*)

Non, mais en général ça ne se passe pas comme ça, même quand on appelle les pharmacies, c'est arrivé le samedi après-midi qu'il y ait une entrée, le mec, il est sous substitution, il me dit, je prends 200mg de méthadone, je dis bon oui.... Peut-être pas quand même. Donc en général comme le médecin n'est pas là, je téléphone à la pharmacie comme ça, ça va plus vite de savoir ce qu'il prend vraiment.

- Est-ce que vous avez déjà eu des cas particuliers de patients comme ça, qui vous auraient posé des problèmes ou euh... ou pour qui ça se serait vraiment bien passé, un souvenir?

En prison ?

- En prison ou en libéral.

Un avec lequel ça s'est bien passé ?

- Enfin un cas d'école sur une prise en charge médicale entre quillement ou un pour lequel ça a été particulièrement difficile. C'est plus normalement le versant libéral c'est vrai que ...

A la sortie ?

- Oui.

Je trouve que... Alors par contre euh... Quand on n'a jamais mis les pieds à UCSA, on ne peut pas se rendre compte du stress des mecs quand même pendant l'incarcération, et ils sont tous quand même cachetonnés et euh... Quand ils sortent, ils sont un peu livrés à eux même avec leur cachetons avec des doses faramineuses d'anxiolytiques et euh... Donc je trouve que c'est là où ça pêche un peu par rapport à la prise en charge psychiatrique, thérapeutique psychiatrique, en prison et après on regarde, parce qu'il va y avoir un moment où il va falloir les sevrer, parce que quand

ils ont 4 VALIUM®, 2 TERCIAN® 100 et des choses comme ça, après ils se retrouvent un peu dans la nature avec leur traitement, parce que un petit peu...

- Je pense que c'est ça qui gêne les médecins libéraux, qui se retrouvent avec des patients avec des traitements....

Ils disent « ouai ils les shootent et tout euh.... » Bon ils ne se rendent pas compte de ce que c'est quoi quand même.

- Non je ne pense pas. Je pense qu'il faudrait les mettre ???

Ouai, c'est ça. Une fois qu'on est là-haut... Même seulement la première fois qu'on rentre dans une prison, c'est impressionnant, c'est pesant...

- Oui on sent le (je fais le geste d'un poids qui tombe).

Ah ouai... La porte qui s'ouvre devant vous, qui se referme derrière vous, l'autre porte, l'autre porte, l'autre porte, c'est sûr que c'est angoissant et ça tout le monde le dit... Et j'ai même entendu parler, il y a des avocats qui supportent pas trop d'aller dans les prisons, ils ne s'y sentent pas bien. Pourtant ils y vont quand même de temps en temps. Et euh c'est là qu'on se rend compte que l'univers est très pesant. C'est impressionnant, c'est pour ça on est obligé de les shooter un peu. Mais bon on pourrait en parler... Justement sur les problèmes de substitution : parce que moi quand je suis arrivé là-haut j'avais mon expérience libérale, les substitutions elles étaient faites justement pour les sevrer quoi et en parlant, on a eu des réunions avec La Croisée, La Croisée à Epinal, c'est ceux qui s'occupent de la prise en charge des toxicomanes, et eux avaient plutôt tendance à dire quand ils sont là, ils ne faut pas trop baisser parce que ils ne vont pas supporter quoi, c'est aussi un moyen de les... de les contenancer quoi.

- Oui.

C'est ce que eux disaient quoi. Bon moi j'avais pas du tout l'esprit-là, bon ils ont peut-être raison, je ne sais pas.

- Ca euh... Pour avoir vu Nancy et Metz les politiques sont parfois totalement différentes. A Nancy, ils descendent la dose systématiquement tous les mois, le patient n'a pas le choix, c'est comme ça, ils arrivent, ils sont prévenus et ils descendent jusqu'à sevrage. A Metz, ben ça dépend du patient, on le revoit tous les mois...

C'est pareil, ici c'est un peu pareil.

- On réévalue avec eux, on voit si ils ont envie de descendre, si ils sont vraiment motivés, on essaie de descendre un peu très doucement, si ils ont pas trop envie on les laisse à la dose...

Le problème c'est que si jamais on descend, ils dealent.

- Oui. Ben combien arrivent en disant ce n'était pas assez, j'ai été m'en chercher dans la dans la cour de promenade.

Oui ben c'est ça. Après les mecs ils prennent le sub plus l'héro plus un peu de tout quoi...

Le téléphone sonne, il décroche. J'arrête l'enregistrement.

Le plus gros fossé entre la prison et la médecine libérale, c'est surtout les traitements anxiolytiques, psychotropes quoi. Là-bas ils ont quand même des gros gros traitements, pas tous hein mais il y a des shootés quand même quoi, des gros traitements.

- Ils sont tous sous somnifères et puis anxiolytiques...

Voilà c'est ça anxiolytiques et neuroleptiques, neurolep... Il y en a quand même pas mal.

Le téléphone sonne, il décroche. J'arrête l'enregistrement.

Voilà.

- **Je vous remercie.**

Ah bon ça y est.

- **Ben du coup l'entretien était plus basé sur la médecine libérale... Je suis un peu déstabilisée, là. Je ne sais pas trop quoi...**

Ben c'était quoi alors tes questions.

- **Le but c'est d'essayer de voir comment on pourrait justement améliorer la continuité des soins à la sortie, je recueille l'avis des médecins généralistes, j'ai envoyé des questionnaires dans les UCSA du Grand Est, il me semble d'ailleurs qu'Epinal a répondu.**

Je n'ai pas vu.

- **Parce que j'en ai envoyé un, que un seul donc ça dépend sur lequel ça tombe.**

Ah oui, c'est ça. Dr XX qui est la responsable. Elle, elle n'est pas en libéral, elle est médecin hospitalier.

- **Donc voilà après la conclusion, ce serait de voir comment on peut améliorer les choses, déjà le vécu en libéral aussi, parce que c'est que on se rend compte qu'il y a un fossé énorme même au niveau de la communication. Ca communique très peu et euh...**
- **Alors nous finalement dans les UCSA, on a l'habitude parce que c'est un monde fermé et que on fait avec et puis on a toujours la possibilité de récupérer des comptes rendus à droite à gauche, mais c'est vrai que les médecins libéraux ils se sentent souvent...**

Ouai, c'est surtout quand il y a eu de grosses pathologies qu'il faudrait ouai leur adresser un courrier pour leur dire ce qu'il s'est passé.

- **Oui et puis à eux directement, plus par courrier postal.**

Oui, téléphone ça les embête et pis il n'y a pas de traces. Courrier électronique s'ils n'ont pas apycrypt ... S'ils ont apycrypt c'est bien, faudrait encore que l'hôpital ait apycrypt, pour la sécurité de la transmission quoi. Alors bref c'est mieux le courrier.

- **Au départ, j'avais pensé mettre en place un document un petit peu standardisé qu'on pourrait diffuser dans toutes les UCSA et puis au fur et à mesure je me rends compte que finalement ce n'est pas ça qui intéresse vraiment les médecins. C'est plus vraiment avoir un courrier circonstancié tout ça quoi, pas besoin de compliquer. Juste leur dire un petit peu bon ben voilà le traitement qu'ils ont ce qu'il s'est passé dans les grandes lignes et qu'ils ne récupèrent pas le patient....**

Ouai de même, c'est souvent quand on a des gens qui posent problème, qui sont pas loin de la sortie, en fin de compte on leur prend les rendez-vous, quand ils vont sortir, qu'on les oriente quand même quoi.

- **Ah oui c'est vrai. Ca on ne fait pas du tout à Metz, on leur dit ben vous verrez en sortant.**

Par exemple, il y en a eu un qui a fait une paralysie du releveur du pied d'origine... On n'a jamais su. Il a vu le neuro et tout donc, il était à deux mois de sa sortie, le problème c'est qu'il ne pouvait pas avoir de releveur de pied, etc... Donc on lui a pris un rendez-vous chez le médecin en rééducation pour lui faire un releveur, pour lui faire la rééducation et ça c'était tout. Donc quinze jours après sa sortie, il avait son rendez-vous. Là j'en ai eu un qui avait, j'ai jamais vu ça, le mec il faisait une sciatique mais... Il avait eu un gros accident de voiture avec lésion d'une lombaire, il avait une marche d'escalier, un spondylolisthesis, ça faisait ça (*il fait le geste*). C'était une marche d'escalier, ça débordait de ça quoi! Les vertèbres elles étaient pff... Ben

comme ça quoi. C'est arrivé à un mois de la sortie donc je lui avais pris son rendez-vous en neuro-chir, donc il avait déjà son rendez-vous pour début juillet je crois... Donc en général on essaie de faire comme ça, quand ils sont proches de la sortie et qu'il y a une pathologie qui nécessite un suivi ou une consultation spécialisée nous on les prend à l'extérieur.

- **D'accord, oui on ne peut pas faire mieux, si le patient veut se faire soigner il ira et puis s'il ne veut pas...**

Bon là, ça allait, parce que son médecin traitant c'était un médecin qui consulte à l'UCSA donc je l'avais mis au courant et on l'avait fait ressortir avec son IRM, avec son scan. Donc on lui avait donné et puis nous on n'avait aucun intérêt à garder ça.

- **Et la communication avec l'administration pénitentiaire ça se passe bien notamment sur les dates de sortie tout ça, vous êtes toujours prévenus des patients qui vont sortir.**

Oui à peu près.

- **Parce que nous c'est parfois un peu plus difficile.**

Sauf les transferts, bon ça parce que ça, on ne doit pas savoir.

- **Oui les sorties en général vous êtes euh... vous avez le temps de...**

Oui.

- **Parce que nous combien de fois ils sont sortis on n'était pas au courant tout reste... comme deux rond de flan...**

C'est une grosse maison Metz ?

- **A Metz oui, il y a 600 détenus**

Ah ouai...

- **Normalement les places c'est 400 et quelques .**

Il y a 250 à Epinal, c'est beaucoup plus petit, c'est plus familial.

ENTRETIEN n°3

Homme.

Prend sa retraite dans un an.

Exercice en cabinet de groupe dans la Meuse, beaucoup de suivi de toxicomanes

Conditions d'entretien :

En milieu de consultations , 14h15 environ, calme,

Durée d'environ 15 minutes

1) EXPERIENCES ANTERIEURES

- **Avez-vous déjà souvent pris en charge des patients ayant subi une incarcération ?**

Oui, très souvent, oui.

- **Très souvent... Est-ce que ce sont des patients avec lesquelles vous avez des difficultés particulières?**

Oui, parce que bien souvent ce sont des gens qui ont des problèmes de toxicomanie et souvent euh.....

Son téléphone sonne, il décroche et a une conversation de plusieurs minutes avec la fille d'une patiente qui vient d'être hospitalisée. Celle-ci lui pose des questions sur la prise en charge de sa mère.... L'échange est un peu houleux.

- **Quel sentiment éprouvez-vous concernant la prise en charge des patients pendant leur détention ?**

Euh... Ben, si à priori, ils sont quand même suivis. Par contre, enfin ce n'est peut-être pas le sujet ; mais c'est qu'en sortant euh... Bien souvent il n'y a pas trop

d'ordonnance, pas trop de mot du médecin, ni quoi que ce soit, ils sont un peu... « démerdez vous, allez voir votre médecin quoi ».

- **Lâchés dans la nature.**

Ouai, voilà c'est un peu ça ce que je reprocherai.

2) MODES DE TRANSMISSION

- **Par qui vous êtes informés en général des incarcérations ?**

Je ne suis pas informé, souvent ce qu'il se passe, s'il y a un traitement de substitution, il y a l'infirmière ou quelqu'un qui me demande « est-ce que c'est bien vrai qu'il prenait 8mg de je ne sais pas quoi ? » ou « il nous dit qu'il prenait 16, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Moi je leur dit ce que je vois là (*il montre l'écran de son ordinateur*). Mais autrement, je ne suis pas forcément informé qu'ils sont incarcérés c'est uniquement quelqu'un qui me demande à propos de son traitement.

- **D'accord donc c'est le service médical de la prison qui vous téléphone pour le traitement ?**

Oui.

- **Et ils vous en parlent facilement les patients ?**

De ? Qu'ils vont aller en prison ?

- **Oui, ou à leur sortie qu'ils ont fait un séjour...**

Ben oui, si, si, oui. Avant ils ne savent pas toujours à quelle date ça va se passer, après euh... Ben ils viennent parce qu'ils n'ont plus de médicaments.

- Oui, donc vous n'avez jamais eu d'interlocuteur particulier avec le milieu carcéral?

Uniquement avec des personnes qui sont... Pas de médecins mais plutôt l'infirmière ou quelqu'un qui suit les médicaments ou qui s'occupe de savoir si les dires de la personne sont vrais, hein au niveau du traitement. Moi, j'en ai pas mal, c'est parce que je m'occupe de traitements de substitution et donc ben voilà c'est une clientèle à risque... Pour aller en prison.

3) CONTENU DE L'INFORMATION

- Donc quand vous avez été contacté par les UCSA, finalement c'est pour le traitement essentiellement?

Pour savoir ce qu'ils avaient comme traitement oui.

- Et à la sortie, vous n'avez jamais?

A la sortie, on me prévient rarement du genre « il va bientôt sortir, il va venir vous voir », encore il y a des trucs... Ça peut arriver quand c'est avec la méthadone qu'ils nous préviennent mais...

- Il n'y a pas d'ordonnance, pas de courrier ?

Non, il n'y a jamais de courrier.

- D'accord, donc c'est le patient qui revient...

Qui revient et puis qui nous dit qu'il avait des traitements. Non, non, on n'a même pas une ordonnance de sortie d'hôpital et puis qu'il pourrait nous montrer... Euh de prison. Rien. Donc on est obligé de dire : vous faisiez quoi, vous preniez quoi, qu'est-ce qu'ils vous donnaient et puis essayer de faire avec ce qu'on nous dit quoi.

4) SATISFACTION GENERALE

- **Que pensez-vous du coup de la continuité des soins entre l'incarcération et votre cabinet ?**

Oui, ben je viens de le dire. C'est-à-dire qu'il y a nettement un suivi qui... Une coordination qui n'est pas faite. Ils devraient tous avoir au moins une ordonnance pour 2-3 jours pour sortir et un mot pour le médecin traitant s'il y a besoin parce que nous, on ne sait jamais, ils prennent un somnifère, s'ils prennent du... Du TERCIAN® n'importe...

- **Oui souvent ils sortent avec des traitements assez costauds**

Oui, oui, donc nous les posologies tout ça on ne sait pas...

- **Ici c'est Bar le duc ou c'est quelle maison d'arrêt ? Metz ?**

Saint Mihiel.

- **Est-ce que vous vous souvenez-vous de cas particulier de patient qui aurait été incarcéré qui aurait été... ?**

Ben, j'en ai eu un ce matin en visite à domicile euh... Ben parce qu'il me dit « oh j'ai un bracelet alors je ne peux pas venir vous voir, dis comme ça... » et il m'a montré un... Là lui, il avait une ordonnance, c'était un truc mais il n'y avait pas de traitement de substitution, il y avait un traitement pour la tension. Voilà donc il avait effectivement une ordonnance...

5) AMELIORATIONS A APPORTER

- Selon vous comment pourrait-on améliorer la continuité des soins?

Et ben pour certains produits, on pourrait éventuellement prévenir le médecin que Untel est sortant et à quelle date, qu'il ait une lettre de sortie ou une ordonnance ou un petit mot quoi.

- Plutôt par papier, par voie orale, par fax ou... ?

Quand c'est vraiment un truc genre Méthadone euh, ce serait quand même mieux qu'on prenne contact avec le médecin et puis qu'on dise ce sera à telle pharmacie ou bien si c'est quelqu'un qu'on suivait avant qu'on se mette d'accord sur une date quelque chose comme ça. Mais même si c'est... Mais autrement s'il nous dit qu'il a un traitement de substitution, on ne sait même pas jusqu'à quand il en avait, s'il en avait jusqu'à mardi prochain... Non il faut qu'il ait au minimum une ordonnance avec une date ou un truc comme ça ou qu'il ait une ordonnance pour déjà sortir de prison et qu'il aille chez le pharmacien et pour euh.... Pas être obligé de courir chez les médecins le premier jour quoi... Quelque chose...

- Et selon vous est ce que le médecin généraliste peut intervenir dans cette amélioration ou ?

Ben écoutez nous, ça nous fait un peu chier de retéléphoner à la prison en disant j'ai devant mes yeux quelqu'un qui sort de chez vous ? Qu'est-ce qu'il prenait là-bas tout ça....

- C'est une grosse perte de temps...

Ben c'est un peu compliqué aussi, oui on peut...

- Et le problème du téléphone, parce que j'ai rencontré d'autres médecins généralistes qui m'ont parlé de la problématique du secret

médical au téléphone, de pas forcément donner toutes les informations que vous avez en sachant que le patient est coincé en prison et que du coup vous ne pourriez pas lui demander son accord de transmettre ça vous... ?

Moi si j'ai une infirmière qui me téléphone, ça me chatouille pas ma déontologie de lui dire qu'il était un 6mg ou 8mg... Des fois j'apprends d'ailleurs qu'il m'en demandait 16mg alors qu'il a dit à l'infirmière qu'il était à 8, donc ça veut dire qu'il y a 8 qui sont allés ailleurs... Surtout que c'était du 16 avec des chevauchements et tout ça. Donc ça y est on a compris qu'on s'est fait baiser pendant des mois et des mois...

- D'accord.

Ben écoutez-moi je n'ai plus de question, la problématique étant la sortie de prison et on est arrivé assez vite dessus. Je vous remercie.

ENTRETIEN n° 4

Homme.

Plus de dix ans d'exercice.

Exercice en cabinet seul en Moselle, exerce également la médecine légale en Allemagne, a travaillé également en Unité pour malades difficiles.

Conditions de l'entretien :

Rendez-vous au cabinet, un après-midi.

Durée d'environ 20 minutes.

1) EXPERIENCES ANTERIEURES.

- **Avez-vous souvent pris en charge des patients ayant subi une incarcération ?**

Qu'est-ce que vous appelez souvent ? Qu'est-ce que vous définissez comme souvent ?

- **Régulièrement ? ou quelques-uns ?**

Régulièrement.

- **Est-ce que vous avez rencontré des difficultés dans leur type de prise en charge ?**

(Silence, il réfléchit...) Difficultés médicales ?

- **Oui plus...**

Non, pas du tout. Non, pas du tout... (Il répète...) J'ai rencontré des difficultés dans la mise en place de certains traitements on va dire. Les gens qui sortent sous

SUBUTEX® ou sous.... Sous....Qui sortent souvent.... Bon on m'écoute mais ... Souvent les hôpitaux les assomment de neuroleptiques ou de calmants. Là j'ai souvent des problèmes au niveau des dosages de neuroleptiques oui. C'est vraiment des gens accro aux médicaments quoi, voilà.... Et pas dans la prise en charge de la personne, dans la prise en charge, on va dire dans l'arrêt des médicaments.

- **Quel sentiment éprouvez-vous concernant leur prise en charge pendant la détention ? (Silence.)**

La prise en charge de la médecine générale est, d'après moi, très très mal faite. Toutes les pathologies, qui sont des pathologies de médecine générale, je dirais. Je dirais... Quand on leur demande leur passé je dirais médical, je dirais ils parlent beaucoup de troubles psychiatriques : état dépressif, d'insomnies, de choses comme ça. On n'a pas l'impression que la pathologie médicale les intéresse plus que ça. J'ai rarement vu des problèmes médicaux importants en tout cas... Après j'en ai eu deux dont je me rappelle, un qui vient encore, qui est diabétique... (*// souffle*). Les traitements étaient très mal faits... Mal faits... Je ne voudrais pas dire du mal de mes collègues médecins mais les traitements étaient à mon avis pas adaptés, les prises de sang étaient pas faites comme il fallait, il y a certainement un problème de ce côté-là.

- **De suivi pas assez Carré ?**

Ouai... Ce qui est pathologie médicale pure, on va dire... Alors la pathologie psychiatrique, elle est prise en charge pourquoi... On les assomme pour qu'ils ne soient pas dangereux, peut-être pour ça... Y a peut-être ça... C'est-à-dire qu'on a peur finalement... On va dire... On soigne le mal-être de la personne mais on ne soigne pas forcément la personne. Voilà c'est l'impression que moi j'ai. Quand je prends le dernier qui est sorti d'Oermingen la semaine dernière, il a des doses de médicaments mais qui font peur... Qui font peur...

- **Oui c'est vrai qu'ils sont souvent sous neuroleptiques...**

Oui. Je ne vois pas toujours l'intérêt quoi. Bon.

2) MODES DE TRANSMISSION

- **Qui vous prévient en général que ces patients ont été incarcéré ?**

Eux-mêmes, sans aucun problème.

- **Ils vous en parlent facilement...**

Tout à fait. Il n'y a aucun problème.

- **Et vous n'avez jamais eu de transmissions de sortie ?**

J'ai eu des transmissions de sortie, quand c'était des gens sous SUBUTEX® par exemple. J'ai eu deux ou trois si, pour les euh... La prison me téléphone pour savoir si je les prendrais en charge. Notamment si il y aura une prise en charge « est-ce que vous êtes d'accord des détenus qui sortent de chez nous avec du SUBUTEX® ? » Par exemple je dis « oui pas de problème », quand il y a un suivi je les prends en charge... Ou de la méthadone, des produits comme ça. Autrement je n'ai jamais eu, jamais eu, de coup de téléphone avant pour une pathologie autre que celle-là en tout cas.

- **Euh... C'est quelle UCSA qui vous avez contacté ?**

C'était Metz à l'époque.

- **Et donc ce sont des patients que vous avez suivis après l'incarcération ?**

Oui.

- **Et jamais... (il me coupe.)**

Certains avant, certains après. Non, j'en ai que j'ai eu avant en tout cas. Si j'ai des patients qui ont été incarcérés, que je suis après... Oui, oui, j'en ai un depuis pas longtemps d'ailleurs. Il vient de faire deux ans... Pour viol aussi d'ailleurs.

3) CONTENU DE L'INFORMATION

- **Est-ce que les UCSA vous ont déjà contacté au moment de l'incarcération, pour les informations ?**

Ça m'est arrivé aussi qu'on m'aît téléphoné. Oermingen une fois et Metz deux fois que je me rappelle, pour effectivement confirmer les traitements.

- **Oui jamais pour...**

Jamais pour autre chose, non, jamais pour autre chose.

- **D'accord. Donc à la sortie en général, ce sont vraiment les patients toxicomanes qui avaient des papiers ?**

Oui exclusivement.

- **Et c'était... le contenu des courriers était satisfaisant ou euh ...? (Il réfléchit.)**

Oui. Pour ce que je voulais en faire oui... Non, non, je n'ai pas d'à priori négatif. Non non, ça allait très bien pour ce qu'il avait tout à fait.

4) SATISFACTION GENERALE

- **Qu'est-ce que vous pensez de la continuité des soins entre la ville et la prison ?**

Dans le sens ville prison ou prison ville ?

- **Dans le sens prison ville plus.**

(Il réfléchit.) Ben je dirais à partir du moment où la prison nous prévient de rien. Je ne sais pas si il y a quelque chose de fait en prison, quand ils sortent de prison, pour prévenir un médecin. Je ne sais même pas si ça existe quelque part.

- **Normalement oui.**

Mais alors je n'en ai jamais vu. Honnêtement je n'en ai jamais vu. J'ai vu... Les seules choses que j'ai vues, c'est les... Je prends les trois fois que j'ai vu, donc deux fois SUBUTEX®, une fois méthadone, c'était un courrier de l'Administration Pénitentiaire, je me rappelle d'ailleurs, qui précisait les doses du patient point final et je n'avais ni courrier, depuis quand il avait ces médicaments... Non non c'était vraiment : écoutez, vous le prenez en charge, oui ben, on vous l'envoie avec l'ordonnance et vous renouvez l'ordonnance. C'était vraiment ça, pas plus que ça je dirais. Et jamais de courriers médicaux en tout cas. J'en ai un là qui a fait 16 ans de prison, bon. On lui a mis une prothèse de hanche, j'en suis sûr, il a été opéré d'une épaule, j'en suis sûr, j'ai jamais eu de compte-rendus opératoires, j'ai jamais eu de documents médicaux en tout cas.

- **Oui il n'y a pas eu de dossier médical ?**

Jamais. Ah non jamais. Jamais.

- **Donc vous n'avez pas reçu assez d'informations... euh ?**

Quand ce sont des pathologies médicales, non. Quand c'est de la médecine pure, non jamais.

5) AMELIORATIONS A APPORTER

- **A votre avis comment pourrait-on améliorer cette continuité des soins, cette communication entre la médecine libérale et ...?**

On peut l'améliorer peut-être s'il y a une médecine carcérale. Je ne sais pas si elle existe.

- **Oui il y a des services médicaux dans tous les...**

Alors, après, est ce que... L'améliorer... (*Il souffle*). Je trouve... Moi je trouve qu'à partir du moment où quelqu'un a été en prison pour quelque raison qui soit, pendant un certain temps, à partir du moment où il sort de la prison, il va voir un médecin c'est comme s'il déménageait. Il faudrait qu'il y ait un suivi du dossier médical. Ce qui est parfaitement normal. Moi quand j'ai des gens qui viennent d'ailleurs ici, ils me ramènent un dossier médical. Quand les miens partent ailleurs, je leur donne. C'est... Il faudrait avoir des documents médicaux euh... Simplement un rapport, une synthèse médicale de faite. Simplement moi je ne l'ai jamais vue, je ne dis pas qu'elle n'est pas faite, mais je ne l'ai jamais vue en tout cas. Ça, ça améliorerait grandement le problème.

- **Pour vous le téléphone ça tient quelle place par rapport au secret médical, par rapport aux transmissions des informations ?**

On parle toujours de la prison vers la ville ?

- **Oui ou même de la ville vers la prison ? Le fait d'échanger des informations...**

Moi je n'en donne jamais téléphoniquement. Je refuse de le faire car je ne sais pas qui j'ai en face. Donc je refuse systématiquement de la faire. Ce que je fais quand même j'ai eu deux fois le cas malheureusement de gens qui étaient emprisonnés très rapidement dont un diabétique d'ailleurs... Le médecin me téléphone : « Ecoutez je suis le médecin machin... Je ne sais plus son nom, c'était Metz aussi, j'aimerai savoir... Je leur dis : écoutez, moi vous me dites Dr Machin, je veux bien laisser moi un numéro de téléphone, je contrôle si c'est le numéro de téléphone qui correspond, à ce moment-là je rappelle. Si j'ai le moyen de contrôler la chose, ça ne me dérange pas, autrement jamais. Alors les deux fois, non trois fois méthadone et SUBUTEX®, c'était la prison vers moi, les trois fois ils m'ont ramené le courrier après, mais c'est simplement... C'était pas un médecin en réalité, c'est quelqu'un qui m'a prévenu : « Ecoutez il va sortir, il habite Hombourg Haut ou Freyming Merlebach, est ce que vous êtes d'accord pour le prendre en charge ? – oui, ben on vous l'envoie. » et puis la personne ne s'est pas présentée plus que ça, c'était pas un médecin à mon avis.

- **Euh oui d'accord et à votre avis le médecin généraliste, il peut avoir un rôle à jouer la dedans que ce soit à l'entrée ou à la sortie ?**

C'est-à-dire ?

- **Un rôle à jouer sur la continuité des soins ?**

Un rôle à jouer dans l'entrée, oui à partir où on nous demande, moi je peux communiquer les renseignements. Si on me les demande, on ne me les a pas demandés. A aucun moment. Je prends le dernier, qui était deux ans à Metz là, qui est diabétique, à aucun moment on m'a demandé s'il était diabétique, à aucun moment... Alors on lui a peut être demandé à lui, on lui a peut être demandé les ordonnances, ça je ne sais pas. A aucun moment on ne m'a demandé euh... Bon son épouse que je vois encore avec les gamins, lui il est ressorti, je le vois aussi, elle m'a dit « oui oui il avait ses médicaments, il avait tout ce qu'il fallait ». Qui l'a fait j'en sais rien, mais à moi on ne m'a jamais rien demandé.

- **Est-ce que ça vous satisfait ça ?**

Non, non, mais bon on est devant le fait accompli... On a l'impression que c'est un autre monde, vous quittez le monde des vivants et vous rentrez dans un monde que je ne définis pas mais dans un autre monde où il y a d'autres règles, il y a... Et c'est autre chose quoi.

- **Tout s'arrête et puis un jour ils ressortent.**

Tout s'arrête voilà, et puis voilà un jour, ils ressortent voilà, et puis voilà. Si c'est comme ça.

- **Mais c'est vrai que médicalement ce n'est pas très satisfaisant quoi, surtout que c'est des gens un peu fragiles et qui déjà à la base....**

J'ai eu le cas il y a un an bon qui va, qui va... qui malheureusement maintenant, est en phase de mourir pour une asbestose pulmonaire, vraisemblablement en prison on ne lui a rien diagnostiqué. Bon on ne l'a pas fait je n'accuse pas non plus la médecine pénitentiaire. On ne l'a pas fait parce que c'est un mec qui fume 60 cigarettes par jour, il y a un contexte de gros fumeur autour donc effectivement, il a fait des bronchites à répétition, il me l'a dit hein. « J'ai vu des médecins, ils m'ont donné des tas d'antibiotiques et tout » mais à aucun moment on a été chercher plus loin. On s'est dit bon ben c'est une bronchite chronique du fumeur, bon il se trouve que à l'heure actuelle, il est sorti de prison bon il y était longtemps, il y était 6 ans, un an et demi après on a fait le diagnostic. Je ne dis pas que la prison l'aurait fait, je n'en sais rien et on n'a pas fait non plus la recherche pour le faire. Ou si on l'a fait, on ne me l'a pas dit et on ne lui a pas dit non plus.

- **Les moyens étaient insuffisants....**

Oui alors je lui ai dit on vous a fait des radios ? Oui oh... Il me semble une fois, on m'a emmené faire des radios mais bon on n'est pas allé plus loin. Alors ce n'est peut-être pas possible, au niveau des gens, je ne sais pas, il n'y a peut-être pas assez de personnel. Je ne critique pas l'institution, elle fait certainement ce qu'elle pense

devoir faire. Mais en vrai on dit, est ce qu'on n'aurait pas pu avant le chercher ou après... Nous, on ne cherche pas toujours non plus, il y a aussi des choses où on passe à côté. Maintenant on ne peut pas, si vous prenez tous les gens, que j'ai vus, qui sont sortis de prison : alors eux ils n'en veulent à personne, ils ont l'impression eux aussi que c'est un autre monde. La semaine dernière, je l'ai vu mercredi matin, donc il a un petit logement ici là, donc on a parlé ; donc il a fait 6 ans et je lui dis : « mais comment c'était ? – oh non, c'était bien... - C'était bien... - Non, oui, maintenant je suis sorti, c'est autre chose. » Voilà « Maintenant c'est autre chose ! »

- **Il a fait la coupure.**

Voilà, Voilà...

- **Et bien écoutez, moi c'est parfait ma thèse porte sur les transmissions médicales... C'est le sentiment général...**

Le sentiment général c'est une chose mais qu'on les avachisse de médicaments c'est un autre problème et là je trouve vraiment que... J'ai fait de la psychiatrie hospitalière j'ai fait deux ans de... J'ai travaillé un an dans une UMD, donc je sais ce que c'est. J'ai vu des doses de neuroleptiques vous tombez à la renverse quand vous les voyez, mais c'était quelque part, c'était plus pour protéger le personnel de ces personnes donc on se dit ce n'est pas un... Moi j'ai vu des vrais fous, des cannibales, des vrais fous... Là il n'y a pas le choix, c'est ou vous assommez ou ils vous assomment, c'est encore une autre discussion et on a encore l'excuse de se dire on est médecin... Parce que l'UMD, c'est l'excuse médicale... C'est autre chose... C'est une prison avec des médecins, on va dire les choses comme elles sont, c'est pour des gens qu'on ne jugera jamais et donc on avait l'excuse de dire voilà... Je trouve quand même que les prisons françaises, si je prends les gens qui en sortent, je trouve ... On leur met une camisole chimique pour leur faire oublier la liberté ou pour leur faire oublier le fait qu'ils soient là. Et si on leur fait ça, c'est que ça ne doit pas être si beau que ça ! Après je n'y ai jamais été comme détenu hein, j'y vais de temps à autre voir des patients à moi, ça m'arrivait quand même d'aller les voir en prison. J'ai jamais été détenu donc je ne sais pas ce que ça fait de perdre sa liberté, ça doit être quelque chose d'effrayant mais j'ai l'impression que l'institution,

elle les assomme trop... Ils en ont peut-être besoin, ce sont des gens qui doivent mal dormir,... Je conçois très bien, ils ont du mal à dormir, c'est un environnement confiné ... Alors on leur donne médoc, médoc, médoc... Et finalement la personne au bout d'un moment, à mon avis, c'est plus une espèce de personne, c'est une espèce de chose à qui on fait accepter la prison, qui ne se révolte plus finalement.

- Oui.

C'est peut-être utile je n'en sais rien, je n'ai pas d'opinion là-dessus...

- Je sais que... En ce moment je suis à Queuleu. Ils sont très demandeurs les gens effectivement, pour oublier, la plupart disent donnez-moi des médicaments pour que je dorme, le temps passe plus vite.

Tout à fait, c'est une échappatoire pendant quelques temps « faites-moi dormir, comme ça je pense pas à mes gosses, je pense pas à ma femme, je ne pense pas à dehors... » Oui... Non je comprends très bien...

- Et puis après faire la part des choses... Et puis après ils ressortent et puis il faut se débarrasser de tout ça...

Ce n'est pas toujours facile. Moi j'en ai eu un, bon qui a tué sept personnes, que je vois d'ailleurs toujours qui vient me voir. Qui m'a menti au départ... Il a mis le feu à un endroit, il y a eu sept morts, en me disant qu'il s'était brûlé au travail... C'était compliqué ! Et puis j'avais fait le certificat de garde à vue, il a pris... Il a fait 16 ans lui, il est sorti au bout de 16 ans et je continue à le voir quoi. Et c'est pareil quand il vous raconte alors... Les peines longues, ça dépend des établissements par exemple. Il s'est baladé en France, il a un très bon souvenir de Bordeaux par exemple, je ne connais pas du tout, et bien il y a des endroits où c'est bien. Voilà. Je crois que à partir du moment où ce sont des peines longues ça doit être plus pénible à vivre mais ça doit être quelque part plus facile aussi. De penser qu'on y est pour longtemps, je pense qu'on y vit comme si on était chez soi, on se refait un rythme de

vie où on se dit finalement j'y suis, si on a la force de caractère de se dire « j'y suis pour un certain temps. Allez, autant rendre ce temps agréable ! »

- **Oui c'est vrai qu'il y en qui pensent comme ça.**

Ah oui, oui. Il a fait une licence d'anglais... Ah oui, oui, il a dit « Bon c'était ma vie pendant ce temps-là, bon tant pis. Je paie mais je me suis reconstruit. » J'en ai pas connu qui, bon qui ne se réinsèrent pas, je n'en sais rien, j'en ai pas connu qui ont eu des gros problèmes par la suite, il y en a certainement. Mais bon je n'en ai pas vus.

- **Je vous remercie, c'était très intéressant.**

ENTRETIEN N°5

Homme.

Plus de dix ans d'exercice.

Exercice en libéral, seul en cabinet, en Meurthe et Moselle.

Conditions d'entretien :

Sur rendez-vous, en fin de journée.

Durée d'environ 20 minutes.

1) EXPERIENCES ANTERIEURES

- **Avez-vous souvent pris en charge des patients qui ont subi une ou des incarcérations ?**

Oui.

- **Est-ce que vous éprouvez des difficultés pour la prise en charge de ces patients ?**

De quelle nature ? (*Regard interrogateur*).

- **Médicale ou justement par rapport aux incarcérations.... A la transmission des informations médicales ...**

Ben oui. Il n'y a rien. On ne transmet rien.

- **Quel sentiment avez-vous par rapport à la prise en charge pendant l'incarcération ? La prise en charge médicale...**

(*Silence.*) Euh... Je fais de l'addictologie. (*Fais une pause*). Donc j'ai une file active de patients importante, consommateurs ou sous traitement de substitution. Euh...

Donc le regard que j'ai sur la médecine pénitentiaire notamment à Nancy, c'est que... Il y a deux aspects, ils gavent les patients de médicaments.

(Arrêt de l'enregistrement car le téléphone sonne. Il décroche.)

Donc un : beaucoup de neuroleptiques ou autres...

Deux, je ne sais pas ce qui leur prend mais ils ont décidé qu'il fallait réduire les traitements de substitution au pas de charge, ce qui fait que ... C'est la pire des conneries parce que quand ils sortent de prison, ils prennent de la came encore plus qu'avant et voilà... Pour ceux qui n'en ont pas repris en prison. Remarquez ça c'est encore autre chose... (Rires.) C'est vrai hein, j'ai des patients qui étaient indemnes de toute prise de toxiques en entrant en prison et qui ressortent... Bon bref, voilà... Et puis globalement au niveau des informations c'est zéro. Alors que par contre quand ces patients-là sont incarcérés et ça arrive souvent... J'ai un coup de fil... charmant de l'infirmière de la Maison d'Arrêt qui me demande quel est le traitement mais moi quand je téléphone pour savoir ce qu'ils ont comme traitement en sortant... Pfff.... (Souffle.)

- **Vous n'arrivez pas à les joindre ?**

Oh difficilement... alors il faut... il faut ... très très difficile. Voilà.

2) MODES DE TRANSMISSION

- **En général donc les incarcérations vous les apprenez par un coup de fil de l'UCSA ?**

Oui... C'est intéressant. (Rires.) Sinon je ne le saurais pas.

- **Et le patient vous en parle facilement quand il ressort ?**

Oui, ça ne pose pas de problème. Bon alors il y a un autre aspect... Bon, c'est qu'effectivement, il y a cet aspect-là qui est pratique et en plus pour différentes raisons, je travaille beaucoup dans le cadre des chantiers extérieurs avec une association qui s'appelle association ANNE... Vous êtes sur Metz vous ?

- **Oui ?**

Oui c'est ça... Donc c'est une association de réinsertion si vous voulez et donc ils placent des personnes en chantiers extérieurs ici et c'est souvent moi le médecin qui les voit quand ils sont ici sur place.

- **Donc vous n'avez jamais eu d'interlocuteurs particuliers ?**

Si j'en ai, il faut vraiment le chercher quoi.... J'allais dire, ce n'est pas facile.

3) CONTENU DE L'INFORMATION

- **Donc quand ils vous téléphonent ce n'est que pour vous demander les traitements ?**

Ah quand ils me téléphonent c'est à l'entrée.

- **A l'entrée...**

A l'entrée en incarcération... Oui c'est ça voilà...

- **Donc à la sortie jamais rien... pas de courrier, pas d'ordonnance, pas de coup de fil?**

Rien, Rien de rien, rien. Même quand on me téléphone à l'entrée, bon, c'est très rarement des longues peines... Ben oui... Quand on me téléphone à l'entrée on me trouve en tant que médecin traitant... Même pas un petit mot avec le traitement, ne serait-ce qu'une fiche, j'en ai déjà vu quelques-unes des fiches que vous avez en milieu carcéral... Des fiches d'infirmérie quoi... Avec les traitements en cours... Non rien.

4) SATISFACTION GENERALE

- **Donc la continuité des soins pour vous c'est.... ?**

Et ben, c'est un vœu pieu. (*Rire.*)

- **D'accord, euh, est ce que vous avez eu des cas particuliers justement de patients où cela s'est particulièrement mal passé ou un peu mieux que d'habitude ? Et qui vous ont marqué ?**

Non, c'est globalement comme ça tout le temps... Sauf ceux peut-être qui sortent de l'unité d'hospitalisation. C'est rare mais ça arrive quelquefois, si vous voulez, il y en a qui sont libérés parce que en mauvaise santé... J'en ai un là une fois qui avait eu un problème, qui était malgré tout bon... qui était libérable euh qui était écarté de son lieu d'origine et qui était ici à Pont à Mousson dans un foyer. Bon c'était un patient qui était cancéreux, bon je pense que c'est la seule fois que j'ai eu un minimum d'informations. Voilà.

- **Et pour vous la place du téléphone ? (Il rit.) Parce que j'ai rencontré d'autres médecins, dont un particulièrement, a refusé de donner les informations parce qu'il n'a pas pu vérifier la qualité de l'interlocuteur...**

Oui c'est ça. Ça m'est déjà arrivé alors ce n'est pas systématique hein. La transmission se fait soit effectivement, j'ai une infirmière en maison d'arrêt de Nancy, je connais un petit peu donc bon ils me connaissent ça va, ils savent que je suis dans cet environnement-là, donc ça va... Et parfois en Meuse ou à Toul, Ecrouves etc. C'est vrai que quelque fois, on me demande « qui vous êtes ? » Alors quelque fois il faut que je donne mon numéro de fax... Et puis qu'ils m'envoient par fax après avoir vérifié que... Mais voilà, ce n'est pas simple. Alors j'allais vous dire que... On a parfois... J'ai souvent l'impression, je ne pense pas être trop parano, qu'ils sont un petit peu soupçonneux, qu'ils se demandent pourquoi, qu'est-ce qu'on veut faire avec... Qui on est...Qu'est-ce que... Voilà.

- Oui, il y a une espèce de... de...

D'omerta. (*Rire.*)

- Oui et je sais que là récemment à Metz les infirmières avaient la consigne de ne plus dire qu'elles étaient à la prison mais de dire CHR Bon Secours. Et j'ai rencontré une fois un médecin généraliste qui l'a mal vécu parce qu'il fait aussi de l'addictologie, il avait... C'est un problème courant... Et il a dû batailler pendant 5 minutes pour savoir que c'était de la prison qu'on l'appelait, pour savoir où était son patient.

Ah oui non, ça alors moi en Meurthe et Moselle, la plupart des patients que j'ai, vont à Maxéville moi donc....C'est difficile de...

5) AMELIORATIONS A APPORTER

- Et pour vous comment est-ce qu'on pourrait améliorer tout ça ?

Ben, ce n'est pas compliqué... Euh... Si les patients sont en soin étant en milieu carcéral... Euh, on suppose que les soins doivent continuer ou que du moins même

s'ils ne doivent pas continuer.... Ils vont diminuer peut être un petit peu toutes les camisoles chimiques qu'on leur a fait ingurgiter et qu'il faut informer le médecin et puis voilà... Un petit mot... La fiche d'infirmérie, je ne sais pas moi... Voilà c'est tout... Et le patient l'a, il en fait ce qu'il veut...

- Oui parce que souvent ce qu'il se passe aussi, quand le service médical est informé de la sortie, il essaie de voir les patients qui ont un traitement pour leur fournir une ordonnance et un courrier et que souvent cela n'arrive pas jusqu'au médecin généraliste. Que le patient ne donne pas systématiquement le traitement, ne donne pas systématiquement les fiches, alors est ce que... bon c'est un choix aussi de la part des patients.

Je pense que ceux qui viennent me voir, c'est surtout pour des problèmes d'addictologie, si vous voulez, ils n'ont pas de feuilles. Ils n'ont pas de papiers. Alors je suis obligé de téléphoner pour dire voilà j'ai Monsieur Machin dans mon cabinet nana... Alors quelque fois c'est un parcours du combattant parce que.... Alors quelque fois il y en a qui sont passés de Maison d'Arrêt ... en prison... en prison, enfin bref... Il faut remonter la filière, hein tac tac... On a le standard « qui êtes-vous ? » Na na na na...

- Oui c'est sûr qu'en plus ils ne doivent pas passer facilement les communications.

Oui voilà, c'est ça.

- Pour vous le médecin généraliste, est ce qu'il a un rôle à jouer, est ce qu'il pourrait participer à l'amélioration ou est ce qu'il est plus en bout de chaîne? La mise en place de...

La prise en charge à la sortie de prison et à la réinsertion, donc il n'est pas en bout de chaîne, il est acteur comme le travailleur social qui va voir le mec qui sort de prison parce qu'il a plus rien... Voilà! Mais j'aimerais bien savoir quels sont les

résultats des bilans sanguins, ils ont tous des bilans sanguins en rentrant en prison, ça ne serait pas compliqué de nous transmettre le VIH, l'hépatite C, l'hépatite B... Non mais excusez-moi mais ça me fout en pétard. (*Rires.*) Voilà. Ça ne serait pas compliqué de faire un petit dossier voilà, ce n'est pas secret défense quand même...

- Non, non, mais c'est un cheminement compliqué. C'est vrai que finalement en ayant été à l'UHSI et pour avoir vu quelques patients être libérés après des grosses pathologies, je sais que quand ça m'est arrivé, j'ai pris tout le dossier, j'ai tout imprimé et j'ai remis au patient... Parce que au moment de la sortie on est là, face au patient et on peut lui dire maintenant voilà c'est votre dossier...

Voilà après il en fait ce qu'il veut mais qu'il y ait une démarche.

- Mais c'est vrai que en prison c'est parfois un peu plus compliqué... (Il acquiesce.) Parce que là par exemple aujourd'hui à Metz, on a été prévenu à midi moins le quart, par un psychiatre, qu'un des patients sortait, qu'elle l'avait devant elle parce qu'elle avait prévu une consultation et à midi et demi il était dehors... Donc finalement... Ça ne se passe pas toujours comme ça c'est clair. Mais c'est assez brutal...

On pourrait peut-être anticiper un petit peu ...

- Je pense oui.

C'est vrai c'est souvent.... Même les patients parfois l'apprennent au dernier moment.

- Là pour le coup il devait être libéré dans 15 jours, en arrivant à 8h euh la libération était le 16 et puis finalement il y a eu des réductions de peine 15 jours, ben c'était aujourd'hui... Quand il le sait, il a deux

heures pour quitter l'établissement. Même pour lui, je pense que ça a été compliqué de se retrouver dehors comme ça...

Oui tout à fait.

- Et il a eu de la chance de voir le psychiatre avant de sortir parce que sinon il sortait sans ordonnance, sans rien... Donc c'est vrai c'est compliqué

C'est dommage...

- Et il y a beaucoup de choses à mettre en place

Oui et malheureusement je crois que ce qui est vrai en matière médicale, est vrai aussi en matière de suivi social... S'inquiéter un minimum de savoir où le gugus qui sort de prison va aller. Donc j'en vois quelque fois qui sont dans des tristes situations... Sachant qu'on a un foyer ici qui en accueille quelques-uns où étonnamment ils disent qu'ils voudraient être en prison. C'est glauque hein c'est... Voilà...

- Merci

C'est fini ?

- Oui

La discussion continue finalement après l'arrêt de l'enregistrement : notes prises à la sortie du cabinet.

La prison c'est une privation d'aller et venir pas une privation d'humanité.

- Nous avons souvent des difficultés avec l'administration pénitentiaire parce que nous n'avons pas les mêmes fonctions, eux c'est la sécurité et ils mettent un peu tous les détenus dans le même moule.

**Ils ne comprennent pas toujours qu'on s'occupe d'eux comme ça,
qu'on puisse avoir de la compassion pour eux.**

C'est le problème de la représentation sociale du détenu, mais j'estime que tout le monde peut faire des conneries, je n'excuse pas mais...

J'ai la chance d'exercer depuis de nombreuses années ici dans cette petite ville et d'avoir fait partie à une époque du conseil départemental de l'ordre et dans les petites villes on désigne un médecin qui a les « compétences » pour faire les garde à vue et les certificats de décès un peu litigieux. Et c'est vrai que la garde à vue ; ce n'est pas comme la prison, mais dès que quelqu'un est privé de liberté le rapport est différent...

Entretien patient n° 1

Date : 27/06/2012

Sexe : HOMME

Age : 35 ans.

Durée d'incarcération : en mandat de dépôt.

Pathologies : toxicomanie substituée.

1) Depuis combien de temps êtes vous incarcéré ?

Le 9 mars 2012.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Oui.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui mais suivi irrégulier car ne prenait plus de traitement substitutif.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Oui.

Si oui, pourquoi ?

Car elle va savoir qu'il a « replongé ».

Elle est déjà au courant, elle a été prévenue par sa mère qu'elle suit également régulièrement.

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etais ce dans le même établissement ?

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Si oui pourquoi ?

8) Lors de votre sortie, si vous recevez des documents à lui remettre, pensez-vous lui donner ?

Oui pour avoir un bon suivi.

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Si non pourquoi ?

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

Ça va.

Les prescriptions sont selon moi trop laxistes, il y a beaucoup de trafic.

Le patient travaille comme auxiliaire au sein de l'établissement et ramasse tous les jours dans la cour des emballages vides de médicaments.

Il est choqué par la question de fin de consultation de suivi « est ce qu'il vous faut encore quelque chose ? », c'est au médecin de décider de ce qui doit être prescrit et non au patient de choisir.

11) Est-ce que cela vous dérange que le médecin de l'UCSA, en cas de besoin (vérifier votre traitement, les derniers résultats de prise de sang, l'informer de la sortie par exemple), prenne contact avec votre médecin traitant pour parler de votre dossier médical ?

Non, car les informations sont couvertes par le secret médical.

12) Pensez-vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Oui, il trouve qu'il est bien pris en charge. Il a déjà été extrait pour un problème ophtalmologique.

Les médecins ont les mêmes compétences et il a confiance.

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Il trouve que le lien entre l'administration pénitentiaire et l'UCSA est souvent un peu difficile lorsque le détenu à une demande, parfois il faut attendre.

Il s'attendait à pire avant d'entrer en détention. Il a de bons échos de ses codétenus concernant l'UCSA.

Entretien n°2

Date : 30/07/2012

Sexe : HOMME

Age : 39 ans.

Durée d'incarcération : 10 mois

Pathologies : aucune

1) Depuis combien de temps êtes-vous incarcéré ?

Janvier 2012 sortie possible au début du mois de septembre 2012 au plus tard octobre 2012.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Non.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Non, son médecin est déjà au courant. Il a en fait été réincarcéré à la suite du non-respect d'une mesure de placement extérieur, il était vu régulièrement car il avait besoin de prescription d'examens complémentaires réguliers suite à une obligation de suivi. Il a coupé son bracelet électronique. Le patient a pu le prévenir de sa réincarcération.

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etait ce dans le même établissement ?

Oui.

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Non.

8) Avez-vous reçu des documents médicaux (lettre, copie de résultats, dossier médical...) ou une ordonnance, à remettre à votre médecin ?

Non.

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Si non pourquoi ?

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

La même que pour les médecins de ville.

Il n'a pas d'avis particulier.

11) Est-ce que cela vous dérange que le médecin de l'UCSA, en cas de besoin (vérifier votre traitement, les derniers résultats de prise de sang, l'informer de la sortie par exemple), prenne contact avec votre médecin traitant pour parler de votre dossier médical ?

Non, pas de problème.

12) Pensez-vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Ne sait pas, il n'a pas eu de problème de santé depuis son arrivée en détention.

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Il trouve que la réponse médicale est un peu lente lorsqu'il envoie un mot, environ une semaine.

Et du fait de la particularité du lieu, ils n'ont pas l'accès à tous les produits disponibles en ville.

Entretien patient n°3

Date : 30/07/2012

Sexe : FEMME

Age : 30 ans.

Durée d'incarcération : 14 mois.

Pathologies : toxicomanie substituée.

1) Depuis combien de temps êtes-vous incarcéré ?

Depuis le 03 Janvier 2012 jusqu'en avril 2013.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Oui.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Ben non, au contraire. Le médecin traitant doit tout savoir, doit pouvoir récupérer les éléments du dossier médical. (Patiente fait allusion à un évènement récent, une agression par une codétenue et la prise en charge qui a suivie).

C'est son médecin de famille, il est tenu au secret professionnel et n'ira pas le répéter dans le village

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etait ce dans le même établissement ?

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Si oui pourquoi ?

8) Avez-vous reçu des documents médicaux (lettre, copie de résultats, dossier médical...) ou une ordonnance, à remettre à votre médecin ?

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Si non pourquoi ?

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

Elle trouve qu'il n'y pas de différence avec les médecins extérieurs. De même elle n'a pas eu le sentiment d'être considérée comme une détenue lors de son extraction récente au service d'accueil des urgences.

11) Est-ce que cela vous dérange que le médecin de l'UCSA, en cas de besoin (vérifier votre traitement, les derniers résultats de prise de sang, l'informer de la sortie par exemple), prenne contact avec votre médecin traitant pour parler de votre dossier médical ?

Non, lors de son entrée, le médecin qui l'a vue, a téléphoné à son médecin traitant afin de vérifier son traitement et les posologies. Elle a trouvé cela normal, pour empêcher les personnes de mentir et d'obtenir des médicaments nouveaux.

12) Pensez vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Si non pourquoi ?

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Elle apprécie de venir à l'UCSA, c'est une « bouffée d'oxygène » car elle y est traitée comme un être humain et pas comme un numéro d'écrou, on l'appelle Madame.

Cela a été une bonne surprise, elle pensait être moins bien traitée.

Entretien patient n°4

Date : 06/08/2012

Sexe : HOMME

Age : 37 ANS

Durée d'incarcération :

Pathologies : toxicomanie substituée.

1) Depuis combien de temps êtes vous incarcéré ?

4 mois.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Non.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Ben non. Il le sait.

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etait ce dans le même établissement ?

Metz et Bar le Duc.

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Non.

8) Avez-vous reçu des documents médicaux (lettre, copie de résultats, dossier médical...) ou une ordonnance, à remettre à votre médecin ?

Oui à Bar le Duc, une lettre.

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Oui.

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

« Ca va ».

11) Est-ce que cela vous a dérangé que le médecin de l'UCSA prenne contact avec votre médecin traitant pour récupérer votre traitement?

Non, c'est normal.

12) Pensez-vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Non.

Si non pourquoi ?

Ce n'est pas pareil ici....

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Non.

Entretien patient n° 5

Date : 02/08/2012

Sexe : HOMME

Age : 36 ANS

Durée d'incarcération : 1 mois et 20 jours.

Pathologies : aucune.

1) Depuis combien de temps êtes vous incarcéré ?

1 mois.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Non.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Non. Mais je ne vois pas pourquoi il en aurait besoin.

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etait ce dans le même établissement ?

Oui, toujours à Metz.

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Non. Il n'est pas au courant de ses précédentes incarcérations. Ce n'est pas utile, il n'a pas de traitement

8) Avez-vous reçu des documents médicaux (lettre, copie de résultats, dossier médical...) ou une ordonnance, à remettre à votre médecin ?

Non.

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Si non pourquoi ?

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

« J'aime bien ». Ils ont une bonne « pédagogie ».

11) Est-ce que cela vous dérange que le médecin de l'UCSA, en cas de besoin (vérifier votre traitement, les derniers résultats de prise de sang, l'informer de la sortie par exemple), prenne contact avec votre médecin traitant pour parler de votre dossier médical ?

Non, si il y en a vraiment besoin.

12) Pensez-vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Non.

Si non pourquoi ?

« Mon médecin traitant a ça dans le sang. Il fait tout. Il n'a jamais eu de problème avec lui. Il lui a déjà fait des points de suture, il a soigné sa luxation. Ce n'est pas pareil. Dr X c'est une bête. »

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Non.

Entretien patient n° 6

Date : 01/08/2012

Sexe : HOMME

Age : 36 ANS.

Durée d'incarcération : en mandat de dépôt.

Pathologies : aucune, traité pour des plaies quotidiennement à l'UCSA.

1) Depuis combien de temps êtes vous incarcéré ?

Une journée.

2) Est-ce votre première incarcération ?

Non.

3) Avez-vous un médecin traitant qui vous suit à l'extérieur ?

Oui, je consulte de temps en temps. Mais comme je voyage beaucoup, je ne le consulte pas forcément lui.

4) Avez-vous l'intention de changer de médecin traitant en sortant ?

Non.

5) Est-ce que cela vous pose un problème qu'il soit au courant de votre incarcération ?

Non.

Si vous avez déjà été incarcéré :

6) Etait ce dans le même établissement ?

Oui.

A votre sortie :

7) Avez-vous changé de médecin traitant ?

Oui.

8) Avez-vous reçu des documents médicaux (lettre, copie de résultats, dossier médical...) ou une ordonnance, à remettre à votre médecin ?

Oui.

9) Avez-vous pu lui remettre ?

Si non pourquoi ?

Non, je les ai mis à la poubelle. Ça ne m'intéressait pas. Je voulais refaire ma vie.

10) Quelle image avez-vous des médecins qui exercent en prison ?

Ça va, ils sont volontaires et plus ou moins sympathiques en fonction des gens.

11) Est-ce que cela vous dérange que le médecin de l'UCSA, en cas de besoin (vérifier votre traitement, les derniers résultats de prise de sang, l'informer de la sortie par exemple), prenne contact avec votre médecin traitant pour parler de votre dossier médical ?

Si c'est obligé, non.

12) Pensez-vous que le médecin de l'UCSA travaille comme votre médecin traitant de ville ?

Ben en tout cas ils connaissent leur boulot. Ce serait dommage qu'ils fassent n'importe quoi parce qu'on est en prison. Je pense qu'ils ont la même formation et le même niveau.

13) Avez-vous des remarques particulières ?

Non.

ABREVIATIONS

AAH : Affection Adulte Handicapé.

ALD : Affection Longue Durée.

CMP : Centre Médico-Psychologique.

CMU : Couverture Médicale Universelle.

CPN : Centre Psychothérapique de Nancy.

DMP : Dossier Médical Personnalisé.

DREES : Direction de la Recherche et d'Etude d'Evaluation des Statistiques.

ONU : Organisation des Nations Unies.

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional.

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés.

UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires.

UMD : Unité pour Malade Difficile.

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée.

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale.

UVF : Unité de Vie Familiale.

VHB : Virus de l'Hépatite B.

VHC : Virus de l'Hépatite C.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOULOC B. Droit de l'exécution des peines. 4ème éd. DALLOZ; 2011.
2. OPALE. Les infractions sexuelles. France 2011 [Internet]. Observatoire des Prisons et Autres Lieux d'Enfermement ou de restriction des libertés; 2011 [cité 2012 mai 5].
3. CAMUS B. Les chiffres clés de la justice 2011 [Internet]. Ministère de la justice et des libertés; 2011 [cité 2012 juin 19]. Available de: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_chiffres_cles_2011_20111125.pdf
4. Chiffres de la population pénale au 1er juillet 2012. [Internet]. Ministère de la Justice. 2012 [cité 2012 août 14]. Available de: <http://www.presse.justice.gouv.fr/archives-communiques-10095/archives-des-communiques-de-2012-12363/chiffres-de-la-population-penale-au-1er-juillet-2012-24402.html>
5. TOURNIER P. Observatoire des Prisons et Autres Lieux d'Enfermement. [Internet]. « Arpenter le Champ pénal » (ACP). [cité 2012 août 13]. Available de: <http://pierre-victortournier.blogspot.fr/p/opale.html>
6. NOEL E. Surpopulation des prisons d'Ile de France au 1er juillet 2012. Données complètes [Internet]. AVOCATION. 2012 [cité 2012 août 14]. Available de: <http://noeletienne.blogspot.fr/2012/07/surpopulation-des-prisons-dile-de.html>
7. Définitions et méthodes - Peine privative de liberté [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [cité 2012 août 13]. Available de: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/peine-privative-liberte.htm>
8. FITOUSSI V. La sanction des jours amendes. [Internet]. [cité 2012 août 13]. Available de: <http://www.fitoussi-avocat.com/droit-penal-general/la-sanction-des-jours-amende/>
9. ELBAUM M, HINI E. La santé des personnes entrées en prison en 2003 [Internet]. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale; 2005 mars p. 12. Report No.: 386. Available de: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
10. FRAGES E. La gouvernance de l'ingerable: Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Mémoire Online [Internet]. [cité 2012 janv 24]; Available de: http://www.memoireonline.com/12/05/26/m_sante-publique-milieu-carceral7.html

11. COSTA S. La peine de mort. De Voltaire à Badinter. Paris: FLAMMARION; 2001.
12. FOUCAULT M. Surveiller et punir. Naissance de la prison. GALLIMARD. 1975.
13. RENNEVILLE M, CARLIER C. Chronologie relative aux peines et aux prisons en France. [Internet]. 2007 [cité 2012 juill 22]. Available de: <http://criminocorpus.cnrs.fr/article171.html>
14. Les bagnes de France [Internet]. [cité 2012 juill 14]. Available de: <http://www.arsenaux.fr/page.php?id=9>
15. SENATEUR F. Le bagne des bagnes. [Internet]. [cité 2012 juill 21]. Available de: <http://www.bagne-guyane.com/>
16. TAILLEMITE H. La vie au bagne. Criminocorpus, revue hypermédia. Histoire de la justice, des crimes et des peines [Internet]. 2008 janv 1 [cité 2012 juill 14]; Available de: <http://criminocorpus.revues.org/183>
17. PERRIN T. L'histoire des bagnes [Internet]. [cité 2012 juill 14]. Available de: <http://thierryperrin.e-monsite.com/pages/le-tourisme/l-histoire-des-bagnes.html>
18. MERLAND P. Les Bagnes « descendants » des Galères [Internet]. [cité 2012 juill 21]. Available de: <http://www.cgnorvillois.org/bagnes.html>
19. CARLIER C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. Criminocorpus, revue hypermédia [Internet]. 2009 févr 14 [cité 2012 janv 31]; Available de: <http://criminocorpus.revues.org/246>
20. Ministère de la Justice. Histoire de l'administration pénitentiaire [Internet]. [cité 2012 avr 24]. Available de: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/le-ministere-dans-lhistoire-10289/histoire-de-ladministration-penitentiaire-16945.html>
21. CARLIER C. La balance et la clef. Histoire du rattachement de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice. Criminocorpus, revue hypermédia. Histoire de la justice, des crimes et des peines [Internet]. 2011 déc 6 [cité 2012 avr 24]; Available de: <http://criminocorpus.revues.org/943>
22. BARLET P. La prison, carrefour des paradoxes [Internet]. APSEP nouveau site. [cité 2012 mars 29]. Available de: <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124120490>
23. HUGO V. Le dernier jour d'un condamné. GALLIMARD 2000; 2000.
24. RENNEVILLE M, Ordonnance criminelle d'août 1670 (Titre XIII) [Internet]. 2007 [cité 2012 juill 22]. Available de: <http://criminocorpus.cnrs.fr/article148.html>

25. RENNEVILLE M, Circulaire du 27 juin 1807 [Internet]. 2010 [cité 2012 juill 22]. Available de: <http://criminocorpus.cnrs.fr/article604.html>
26. POISSON P. 1946 -1947 La Réforme Pénitentiaire L'Ecole et le Centre d'Etudes Pénitentiaires. [Internet]. 2007 [cité 2012 juill 22]. Available de: <http://philippepoisson.unblog.fr/files/2008/10/19461947larformepnitentiairelecoleetlecentred.pdf>
27. VEIL S, MEHAIGNERIE P, DOUSTE-BLAZY P. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale | Legifrance [Internet]. [cité 2012 juin 19]. Available de: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050&dateTexte=>
28. COLDEFY M. La prise en charge de la santé mentale des detenus en 2003 [Internet]. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et de la solidarité, DREES; 2005 sept p. 12. Report No.: 427. Available de: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er427.pdf>
29. BALLADUR E, VEIL S, LEOTARD P, PASQUA C, SARKOZY N, DOUSTE BLAZY P, et al. Décret no 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. [Internet]. oct 28, 1994. Available de: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EA3B5060F6AB3596C6D736416B1624CC.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000185453&categorieLien=id
30. FOURNIER V, GUICHARD A, LAPERGUE M, ROSTAN F. Acte Colloque « santé en prison » Dix ans après la loi : Quelle évolution dans la prise en charge des détenus? maison de la mutualité, Paris; 2004 [cité 2012 janv 5]. Available de: http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Actes_Colloque_sante_prison.pdf
31. MAHIDA R. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice [Internet]. Ministère de la justice et des libertés, Ministère de la santé et des sports.; 2010 p. 86. Available de: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
32. Ministère de la Justice, Ministère de la santé et de la protection sociale. Guide méthodologique relatif à la prise en charge des détenus. [Internet]. 2004 [cité 2012 juill 21]. Available de: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_des_detenus.pdf

33. TITAH D. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'UCSA DE NANCY 2011 [Internet]. CHU Nancy; 2012 p. 12.
34. CERESA N. Rapport d'activité 2011. UCSA CHR Metz Thionville. [Internet]. CHR MetzThionville.; Available de: about:newtab
35. RESTILLINI JP, CHERVET D. L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM; 2002.
36. KORSIA H. La santé et la médecine en prison. [Internet]. Comité consultatif national d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé; 2006 21 p. 48. Report No.: Avis n°94. Available de: <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf>
37. Ministère de la Justice. La vie en prison. [Internet]. [cité 2012 août 13]. Available de: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-vie-en-prison-12007.html>
38. Ministère de la Justice. Le travail. [Internet]. [cité 2012 août 13]. Available de: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/le-travail-12001.html>
39. BES F, Bouvier JC, DIJAN S, DUJOURDY E, GAUTHIER S, LIARAS B, et al. Les conditions de détention en France RAPPORT 2011. Paris: Observatoire Internional des Prisons OIP; 2012 p. 336.
40. MARZO JN, ROTILY M, MEROUEH F. Traitement de substitution aux opiacés à l'entrée en milieu carcéral. Résultats initiaux de l'étude prospective IRCAMS. Le courrier des addictions. [Internet]. 2006 déc [cité 2012 août 14];(4). Available de: <http://www.edimark.fr/publications/articles/traitement-de-substitution-aux-opiaces-a-l-entree-en-milieu-carceral-resultats-initiaux-de-l-etude-prospective-ircams-maintenance-treatment-for-opiate-addiction-upon-imprisonment-baseline-data-from-the-ircams-study/12752>
41. WIEGANDT A. Dépistage et prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral : Pertinences des dispositifs actuels dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées. [Internet]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.; 2011 [cité 2012 juill 22]. Available de: <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/juillet%20a%20dec%202011/Memoire%20MIS%20wiegandt%20tuberculose%202011.pdf>
42. SEMAILLE C. La prévalence de l'hépatite C et du VIH chez les personnes détenues en France. Enquête PREVACAR 2010. [Internet]. 2011 [cité 2012 juill 21]. Available de: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PRIDA/PREVENTION_ET_SANTEPUBLIQUE/Sante_publique/hepatites/Prevacar_Journee_restitution_20_juin2011-CSemaille.ppt

43. GUERIN G. La santé en Prison [Internet]. Haut Comité de Santé Publique; 2003 sept p. 38. Report No.: 44. Available de: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>
44. DESEQUELLES A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. [Internet]. 2002 [cité 2012 avr 22]. Available de: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf
45. CASSAN F, TOULEMON L. L'histoire familiale des hommes détenus. [Internet]. 2000 [cité 2012 avr 22]. Available de: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf
46. LAURENT J-P, GUYOT J. L'enseignement en milieu pénitentiaire. Rapport annuel sur année 2009 et premier trimestre 2010. [Internet]. Bureau du travail, de la formation et de l'emploi- PMJ3; p. 53. Available de: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_national_de_enseignement_en_2009.pdf
47. Illétrisme et emploi. [Internet]. Conseil d'orientation pour l'emploi.; 2010 nov. Available de: http://www.coe.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_illettrisme_-_30_11_10.pdf
48. MIGNOT C. La création d'entreprise par des personnes anciennement détenues. [Internet]. Ban Public - Le portail d'information sur les prisons. 2010 [cité 2012 août 14]. Available de: <http://prison.eu.org/spip.php?article8203>
49. PILLONEL J, CAZEIN F. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France- 10 ans de surveillance. 1996-2005. [Internet]. [cité 2012 août 14]. Available de: <http://www.lecrips-idf.net/IMG/pdf/S55960.pdf>
50. INVS, Assurance Maladie. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. [Internet]. 2007 [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf
51. VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC) - Agent de l'hépatite C [Internet]. INRS. 2011 [cité 2012 août 14]. Available de: [http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/\(allDocParRef\)/FCVHC](http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCVHC)
52. Consommation Héroïne et autres opiacés; [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/opiaces/conso.html#aff_rech
53. Consommation de tabac. [Internet]. Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies. [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabc/conso.html#aff_rech

54. Consommation Alcool [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff_rech
55. GALY M. Profil sociologique des détenus. [Internet]. toileses. [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.toileses.org/sciencepo/2009_sociologie_prison.pdf
56. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle au 31 décembre 2010 [Internet]. INSEE. [cité 2012 août 14]. Available de: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=16&ref_id=revtc04605
57. GONIN D. La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention. L'archipel. 1991.
58. CASSAN F, MARY-PORTAS F-L. Précocité et instabilité familiale des hommes détenus. [Internet]. 2002 [cité 2012 avr 22]. Available de: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP828.pdf

VU

NANCY, le **10 septembre 2012**
Le Président de Thèse

NANCY, le **9 novembre 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. KLEIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 5085

NANCY, le 15 novembre 2012
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT