

**"Conditions de vie
en détention
et pathologies somatiques"**

**Conseil de la Recherche
Ministère de la Justice**

**ASSOCIATION LYONNAISE DE CRIMINOLOGIE
ET D'ANTHROPOLOGIE SOCIALE**

JUIN 1991

**"Conditions de vie
en détention
et pathologies somatiques"**

**Conseil de la Recherche
Ministère de la Justice**

**ASSOCIATION LYONNAISE DE CRIMINOLOGIE
ET D'ANTHROPOLOGIE SOCIALE**

JUIN 1991

**Conditions de vie en
détention et pathologie
somatique**

TRAVAIL REALISE PAR
L'EQUIPE DE RECHERCHE DE L'ALCAS
INSTITUT Alexandre LACASSAGNE

Pierre BARLET

Pascale BEAUPERE

Pascale CHEVRY

Daniel GONIN

Bruno GRAVIER

Didier WEBER

sous la direction de

Daniel GONIN

Convention de recherche du Ministère de la Justice

du 26 août 1986

N° 86 05024 00 21075 01

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I - METHODOLOGIE. PROTOCOLE. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE SUR LA SEXUALITE

II - DESCRIPTIF DE LA POPULATION DES ENTRANTS DE L'ENQUETE

III - CARACTERISTIQUES DES ECHANTILLONS POUR L'ETUDE DE LA VIE EN DETENTION

IV - CONDITIONS DE LA VIE EN DETENTION

V - EVOLUTION DE LA SANTE EN COURS DE DETENTION

A - Aspects de souffrances neuro-sensorielles

B - Effets de retrait

C - Evolution de la pathologie en cours de détention

1- Observation à partir du dossier médical pénitentiaire

2- Observation à partir du dossier médical hospitalier

3- Appréciation des soignants sur le soin prodigué

4- Regard des patients sur le soin reçu

5- Etats de santé selon le sujet et divers facteurs

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Par ce travail nous tentons de répondre à une mission confiée par le Conseil de la recherche du ministère de la justice en 1985.

Le rapport de l'IGAS de 1984 sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires estimait que "la pathologie en milieu pénitentiaire est analogue à la pathologie en ville, mais peut être aggravée, voire même créée, par la tension anxieuse des détenus, le tabagisme et les conditions de vie".

La présente recherche tente de répondre au souhait de l'administration pénitentiaire et vise à "analyser en profondeur les relations de cause à effet entre les conditions de vie en détention et l'apparition ou l'aggravation des pathologies les plus fréquemment rencontrées en milieu carcéral".

Un accent particulier a été porté sur l'impact des conditions de détention sur l'état de santé des détenus en s'attachant à la surpopulation, la restriction de l'espace, la rupture de la vie familiale et sociale, les conditions d'hygiène en détention.

Cette recherche a été effectuée dans deux maisons d'arrêt de la région Rhône-Alpes.

Il apparaissait a priori que l'on s'aventurait là sur un terrain fort peu exploré et qu'il était difficile de s'étayer sur des expériences

antérieures. Ainsi étions-nous certes libres d'inventer notre méthodologie mais exposés aux aléas du défrichage.

Le rapprochement de 2 données -pathologie et conditions de vie- ne saurait se satisfaire du seul rapport entre affections constatées en détention et conditions de vie carcérale. Le concept de santé défini par l'OMS comme non seulement l'absence de maladie mais comme un état de complet bien-être physique et moral, élargit le strict horizon de la pathologie.

C'est pourquoi il nous est apparu nécessaire que la recherche s'appuie sur le vécu des détenus tels qu'eux-mêmes peuvent en témoigner. Ainsi ont-ils pu esquisser personnellement le rapport entre l'évolution de l'idée qu'ils se faisaient de leur santé et les influences qu'ils subissaient dans leur vie quotidienne, rapport que nous nous sommes efforcés d'analyser ensuite.

Il a été demandé aux détenus de répondre à des questions concernant leurs sensations internes et leurs capacités perceptives. Ils ont ainsi donné une image de leur corps comme lieu de médiation avec le monde des objets. Ce vécu de la vie carcérale s'inscrit bien évidemment dans une histoire personnelle et le détenu a été sollicité pour décrire son état de santé avant l'incarcération. Nous avons exclu tout questionnement sur la sexualité compte-tenu d'une méthodologie par auto-questionnaire ; en effet, il nous a semblé qu'une expression fiable dans ce domaine ne pouvait être obtenue que dans une relation personnalisée. La limite d'exploration ainsi posée nous a été soulignée ce qui nous a conduits à faire état, avec l'autorisation de son auteur, d'une enquête contemporaine de la nôtre et centrée sur la sexualité en prison.

Au recueil de la subjectivité des détenus, il nous a paru intéressant d'apposer celui de la subjectivité de leurs soignants. Pour ces derniers il ne s'est pas agi d'une compilation des dossiers médicaux mais d'une sollicitation de leur propre appréciation, de sorte que soit réalisable une comparaison entre deux "points de vue".

Toutefois, il eût été regrettable de ne disposer d'aucun des éléments objectifs d'observation à travers lesquels peut se repérer l'articulation entre le trouble et le recours au soin. Ont donc été colligés les cahiers de prescriptions, les fiches dentaires, les données du SMPR, etc...

Enfin, pour tenter de discriminer l'influence du milieu de vie, nous avons prévu de solliciter l'opinion sur leur santé de personnes non détenues et de leurs soignants : pour ce faire nous avons constitué deux échantillons, l'un de probationnaires (pouvant apparaître à mi-chemin entre population générale et détenus), l'autre de clients de médecins généralistes.

Quels que soient les vécus de santé recueillis, l'intérêt même de la recherche était d'en suivre l'évolution dans le temps, ce pourquoi nous avons rejeté leur recueil sur une période suffisamment prolongée pour être significative mais restant compatible avec la durée moyenne de détention en maison d'arrêt.

Au-delà des constats qu'il nous a été possible d'élaborer à partir du matériel recueilli quant à la morbidité particulière des entrants en prison et à son évolution en cours de détention, des interactions nous sont apparues entre les équipements de soin et d'hygiène existants et l'état sanitaire : ces interactions pourraient servir d'appui à l'effort

d'humanisation de l'institution qui impliquerait refonte architecturale, organisation du temps et de l'espace, aménagement des relations tout autant que développement des moyens de soin proprement dits.

I - METHODOLOGIE

PROTOCOLE

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est la mise en évidence de la nature de la relation existant entre les conditions de vie en détention et l'état de santé des détenus. Plus particulièrement, nous cherchons à montrer l'évolution de l'état de santé des individus au cours de leur temps de détention en maison d'arrêt.

Pour donner tout le relief à cette approche de la santé carcérale nous avons mis en comparaison ces expériences personnelles avec celles d'autres personnes proches du détenu par leur histoire personnelle, leur mode de vie et leur rapport avec la justice. Nous nous sommes adressés pour cet échantillon à la population des probationnaires.

L'échantillon des détenus a été comparé enfin avec des personnes du même âge et de même sexe, vivant en toute liberté, mais préoccupées par leur santé et venant consulter des médecins généralistes dans des villes grandes ou moyennes et dans les banlieues d'où est originaire la population des détenus intentoriée

Type d'étude

Nous avons opté pour une étude-cohorte, descriptive et prospective. Etant donné l'absence quasi-totale d'information sur l'état

de santé des détenus en France, il s'agit, dans un premier temps, d'observer *l'évolution naturelle de l'état de santé des détenus en maison d'arrêt*. En effet c'est là que peut se faire la comparaison entre vie libre et vie carcérale, et influence progressive de la détention, a cherché à diversifier les lieux d'incarcération.

Définition de la population

Nous avons inclu les détenus, venant de l'extérieur, entrés entre janvier 1988 et juin 1988 aux Prisons de Lyon et de Varces. Ainsi nous avons :

* un échantillonnage important dans deux établissements anciens : les prisons Saint-Paul et Saint-Joseph de Lyon . 700 détenus

* un échantillonnage moindre dans la prison Montluc, établissement également vétuste mais aux conditions de vie différentes (en particulier, détenus seuls en cellule : 24 détenus hommes, 29 détenues femmes

* et un troisième échantillonnage dans une prison récente, la maison d'arrêt de Varces qui date de 1974 : 172 détenus.

Nous avons exclu les personnes provenant d'autres maisons d'arrêt ou établissements pénitentiaires ("transferts") et les personnes condamnées à trois mois au plus (ex. : contrainte par corps limitée à trois mois obligatoirement) et les personnes en transit.

Pour les femmes, nous ne disposons que d'un très petit échantillon constitué sur la seule maison d'arrêt Montluc et qui sera donc analysé indépendamment.

Dans un but de comparaison ont été constitués :

-1 échantillon de **probationnaires** : **103 hommes** ont été sollicités selon les critères d'inclusion suivants : ne pas avoir été incarcéré depuis au moins quatre mois et accepter de répondre aux questionnaires lors d'une de leur visite aux travailleurs sociaux du Comité de Probation autour de l'été 89. L'âge n'a pas été retenu comme élément de choix des personnes du fait de proximité connue avec la population carcérale. Ce deuxième groupe permet des comparaisons en ce qui concerne les aspects de souffrances somatique, neuro-sensorielle et psychique.

- 1 échantillon de **consultants de médecins généralistes libéraux** : **73 hommes** ont été sollicités selon les conditions suivantes : être un patient habituel du praticien, avoir un âge comparable à la population des hommes incarcérés et accepter de répondre aux questionnaires. Les praticiens n'ont pas été rémunérés. Un suivi dans le temps de cette population s'est révélé impossible du fait de problèmes matériels : pas de seconde ou troisième consultation pendant la période d'observation, surcroît de travail pour les médecins généralistes et l'enquêteur.

Période d'enquête

La conception des questionnaires utilisés s'est déroulée en 1987, la passation de ceux-ci en 1988 et 1989.

Facteurs de confusion et biais

Du fait des critères de non inclusion, nous ne pourrions extrapoler les résultats de notre analyse à la population globale des détenus. Seule une étude transversale l'aurait permis. Parmi les détenus présents à un instant donné, nous trouverions sans doute des pathologies différentes concernant des personnes incarcérées depuis plus de deux ans. Ainsi notre échantillon ne comporte pas de condamnés à de longues peines alors qu'il semble que leur morbidité telle qu'elle peut être appréciée à l'occasion d'hospitalisations dans le service réservé aux personnes incarcérées est plutôt moindre.

Lors de la passation du questionnaire "1 à 4 mois", il est apparu que 21 détenus hommes venant d'autres établissements pénitentiaires mais ne l'ayant pas signalé, avaient été inclus à tort dans le décompte des détenus entrants. Ces personnes incarcérées en moyenne depuis 14 mois et demi lors de la passation du 2ème questionnaire semblent avoir eu un comportement identique à celui des autres personnes de l'enquête, ainsi qu'en témoigne l'analyse comparative de plusieurs variables : âge, état de santé à l'entrée et en cours de séjour, évolution des perceptions neuro-sensorielles) qui ne mettent en évidence aucune différence significative.

Parmi la population incluse dans l'étude, nous n'avons trouvé que de très rares refus de participation. Par contre, il n'est pas rare de rencontrer des refus de répondre à certaines questions notamment dans le questionnaire Q 2 ("Conditions de vie en détention") de peur de mesures coercitives reliées à certaines critiques ; ceci malgré la garantie de l'anonymat notifiée à chaque détenu.

En ce qui concerne les personnes ne parlant ou ne lisant pas correctement le français (24 %), nous avons adopté une stratégie d'inclusion maximale : passation de questionnaires, avec l'enquêteur, traduits en anglais et allemand ; aide par interprètes. Seuls quelques sujets de nationalités syrienne et turque n'ont pu être retenus dans l'étude (5 cas).

L'analyse des résultats doit tenir compte du facteur *temps de détention*. Après 24 mois d'observation, seuls 20 % environ des sujets ont bénéficié de l'enquête complète. Nous notons une forte proportion de départ après un mois de détention. Dans ce cas, un seul questionnaire a été rempli : Q1 ("Données épidémiologiques").

A propos du recueil des pathologies notées sur les dossiers médicaux pénitentiaires, nous remarquons un biais dû à la prépondérance des examens hépatiques, M.S.T. et Sida, en raison d'autres études en cours. Nous avons constaté également une grande variation de la qualité et quantité des notes prises par les médecins et les internes sur les dossiers (le Docteur ESPINOZA signale les mêmes difficultés dans le recueil de données à Fresnes).

En ce qui concerne les populations témoins, nous nous sommes heurtés à une difficulté tenant à la durée trop longue d'observation pour les médecins traitants (18 mois), au point qu'une comparaison n'a pu être établie qu'au niveau des données générales initiales et non d'un suivi.

REALISATION DE L'ENQUETE

Construction du questionnaire

Les variables

- Variables d'identification du sujet

La préservation de l'anonymat a été réalisée au maximum des possibilités d'une enquête prospective. Sur les questionnaires ne figure qu'un numéro d'anonymat. Les correspondances entre ces numéros et les noms des sujets sont colligées sur un répertoire confié uniquement aux enquêteurs, puis à un seul d'entre eux. Sur les fiches informatiques, les noms et date de naissance sont évidemment exclus. Le numéro d'anonymat se retrouve sur l'ensemble des questionnaires que remplira le sujet au cours de l'étude. Les répertoires nominatifs ont été conservés hors détention pendant l'analyse et seront détruits à l'issue.

- Variables de contrôle du groupe d'appartenance

Sur chaque questionnaire figure une lettre-clé indiquant la maison d'arrêt concernée, ou bien le médecin traitant choisi, ou encore l'échantillon des probationnaires.

Les variables du questionnaire proprement dit sont :

- les variables socio-démographiques classiques :

- * Sexe

- * Age

- * Nationalité

- * Fratrie

- * Situation matrimoniale
- * Habitation
- * Niveau d'étude
- * Profession
- des variables socio-démographiques spécifiques telles que :
 - * Lecture et écriture du français
 - * Consultation(s) médicale(s)
 - * Hospitalisation(s)
 - * Sport-art
 - * Tabac-alcool
- les variables subjectives de l'état de santé :

Il s'agit des déclarations du sujet, à connotation éminemment subjective. Nous avons demandé aux détenus d'évaluer et quantifier les symptômes ressentis.

En parallèle, nous avons demandé au personnel soignant d'évaluer l'état de santé des mêmes détenus (Q 4 : suivi médical -suivi infirmier).

- les variables objectives :

Ce sont les données recueillies à partir des dossiers médicaux, pénitentiaires et hospitaliers, les cahiers de prescriptions des psychiatres, ophtalmologues, les fiches dentaires.

Nous avons recueilli secondairement les délits, la situation militaire et financière (pécule).

Les types de variables

Il s'agit essentiellement de variables fermées, qualitatives, de type multiple, exclusives.

Ex : Dans votre cellule vous êtes actuellement :

A - Seul

B - Deux

C - Trois

D - Quatre

E - Plus de quatre : précisez ...

Il existe quelques questions ouvertes

Ex : Prenez-vous habituellement des médicaments ?

A - Oui

B - Non

Si oui, lesquels ?

(La codification a, dans ce cas, été faite ultérieurement.)

La codification

Pour les symptômes, les maladies et les médicaments, il a été choisi une codification.

Pour les symptômes , nous avons opté pour une classification propre (cf annexe) tenant compte de la particularité de l'exercice en milieu pénitentiaire ressortie de notre expérience.

Pour les maladies, nous avons retenu la dernière classification OMS (CIM-9) ; comme certaines maladies ne sont pas assez détaillées dans

le cadre de notre étude, nous les avons subdivisées en sous-catégories (cf annexe).

Pour les médicaments, nous avons fait de même avec un regroupement pour une trentaine de catégories (cf annexe). Les médicaments à visée psychique ont fait l'objet d'un traitement plus fin.

Les non-réponses

Toutes les non-réponses sont prises en compte.

Sauf exceptions, les non-réponses aux questionnaires sont rares.

Mode d'enquête

Il s'agit principalement *d'auto-questionnaires* remis par un enquêteur, avec quelques explications concernant le mode de réponse. Si la personne ne comprend pas ou éprouve des difficultés à répondre, l'enquêteur l'assiste dans la passation.

Il a été réalisé une *interview téléphonique* pour une trentaine de personnes ayant accepté de donner de leurs nouvelles à plus de trois mois après leur sortie de prison ; ce suivi a été assuré par un seul enquêteur dans le souci d'un respect de l'anonymat.

Organisation des rencontres avec les sujets

La passation du premier questionnaire proposé a été réalisée soit au parloir des avocats, soit aux infirmeries, lors du ou des premiers jours d'incarcération.

Il a été plus difficile de réaliser la passation des questionnaires suivants, car cela fournissait un surcroît important de travail aux surveillants (déplacements de détenus et utilisation des locaux).

Assez fréquemment, un transfert inopiné a interdit le recueil de données sur dossier médical (transfert du sujet et de son dossier). Nous n'avons pu rechercher par courrier les données des dossiers médicaux du fait de la charge de travail que cela représente.

La pré-enquête

L'ensemble des questionnaires a été testé en mi-1987 auprès des détenus. Il a été réalisé une pré-enquête sur 50 sujets, à Lyon et Varcès, pour déterminer le lieu de consultation habituel des détenus au dehors.

Ceci a montré que 70 à 80 % des détenus consultent tout d'abord auprès des médecins généralistes, et qu'un échantillon témoin pouvait être recherché auprès de ces médecins.

Choix des enquêteurs

Aucun enquêteur n'a su, au préalable, à quel groupe appartenait le détenu (demandeur de soins ou non).

Ces enquêteurs ont été choisis parmi les réalisateurs de la recherche et les acteurs des soins pénitentiaires (Internes des SMPR, infirmières et médecins pénitentiaires).

Recueil des données

On note une excellente participation des détenus dès que l'objectif de l'étude a été précisé. A noter une dizaine de personnes

venues d'une autre maison d'arrêt, selon elles pour participer à l'étude.

Pour le suivi, théoriquement nous aurions dû respecter le schéma chronologique suivant :

to : entrée en prison
t1 : 1 mois après to
t2 : t1 + 3 mois etc...

En réalité, nous avons été contraint d'observer le schéma ci-dessus :

to : entrée en prison
t1 : 1 à 2 mois après to
t2 : 2 à 6 mois après t1
puis tous les 4 à 5 mois.

Effectivement, le fait de proposer le même questionnaire à t1, t2, t3..., tous les 3 mois correspond à un laps de temps trop court ; de plus il existait des contraintes de locaux et de disponibilité de notre part.

En cas de refus de passation des questionnaires à un temps donné, nous avons toujours rappelé le sujet quelques mois après pour une passation ultérieure.

On note 10 à 15 % de questionnaires non remplis du fait de l'intolérance à la répétitivité dans le temps.

En ce qui concerne les questionnaires remplis par le personnel soignant (Q4), nous avons noté de très grandes variabilités de participation, ce qui nous limite dans l'analyse.

Les probationnaires n'ont été concernés que par les questionnaires "données épidémiologiques" (Q1) et "données symptomatiques" (Q3) ; ce qui a permis la comparaison au niveau du Q3 avec les détenus.

Méthodologie de l'enquête sur la sexualité en prison

Cette enquête a été réalisée auprès d'une population de 157 détenus hommes incarcérés, aussi bien en Maisons d'arrêt qu'en Centres de détention. Dans chaque établissement les sujets de l'échantillon retenus, tous volontaires, étaient réunis dans une salle polyvalente par groupes d'une dizaine et se voyaient proposer le questionnaire dont la passation pouvait donner lieu à une discussion ultérieure.

Contrôle des données

Les données ont été saisies manuellement, avant la saisie informatique, sur des feuilles de saisie conçues spécifiquement (cf annexe).

Un premier contrôle a été réalisé à ce niveau. Pour la saisie informatique, différents systèmes de contrôle sont utilisés : redondance, contrôle logique et absence de doublement...

Lecture des résultats

La liste de symptômes que devait évaluer chaque détenu était présentée sous la forme interrogative et précédée de la formule "au cours de ces trois derniers mois pouvez-vous nous dire si vous avez souffert de..."

Pour chaque manifestation symptomatique était proposée l'évaluation quantitative suivante :

- 1 - énormément 2 - beaucoup 3 - pas mal 4 - un petit peu
5 - pas du tout

Pour l'analyse des résultats nous avons donc regroupé les trois premiers types de réponses (énormément, beaucoup, pas mal) en les opposant aux deux autres (un petit peu, pas du tout).

Interprétation statistique

Dans ce document, nous avons utilisé les annotations statistiques suivantes :

N.S.	Résultats non significatifs	
*	Résultats significatifs	$p < 0,05$
**	Résultats très significatifs	$p < 0,01$
***	Résultats hautement significatifs	$p < 0,001$

Quand le résultat n'était pas significatif mais que p approchait 0,05 nous avons parlé de tendance ou précisé la valeur de p (ex : $p = 0,072$ noté limite *)

Lorsque les résultats sont non significatifs, c'est que les différences observées peuvent être dûes au hasard. C'est souvent le cas lorsque les effectifs sont faibles.

Les tests utilisés sont le χ^2 et le test de Student principalement.

II - DESCRIPTIF DE LA POPULATION DES ENTRANTS DE L'ENQUETE

LES EFFECTIFS

L'échantillon des détenus est issu des personnes incarcérées dans les Maisons d'Arrêt de Lyon et de Varcès (Grenoble). Elles sont arrivées en prison durant le premier semestre 1988, provenaient de l'extérieur et n'étaient pas condamnées à de courtes peines (moins de 4 mois). Il s'agit de **896 hommes et 29 femmes**.

L'effectif de femmes étant très réduit et posant des problèmes spécifiques, il en sera peu fait état lors de cette présentation mais ce qui les concerne fera l'objet d'un chapitre particulier.

LES INFRACTIONS

Nous avons pu recueillir les infractions à la fin de l'enquête, notées sur les fiches pénales situées aux greffes.

Pour les hommes, nous avons eu connaissance à l'infraction dans 840 cas sur 896 (94 %) et pour les femmes, dans 22 cas sur 29 (75,9%).

Nous obtenons :

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
atteintes aux biens	415	49,4	10	45,5
atteintes aux moeurs	35	4,2	2	
atteintes physiques aux personnes	90	10,7	7	31,8
autres types d'atteintes à la loi	196	23,3	3	
atteintes aux biens <u>et</u> aux personnes physiques	41	4,9		
atteintes aux biens <u>et</u> autres atteintes à la loi	27	3,2		
atteintes aux biens et aux moeurs	3	0,4		

A ces personnes ont été proposés plusieurs questionnaires : un premier à l'entrée reprenant des données générales, et deux autres proposés ensemble tous les quatre mois puis six mois : l'un fait état des conditions de vie en détention, l'autre des éléments de souffrances symptomatiques.

Selon le moment de recueil de ces deux questionnaires conjoints, trois périodes ont été individualisées :

à l'entrée (to ou période Z)	896 hommes
de 7 jours à 4 mois de détention (période P)	415
de 4 à 8 mois de détention (période Q)	156
de 8 à 14 mois de détention (période R)	85

Du fait des libérations ou transfèrements survenus en début de séjour, nous n'avons pu proposer les questionnaires de suivi que pour **59,7 %** des hommes entrés dans l'étude. C'est la raison majeure expliquant la diminution brutale de 896 à 415 enquêtés.

Les non-répondants représentent **15,3 %** des personnes auxquelles les questionnaires de suivi ont été proposés ; parmi ces non-répondants, 11 personnes ont exprimé clairement un refus de participation au suivi, 40 personnes n'ont pas répondu aux questionnaires dans la première période mais ont participé aux périodes suivantes, et on peut estimer à 30 ceux qui ont omis de renvoyer les questionnaires sans explication.

Afin de pouvoir comparer les détenus, il a été fait appel à **deux échantillons témoins** :

- des **consultants de médecins généralistes libéraux** : **73 hommes**
- des **probationnaires** : **103 hommes**

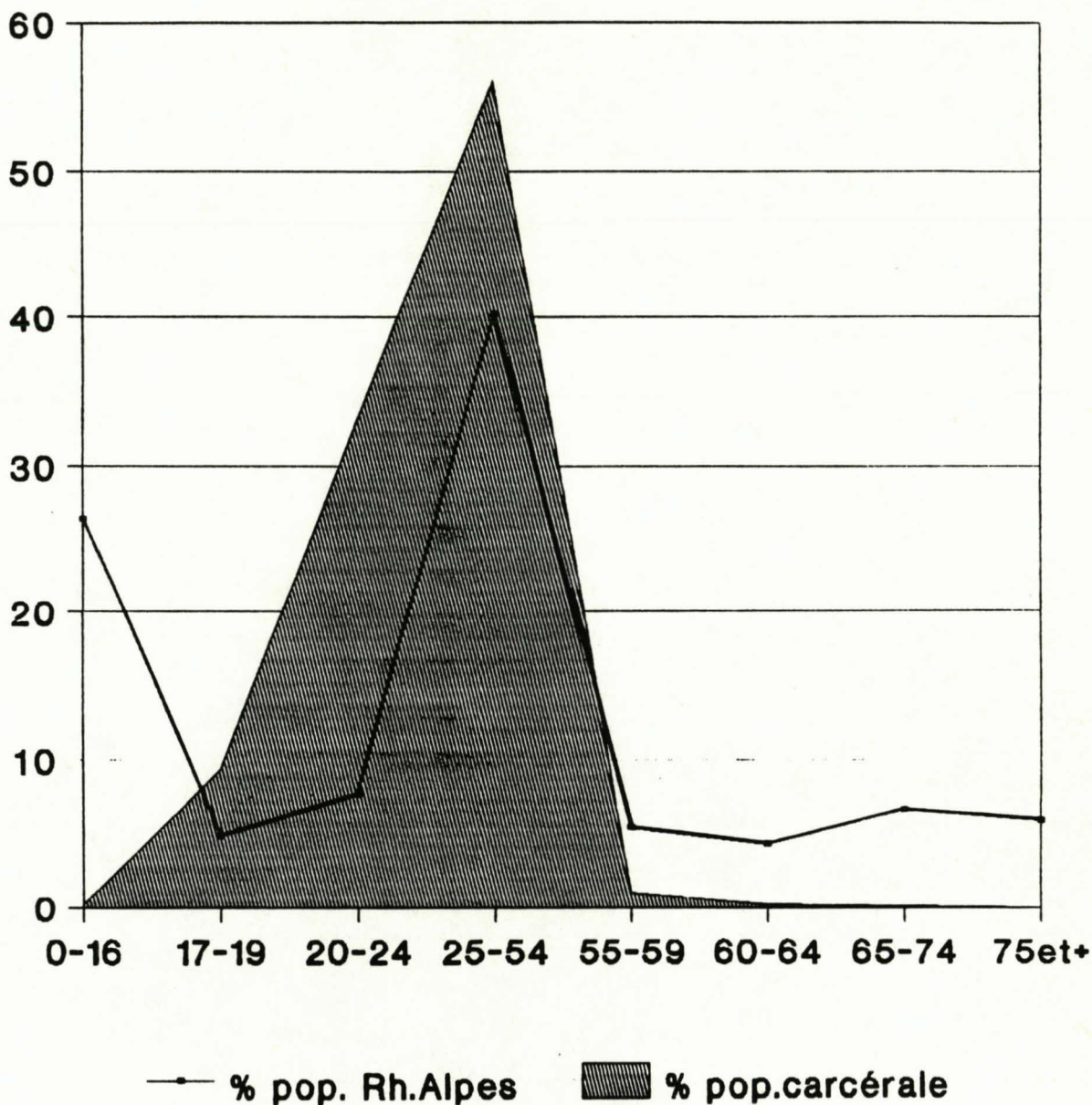
Pour situer rapidement ces trois échantillons, en voici quelques caractéristiques générales :

Pour un certain nombre de caractéristiques, nous avons pu établir des comparaisons entre détenus et population générale masculine de la région Rhône-Alpes.

Au plan administratif

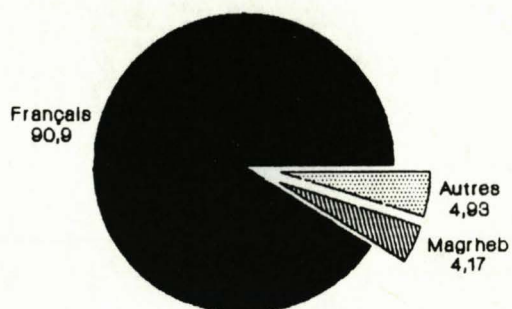
	M.A.	C.P.	M.G.	P.G.
Age	28,3 ans	29,9 ans	30,8 ans	
			(Cf. tableau n°1)	
Nationalité française	73,1 %	87,5 %	97,3 %	
			(Cf. tableau n° 2)	
Frères et soeurs	5	4,15	2	
			(Cf. tableau n°3)	
Célibataires	52,3 %	58,6 %	41,1 %	
			(Cf. tableau n°4)	
Enfants	38,7 %	26 %	38,4 %	
Age de fin de scolarité	16,9 ans	16,9	18,9	A cet âge, 77,9 des hommes sont encore scolarisés (Recensement 1982)
Formation professionnelle	57 %	53,5 %	77,1 %	
Situation professionnelle	47,4%			75,83% (INSEE-1982)
Inscrits à l'ANPE	29,9 %	35,3 %	3,9 %	8,9%
			(chomage au 2ème trimestre 1985)	
Service militaire accompli	32,2 % [chiffre peu exploitable compte-tenu, entre autres, des différentes nationalités]			
Couverture sociale	73,4 %	88,1 %	98,6 %	81,6%
			(Source NAMT 1980)	

Population Rhône-Alpes et population carcérale (N=896)

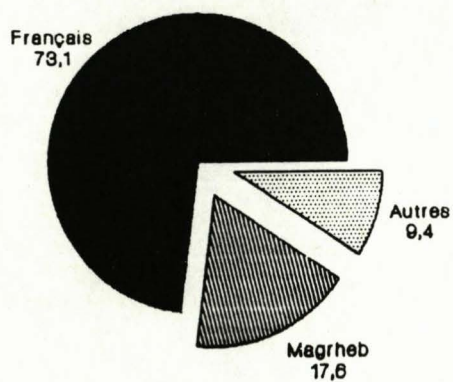


Rhône-Alpes : 5.022.800 h - Source INSEE

Population Rhône-Alpes Nationalités

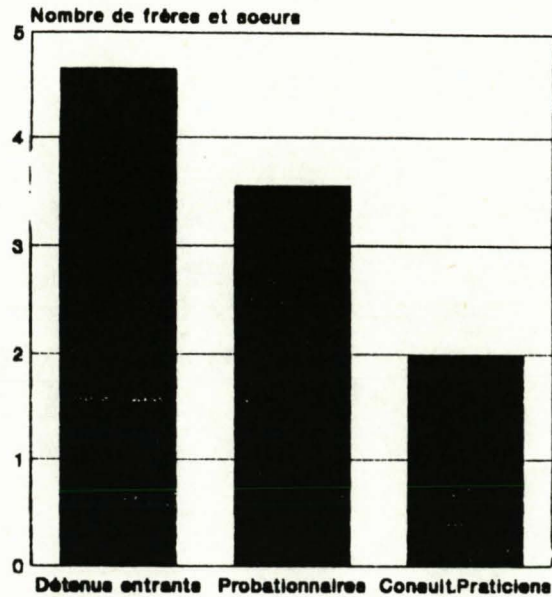


Population carcérale Nationalités



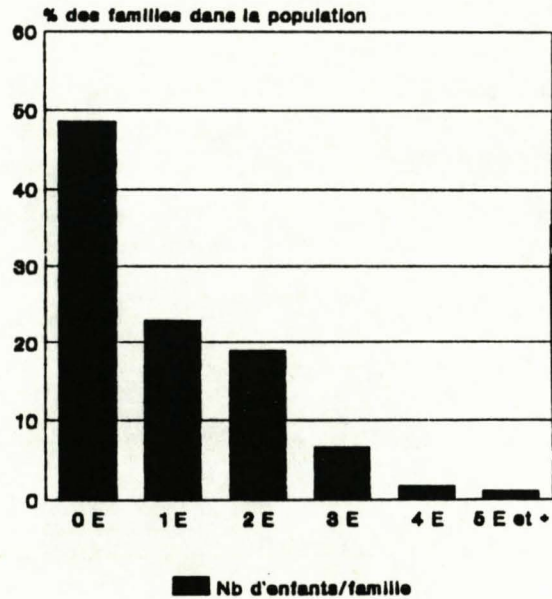
FRATRIE

Moyenne des échantillons



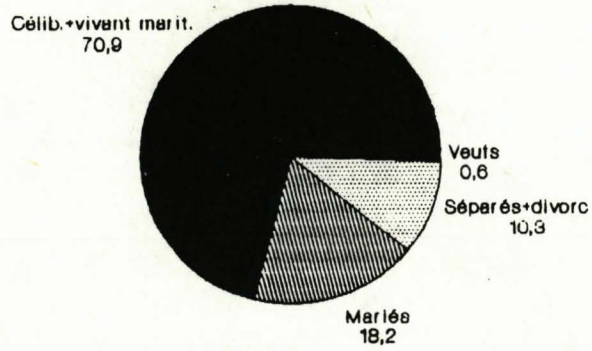
Fratrie

Population Rhône Alpes

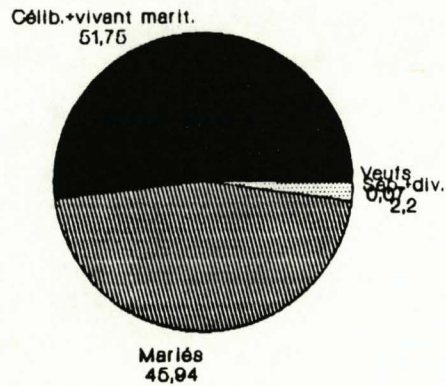


Source INSEE, Recensement 1982

Situation familiale des détenus de l'enquête



Situation familiale pop.française, hommes 25-29ans



source: INSEE, recensement 1982

Commentaires sur le statut administratif

D'ores et déjà à ce niveau ressort de manière évidente que les entrants en prison hommes ne constituent pas un reflet de la population générale, si tant est qu'ils en constituent un de la délinquance elle-même.

La tranche d'âge de 18 à 35 ans est considérablement sur-représentée témoignant à la fois de la perpétuation d'une situation d'échec à l'entrée dans la vie active et d'une méfiance particulière du groupe social envers ces jeunes précisément sans assise.

On retrouve ensuite manifestation des traditionnels facteurs de précarité : migration plus ou moins récente triplant le risque d'incarcération, appartenance à une vaste fratrie, difficulté d'acquérir une qualification professionnelle (malgré une scolarité initiale qui, du fait de l'obligation, fait illusion), insertion dans une activité rémunérée 3 fois moins fréquente que dans une population générale pourtant éprouvée elle-même par la crise de l'emploi.

Ainsi, restent-ils pour 1/4 privés d'une couverture sociale qui pourtant n'a cessé de s'étendre et représente une possibilité structurante à la fois d'affirmer et de ressentir son appartenance au groupe. On verra plus loin que l'absence de cette protection entraîne une fragilisation au point de multiplier par 4 le risque d'hospitalisation, et par 1,9 la consommation de consultations.

Concernant la situation matrimoniale, on les voit très en retrait par rapport à la forme d'engagement traditionnel que constitue le mariage mais également en retrait face à l'autre forme d'engagement

que représente la stabilité dans une vie en couple. Pourtant, ils ne restent pas sans procréer.

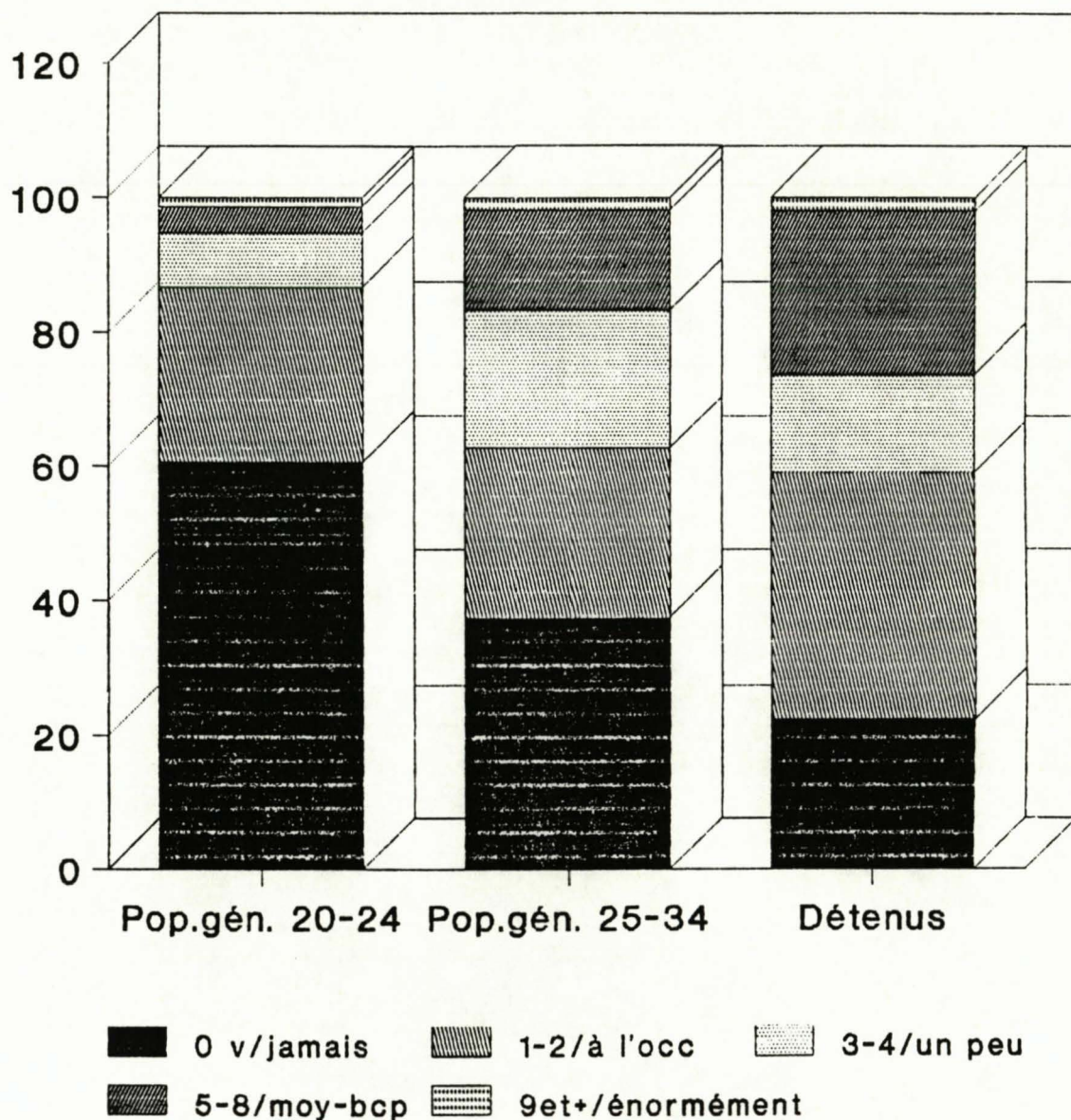
Au plan des habitudes de vie

	M.A.	C.P.	M.G.	P.G.
Ecrivent facilement en français	77,9 %	81,7 %	97,3 %	
Ont des amis ou de la famille sur lesquels ils peuvent compter	13,9 %	20,4 %	87,7 %	
Pratique d'un sport	46,4 %	38,2 %	52,1 %	
Pratique d'une activité artistique	19,8 %	20,6 %	26,4 %	
Usage de tabac Nbre de cigarettes	80,6 % (22,4)	78,6 % (22,3)	42,5 % (16,7)	47% (20-24ans) 49% (25-34ans)
Consomment moyennement, beaucoup ou énormément d'alcool	26,1 %	23,3 %	13,7 %	
Toxicomanies - Sd. de manque	10,7 %			
Prendent habituellement des médicaments (Psychotropes)	26,8 % (55,3%)	19,6 %	12,5 %	(14,5%) ¹
Ont vu un médecin au cours des 12 mois précédents	66,3 %	64,1 %	94,5 %	
Ont été hospitalisés au cours des 12 mois précédents	25,5 %	24 %	15,5 %	

¹Pour les 20-29 ans, Consommation des psychotropes en médecine générale, Y. Georges et J.P. Lepine in Vie Sociale et Traitement N°161, Nov. 1985

CONSOM. ALCOOL

Population Générale/Carcérale



Appréciation subjective de l'état de santé avant
incarcération

Juste avant votre arrivée, comment qualifiez-vous votre santé?

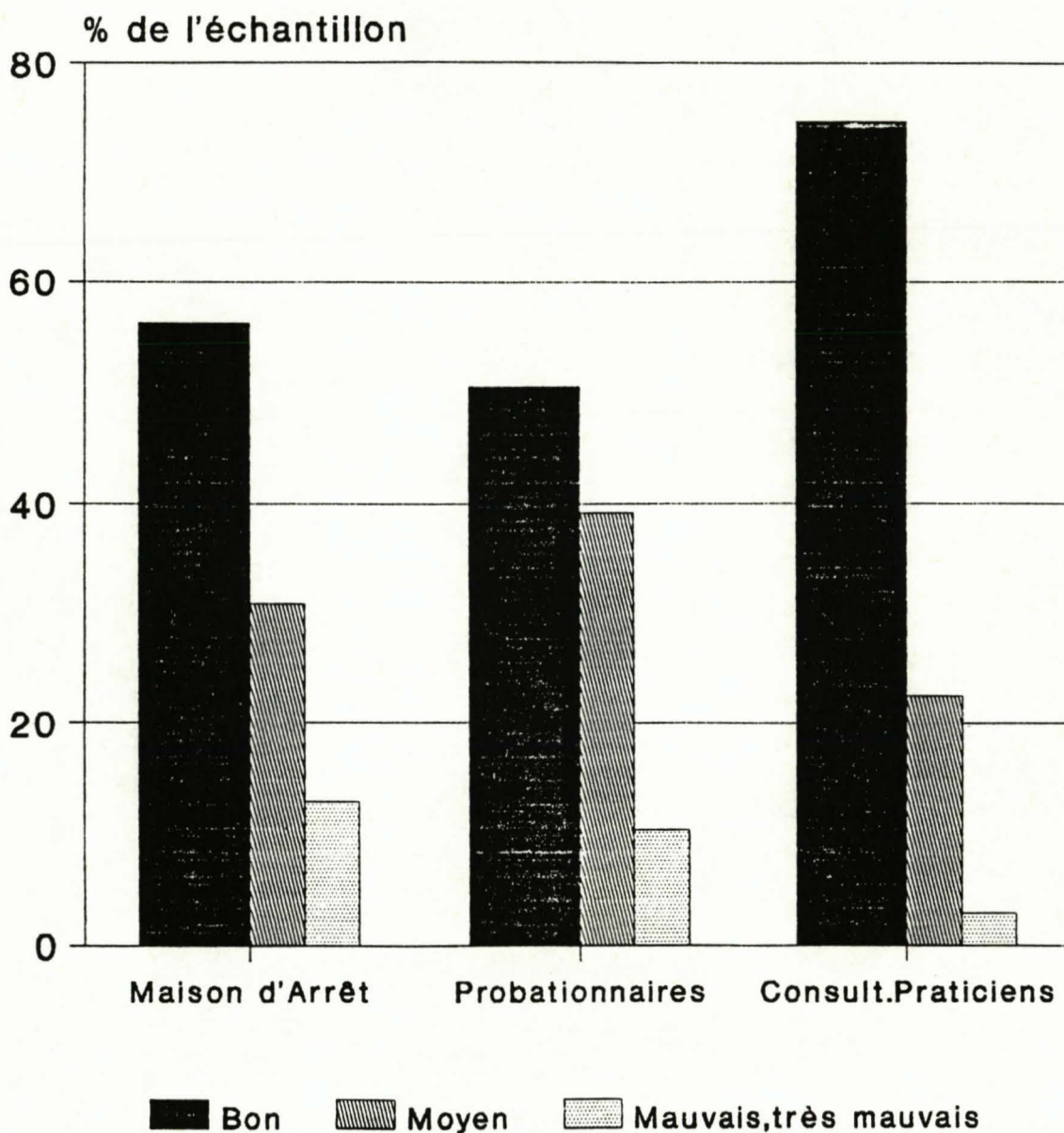
	M.A.		C.P.		M.G.	
bonne	482	56,2 %	49	50,5 %	53	74,6 %
moyenne	265	30,9 %	38	39,2 %	16	22,5 %
mauvaise et très mauvaise	110	12,8 %	10	10,3 %	2	2,8 %
non précisé	39		7		2	

Fréquence de diagnostics portés à l'entrée :

Hommes	Diagnostics		Pas de diagnostics
St Paul/St Joseph	226	49,1 %	234
Varces	63	51,2 %	60
Montluc	4	40 %	6
Total hommes	293	49,4 %	300
Montluc femmes	11		5

Nous n'avons pas observé de différences entre les trois prisons sur la fréquence de pathologies notées à l'entrée en prison. Partout la fréquence concerne la moitié des détenus hommes entrant en prison.

Etat de santé détenus avant incarcération



(appréciation subjective)

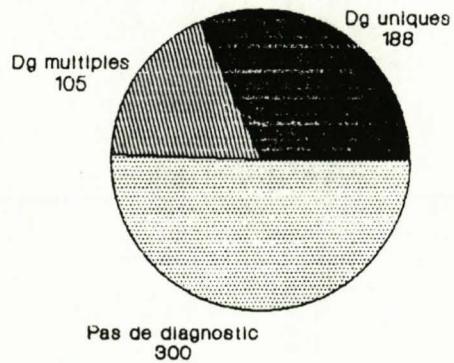
Diagnostiques uniques ou multiples notés à l'entrée et au cours de la détention.

Hommes	A l'entrée 0-7 jours		7 jours-4 mois	
Diagnostiques uniques	188	64,2 %	113	47,7%
Diagnostiques multiples	105	35,8 %	124	52,3 %

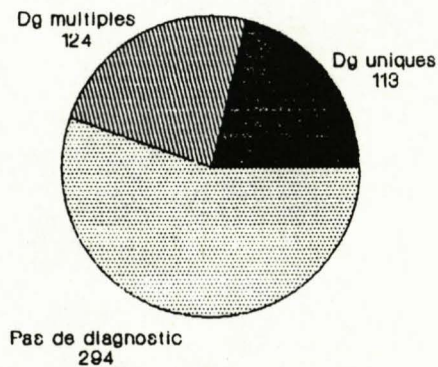
Comparaison de la morbidité des détenus entrants hommes à celle d'une population masculine de 16-39 ans (Enquête CREDOC)

Echantillon Enquête CREDOC	Type de pathologie	293 détenus hommes (présence dans les diagnostics ou multiples notés entre 0 et 7 jours)
45,5 %	Maladie de la bouche et des dents	2,4 %
24,7 %	Pathologie ophtalmo et troubles de la réfraction	4,1 %
12,3 %	Pathologie ORL	5,4 %
10,6 %	Pathologie ostéoarticulaire non traumatique	7,1 %
10,2 %	Pathologie digestive et hépatique	13,3 %
8,4 %	Troubles endocriniens, de nutrition ou de métabolismes	4,1 %
7,8	Maladies de la peau ou des muqueuses	13,3 %
6,4 %	Pathologie du système nerveux	4,8 %
5,9 %	Troubles mentaux, insomnie	48,8 % (dont 6,1 % de toxicomanies)
5,6 %	Pathologie cardiovasculaire	2,4 %
5,3 %	Traumatologie, empoisonnements	11,3 %
	Pathologie pulmonaire	7,5 %

Diagnostiques à l'entrée Effectifs bruts hommes



Diagnostiques 7 J - 4 mois Effectifs bruts hommes



Commentaires sur les habitudes de vie et état de santé préalable à l'incarcération.

L'incidence des conduites addictives frappe d'emblée : consommation de tabac, d'alcool et de médicaments sont deux fois plus fréquentes chez les détenus, que chez les hommes d'âges comparables dans la population générale. L'écart est particulièrement manifeste en ce qui concerne la consommation de psychotropes, trois fois plus fréquente que dans la population générale. Elle trouve bien évidemment son prolongement dans la toxicomanie aux drogues illicites qui concerne 10,7 % des entrants en prison dans une région pourtant relativement épargnée par cette déviance.

On peut vérifier que la conduite addictive vient en place de la relation inter-subjective puisque les détenus ont 6 fois moins de chance de pouvoir compter sur famille ou amis que les non-détenus.

De même, cette conduite semble bien traduire une occultation de soi comme de l'autre, quand on constate la négligence de tout soin suivi et sa conséquence sous forme d'hospitalisations inopinées, "en catastrophe", près de deux fois plus fréquentes ; les traumatismes, expression possible d'autre forme de négligence de soi, paraissent tenir une place importante dans ces hospitalisations.

La conséquence directe de cette négligence de soi pourrait être une dépréciation éprouvée de l'état de santé avant même l'incarcération, 4 fois plus souvent estimé mauvais ou très mauvais que par les consultants de médecine générale. Les causes invoquées par les sujets d'une " moyenne, mauvaise et très mauvaise santé" sont

floues, et seulement le tiers des commentaires sont clairement repérables et se situe dans le registre du somatique.

Par contre, le relevé d'observation effectué à l'entrée permet de situer plus précisément les pathologies concernées.

L'analyse des domaines dans lesquels cette dépréciation est ressentie fait alors ressortir d'évidentes particularités. Toutefois la différence de méthodologie (question concernant chaque domaine de pathologie explicitée dans l'enquête CREDOC, simple enregistrement à partir des dires spontanés dans la nôtre) peuvent expliquer des écarts tout à fait inattendus. Ainsi les atteintes de la denture ressortent d'importance infime chez les entrants en prison qui n'investissent leurs dents -et donc n'en parlent- que lorsqu'ils en souffrent au présent, alors qu'ils les ignorent en tant qu'instrument de digestion comme d'incorporation.

- Ils manifestent sans doute une indifférence semblable aux troubles de réfraction et à la gêne initialement légère qu'ils entraînent. La rapide augmentation des plaintes concernant cette gêne en cours de détention, traduira donc bien un vécu de privation sensorielle plus qu'une soudaine exigence d'acuité visuelle.

- A contrario, leur surcroît de morbidité apparaît manifeste en matière :

- de troubles mentaux et d'insomnie (8 fois plus fréquents)
- de traumatologie et empoisonnements (2 fois plus fréquents)
- de maladie de la peau et des muqueuses (1,7 fois plus fréquents)

Ces observations peuvent être rapprochées de celles d'une enquête 1990 CREDES concernant la morbidité observée dans les centres de soins gratuits et qui montre celle-ci concentrée autour de 4 types d'affections :

- les maladies respiratoires représentant 18 % des diagnostics
- la pathologie dentaire représentant 12 % des diagnostics
- la pathologie cutanée représentant 19 % des diagnostics
- les troubles du comportement représentant 9,6 % des diagnostics.

[Source : Evolution du recrutement des Centres de soins gratuits de trois associations (Casa, Remède, MSF) CreDES 1990].

Les troubles mentaux dont la notion semble menacer la moitié des entrants en prison recouvrent en fait des formes très diverses de souffrance allant de l'éprouvé interne, trouble physiologique mal identifié, aux troubles du comportement qui ont eux une visée utilitaire et revendicative. Ils ne pourraient ainsi être assimilés à la pathologie mentale au sens communément admis (DSM III).

La traumatologie et les "empoisonnements" témoignent de la "vie aventureuse" des délinquants, au long de laquelle se succèdent des conduites de risque plus ou moins conscientes, plus ou moins répétitives, dans des registres divers.

Les jeunes praticiens amenés à intervenir dans le milieu carcéral, sont souvent frappés par l'énumération dans les antécédents de plusieurs traumatismes crâniens avec ou sans perte de connaissance, comme par la présence de matériel d'ostéosynthèse "oublié en place" bien au-delà du temps de leur nécessité.

La fréquence des atteintes de la peau et des muqueuses illustre la méconnaissance de cette interface entre le corps de la personne et le monde extérieur ; cette méconnaissance repose elle-même sur une sorte d'étrangéité à soi-même dans le même temps que sur une mise à distance protectrice de toute influence extérieure.

Un seul domaine de fragilité, celui du pulmonaire n'apparaît pas comme aux entrants en prison et aux SDF de l'enquête CREDES ; l'hypothèse peut être soulevée que, parmi ces derniers, observés en région parisienne, se trouvent encore davantage de sujets d'origine étrangère et en particulier africaine, que l'on sait payer un lourd tribut à la tuberculose entre autres.

Cette photographie de la population destinée à l'incarcération confirme s'il en était besoin la précarité de son inscription sociale comme la fragilité structurelle et leurs conséquences au niveau d'une sur-morbidité.

Les femmes

Elles apparaissent beaucoup plus proches que les hommes des caractéristiques de la population générale, aussi bien dans leur statut social que dans leurs habitudes de vie.

- 96,6 % ont la nationalité française.
- Elles sont issues d'une fratrie de 3,4 membres en moyenne.
- Pour 89,7 %, écrire est facile et 96,6 % ont été scolarisées, en moyenne jusqu'à 16,6 ans.
- 58,6 % ont reçu une formation professionnelle.

- 96,6 % ont déjà travaillé et 10,3 % étaient en chômage au moment de leur incarcération.
- 75,9 % ont une couverture sociale.
- 34,5 % vivent seules, 27,6 % en couple et 17,2 % sont mariées.

femmes de l'enquête		Etat matrimonial au 1/1/88 des femmes de 35 à 39 ans (évaluation basée sur le re- censement de 1982, INSEE)	
Célibataires		234.610	10,9 %
Célibataires vivant			
maritalement	14	48,3 %	
Mariées	5	17,2 %	1.684.677 78 %
Séparées, divorcées	9	31 %	
Divorcées		209.834	9,7 %
Veuves	1	3,4 %	29.919 1,4 %

- 69 % ont des enfants, en moyenne 2,35 et, pour 55 %, ces enfants vivent habituellement avec elles.
- Leurs lieux de résidence sont principalement les banlieues de grandes villes, les villes moyennes ou petites, jamais la campagne.
- 55,2 % ont de la famille ou des amis sur qui compter.
- 27,6 % pratiquent un sport et 6,9 % une activité artistique.
- La religion est importante pour 20,7 % d'entre elles.
- 62,1 % fument, en moyenne 23,6 cigarettes par jour et depuis un âge moyen de 19,8 ans.
- 20,7 % ne boivent jamais d'alcool, 55,1 % en voient occasionnellement ou un peu, 17,2 % moyennement et 6,8 % beaucoup ou énormément.
- 35,7 % qualifient leur santé avant l'incarcération de bonne, 50 % de moyenne, 14,3 % de mauvaise, aucune de très mauvaise.

- 62,1 % ont un médecin de famille et 86,2 % ont consulté un médecin (en moyenne, 4,1 fois) au cours des 12 mois qui ont précédé leur arrestation.
- 51,7 % prennent habituellement des médicaments.
- 37,9 % ont été hospitalisées au cours des 12 derniers mois.

Commentaires sur les femmes

Si elles sont, elles aussi, issues de fratries plus nombreuses que la moyenne, elles vivent un peu plus souvent en couple que les hommes, (mais beaucoup moins que les femmes de la population générale), et surtout bénéficient davantage d'étayage, tant au plan affectif (familial ou amical) qu'au plan professionnel (formations). Moins tentées par les conduites addictives, elles prennent davantage soin d'elles mais peut être pour partie dans la nécessité du suivi des maternités.

III - CARACTERISTIQUES DES ECHANTILLONS POUR L'ETUDE DE LA VIE EN DETENTION

LES EFFECTIFS

Lors du début de l'enquête,

896 hommes

et **29 femmes** ont été inclus. dans notre recherche

66,2% de ces hommes soit 593

et **55,2 % de ces femmes** soit 16 ont un relevé d'observation provenant de leurs dossiers médicaux. (cf. tableau)

Sur 896 hommes de l'enquête, 404 (soit 45,1 %) ont répondu aux trois questionnaires de base : recueil initial, données symptomatiques et conditions de vie en détention.

Pour les femmes, 14 sur 29 (soit 48,32 %) ont répondu à ces mêmes trois questionnaires.

Une proportion donc non négligeable de **dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés** du fait :

1°/ - de l'impossibilité de **trouver matériellement** les dossiers médicaux, soit dans les archives, soit dans les armoires de rangement habituelles

2°/ - de l'impossibilité **d'obtenir des renseignements** pour les personnes transférées.

Ceci représente:

- pour les présents à la fin de l'étude

hommes 38,6 %,
femmes 0/3 cas

- pour les libérés =

hommes (28,4 %),
femmes (1/2 cas)

- de l'impossibilité d'obtenir des renseignements pour les personnes transférées

- pour les transférés =

hommes (78,9 %),
femmes (1/2 cas)

(cf. tableau)

3°/ - du décalage temporel entre le moment de la passation des questionnaires et du recueil de données sur les dossiers pénitentiaires : ainsi une personne présente en fin d'étude, c'est à dire entre 18 mois et 24 mois de détention, transféré au 30ème mois, n'a pu faire l'objet du recueil de données.

La santé des personnes dont nous n'avons pas retrouvé les dossiers médicaux est très probablement identique à celle que nous allons analyser car les motifs d'absence de dossiers sont indépendants de la santé (transferts, passage du quartier St Paul à St Joseph ou Montluc, dossiers non ou mal rangés, dossiers non retrouvés dans le temps imparti au médecin enquêteur).

L'échantillon observé au travers des dossiers médicaux pénitentiaires regroupe donc :

593 hommes et 16 femmes.

L'analyse porte sur les hommes principalement, du fait de la sous-représentation des femmes.

Evolution des effectifs dans le temps .

Effectifs des personnes de l'enquête dont un relevé d'observation à partir du dossier médical pénitentiaire a pu être réalisé.

	St. Paul/ St.Joseph	Montluc	Varces	Total des hommes	Femmes Montluc
Entrés dans l'étude	700	24	172	896	29
Relevés d'observation	456 65,1%	10 41,7%	121 70,3%	587 65,5%	16 55,2%

Comme nous réalisons une analyse par période de temps considérée, il est nécessaire de parler de 3 types d'effectifs.

1- Les effectifs observés :

Les effectifs observés correspondent aux personnes ayant consulté pendant la période considérée, quelle que soit la période.

Le relevé d'observation a pris en compte des périodes depuis le jour de l'entrée.

- t o : les premiers jours de détention
- P : 7 jours à 4 mois de détention
- Q : 4 mois à 8 mois
- R : 8 mois à 14 mois
- S : plus de 14 mois, au maximum 24 mois dans la majorité des cas : 14 à 20 mois

2 - Les effectifs corrigés :

Les effectifs corrigés correspondent à des sujets apparemment absents pendant une période donnée mais réapparaissant dans les périodes ultérieures.

3 - Les effectifs estimés :

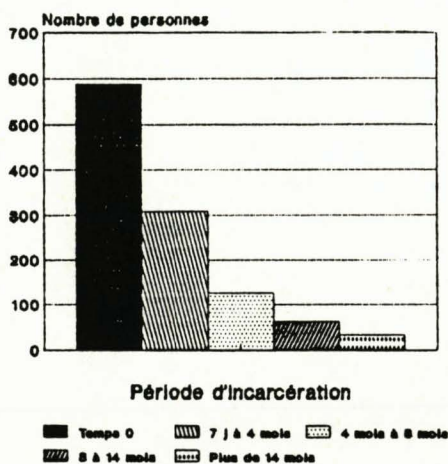
Les effectifs estimés correspondent à tous les sujets présents au cours d'une période donnée qu'ils aient ou non consulté pendant cette période (les chiffres sont obtenus indirectement à partir des dates de libération ou de transfert).

Un tableau résume les effectifs, observés, corrigés et estimés, par période, prison et sexe.

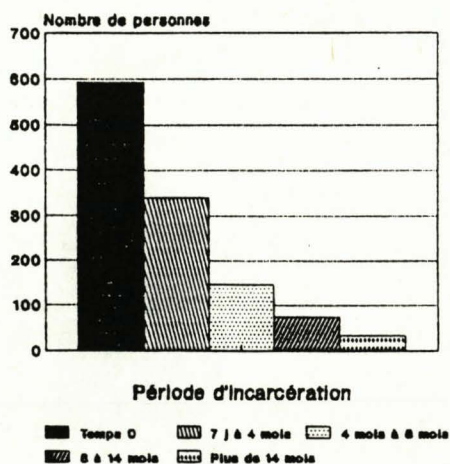
	St.Paul/ St.Joseph	Varces	Montluc	Total hommes	Total femmes	
t o	456	121	10	587	16	
7èj-4 mois	246	60	3	309	11	
Relevé d'observation effectifs observés	4-8 mois	99	24	3	126	5
	8-14 mois	54	8	3	65	5
	14-24 mois	30	3	1	34	3

	t o	460	123	10	593	16
	7èJ-4mois	267	68	7	342	11
Relevé						
d'observation	4-8 mois	115	28	5	148	5
effectifs						
corrigés	8-14 mois	62	11	3	76	5
	14-24mois	30	3	1	34	3
	t o	460	123	10	593	16
Relevé	7èj-4mois	413	110	8	531	13
d'observation						
effectifs	4-8 mois	192	54	6	252	5
estimés						
(avec les	8-14 mois	151	19	6	176	5
présents)						
	14-24 mois	94	7	3	104	4

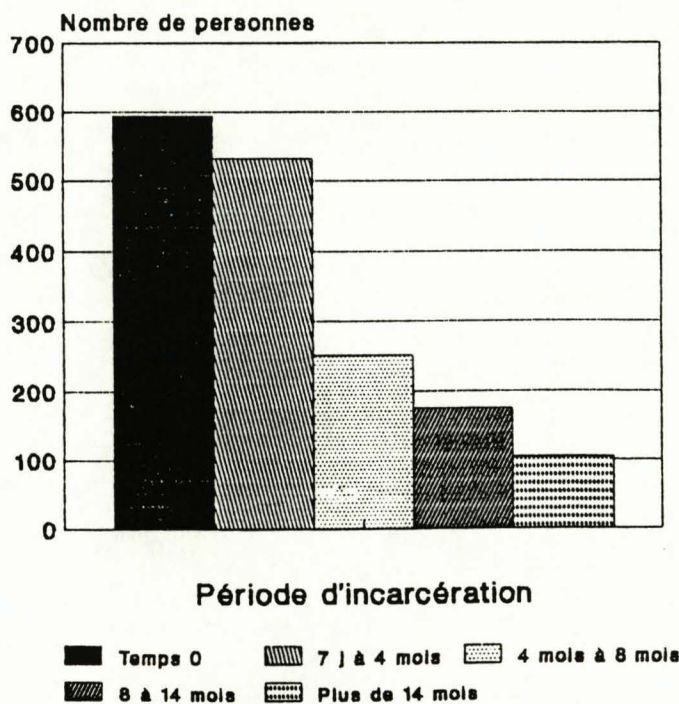
Effectif observé Chiffres bruts hommes



Effectif corrigé Chiffres bruts hommes



Effectif estimé Chiffres bruts hommes



NOMBRE DE CONSULTATION

Nous avons supposé que toute consultation fait l'objet d'un écrit dans le dossier médical du sujet, le risque étant de sous-évaluer la réalité.

Le nombre moyen de consultations pour le séjour considéré est de :

- pour les **hommes** : **2,9** (l'intervalle de confiance va de 0 à 9 consultations)

- pour les **femmes** : **9,75**

On ne note pas de différences statistiques entre le nombre moyen de consultations chez les hommes de Varcès, St Paul-St Joseph et Montluc.

Nous savons, que pour les personnes de notre étude la **durée moyenne de l'incarcération** est de **7 mois** et que la médiane est presque à 5 mois.

A titre comparatif le nombre de consultations médicales par an pour une population hommes de 25 à 35 ans est de

A to, chaque personne a 1 consultation au minimum : il s'agit de la visite systématique d'entrée.

Quelques hommes ont une ou deux consultations de plus au début de leur détention (0 à 7 jours)

- **to = 1,08**

D'après les effectifs observés et estimés il est possible de répartir les personnes en **consultants** et **non consultants** selon les périodes.

Pour les hommes :	consultants	non consultants	
0 à 7 jours	593	6	0,1%
7 jours à 4 mois	309	222	41,8%
4 mois à 8 mois	126	126	50%
8 mois à 14 mois	65	111	63,1%
14 mois à 24 mois	34	70	67,3%

Nous observons donc une **diminution statistiquement significative** du nombre de consultants au cours du séjour en maison d'arrêt.

Chez les **hommes**, mises à part les visites systématiques d'entrée, nous observons une **consultation médicale par 3 mois de détention** pendant la période de 0 à 4 mois de détention.

Chez les **femmes**, ce chiffre est porté à un peu plus d'une consultation médicale par mois. Les effectifs sont cependant trop faibles pour évaluer l'évolution dans le temps.

IV - CONDITIONS DE VIE EN DETENTION

LOGEMENT

Nombre en cellule

5 % des détenus de notre population se trouvent seuls en cellule ; il s'agit essentiellement des hommes de la Maison d'Arrêt de Montluc.

Quelques personnes de Varcès ont signalé être six en cellule.

Quelles que soient les périodes d'observation, 60 % des personnes se trouvent à quatre en cellules et 80 % disent en souffrir.

A notre connaissance, la surface moyenne d'une cellule à Lyon est de 9,3 m². A Varcès, la surface est de l'ordre de 14 m².

Dans les remarques écrites des détenus en fin de questionnaires, nous retrouvons très fréquemment la notion de surpopulation : "*quatre en cellule*", "*4 dans 9 m²*"...

Certains ont même dessiné leur cellule.

Couchage

Un quart des personnes couche sur un matelas posé sur le sol pendant la première période et 55 % en hauteur pendant la troisième période. La place par terre est réservée au dernier arrivé : plus on vieillit et plus on gravit les étages !

Aménagement intérieur

A Saint-Paul, il se compose d'un placard à porte coulissante, d'une table, de deux tabourets, d'un lavabo, d'un WC séparé par une murette de un mètre de haut, d'un réfrigérateur et d'un téléviseur.

Cet ensemble est jugé insatisfaisant selon un taux de 85 %, constant selon les périodes.

Eclairage

De jour, un tiers en sont satisfaits ; de nuit, les deux tiers ; mais 50 % des détenus déclarent souffrir du manque de lumière.

Chauffage

Les répartitions entre *insatisfaits, satisfaits, et peu satisfaits*, sont d'un tiers chacune et constante dans le temps. Les résultats sont surprenants puisqu'il y a peu de plaintes concernant le chauffage. Il faut préciser que l'hiver 88/89 n'a pas été froid.

Isolement

Il est apprécié par la différence de température entre la source de chaleur et le fond de la pièce : plus elle est importante, plus le confort baisse.

La moitié des détenus estime l'isolement contre le froid insatisfaisant mais paradoxalement, ce sont les périodes de chaleur qui perturbent la collectivité. Il est vrai que les périodes d'été s'accompagnent d'un certain nombre de modifications de la vie quotidienne correspondant aux vacances judiciaires, à l'arrêt des enseignements,...

Aération

Les personnes s'en déclarent insatisfaites dans 61 % des cas.

Le manque de possibilité d'aération est associé à l'exigüité, à la hauteur de la lucarne, à l'impossibilité de provoquer un courant d'air, à l'enfumement tabagique et à l'existence d'un vasistas qui gêne le départ de la fumée ("*barreaux chocolat*").

HYGIENE ET ALIMENTATION

Douche

80 % des participants à notre étude y vont deux à trois fois par semaine. 14 % ont une douche tous les jours du fait du travail, des retours du sport ou des "*douches médicales*" données dans le cadre de soins dermatologiques.

Généralement, un détenu trop sale est rejeté de la cellule par ses co-détenus.

Néanmoins, du fait de la promiscuité, entre 32 et 44 % des détenus déclarent être gênés par l'odeur des autres.

Brossage des dents

70 % le déclarent quotidien.

Ce pourcentage nous paraît élevé. Il nous faut préciser que les brosses à dents sont fournies à chaque détenu.

Il est possible que certaines personnes n'ayant pas une bonne hygiène dentaire à l'extérieur, se voient acquérir en détention par phénomène d'entraînement par ses co-détenus ou du fait d'une chose plus subtile : importance du peu qu'il est possible de faire pour s'occuper de soi (se laver régulièrement, se sentir propre ou pur).

WC

7,1 % des détenus durant la première période d'observation affirment que leurs cellules n'en sont pas équipées. Ce pourcentage recouvre pour moitié les détenus de Montluc (usage encore actuel de la traditionnelle "tinette"). Les "*WC cassés*" sont un motif de changement de cellule quelquefois.

Alimentation

L'appétit est estimé bon pour 68 %, puis 75 % des détenus selon les périodes. La nourriture servie est jugée peu satisfaisante ou insatisfaisante dans 86 % des cas. Ceci souligne la dissociation entre la fonction nutritive et la fonction affective ou inaffective de la "gamelle". En parallèle, les achats en "cantine" semblent progresser de 64 à 72 % des cas.

Les détenus de l'étude déclarent "*souffrir d'envies soudaines de nourriture impossible à obtenir en prison*" dans 68 à 72 % des cas.

A titre indicatif, à Lyon et en 1989, les dépenses en cantine alimentaire ont représenté 320217,53 Francs, ce qui correspond à une moyenne de 253 F. par mois et par détenu.

Cette moyenne ne rend pas compte des inégalités. La possibilité d'acheter pour améliorer l'ordinaire est liée à la quantité d'argent disponible sur le pécule, alimenté par la famille principalement. Elle reflète la vie antérieure et rappelle en permanence au sujet sa conduite au sein du clan familial.

VIE DE RELATION EN DETENTION

Relations avec les co-détenus

Les relations avec les co-détenus sont jugées mauvaises, voire très mauvaises, dans 3,7 à 4,8 % des cas. Si les autres détenus estiment que leurs relations avec les co-détenus sont de bonne qualité, la moitié cependant estime souffrir du bruit et des paroles des personnes avec lesquelles ils vivent.

Il n'est pas facile de dire que les relations avec ses co-détenus sont mauvaises : *«Je n'ai rien contre lui, mais je préfère ne voir que sa silhouette et l'entendre de loin »*

Changement de cellule

45 % déclarent avoir changé de cellule dans les trois derniers mois. 10 % n'en ont pas changé mais en ont fait la demande.

Le motif de changement de cellule est en premier lieu la **mauvaise entente** avec les co-détenus ; en deuxième lieu, la nécessité de changement de cellule pour avoir une activité particulière (travail, école ...)

En pratique, en cas de mésentente entre détenus d'une même cellule, le personnel de surveillance intervient par des changements ou des permutations afin d'éviter un état permanent de plaintes collectives ou l'exacerbation des situations conflictuelles.

Parmi les causes de changement de cellule, nous retrouvons le mauvais état de la cellule comme nous l'ont décrit certains détenus : *"mur pourri", "barreau chocolat", "WC cassés", "cellule sale" ...*

Si le changement de cellule est fréquent, la rotation spontanée des co-détenus provient aussi des entrants, sortants ou transférés dans d'autres établissements pénitentiaires : une personne de l'étude déclare avoir vu passer 25 co-détenus différents dans sa cellule en moins d'un an.

Relations avec les surveillants

Elles sont estimées insatisfaisantes pour 14,2 %, 18 % et 9,4 % selon les trois périodes d'observations respectives.

Une mauvaise entente avec les surveillants est difficilement possible puisque toute la gestion de la vie quotidienne est régie par ceux-ci : lettres, nourriture, soins, douches, sports, activités, parloirs ...

Les responsables de la détention sont peu rencontrés.

Une mauvaise entente avec les surveillants du bâtiment est rarement le motif explicite d'un changement de cellule ou de bâtiment.

Rencontre avec les travailleurs sociaux pénitentiaires

Un tiers déclare ne jamais les voir. La moitié des détenus estime souffrir de ne pas les rencontrer suffisamment.

Une visite systématique avec un travailleur social est prévue à l'entrée en prison.

RELATIONS AVEC LE MONDE EXTRA-CARCERAL

Visite

En première période de 1 à 4 mois de détention, 37 % des personnes de notre étude ne reçoivent aucune visite de la part de leur famille, conjoint ou amis. Ce chiffre chute à 17 % pour la troisième période, de 8 à 14 mois.

Les personnes les plus souvent rencontrées sont la mère et le conjoint.

Le père ne vient jamais dans 60 % des cas et un quart des questionnés fait état du décès du père. Dans le même temps que le détenu se trouve soumis à la contrainte de la loi sociale, il se voit bien souvent exposé de la part de son père à une situation qu'il interprète comme un désaveu.

63 % ne voient jamais de frères et soeurs : les collatéraux participent aussi à l'exclusion sociale.

81% n'ont jamais la visite d'amis.

Les "visiteurs" sont vus dans 8,1 % des cas. Il s'agit de personnes bénévoles rendant visite aux détenus qui le souhaitent.

Courrier

14,4 % déclarent en recevoir tous les jours. Ce chiffre est stable sur les trois périodes d'observation.

10 % ne reçoivent jamais de courrier.

Rencontre avec un avocat

En première période, un tiers déclare ne pas en avoir rencontré ; un quart seulement en deuxième période (4-8 mois) ; et 17 % seulement en troisième période. Nous ne pouvons différencier ici les avocats commis d'office et les avocats payants.

ACTIVITES EN CELLULE

Télévision

94 % ont un téléviseur en cellule (pour information, le poste de télévision est loué aux détenus).

18 % le regardent irrégulièrement ou jamais.

Selon les périodes respectives, 28 % , puis 37 %, puis 32 % déclarent souffrir de "*se sentir énervés à cause de la télévision*".

Radio

Le taux des personnes disposant d'un appareil radio en cellule est en augmentation dans le temps : 42 %, puis 52 %, puis 59 %. Les détenus ne peuvent faire rentrer un poste personnel mais peuvent en acheter un par l'intermédiaire du magasin général.

Lecture

Le pourcentage de personnes déclarant ne jamais lire diminue dans le temps : 23 %, puis 16 %, et enfin 11 % en troisième période.

Nous ne pouvons différencier dans notre questionnaire les supports utilisés (courrier, livres, revues, journaux ...). Il n'y a pas de salle de lecture, ni possibilité de consultation avant l'emprunt.

La pratique de plaisirs individualisés augmente avec le temps : écoute de la radio, lire ...

Ecriture

25 % déclarent écrire chaque jour et 82 % chaque semaine au moins. Ces taux restent constants sur les trois périodes.

ACTIVITES EN DEHORS DE LA CELLULE

Promenade

Les promenades ne sont pas obligatoires aux prisons Saint-Paul et Saint-Joseph.

Seulement un quart de la population interrogée s'y rend régulièrement.

Sport

L'activité sportive:

Quelles sont les pourcentages de personnes pratiquant un sport régulièrement avant leur incarcération?

	M.A.	C.P.	M.G.
pratique régulière	46,4%	38%	52%
	413	39	38
Pas de pratique régulière	53,6%	61,8%	47,9%
	477	63	35

(NS)

Environ la moitié de nos trois échantillon déclarent pratiquer un sport ou plusieurs sports régulièrement.

Pour l'échantillon des détenus entrants, les sports cités sont les suivants :

football	33,4 %
jogging	13,1 %
sport de combat	13,1 %
musculature	7,7 %

puis viennent tennis, ski, cyclisme et bien d'autres sports. Les sports les plus souvent pratiqués sont ceux qui ne nécessitent que peu d'équipements.

Que devient la pratique de sport en détention ?

Régularité d'une pratique de sport avant et pendant la détention :

	à to	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois
régulier (1)	46,4 % 413	44,1 % 179	54 % 261	60,5 % 49
irrégulier ou jamais	53,6 % 477	55,9 % 227	46% 70	39,5 % 32
non précisé	6	9	4	4

(1) régulier : "chaque jour, 2 à 3 fois par semaine, chaque semaine"

La pratique de sport demeure régulière en milieu carcéral et augmente même légèrement au cours du temps. Cette observation contraste avec les plaintes des détenus qui souhaiteraient faire plus longtemps et plus fréquemment du sport.

Connaissant les différences de possibilités de pratiques sportives entre les prisons de Lyon et de Grenoble, il nous a paru opportun de dégager des résultats spécifiques :

	St Paul, St Joseph	Varces
Chaque jour, 2 à 3 fois par semaine, chaque semaine	34,5 % 106	75,6 % 62
Chaque mois, Jamais	65,5 % 201	24,4 % 20
Non précisé	9	0

résultats observés de 1 à 4 mois

Souffrance due au manque d'activité physique :

	St Paul, St Joseph	Varces
Enormément beaucoup, pas mal	70,4 % 214	53,2 % 42
Un peu, pas du tout	29,6 % 90	46,8 % 37
non précisé	12	3

La globalité des résultats sur les trois maisons d'arrêt indique que entre 65,5 %, puis 72,5 % et enfin 64,7 % des détenus, selon les périodes d'observation, déclarent souffrir d'un manque d'activité physique.

Travail

Un quart des détenus de notre échantillon en première période travaille. 44 % en troisième période : ce sont ceux qui sont restés plus de 8 mois dans la même maison d'arrêt.

Un tiers des détenus est dans l'attente d'un travail en première période.

Les détenus sont satisfaits du travail proposé dans 87 % des cas : ce degré de satisfaction rend compte de la valeur que prend le travail en milieu carcéral.

Cours et formation

Selon les périodes respectives, 86 %, 77 %, puis 68 % déclarent ne pas avoir rencontré d'enseignant durant les trois derniers mois.

10 %, 25 %, puis 30 % déclarent suivre des cours dans la prison ou par correspondance.

Il semble y avoir cohérence dans la démarche pour suivre des cours : ceux qui les demandent, rencontrent les enseignants.

Offices religieux

4,8 % des personnes de notre étude déclarent aller tous les jours à des offices religieux. Ils correspondent en majorité aux témoins de Jéhovah.

De 13 à 16 % déclarent y aller chaque semaine au moins.

Les personnes déclarant y aller une fois par mois sont en augmentation régulière : 7,3 %, puis 15,8 % et enfin 31,6 %.

V - EVOLUTION DE LA SANTE EN COURS DE DETENTION

A - ASPECTS DE SOUFFRANCES NEURO-SENSORIELLES

Au cours de ces trois derniers mois, pouvez-vous dire si vous avez souffert des choses suivantes :

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois	Probationnaires
Perte de l'odorat	31	36,84	39,76	9,48
Baisse de la vue	31,25	44,37	49,4	16,67
Baisse du goût	43,39	51,65	45,78	17,34
Troubles de l'audition	15,15	23,46	28,05	8,33

1) de vertiges ?

Dès l'incarcération, les détenus souffrent de vertiges en prison. C'est dès les premiers mois que cette sensation est la plus importante. On peut estimer que le vertige tient à la perte des repères qu'avait le détenu en vie libre, à la coupure d'avec son milieu, et à l'entrée dans un univers inconnu et menaçant.

Cette sensation de vertige a tendance à se réduire au long de l'année avec une certaine accoutumance au milieu, et sans doute avec l'obtention d'une réponse pour un certain nombre quant à la sanction.

Les trois questionnaires révèlent cette baisse très statistiquement significative,

24,4 % (98 sur 402)

21,3 % (32 sur 150)

18,1 % (15 sur 83)

(réponses cumulées : "énormément, beaucoup, pas mal")

La comparaison avec ce qu'éprouvent les probationnaires est significative puisque les probationnaires ne sont que 12,3 %, soit moitié moins à éprouver cette sensation (*). Les vertiges semblent éprouvés de façon moins importante par la population de la maison d'arrêt de VARCES : 17,2 % contre 26,3 % aux prisons Saint-Paul et Saint-Joseph ($p = 0,10$).

On peut supposer que le mode de vie dans une prison moderne introduit une différence moins radicale d'avec l'extérieur.

2) d'avoir l'impression de ne pas pouvoir sentir les parfums, les odeurs ?

Pour tout entrant en prison ce qui se remarque d'abord ce sont les odeurs caractéristiques. Ce qui frappe celui qui fréquente régulièrement ces établissements c'est, assez vite, de ne plus rien sentir, comme dans une défense contre le désagrément olfactif. Cette sensation de perte de l'olfaction est importante dès les premiers mois d'incarcération : 31 % et se poursuit durant la détention (39,8 % à 8-14 mois).

Les probationnaires, en comparaison, ne répondent positivement à la même question que pour 9,5 % d'entre eux, soit trois fois moins que les détenus (***) .

La maison d'arrêt de VARCES amène des chiffres nettement inférieurs : 14,8 % contre 36,1 % à Saint-Paul et Saint-Joseph (***) . Tout se passe comme si le milieu de détention de VARCES n'avait pas encore acquis les odeurs des murs ou de la promiscuité.

3) d'avoir l'impression que votre vue baisse ?`

Cette impression est partagée par 31,25 % des détenus dans les premiers mois. Cette impression augmente régulièrement sur l'année, passant à 44,4 % pour aller jusqu'à 49,4 % au bout d'un an (***) .

Seuls 16,7 % des probationnaires ont cette impression (***) .

La population de VARCES est plus proche de ce chiffre : 22,5 % en première période d'observation.

Le champ d'interprétation de cette impression de baisse de la vue est vaste. Elle peut se référer à des expériences peu fréquemment faites à l'extérieur, de lecture par exemple.

Nos confrères spécialistes de la vue pensent que la proximité des parois de la cellule ou des murs de la prison oblige constamment à accomoder de près et ne permet pas le repos de l'accomodation à l'infini.

Les conditions d'éclairage de jour et de nuit jouent également leur rôle et l'on peut penser que c'est en partie pour les meilleures conditions de lumière que la prison de VARCES recueille que 22,5 % de baisse de la vue contre 34,2 % aux prisons vétustes.

Nos effectifs sont cependant insuffisants sur la prison de VARCES pour affirmer des différences significatives avec Saint-Paul et Saint-Joseph

($p = 0,062$ en première période).

4) d'avoir l'impression de ne pas pouvoir déguster et savourer les aliments ?

Cette question perdrait du sens si les détenus étaient dans l'obligation de ne consommer que l'ordinaire de la prison. Elle garde du sens du fait que pour beaucoup la nourriture est complétée ou quasiment remplacée par les achats en cantine.

43,3 % des détenus ont la sensation d'une perte de ce sens durant la première période alors que 16,8 % des probationnaires l'ont aussi (***) . Ce chiffre a tendance à augmenter à 51,7 % pendant la période de 4 à 8 mois ($p = 0,078$). On peut penser que cette période est difficile car elle représente pour un certain nombre la fin de l'Instruction et la qualification de l'infraction, ou même la prévision du passage en jugement. Cette perte connote un amoindrissement du goût de la vie. Tout dysfonctionnement de la personne s'accompagne de perturbation de l'oralité et retentit sur le tube digestif.

5) d'être sensible au moindre bruit ?

Le détenu est dans la position de ne pas voir, mais il est, du fait de la surveillance, et de l'organisation des lieux, sous le regard de ceux qui le gardent. Il est devenu en quelque sorte un malvoyant, et il va développer son acuité auditive, en particulier pour repérer ceux qui peuvent le voir.

46,9 % sont sensibles au moindre bruit en première période et cette capacité va augmentant jusqu'à 54,2 % en passant par un pic de 4 à 8 mois à 59,9 %.

34 % des probationnaires sont sensibles au moindre bruit.

Il faut noter qu'un certain nombre a l'expérience de la détention : le délai de 3 mois de vie libre est probablement insuffisant pour recouvrer une perception sensitive habituelle.

Dans une prison moderne comme VARCES, les chiffres montrent une tendance moindre mais vont cependant de 38,3 % à 50,2 % ($p = 0,075$).

6) de ne pas bien entendre les bruits, les sons ?

15,2 % des détenus sont dans ce cas, les 4 premiers mois et les chiffres vont augmentant jusqu'à 23,5 % puis 28 % (*).

17 % de la population générale hors détention se dit gênée pour entendre.

Pour les probationnaires, le chiffre est moindre, 8,3 %.

On peut dire que c'est un défaut qui va se repérant au long des mois de détention du fait même de l'exercice privilégié de l'ouïe.

Ainsi en première période de 1 à 4 mois, il n'y a pas de différence significative avec les probationnaires alors qu'elle existe pour les 2ème et 3ème périodes d'observation (**).

7) d'avoir l'impression que vous n'arrivez pas à lire ?

Les chiffres entre la population générale et la population probationnaire sont très voisins à l'entrée : 24,2 % et 19,1 % et même 12,3 % dans la prison moderne de VARCES. La différence entre Saint-Paul et Saint-Joseph, 28,7 % et VARCES 12,5 %, est statistiquement

significative. Cette impression augmente significativement jusqu'à 34,1 % pour la troisième période.

La difficulté à la lecture est non seulement un trouble de la vue fine et rapprochée, à rapporter à la fatigue générale de la vue, mais concrétise également le fait de réaliser la difficulté à lire par défaut d'apprentissage suffisant ou par difficulté à se concentrer sur l'écrit pour en prendre et garder suffisamment le sens. Cette perte de concentration va avec l'amoindrissement du sens de l'existence.

8) d'impression de froid ?

Le froid pénitentiaire est comme les odeurs, une des sensations éprouvées par tous ceux qui entrent en détention. Cette sensation est indépendante des saisons et du manque ou non de chauffage, puisque les chiffres sont constants au long de l'année, où les saisons se succèdent : 28,3 %, 32,7 % et 31,3 % (NS).

Cette sensation n'est que de 12,5 % chez les probationnaires (***)

9) d'impression de chaud ?

Elle est nettement moindre que l'impression de froid : 20,7 %, puis 28,2 % et 18,5 % selon les périodes alors que dans la population de référence de probationnaires elle est de 20 %. Il n'y a pas là de différence statistiquement significative.

10) de ne pas voir les détails, les contours des objets ?

Il était question dans cette interrogation de repérer le discernement visuel, et par là d'essayer d'approcher la capacité des détenus à continuer à s'appropriier des éléments de leur entourage comme le représentant plus particulièrement. Les chiffres sont non

significatifs et vont de 15,2 % à 19,2 %. Ils sont néanmoins supérieurs à la population de référence des probationnaires : 10,4 % (*).

TROUBLES DU SCHEMA CORPOREL ET DE LA SENSORIALITE

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois	Probationnaires
Impression d'amaigrissement	24	30,3	15,67	12
Maux de tête	44,46	56,2	48,02	17,43
Evanouissements	7,3	13,8	9,6	2
Difficultés de digestion	41,6	44,73	36,5	24
Maux de rein	44,66	43,76	40,23	20
Douleurs musculaires	39,8	42,2	33,6	17,8
Vertiges	24,37	21,33	18,6	12,5

- **L'impression d'amaigrissement** est prévalente chez 30,3 % des détenus en deuxième période (contre 12 % dans le groupe contrôle).

De même, la diminution ressentie de l'odorat (39,76 % des détenus en troisième période), de la vue (49,4 % des détenus en troisième période), du goût (51,65 % en deuxième période, puis 45,78 % en troisième période) nous semble aller de pair avec la restriction du champ relationnel, volitionnel et perceptif. L'intensité des réponses nous indique que c'est avant tout dans un domaine sensoriel qu'est ressenti l'enfermement. Il semble possible de considérer que les organes des sens agissent aux yeux du détenu comme des indicateurs privilégiés, véritables instruments de mesure, de la dégradation de leur relation à l'environnement. L'abrasement

des sensations ne permet pas que des investissements soient possibles dans les différents champs sensoriels. Ou du moins, si il existe de tels investissements, en particulier lors d'activités picturales ou musicales, l'affadissement apparaît tel qu'il oblige le détenu à se consacrer constamment à l'écoute de lui-même et de ce ressenti intérieur. Nous pourrions presque en conclure qu'il existe chez le détenu une sorte d'éveil permanent qui donne une résonance particulière au vécu d'angoisse que nous avons décrit plus haut.

- **Les maux de tête** sont constants pendant toute la durée de la détention : 44,46 % des détenus en première période, 56,2 % en deuxième période, 48,02 % en troisième période contre 17,43 % des sujets du groupe témoin.

- **Les maux de rein** se retrouvent constamment dans un pourcentage avoisinant les 40 % des réponses (contre environ 20 % dans les réponses de son groupe témoin).

- **Les douleurs musculaires** varient de 39,8 % en première période, à 42,2 % en deuxième période et retombent à 33,6 % en troisième période (contre 17,8 % dans le groupe témoin).

Ces troubles fonctionnels pourraient être corrélés aux conditions d'inconfort qui règnent dans les prisons. Rappelons qu'un grand nombre de détenus dorment sur un matelas posé à même le sol et que du fait de l'exiguïté de la cellule (4 individus dans 9 m²) ils sont dans la plupart du temps amenés à passer leur journée allongés sur leur lit. La perception d'un trouble fonctionnel permettrait aux détenus de focaliser sur un organe apparemment malade sa plainte ce qui permet, d'un côté, de mettre en forme une

revendication se situant dans un registre médical (et qui ne pourra de toute façon être satisfaite), et d'un autre côté, de renforcer le déni de ses difficultés intra-psychiques.

Une importance particulière est accordée par les détenus **aux difficultés de digestion** qu'ils disent éprouver en deuxième période dans 44,73 % des cas (contre 24 % dans le groupe témoin). Les préoccupations constantes des détenus pour tout ce qui a trait au digestif, à l'alimentation et à l'oralité sont bien connues de tous ceux qui travaillent en prison et ont déjà été décrites à maintes reprises (Cf La relation clinique en milieu pénitentiaire de J. HOCHMANN). Les demandes de régime, les affections psychosomatiques à point de départ digestif, ont de tout temps occupé une part importante de l'activité médicale en milieu pénitentiaire et illustrent parfaitement la dynamique particulière qui s'instaure entre le détenu en état de régression permanente et l'institution carcérale qui pourvoit à tous ses besoins. Il y a là une relation entre un être qui n'a plus que son corps pour témoigner de son malaise et une institution qui peut se concevoir comme une mère nourricière ne possédant pas les capacités de holding qui lui confèreraient une véritable capacité d'étayage.

B - EFFETS DE RETRAIT

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois	Probationnaires
Manque d'énergie	59,13	59,99	53	31,94
Idées de suicide	17,22	23,6	13,35	12,6
Manque d'appétit	37,52	44,63	39,74	23,69
Sentiment de solitude	60,42	65,12	63,4	30,29
Difficultés d'endor- missement	49,86	51,26	41,45	39,39
Difficultés à prendre des décisions	32,29	34,85	32,49	25,46
Avenir sans espoir	35	34,19	32,01	24,11
Difficultés de concen- tration	44,2	43,68	49,99	29,3
Impression de ne rien valoir	28,88	32,42	26,57	15,52
Trous de mémoire	39,55	54,25	54,22	20
Nervosité	63,38	69,78	73,24	55,55
Gorge serrée	30,9	32	32,5	21,2
Sentiment d'être poussé à casser	15,57	18,91	25,18	9,18
Impression de se sentir agité au point de ne pou- voir rester sans bouger	37,41	40,26	34,44	28,34
Douleurs dans la poitrine	22,3	31,54	33,66	11,77
Tremblements	25	30,39	20,6	18,05
Palpitations	35,9	44,7		18,63

C'est à partir des données symptomatiques, fournies par un questionnaire spécifique, au sein duquel nous avons regroupé secondairement les questions permettant de mieux cerner certaines modalités pathologiques, que nous avons tenté de procéder à cette analyse.

Ce questionnaire, inspiré et adapté de la Symptom Check Liste (SCL de DEROGATIS), a pour but de permettre au détenu, qui le remplit lui-même, de mieux identifier et de mieux préciser la nature des différents troubles qu'il ressent et dont il n'arrive pas véritablement à une perception claire.

L'ensemble des réponses permet de brosser un tableau de la subjectivité du détenu vis-à-vis de sa condition d'incarcéré.

Il est certain que la situation elle-même peut constituer un biais dans les réponses fournies par le détenu. La tendance à la majoration des perceptions pathologiques est inévitable, et pose la question d'un effet globalement dépressogène et anxiogène de l'incarcération ou de la simple traduction de l'hostilité du détenu pour le milieu dans lequel il est enfermé. Une correction a été apportée dans l'analyse statistique qui a permis de tenir compte de ce possible biais et de mettre en évidence les symptômes significativement différents de ceux présentés par le groupe témoin.

Les réponses ne sont pas homogènes dans le sens de la péjoration, c'est l'insistance de certains symptômes, corrélés à notre expérience clinique, qui donne toute sa valeur au recueil et permet de mieux mettre en évidence les éléments autour desquels va se focaliser la plainte et autour desquels peut venir s'organiser une

pathologie psychique qui ne revêtira pas obligatoirement le même aspect qu'à l'extérieur.

MODALITES DU RETRAIT

Un certain nombre de questions visent à souligner les aspects du vécu du détenu en tentant de mettre en évidence certaines dimensions comme constituantes du syndrome dépressif classiquement décrit.

Les réponses fournies nous permettent de constater que les détenus ont répondu aux questions dans le sens d'une grande intensité des troubles dans au moins 30 % des cas (à l'exception de la question concernant les idées suicidaires). Les différences avec le groupe témoin est toujours importante et en aucun cas le pourcentage de réponses dans le groupe témoin allant dans le sens d'une grande intensité des troubles n'a dépassé le pourcentage de ces mêmes réponses dans le groupe des détenus.

Le sentiment de solitude est prévalent dans au moins 60 % des cas quelle que soit la période d'incarcération concernée. Ceci peut paraître paradoxal au premier abord, compte tenu de la promiscuité existant dans la prison, mais semble plus compréhensible si on met ce vécu de solitude en relation avec l'éloignement du milieu de vie, la perte momentanée des relations familiales et affectives.

Le manque d'énergie est aussi particulièrement allégué, très sensible dans la deuxième période de l'incarcération (entre quatre et huit mois), avoisinant 60 % des réponses.

Le confinement, la répétitivité des journées, la passivité à laquelle le rythme carcéral contraint les détenus, pourraient être

autant de causes possibles de ce manque d'énergie. En tout cas l'importance particulière des réponses à cette question traduit bien une certaine densité de la réaction dépressive à l'incarcération et à ce qui y a mené ainsi qu'à la vie carcérale et aux procédures judiciaires.

Cette constatation pose aussi la question de l'attitude à adopter vis-à-vis des détenus. En effet, nous pouvons supposer que l'impossibilité de la majorité des détenus à pouvoir bénéficier d'une activité (travail, sport, apprentissage) entretient un cercle vicieux dans lequel le sentiment d'un manque d'énergie est renforcé par la réalité d'une absence de possibilité d'activité.

Les idées de dévalorisation augmentent notablement en deuxième période et pourraient être comprises comme le corrolaire de la situation précédemment décrite. Ce sentiment d'une dévalorisation personnelle peut finir par constituer, à bas bruit, un des éléments centraux d'un authentique syndrome dépressif.

L'idéation suicidaire est présente, surtout en deuxième période, chez 23,60 % des individus (contre 12,6 % dans le groupe témoin) ce qui pourrait aller dans le sens de la constatation d'un état dépressif franc chez beaucoup de sujets. Cependant l'écart moins important entre les réponses fournies par les détenus et les réponses du groupe témoin pour cette question, contrastant avec l'intensité des autres plaintes, oblige à considérer que la constellation dépressive qui se constitue au fil des mois d'incarcération s'apparente plus à une réaction dépressive à la passivité forcée et à la réalité de la privation qu'à un véritable syndrome dépressif dans lequel domineraient des sentiments clairement exprimés d'indignité ou d'incurabilité.

Les difficultés de concentration sont retrouvées dans 50 % des cas en troisième période. L'importance de ces réponses pourrait aussi aller dans le sens d'une perte progressive des possibilités d'autonomie de la pensée à mesure que se pérennise le vécu de dépendance et de régression inhérent à la vie carcérale elle-même.

Ceci va aussi dans le sens de nos constatations cliniques quotidiennes : les détenus demandent massivement des médicaments pour "ne pas penser". Penser, signifie pouvoir se resituer dans un ensemble de relations sociales, inter-personnelles, procédant d'un choix qui s'élabore à tout instant. La contrainte imposée par la prison retire cette possibilité de choix obligeant, entre autre, le détenu à cotoyer quotidiennement des surveillants qui portent leur regard sur lui sans qu'il puisse s'y soustraire, et à cohabiter, dans l'immense majorité des cas avec des détenus avec qui il n'a initialement pas eu la possibilité de manifester un désir relationnel.

Limité dans son espace, entravé dans ses choix relationnels, le détenu semble ainsi insensiblement glisser vers le retrait et vers une vie qui tend, du moins imaginativement, au végétatif.

La nervosité ressentie par les détenus est importante, de 63,38 % à 73,27 % des cas en dernière période. Cette nervosité n'apparaît cependant pas spécifique de l'incarcération, car elle est retrouvée dans 55,55 % des réponses du groupe témoin. La population du groupe témoin est cependant très voisine de la population incarcérée et nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que le ressenti de nervosité est une caractéristique de cette population à haut risque délinquant.

Les douleurs dans la poitrine s'accompagnant de manifestations fonctionnelles de l'angoisse (palpitations) l'emportent largement sur les autres manifestations subjectives de l'angoisse (gorge serrée, tremblements, etc...).

44,7 % des détenus se plaignent de palpitations en deuxième période (contre 18,63 % dans le groupe témoin).

31,54 %, puis 33,66 % se plaignent de douleurs dans la poitrine (contre 11,77 % dans le groupe témoin)

L'exiguïté des cellules, l'ambiance globale de la cellule où vit le détenu, la surpopulation, peuvent rendre compte de cette oppression thoracique constante. Celle-ci ne situe pas vraiment les manifestations anxieuses dans le cadre des angoisses aiguës, de type attaque de panique. Il semble que nous soyons plutôt confrontés à une angoisse diffuse, véritable état durable qui ne se montre pas au cours de paroxysmes, mais devient une composante obligée de la gamme des sensations éprouvées par les détenus. Nous sommes ici devant un tableau qui s'apparente à celui de l'anxiété généralisée décrite dans le DSM III (300.02). C'est ce type de symptomatologie à laquelle les cliniciens se disent, d'ailleurs, le plus souvent confrontés dans la pratique psychiatrique pénitentiaire. Ce vécu constant d'anxiété nous semble venir constamment se superposer sur les autres éléments de souffrance psychique, et en particulier les éléments dépressifs venant ainsi les occulter et rendre plus difficile leur mise en évidence.

CONCLUSIONS

L'enfermement, à la lumière de nos résultats, a des retentissements indéniables sur le psychisme de l'individu incarcéré et semble le confronter la plupart du temps à un stress quasi-permanent. C'est ce qui fait que dans une grande majorité des cas le détenu se présente à nous comme un individu constamment angoissé qui exprime sa plainte principalement dans le registre corporel et laissant au second plan les éléments qui pourraient lui permettre de se livrer à un travail d'élaboration psychique. Si ce travail survient, et l'expérience des services médico-psychologiques régionaux est là pour en montrer la possibilité, c'est parce que la démarche thérapeutique intègre consciemment ou non les paramètres liés à la détention qui confèrent cette vulnérabilité particulière au détenu et l'orientent dans une modalité particulière de ressenti psychique.

Il est certain, d'autre part, que ce qui a conduit le sujet à être incarcéré, la transgression, a aussi un retentissement important dans le discours et l'éprouvé du sujet. La relation du sujet à l'interdit et à la sanction, vécue en prison dans l'ici et maintenant, vient nécessairement interférer et donner une coloration particulière aux plaintes exprimées par les détenus. Le travail qui peut s'effectuer sur la culpabilité devrait pouvoir permettre l'émergence de sentiments dépressifs francs, ce qui n'est que très rarement le cas. Les défenses existant dans chaque dynamique individuelle sont bien sûr à prendre en compte dans toutes leurs dimensions, mais il est probable que la confrontation à l'univers carcéral tel qu'il est conçu actuellement ne rend pas facile le travail d'élaboration.

C - EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE EN COURS DE DETENTION

1 - OBSERVATIONS A PARTIR DU DOSSIER MEDICAL PENITENTIAIRE

DIAGNOSTICS FAITS A L'ENTREE

Deux séries de diagnostics peuvent être dégagées :

1- Les diagnostics portés lors de la visite d'entrée, témoignages d'un examen et d'un interrogatoire relativement standardisés et de l'état de santé global du détenu. Nous les avons mentionnés et analysés au chapitre III descriptif de la population des entrants.

2- Les diagnostics portés au cours de l'incarcération, témoignages des plaintes du patient motivant la consultation.

Il est donc nécessaire de porter un regard différent pour les diagnostics portés à l'entrée et en cours de séjour. Les troubles psychologiques et psychiatriques feront l'objet d'une étude à part figurant plus loin.

Diagnostics uniques ou multiples notés à l'entrée et au cours de la détention.

Hommes	A l'entrée 0-7 jours	7 jours-4mois	
Diagnostics uniques	188 64,2%	113	47,7%
Diagnostics multiples	105 35,8%	124	52,3%

Femmes	0-7 jours	7 jours-4 mois	
Diagnostics uniques	4	2	
Diagnostics multiples	7	9	

Chez les hommes, lorsqu'un diagnostic pathologique est porté il s'agit plus souvent d'un diagnostic unique à l'entrée puis plutôt multiple dans la deuxième période d'observation.

Chez les femmes la tendance est à la multiplicité dès l'entrée. Dans nos expériences quotidiennes les femmes incarcérées cumulent souvent plusieurs pathologies.

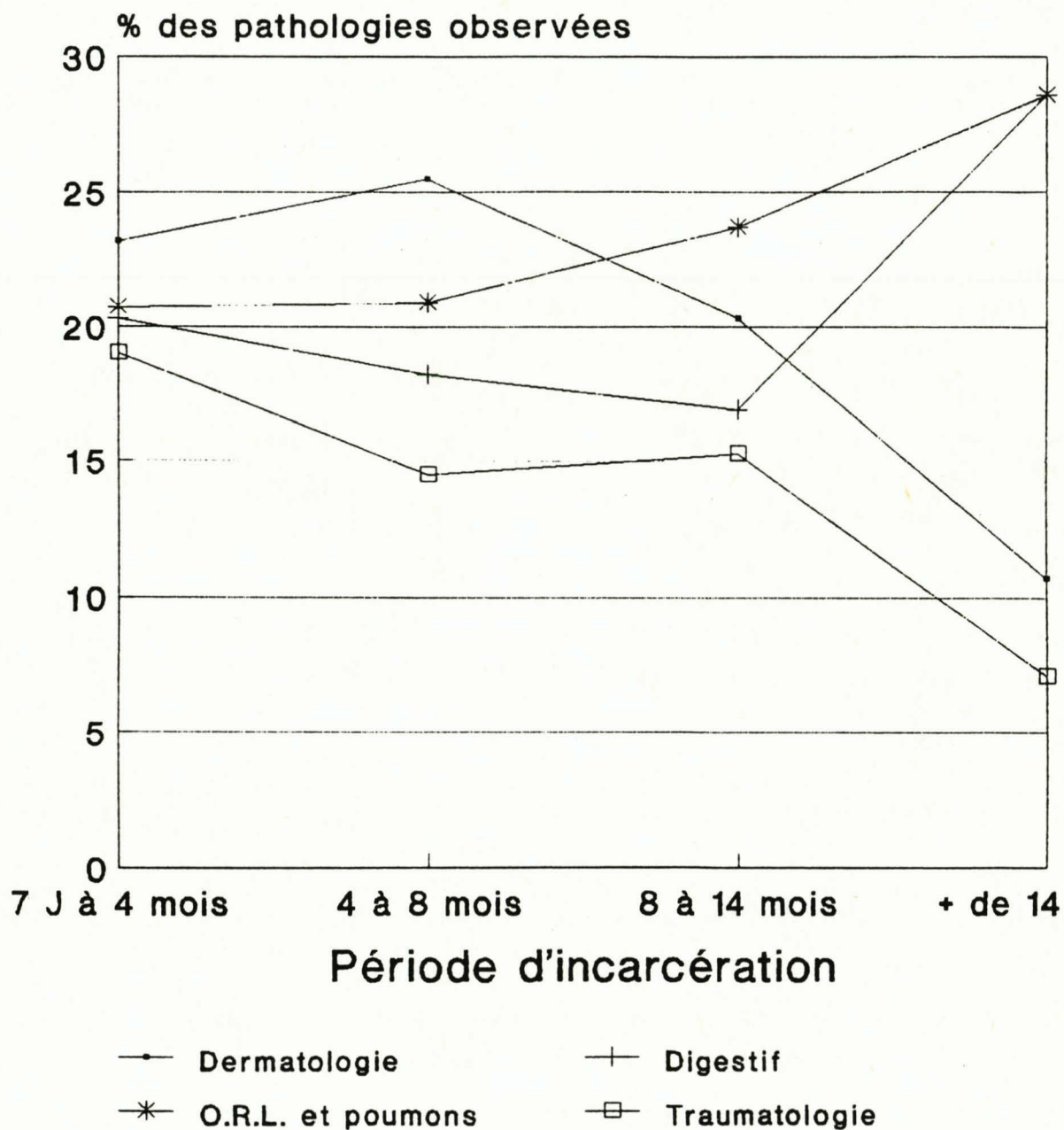
*De quoi souffrent le plus fréquemment les personnes restant
incarcérées?*

Hommes	7J.-4mois n=237 (a)	4 - 8.mois n=110	8 - 14mois n=59	+ de 14 mois n=28
Pathologie dermatologique	55 23,2 %	28 25,5 %	12 20,3 %	3 10,7 %
			(NS p=0,39)	
Pathologie digestive	48 20,3 %	20 18,2 %	10 16,9 %	8 28,6 %
			(NS p=0,60)	
Pathologie ORL et pulmonaire	49 20,7 %	23 20,9 %	14 23,7 %	8 28,6 %
			(NS p=0,77)	
Pathologie traumatique	45 19 %	16 14,5 %	9 15,3 %	2 7,1 %
			(NS p= 0,36)	
Suicide, grèves de la faim, et automutilations	21 8,9 %	4 3,7 %	1 3,7 %	2 7,1 %
			(NS p= 0,11)	

NB = - une même personne peut présenter 2 pathologies différentes, qui sont toutes deux prises en compte.

- les tests statistiques ont été réalisés en prenant chaque rubrique indépendamment

Pathologies observées



*seules les pathologies notées dans le dossier médical pénitentiaire sont présentes; le chiffre réel est supérieur du fait des consultations psychiatriques distinctes.

Pour ce qui est, par exemple, de la période de 7 jours à 4 mois, 237 personnes ont présenté un ou plusieurs diagnostics pathologiques et les pourcentages ont été calculés sur ce chiffre.

Regroupées par thèmes, nous observons une grande stabilité dans le temps des diverses pathologies rencontrées, avec trois domaines prédominants : dermatologique, digestif ORL et pulmonaire.

Evolution dans le temps de la fréquence de certaines pathologies.

Dans les quatre domaines somatiques étudiés, on ne peut relever d'évolution statistiquement significative de leur fréquence au long de la détention.

Nous avons ensuite tenté d'étudier de façon plus affinée quelques conduites traductrices d'auto ou d'hétéro-agressivité.

Grèves de la faim et grèves de la soif

Hommes	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics ont été portés	Nbre de personnes pour lesquelles un diagnostic de grève de la faim et/ou de la soif a été porté	
0-7 jours	293	2	0,7%
7jours 4mois	237	11	4,6%
4mois-8 mois	110	2	1,8%
8 -14 mois	59	0	
+ de 14 mois	28	1	3,6%
		(*)	

Les grévistes de la faim sont vus systématiquement deux fois par semaines par le médecin au début, puis plus souvent s'il le juge nécessaire.

Les grévistes de la soif sont vus quotidiennement.

Les examens biologiques sont demandés en fonction de l'état clinique. Lorsque l'état s'aggrave, la réalimentation ne peut se faire sur place et le passage en service hospitalier devient nécessaire. Cette hospitalisation se fait à Lyon dans le service de médecine pénitentiaire de l'hôpital Jules Courmont et non à l'infirmierie des Baumettes où à l'hôpital de Fresnes Comme le prescrit la circulaire n° AP 9624 G1 du 13 octobre 1986.

**Tentatives de suicide
(hors phlébotomies)**

Hommes	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics pathologiques ont été portés	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics de tentative de suicide ont été portés	
0-7 jours	293	2	0,7%
7 jours-4 mois	237	6	2,5%
4 mois-8 mois	110	2	1,8%
8-14 mois	59	1	1,7%
+ de 14 mois	28	0	

(NS p= 0,48)

(*) Par ordre d'importance, il s'agit de:

tentatives de suicide médicamenteuses, par pendaison, par précipitation (chutes) et par absorption d'eau de javel.

Depuis 1989 l'eau de javel en berlingot (42°) n'est plus distribuée aux détenus. Par contre l'eau de javel diluée (17°) est répartie de façon hebdomadaire dans toutes les cellules. Elle ne présente pas de risque majeur lors de l'absorbtion volontaire ou accidentelle, ni lors de projection oculaire.

Phlébotomies volontaires
("se couper les veines")

Les phlébotomies ont été individualisées parce que leurs motivations en milieu carcéral ne nous apparaissent pas toujours spécifiquement suicidaires

Hommes	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics pathologiques ont été portés	Nbre de personnes pour lesquelles des phlébotomies ont été relevées
0-7 jours	293	1
7 jours-4mois	237	4
4 mois-8 mois	110	1
8-14 mois	59	1
+ de 14 mois	28	0

(NS p= 0,54)

Aucun cas n'a été noté chez les femmes

Regroupement des Actes auto-agressifs :
(grèves de la faim ou de la soif, tentatives de suicides et phlébotomies.)

Hommes	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics ont été portés	Nbre de personnes pour lesquelles un acte auto-agressif a été noté
0-7 jours	293	5
7 jours-4 mois	237	21
4 mois-8 mois	110	5
8-14 mois	59	2
+ de 14 mois	28	1

(**)

Ce regroupement permet d'accroître la signification statistique. Ainsi :

Suicide, auto-mutilation, grèves de la faim ou de la soif ont pour point commun d'être plus fréquents au cours de la première période d'incarcération.

Les motivations sont le plus souvent d'ordre judiciaire avec un sentiment d'injustice. En faisant souffrir son propre corps, la personne privée de liberté montre à autrui son qu'elle détient encore un pouvoir sur elle-même.

Pendant notre enquête un décès est survenu pour les 896 hommes suivis.

Il s'agit d'un homme gréviste de la faim décédé par oblitération aigüe des membres inférieurs et infarctus mésentérique apparus au 15ème jour d'une 2ème grève de la faim entreprise au 18ème mois d'incarcération.

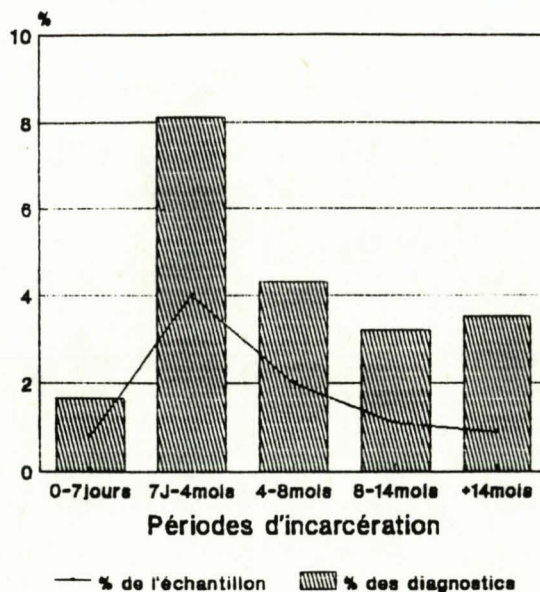
Coups et blessures

Hommes	Nbre de personnes pour lesquelles un ou des diagnostics pathol. ont été portés	Nbre de personnes pour lesquelles des coups et blessures ont été notés
0-7 jours	293	3 1%
7 jours - 4 mois	237	19 8%
4 mois-8 mois	110	6 5,5%
8 mois -14 mois	59	4 6,8%
+ de 14 mois	28	0

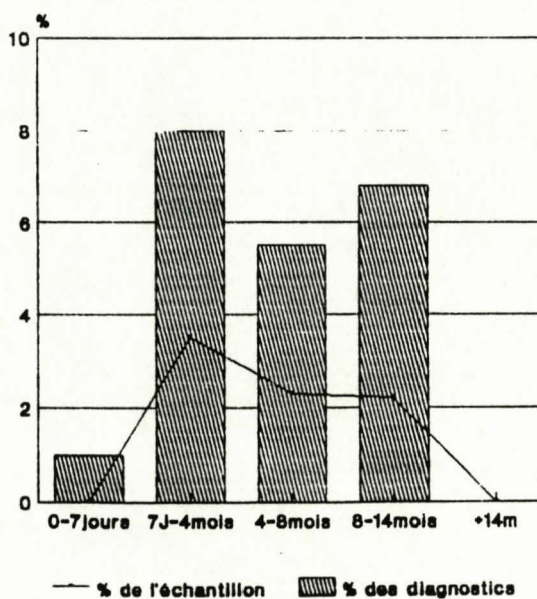
(**)

Les coups et blessures sont généralement le fait de bagarres entre détenus et ils persistent en cours de détention. Il est intéressant de les rapprocher de la production de certificats à laquelle certains d'entre eux ont donné lieu.

Auto-agressions % Echantillon hommes



Hétéro-agressions % Echantillon hommes



CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES

Hommes de St-Paul, St-Joseph période	Certificat durant la période	%	Sans certificat pendant la
0 - 7 jours	4	0,9 %	456
7 j. à 4 mois	18	4,4 %	395
4 à 8 mois	7	3,6 %	185
8 à 14 mois	4	2,6 %	146
> 14 mois	0	0%	94

C'est le début d'un séjour en détention qui donne lieu à la délivrance du plus grand nombre de certificats de coups et blessures.

29 personnes sur 460 dossiers médicaux pénitentiaires de St-Paul-St Joseph, soit 6,3 % des cas, ont fait l'objet d'un certificat de coups et blessures.

Il n'est pas rare que le même individu fasse l'objet de plusieurs certificats de coups et blessures pendant son séjour (4cas).

A Varcès, il semble que l'existence de tel certificat n'ait pas été notée sur le dossier médical pénitentiaire.

L'incapacité temporaire personnelle totale notée dans les 33 certificats a été de 0 jour dans l'immense majorité des cas ; elle est toujours inférieure à 5 jours (l'incapacité inférieure ou égale à 8 jours qualifie l'infraction en contravention).

EXAMENS

LE POIDS

Le poids a été relevé à l'entrée dans 80 % pour les hommes mais ce chiffre est à nuancer selon les lieux d'observation :

à St Paul-St Joseph = 95,6 %

à Montluc = 90 %

à Varcès = 20,7 %

La moyenne du poids observé est de 67,1 kg

L'intervalle de confiance est de 46,1 à 88,1 kg

Hélas il n'est pas possible de suivre l'évolution du poids initial le poids est noté dans les périodes suivantes que très rarement : moins de 4 % des cas.

EXAMENS OBLIGATOIRES ET QUASI-SYSTEMATIQUES

Des examens systématiques sont pratiqués chez 75,6 % des hommes : il s'agit presque exclusivement de la recherche syphilitique puis secondairement les examens hépatiques et la recherche de séro-positivité

SYPHILIS

La sérologie syphilitique est pratiquée diversement selon les lieux :

84 % des cas à St Paul-St Joseph

et 90 % à Montluc,

contre 44,6% des cas à Varcès.

Cet examen est réalisé par une infirmière non pénitentiaire détachée des affaires sanitaires et sociales mais les résultats sont inclus dans le dossier médical pénitentiaire.

A St Paul et St Joseph, le taux de résultats syphilitiques anormaux sur notre échantillon est de 1,6 %.

EXAMENS HEPATIQUES

Le second type d'examens réalisés fréquemment à l'entrée est un bilan hépatique.

Il est pratiqué pour

28,3 % des hommes

et un peu plus fréquemment à Varcès : 35,8 %,

qu'à St Paul-St Joseph : 26,7 %.

Nous nous attendions à l'inverse car en début 88 se déroulait à Lyon une étude sur les marqueurs biologiques hépatiques et Sida.

SEROPOSITIVITE

A l'examen hépatique est souvent couplée une recherche de séroposivité : il est pratiqué chez les hommes à l'entrée dans 25,6 % des cas, à Varcès : 30,1 %, à St Paul-St Joseph : 24,8 %.

Les cas sont rares où la recherche de séroposivité s'effectue seule, sans examen hépatique (moins de 3 % des cas à Lyon).

RADIOGRAPHIES PULMONAIRE

Le code de procédure pénale précise en son article D 394:

- La prophylaxie de la tuberculose est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services départementaux d'hygiène sociale.

Dans quelques cas des scopies sont effectuées, à l'entrée ou par la suite, à St Paul et St Joseph. Il s'agit d'examen réalisé dans le cadre de l'admission à un travail se déroulant aux cuisines ou au mess.

Actuellement, à Lyon, cette pratique est stoppée à la demande de l'administration sanitaire de tutelle. du fait du risque d'irradiation que représente l'actuel appareil de radiologie.

EXAMENS SPECIAUX

Dans quelques cas, des examens spéciaux sont demandés dès les premiers jours de détention. Il s'agit alors le plus souvent d'examens en vue de la prise d'un travail aux cuisines.

Ce sont alors des recherches de Bacilles de Koch, des coprocultures, des bactériologies de gorge.

Chez les femmes, un examen gynécologique avec recherche bactériologique du col et recherche de chlamydia a été réalisé dans la moitié des cas.

Cet examen est systématiquement proposé par le dermato-vénérologue.

EXAMEN SYPHILITIQUE

Cet examen est pratiqué rarement au cours du séjour. Il s'agit du suivi en soins des personnes ayant eu un résultat anormal à l'entrée, ou de demande de certificat médical pré-nuptial.

EXAMEN HEPATIQUE

Il est pratiqué dans 4 % des cas par périodes d'observation et par rapport à l'effectif estimé tenant compte des présents.

SEROLOGIE HIV

Cet examen est pratiqué dans 2 % des cas par périodes d'observation et par rapport à l'effectif estimé tenant compte des présents. Il était proposé uniquement aux personnes appartenant à un groupe à risque.

Depuis 1989-1990 cet examen est plus largement proposé à Lyon, car son coût est mieux pris en charge : 30% du prix est remboursé par la DDASS, 70% est à la charge de l'administration pénitentiaire (art. 5 du décret 88-61 du 18/01/88.)

Nombre de Sida ARC ou séropositifs :

- période 2 : 8 hommes, 2 femmes
- période P : 2 hommes, 1 femme
- période Q : 2 hommes, 1 femme
- période R : 0 homme, 0 femme

EXAMENS SANGUINS COURANTS

En cours de séjour : à l'encontre des examens hépatiques et sérologie HIV très fréquents au début de l'incarcération et qui diminuent en cours de séjour, certains examens sont plus pratiqués avec le temps.

Ce sont les examens courants de médecine générale : VS, NF, IONO, électrophorèse, T3, T4, acide urique, cholestérol.

Ils concernent 5 % des cas par périodes d'observation et par rapport à l'effectif estimé tenant compte des présents.

RADIOGRAPHIES

A St Paul et St Joseph, un camion radio-photo de la Croix-Rouge passe régulièrement pour réaliser des radiographies pulmonaires systématiques aux détenus.

Il en est fait mention dans les dossiers médicaux pénitentiaires pour 22 % des détenus de l'étude

Ce pourcentage, assez peu élevé, rend compte du mode de dépistage ponctuel : quatre fois par an à St. Paul et St. Joseph, dans des séances de 2 heures. Le maximum étant de 60 radiophoto par heure, ce sont donc au plus 960 clichés qui sont tirés dans l'année. Il faut préciser qu'il y a environ 3000 personnes arrivant à Lyon par an.

Montluc bénéficie également de 4 séances d'une heure annuellement, ce qui représente donc 120 clichés. Ces clichés ne sont pas comptabilisés, les résultats n'étant pas portés sur les dossiers du fait de l'insuffisance de l'effectif infirmier.

A Varcès, les radios pulmonaires systématiques ne sont pas réalisés du fait des conditions d'accès trop particulières du camion de dépistage.

Qu'en est-il des autres radiographies ?

Des radiographies non pulmonaires sont demandées de manière prédominante en **première période de détention** et de manière très occasionnelle ensuite : **3,4 %** puis **moins d'1 %**

Il est nécessaire de préciser que les radiographies qui sont notifiées dans le dossier médical concernent des personnes allant à l'hôpital dans le service de radiographie mais reviennent pour être traitées par le médecin pénitentiaire

Dès que, il y a notion d'urgence ou de soins type plâtre, ou d'hospitalisations, ces radiographies ne sont pas notifiées dans le dossier pénitentiaire mais dans un dossier de consultation hospitalier.

Les données recueillies sont donc très limitées

EXAMENS SPECIAUX

Les examens spéciaux réalisés en milieu hospitalier ne sont pas toujours notifiés sur le dossier médical pénitentiaire.

Ils sont de nature variable : échographies, ponctions biopsie du foie, gastroscopies, scanners, électroencéphalogrammes, fibroscopies, etc ...

Parmi ces examens nous retrouvons une **fréquence élevée de ponctions biopsie du foie à Lyon** du fait de la présence d'un médecin virologue vacataire posant les indications de bilan de toxicomanes porteurs d'hépatite chronique active (1,9 % des personnes de l'enquête, soit 9 personnes sur 470, dont un relevé d'observation a été effectué à Lyon).

Les examens dont le prélèvement ou la réalisation sont possibles en milieu pénitentiaire sont nettement plus fréquents.

Ce sont : les examens bactériologiques (Bacille de Koch, cyto bactériologie urinaire, bactériologie sur prélèvement de gorges, Intra Dermo Réaction ou cutiréaction) et plus rarement les examens électrocardiographiques. Pour ces deux types d'examen, nous notons parmi les personnes de l'enquête : 6,6 % dans les premiers mois d'incarcération, puis de l'ordre de 4 %.

A Lyon l'appareil à ECG a été racheté seulement en mars 1989 et en conséquence, durant l'étude aucun examen électrocardiographique n'a pu être réalisé sur place.

Chez les femmes, la part des examens spéciaux est toujours plus importante et concerne presque un tiers de notre échantillon : les examens sont quasiment tous de type génito-urinaire.

TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

LES VACCINATIONS

De même que pour le poids, la notion de vaccination en règle à l'entrée en détention est notée à Lyon beaucoup mieux qu'à Varces à tel point que les résultats qui suivent ne font état que de Lyon :

Sur 466 hommes de Lyon	
vaccination en règle	50,6 %
vaccination non en règle	37,8 %
inconnus	11,6 %

Pendant la détention, certaines vaccinations ont eu lieu. Elles concernent moins de 6,4 % des détenus consultants de Lyon.

Effectivement, il y a vaccination dans des circonstances bien déterminées :

- vaccinations **anti-tétaniques** lors de plaies, coupures:
50 % des vaccinations
- vaccinations **anti-grippale** pour des populations à risque:
40 % des vaccinations

Autant l'entrée au service militaire français est marquée par l'obligation de mise à jour des vaccinations obligatoires, autant l'entrée en détention laisse les personnes dans le même état que celui connu antérieurement.

Le phénomène est d'autant plus grave que la prison est un lieu où les vaccinations obligatoires seraient faciles à mettre en oeuvre et où les hommes ne réalisant pas le service militaire sont loin d'être rares parmi les détenus : à St Paul et St Joseph les deux tiers.

KINESITHERAPIE

KINESITHERAPIE A L'ENTREE ET EN COURS DE SEJOUR

Il s'agit de la kinésithérapie pratiquée en milieu carcéral seulement, n'est pas mentionnée celle pratiquée lors des séjours hospitaliers.

A Montluc, aucun cas n'a été retrouvé pour les hommes où il n'y a ni salle de kinésithérapie, ni matériel .

Hommes	Avec kinésithérapie	Sans kinésithérapie
0 à 7 jours	2	591
7 jours à 4 mois	8	523
4 à 8 mois	3	249
8 à 14 mois	1	175
> à 14 mois	1	103

N'ont pas été mentionné les kinésithérapies pratiquées lors des séjours hospitaliers.

Il est probable que ces chiffres sont sous-estimés car le kinésithérapeute vacataire prend en charge des patients sans que cela soit notifié sur leurs dossiers médicaux pénitentiaires.

En 1988 il y a eu 633 séance de kinésithérapie pour St. Paul seulement (700 détenus en permanence).

Compte tenu de l'importance de la pathologie traumatique tout au long de l'étude (20% en première période), le manque d'équipement se fait sentir, ainsi que le manque de surface pour faire évoluer les sujets lors de la rééducation.

SOINS LOCAUX ET PANSEMENTS,

Hommes	avec soins locaux sur la période	sans soins locaux sur la période
0 à 7 jours	4 0,7 %	589
7 jours à 4 mois	12 2,3 %	519
4 mois à 8 mois	11 4,4 %	241
8 à 14 mois	3 1,7 %	173
> à 14 mois	2 1,9 %	102

(*)

Ces soins sont prédominants jusqu'à 8 mois de détention puis diminuent. Nous pouvons faire la même remarque que pour la kinésithérapie car les traitements locaux réalisés par les infirmières pénitentiaires sont souvent omis sur les dossiers médicaux individuels.

Nous savons que pour une population de 700 personnes environ sur St Paul 12400 soins locaux sont pratiqués en 1 an soit 41 soins locaux par jour. Ces soins locaux sont exécutés dans une grande pièce où l'intimité des détenus est difficilement préservée : deux patients y sont traités en même temps. Une organisation plus adéquate du service avec des boxes équipés pour la petite chirurgie consisterait à prévoir une circulation pour les infirmières et une circulation pour les détenus avec une salle d'attente conséquente. D'autre part, WC et douche pour les détenus sont essentiels pour le bon déroulement de certains soins locaux.

REGIMES ALIMENTAIRES

Période de prescription	nombre de régimes prescrits dans la période	pas de régime prescrit
0 à 7 jours	3	590
7 jours à 4 mois	6	525
4 mois à 8 mois	2	250
8 mois à 14 mois	2	174
> à 14 mois	0	104

Prescrit à un moment, un régime se poursuit généralement pour tout le séjour.

Les régimes prescrits sont par ordre de fréquence, les régimes "hépatiques", "pour édentés". Viennent ensuite les régimes sans sel, diabétique, hypolipidique, hypocalorique

Prescription médicale et application d'un régime dans le milieu carcéral confrontent le médecin et son patient à toute une série de problèmes concrets multiples .

Le régime "édenté" était en 1988 un régime où la viande et les légumes sont passés au mixer. Le résultat consistait en une bouillie informe que personne ne voulait manger. Ce régime maintenant a été réduit à la seule viande hachée.

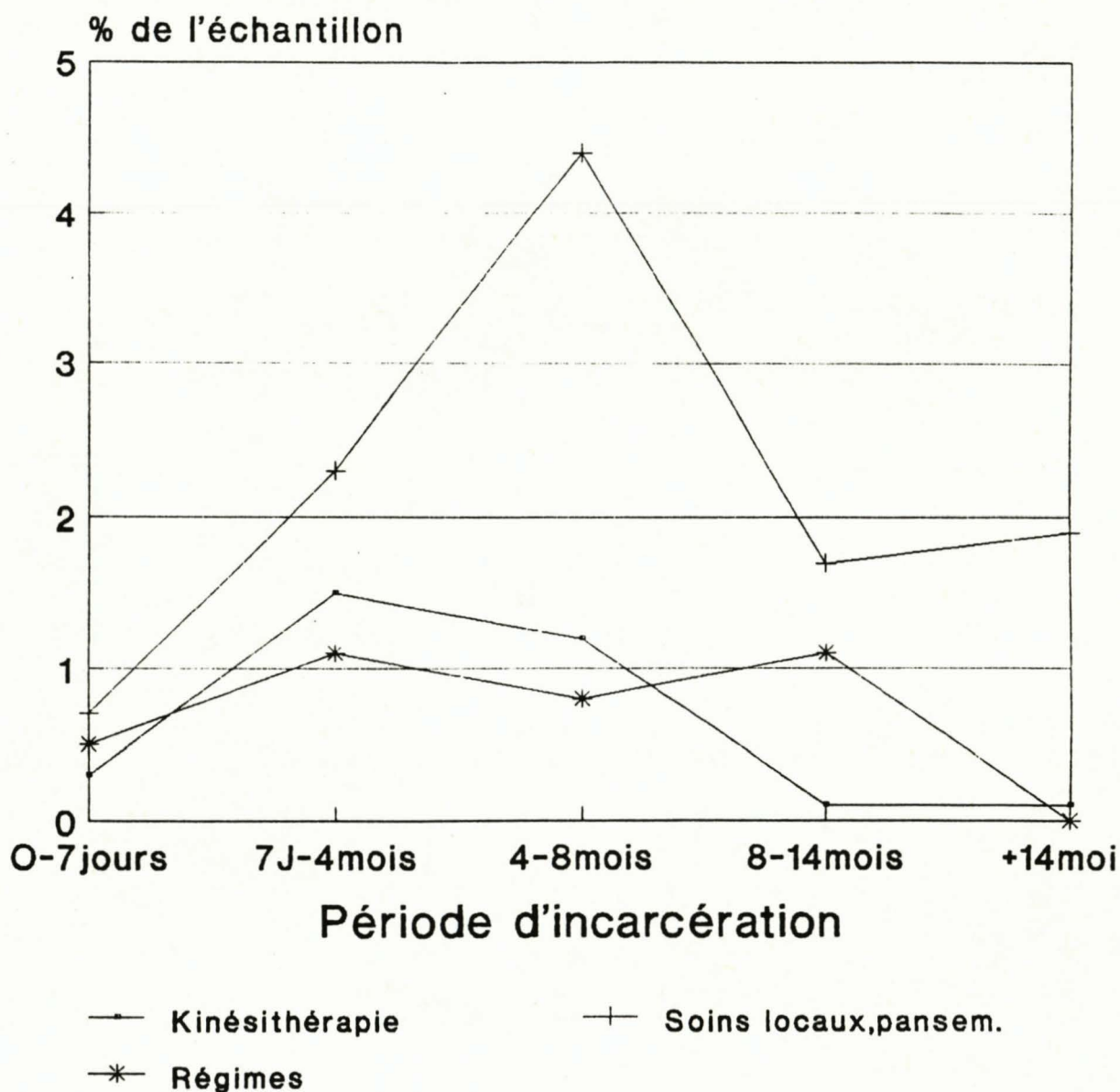
Le régime hépatique prescrit pendant les deux premiers mois de la maladie ne peut être facilement donné sans de vives protestations. Ces repas sont servis dans des gamelles individuelles qui sont l'objet d'échange, de troc. Un régime partant de la cuisine n'arrive pas forcément dans la bonne cellule...

Les récipients sont souvent fortement endommagés ou bien transformés en chaufferette, par exemple...

Pour ces raisons, un régime est rarement prescrit par les médecins pénitentiaires. Le régime diabétique est si difficile à mettre en oeuvre que deux des trois hommes ayant des médicaments antidiabétiques n'ont pas eu de prescription de régime diabétique.

Soins divers

(kiné, soins locaux, pansements)



TRAITEMENTS

Les traitements prescrits ont été relevés par catégories médicamenteuses et par périodes d'observation. Une trentaine de catégories différentes ont été retenues. Nous proposons deux analyses distinctes :

- types de médicaments prescrits parmi toutes les prescriptions
- nombre de personnes recevant tel ou tel type de traitement.

A L'ENTREE

TYPE DE MEDICAMENTS PRESCRITS :

Un tableau décrit les types de traitements prescrits que ce soit au début ou en cours de séjour.

43 % des médicaments prescrits à l'entrée sont des **psychotropes**, les **benzodiazépiniques** étant utilisés en premier lieu. Ces derniers représentent **60,5 %** des **psychotropes** prescrits.

TYPE DE MEDICAMENTS PRESCRITS SELON LES PERIODES.

Hommes	0-7 jours	7J-4 mois	4-8 mois	8-14 mois	+ de 14 mois
psychotropes	124 43,2 %	105 21,9 %	30 14,6 %	22 16,5 %	4 12,5 %
antibiotiques	21 7,3 %	68 14,2 %	31 15,1 %	23 17,3 %	8 26,7 %
anti- inflammatoires	10 3,5 %	52 10,8 %	23 11,2 %	11 8,3 %	3 10 %

antalgiques	20	43	29	13	3
	7 %	9 %	14,1 %	9,8 %	10 %
à visée gastro-entérologiques	33	50	20	15	3
	11,5 %	10,4 %	9,8 %	11,3 %	10 %
à visée dermatologiques	16	43	29	14	4
	5,6 %	9 %	14,1 %	10,5 %	13,3 %
autres traitements	63	119	43	35	5
	22 %	24,8 %	21 %	26,3 %	16,7 %
dont					
à visée pulm./ORL	22	33	18	14	0
	7,7 %	6,9 %	8,8 %	10,5 %	
décontracturants	4	24	7	2	0
		5 %			
à visée cardio vasculaire	8	20	7	5	2
		4,2 %			
anti-oedemateux	1	10	0		2
				3	
autres	28	32	11	11	1
	9,8 %	6,7 %	5,4 %	8,3 %	
TOTAL					
des prescriptions	287	480	205	133	30

(***)

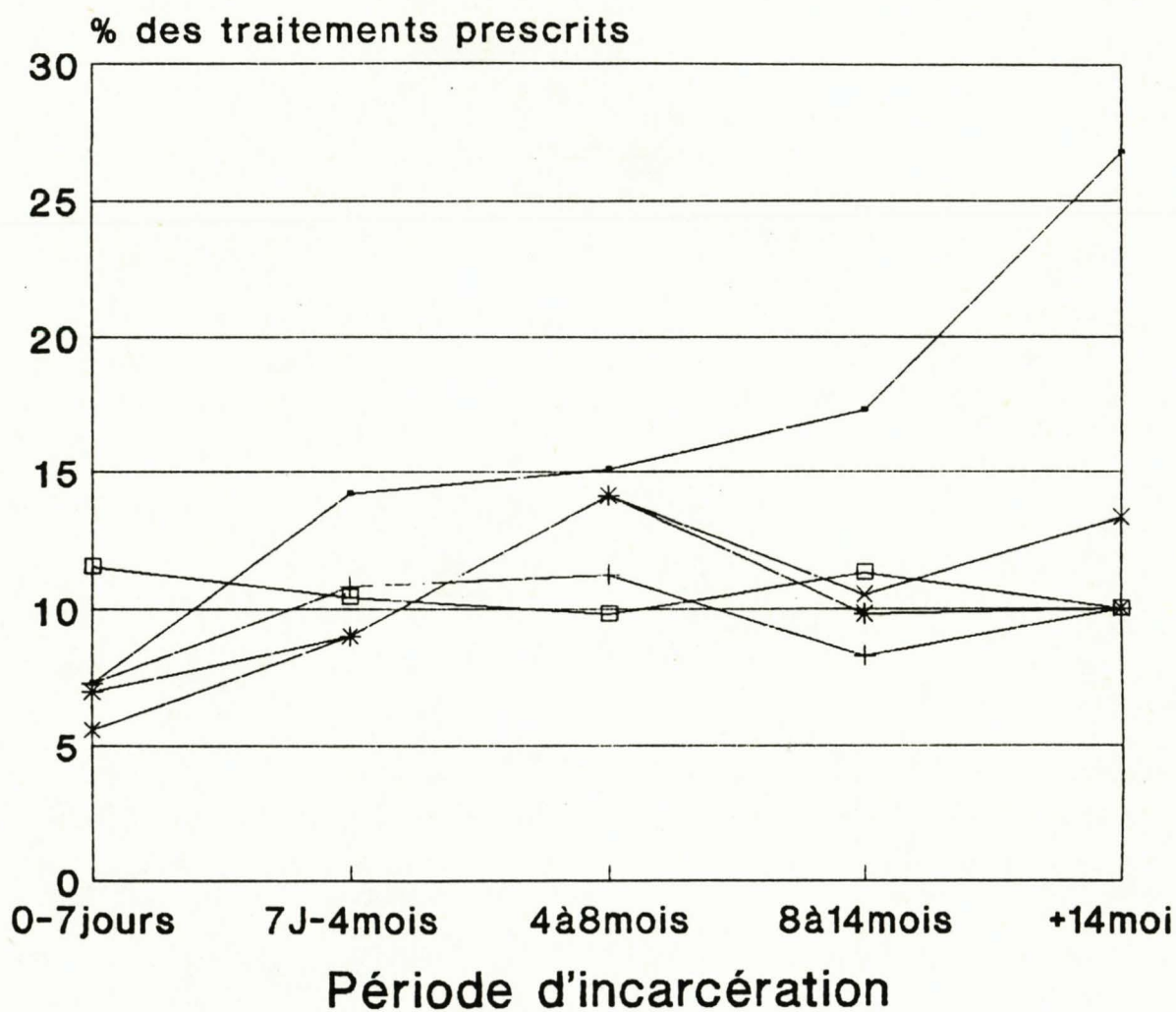
(Le test statistique ne tient pas compte du détail des "autres traitements")

Les médicaments prescrits par les psychiatres ne sont pas répertoriés sur les dossiers médicaux pénitentiaires. Il est donc nécessaire de considérer les psychotropes à part.

Dès la période de 7 jours à 4 mois de détention, la prescription de psychotropes par les médecins généralistes chute de 43,5 % à l'entrée, à 21,9 %, et est de l'ordre de 15 % par la suite.

TRAITEMENTS

Type de médicaments prescrits



—●— Antibiotiques —+— Anti-inflamm —*— Antalgiques
 —□— Gast-entéro —×— Dermato

Ce sont alors d'autres types de prescriptions qui prévalent :

- de 7 jours à 4 mois

antibiotiques (14,2 %),

anti-inflammatoires (10,8 %),

antalgiques (9 %),

traitements à visée gastroentérologiques (10,4 %),

et à visée dermatologique (9 %)

Il existe une augmentation de la proportion d'antibiotiques parmi les médicaments prescrits au cours du temps : ceci ne peut être que le reflet de soins de maladies somatiques.

POURCENTAGE DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT A L'ENTREE :

28,5 % des personnes hommes se voient prescrits un traitement dans les premiers jours de leur incarcération.

POURCENTAGE DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT EN COURS DE SEJOUR

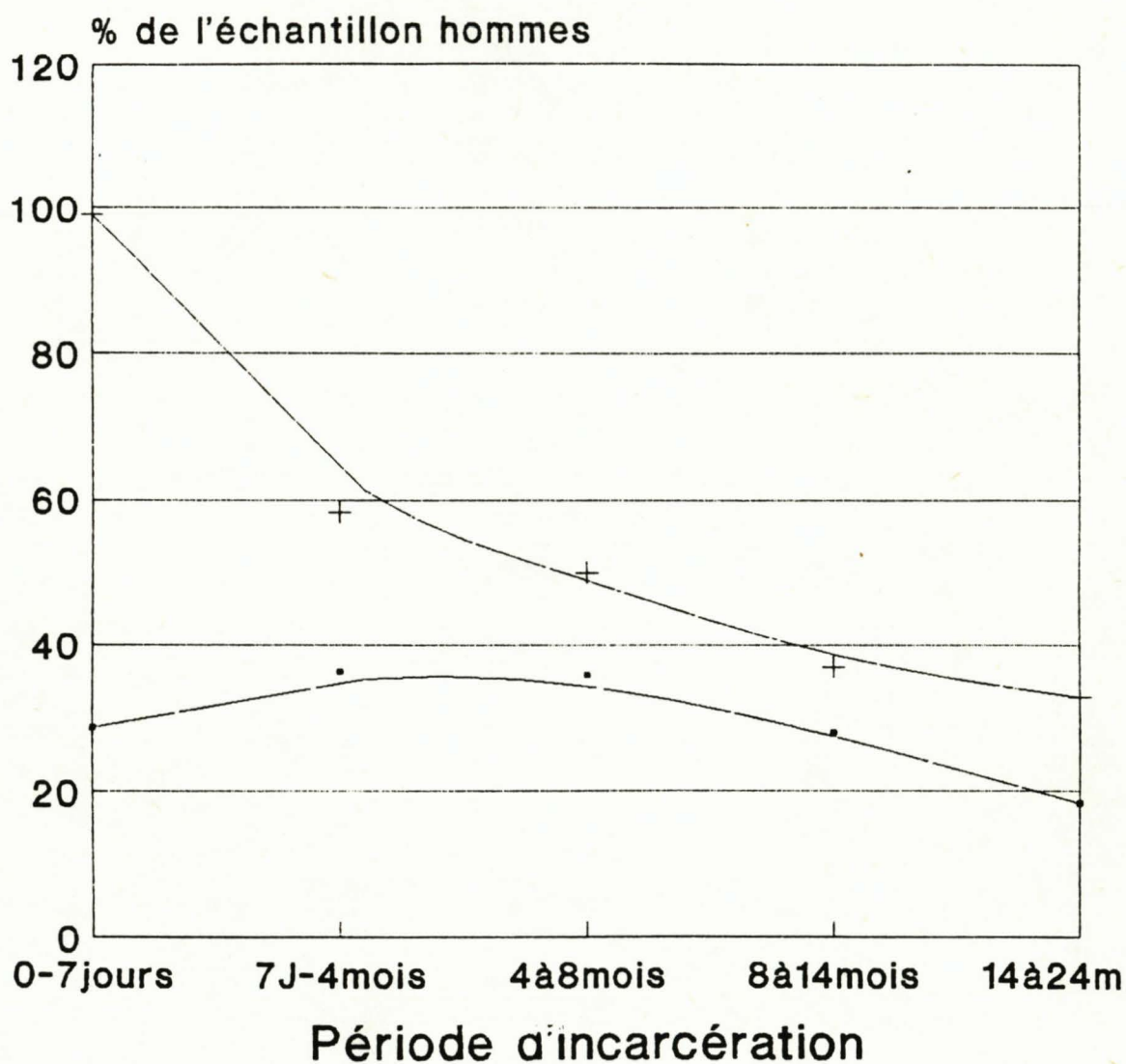
Les pourcentages tiennent compte de la totalité des présents pour chaque période qui se sont vus prescrire un traitement par le médecin pénitentiaire.

Pour les hommes des 3 prisons.:

Hommes	Traitement	Sans traitement
0 - 7 jours	169 28,5 %	424
7 jours à 4 mois	192 36,2 %	339
4 - 8 mois	90 35,7 %	162
8 - 14 mois	49 27,8 %	127
> 14 mois	19 18,3 %	85

(***)

% Pers. en traitement et % consultants



—•— % hommes en ttt —+— % consultants

Nous observons une forte proportion de détenus hommes ayant reçu au moins un traitement dans la période de 0 à 8 mois de détention. Cette proportion d'environ un tiers décroît ensuite significativement.

Pour les femmes, à Montluc :

	Traitement	Sans traitement
0 à 7 jours	11	5
7 jours à 4 mois	9	4
4 à 8 mois	4	1
8 à 14 mois	5	0
> 14 mois	3	1

Chez les femmes, nous observons une tendance inverse, avec incidence de consommation élevée dès l'entrée et se maintenant tout au long du séjour.

Chez elles, dans la moitié des cas, il s'agit d'un **traitement psychotrope**, quelle que soit la période d'observation.

NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT CERTAINS TYPES DE TRAITEMENT

Traitement antalgique, anti-inflammatoire et anti-oedémateux

Ces traitements sont tous de type symptomatique et c'est pour cette raison qu'ils ont été regroupés.

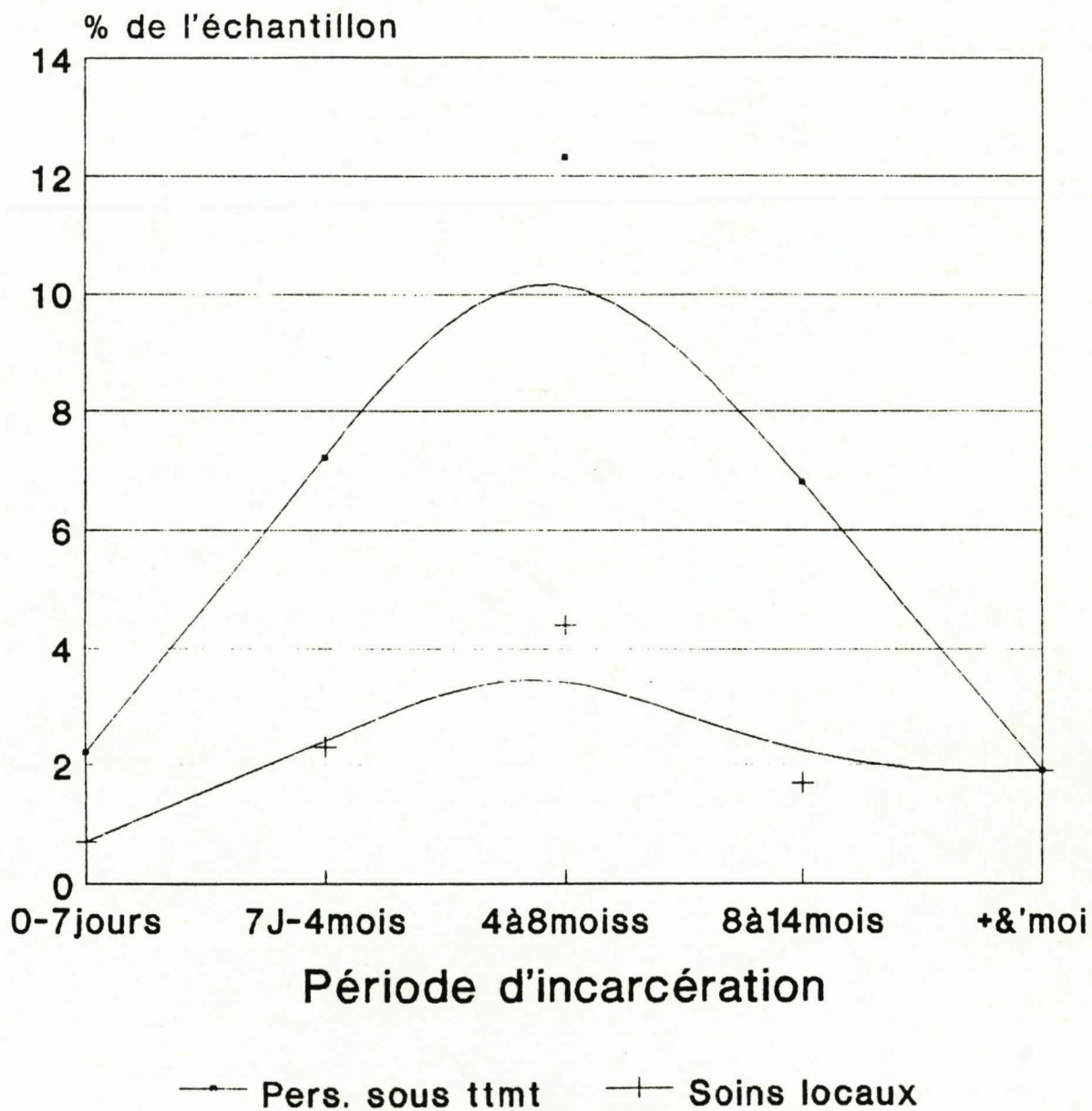
Hommes	Sous traitement AO	AA-AI- %	Sans traitement de ce type
0 à 7 jours	28	4,7 %	565
7 jours à 4 mois	69	13 %	462
4 à 8 mois	37	14,7 %	215
8 à 14 mois	18	10,2 %	158
> 14 mois	5	4,8 %	99

L'évolution croissante puis décroissante significativement est probablement le meilleur reflet du malaise vécu en milieu carcéral, maximal pendant les 8 premiers mois, les pourcentages sont équivalents dans les périodes de 0 à 7 jours et au dessus de 14 mois, malgré la disparité des effectifs.

Traitement de type dermatologique.

Hommes	Sous traitement à visée dermatologique	%	Sans ce type de traitement
0 à 7 jours	13	2,2 %	580
7 à 4 mois	38	7,2 %	493
4 à 8 mois	21	12,3 %	231
8 à 14 mois	12	6,8 %	146
> 14 mois	2	1,9 %	102

Traitements dermato et soins locaux



Les traitements locaux ont été pris en compte dès qu'ils étaient prescrits par un médecin.

Traitement à visée gastro-entérologique.

Les traitements de type anti-émétique et spasmolytique sont inclus dans ce groupe.

Hommes	Avec traitement à visée gastro-entérologique		Sans ce type de traitement
0 à 7 jours	25	4,2 %	568
7 jours à 4 mois	32	6 %	499
4 à 8 mois	16	6,3 %	236
8 à 14 mois	9	5,4 %	167
> à 14 mois	4	3,8 %	100

(N.S. p= 0,56)

Les écarts entre chaque période sont nettement moins importants que pour les traitements de type symptomatiques et dermatologiques.

Traitement à visée cardiovasculaire

Hommes	Avec traitement à visée cardiovasculaire	Sans ce type de traitement
0 à 7 jours	5	588
7 J à 4 mois	13.....2,4 %	518
4 à 8 mois	4	248
8 à 14 mois	4	172
> à 14 mois	1	103

(N.S. p = 0,26)

Si ces chiffres n'ont pas de valeur statistique quant à leur évolution, nous observons néanmoins que 2 % de détenus environ dans une population d'hommes de maison d'arrêt nécessite l'obtention d'un traitement à visée cardiovasculaire au cours d'une période de détention de 4 mois.

Traitement par insuline

Dans notre échantillon de 593 hommes dont nous avons réalisé un relevé d'observation, il n'y a qu'un seul cas.

Cela confirme notre expérience clinique : même si le cas est peu fréquent, il mobilise une infrastructure et une énergie pour une prise en charge très particulière.

En prison, un diabétique insulino-dépendant est rarement équilibré. On peut trouver plusieurs causes à ce déséquilibre:

- le stress à l'entrée augmente la glycémie.
- absence de GLUCOMETER, au moment de l'étude, appareil permettant la mesure de la glycémie dans une goutte de sang.
- l'influence des horaires de détention sur le moment des injections. Généralement l'injection du matin est faite à 8h30 et celle du soir à 16h30, alors que les insulines prescrites sont des semi-lente qui doivent être injectées à 12 heures d'intervalle.

- si le régime prescrit réalisé aux cuisines est généralement correct, il est plus difficile de le suivre pendant l'incarcération : des aliments achetés en cantine complètent les repas en provoquant un déséquilibre.

Traitement à visée anti-sida

Notre observation est identique en ce qui concerne Insuline et traitement anti-sida : encore rare en 1988, mais forte mobilisation du personnel soignant.

Nous n'avons qu'1 cas sur 593 à l'accueil et 1 cas sur 252 en période 4 à 8 mois de détention.

A Lyon, en 1990, nous comptons régulièrement 2 à 4 personnes ayant ce type de traitement sur une population pénale de 1200 personnes.

Traitement antibiotique

Hommes	Avec un traitement antibiotique dans la période	Sans traitement antibiotique
0 à 7 jours	20 3,4 %	573
7 jours à 4 mois	53 10 %	478
4 à 8 mois	28 11, %	224
8 à 14 mois	19 10,8 %	157
>à 14 mois	7 6,7 %	97

(* * *)

L'évolution est stable au cours du temps sauf à l'entrée et en dernière période où les taux sont plus faibles. Le décalage entre prescriptions à l'entrée et entre 7 jours et 4 mois correspond vraisemblablement au délai nécessaire au repérage et à la prise en soin de la pathologie infectieuse. L'augmentation de la part prise par les AB dans l'ensemble des prescriptions reflète elle l'effacement relatif des autres médicaments.

Médicaments symptomatiques et de confort à visée pulmonaire et voies aériennes supérieures.

Hommes	Avec un traitement à visée pulmonaire dans la période		Sans traitement à visée pulmonaire dans la période
0 à 7 jours	16	2,7 %	577
7 jours à 4 mois	23	4,3 %	508
4 à 8 mois	15	6 %	237
8 à 14 mois	10	5,7 %	166
> à 14 mois	7	6,7 %	97

(N.S.)

L'évolution est stable au cours du temps.

Nous remarquons que, après le 4ème mois de détention, une personne sur 16 se voit prescrire ce type de traitement pour une période de 5 mois en moyenne, ce qui est déjà d'importance appréciable.

Les évolutions observées ne sont pas corrélées aux variations saisonnières du fait de l'entrée progressives des patients dans l'étude pendant 6 mois.

Médicament de type vitamines et fortifiants :

Hommes	Avec traitement vitamines ou fortifiants	par	Sans traitement vitamines ou fortifiants	par
0 à 7 jours	5	0,9 %	588	
7 jours à 4 mois	7	1,3 %	524	
4 à 8 mois	2	0,8 %	250	
8 à 14 mois	3	1,7 %	173	
> à 14 mois	0	0 %	104	

Il est remarquable de constater que ces deux types de traitements sont très faiblement prescrits alors qu'ils le sont largement en médecine générale libérale.

A Lyon, comme à Varcès, si vitamines et fortifiants sont souvent demandés, les médecins refusent souvent la prescription pour de nombreuses raisons :

- refus de donner des médicaments considérés comme des placebos,
- renvoi aux psychiatres,
- restriction du choix de fortifiants prescrits en milieu carcéral,
- économie vis à vis du budget pénitentiaire. Les médicaments ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale mais pris en charge par le Ministère de la Justice.
- etc ...

Les médicaments achetés et prescrits doivent être agréés aux collectivités et remboursés à 70%.

CONSULTATIONS SPECIALISEES

Certains médecins spécialistes consultent dans les murs de la prison.

Certains sont demandés dès le début d'un séjour en détention.

A l'entrée :

ce sont les psychiatres les plus souvent requis précocement : dans 6,1 % des cas,

puis les dermatologues dans 1,5 % des cas.

Les pourcentages paraissent mineurs mais sont le reflet de cas de prise en charge urgente par ces deux spécialités.

CONSULTATIONS DENTAIRES

En ce qui concerne les dentistes, les consultations ne figurent pas sur le dossier médical mais sur une fiche dentaire à part.

En reprenant les dossiers nominatifs des dossiers des hommes des prisons St Paul et St Joseph, nous avons pu relever la proportion de personnes de l'étude ayant eu un traitement dentaire

avec la date de début de soins, de fin de soins et le nombre de consultations.

Pour 701 hommes de l'enquête, 124 ont consulté un dentiste pendant la durée de leur incarcération, soit 17,7 %.

Ces 124 personnes ont vu un spécialiste 3,7 fois en moyenne ; le maximum est de 20 consultations.

Le délai entre les dates de l'entrée en prison et de première consultation dentaire est de 120 jours en moyenne. 25 % des consultants de dentiste ont eu un soin dans les 35 premiers jours de leur incarcération.

Leur travail est limité par le manque de place ne permettant pas d'installer un appareillage d'aspiration correcte, utile lors des extractions dentaires. Ils souffrent également de l'absence d'appareil à radiographie dentaires.

CONSULTATIONS REALISEES PAR LES SPECIALISTES VACATAIRES ET LES HOSPITALIERS

En milieu carcéral , à Lyon et à Varcès, les médecins généralistes et les psychiatres sont présents quotidiennement.

Certains spécialistes effectuent des vacances régulières en milieu carcéral: les dermatologues, les otorhinolaryngologues, les ophtalmologues, les pneumologues et les gynécologues pour les femmes.

Pour rencontrer un spécialiste praticien hospitalier d'une autre compétence, la personne incarcérée est escortée en service hospitalier.

Il s'agit des spécialistes hospitaliers suivants: orthopédistes, gastro-entérologues, cardiologues, urologues, endocrinologues, etc..., et spécialistes déjà cités qui ont besoin pour les examens ou les soins de l'infrastructure hospitalière (par exemple , examen ophtalmique complexe, fibroscopie...).

Hommes	au moins une consultation pendant la période		pas de consultation pendant la période
0-7 jours	26	4,4%	567
7 jours-4 mois	70	13,2%	461
4-8 mois	24	9,5%	230
8-14 mois	17	9,7%	159
+ de 14 mois	4	3,8%	101

(***)

Nous notons l'importance des consultations dès l'entrée et la prépondérance dans la période du 7ème jour au 4ème mois de détention.

Dermatologues

Les dermatologues sont les plus souvent demandés parmi les médecins vacataires

Hommes	Consultation pendant la période		Sans consultation
0 - 7 jours	10	17 %	583
7 j. à 4 mois	23	4,3 %	508
4 à 8 mois	14	5,6 %	238
8 à 14 mois	5	2,8 %	171
> 14 mois	1	1 %	103

Femmes	Consultation pendant la période		Sans consultation
0 - 7 jours	6		10
7 j. à 4 mois	3		10
4 à 8 mois	1		4
8 à 14 mois	1		4
> 14 mois	1		4

Dès leur entrée en prison, 1,7% des sujets ont une consultation avec le dermatologue. Si le chiffre est très faible, il indique cependant la notion de l'urgence de prise en charge d'une pathologie antérieure à l'incarcération.

Chez les hommes, la tendance est d'observer une prépondérance des consultations dermatologiques pendant la période de 7 jours à 8 mois de détention.

Chez les femmes, les consultations sont plus systématiques à l'entrée (6 cas sur 10) car elles entrent dans le cadre de la vénérologie avec dépistage des maladies sexuellement transmissibles. La tendance est d'observer une fréquence de ces consultations nettement supérieure à celle des hommes incarcérés et ceci même au cours du séjour.

Ophthalmologues

Les ophtalmologues font l'objet d'une analyse plus fine car les prescriptions de verres correcteurs sont le reflet de troubles de la vue pouvant être spécifiques de la vie en détention.

Comme les consultations ophtalmologiques ne sont pas toujours inscrites dans les dossiers médicaux pénitentiaires, il nous a paru opportun de reprendre les cahiers de consultations et de prescriptions spécifiques aux ophtalmologues de St Paul et St Joseph.

Pour 701 hommes de l'enquête, 65 ont consulté un ophtalmologue venant en maison d'arrêt, pendant la durée de leur incarcération, soit 9,3 %.

Les 65 personnes ont vu ce spécialiste 1,3 en moyenne.

Le délai entre les dates de l'entrée en prison et de première consultation ophtalmologique est de 175,3 jours en moyenne avec une grande variation = de 5 à 655 jours (écart-type = 157,2). Autrement dit, 70,5 % des 65 personnes ont vu l'ophtalmologue après plus de deux mois de détention. Ce délai n'est sûrement pas seulement dû au temps d'attente nécessaire pour voir

ce spécialiste ; il peut être attribué à un délai d'apparition de troubles de la vue.

Quels sont les diagnostics retenus par l'ophtalmologue : (65 personnes mais 75 diagnostics)

- lunettes	47	% sur 65	72,3 %
- irritation, fatigue oculaire	10		15,4 %
- conjonctivite, keratite, uréite	6		9,2 %
- pas de pathologie	4		6,2 %
- divers	8		12,3 %

Dans tous les cas de prescription de verres correcteurs, il s'agit de lunettes. L'ophtalmologue intervient diversement en adaptant sa prescription à chaque cas mais aussi à l'environnement : pour 47 de ses interventions nous notons :

- prescriptions de lunettes aux frais de l'administration pénitentiaire (A.P.), réalisées		13
- prescriptions de lunettes aux frais de l'A.P. non obtenues		1
- prescriptions de lunettes aux frais du sujet :		
. réalisées		6
. non faites		13
. non précisées		5
- certificat pour l'entrée de lunettes depuis l'extérieur		4
- demande de consultations hospitalières pour la prescription de lunettes		3
- orientation sur l'opticien		2

L'art d'exercer l'ophtalmologie en prison est difficile puisque dans 18,7 % des consultations, la prescription ne sera pas suivie d'effet.

De l'expérience de l'opticien, la correction apportée par les lunettes est souvent de + 0,5 dioptries, c'est-à-dire la correction d'une myopie faible. Ce type de prescription est, selon lui, faible en médecine de ville.

Médecins hospitaliers

Dans cette rubrique ont été inclus tous les médecins spécialisés qui n'assurent pas de consultation en milieu intra-carcéral.

Hommes	Avec consultation hospitalière pendant la période		Sans consultation hospitalière
0 - 7 jours	5	1 %	588
7 j. à 4 mois	28	5,3 %	503
4 à 8 mois	8	3,2 %	246
8 à 14 mois	7	4 %	169
> 14 mois	1	1 %	103

(***)

Seules 3 personnes sur les 49 inventoriées ont consulté 2 fois.

Autrement dit 7,8% des personnes incarcérées de sexe masculin sont amenées à avoir une consultation en milieu hospitalier au cours de leur séjour (46/593). Ce chiffre, relativement faible, ne fait pas état des consultations de spécialistes lors d'une hospitalisation.

Psychiatres

METHODOLOGIE

Les relevés effectués au moyen du dossier médical (Q5) concernant les soins à visée psychiatrique ou psychologique se sont révélés après dépouillement, insuffisants et inadaptés à l'évaluation de cette activité. En effet, deux équipes médicales coexistent dans la prison : l'équipe de médecins pénitentiaires et l'équipe du SMPR. Chaque équipe possède ses propres dossiers, la précarité des conditions de travail, la surcharge de travail en raison de l'importante demande rend, en pratique, difficile la centralisation des informations concernant les détenus. Beaucoup d'échanges ont lieu de façon informelle entre les deux équipes évitant ainsi, la plupart du temps, les doubles prises en charge et les interventions redondantes. Une centralisation est cependant effectuée au moment de la préparation des médicaments. Un surveillant-sanitaire est affecté à la préparation des fioles des détenus de la détention au vu des prescriptions transmises par le SMPR ou par le service médical.

Au fil des ans les deux équipes ont aussi délimité leur champ d'action en matière de soins psychiatriques.

En pratique : l'interne de médecine générale qui examine tous les entrants prescrit des psychotropes (anxiolytiques ou somnifères la plupart du temps) pour une courte durée, incite le détenu à faire appel au service psychiatrique pour renouveler la prescription ou signale celui-ci au SMPR si sa demande présente un caractère d'urgence, ou si son état nécessite des soins aigus.

En cours de détention le service de médecine s'abstient la plupart du temps de toute prescription de psychotrope même en cas de pathologie simple (insomnie par exemple) pour renvoyer le patient vers le SMPR.

Bien évidemment la prescription médicale de psychotropes ne reflète pas la réalité de la consommation. Un certain nombre de psychotropes sont ainsi donnés hors prescriptions, ponctuellement, par les infirmiers, voire les surveillants sanitaires (la nuit ou le week-end). Beaucoup de psychotropes transitent ainsi par les parloirs et sont l'objet de divers trafics en raison de la forte demande toxicomaniaque, qui n'est pas, loin s'en faut, le seul apanage de détenus repérés comme toxicomanes.

Pour obtenir les résultats présentés dans ce chapitre et tenter de donner une vision plus conforme de l'activité médicale dans ce domaine de soins, nous avons restreint la recherche au seul cadre des prisons St Paul et St Joseph et avons utilisé plusieurs sources.

1 - dossier médical

2 - cahier de consultation du SMPR où sont répertoriées toutes les consultations psychiatriques

3 - fiches de traitements et cahiers de traitements.

Toutes ces données ont été croisées et coordonnées.

Ainsi ont pu être relevés :

- l'ensemble des prescriptions effectuées sur St Paul et St Joseph,

- la totalité des consultations effectuées à St Paul par des psychiatres (ou venant consulter des détenus incarcérés à St Joseph et à St Paul),

- les consultations suivies de prescriptions effectuées par des généralistes à St Paul et St Joseph,

- les consultations suivies de prescriptions effectuées par des psychiatres à St Joseph (venant consulter dans les locaux de l'infirmierie de St Joseph).

RESULTATS

L'échantillon réduit aux entrants aux prisons St Paul et St Joseph, comporte 701 détenus.

240 détenus (34,2 %) ont :

- soit bénéficié d'un traitement psychotrope prescrit par un généraliste,

- soit bénéficié d'une consultation psychiatrique, au moins, suivie ou non de traitement.

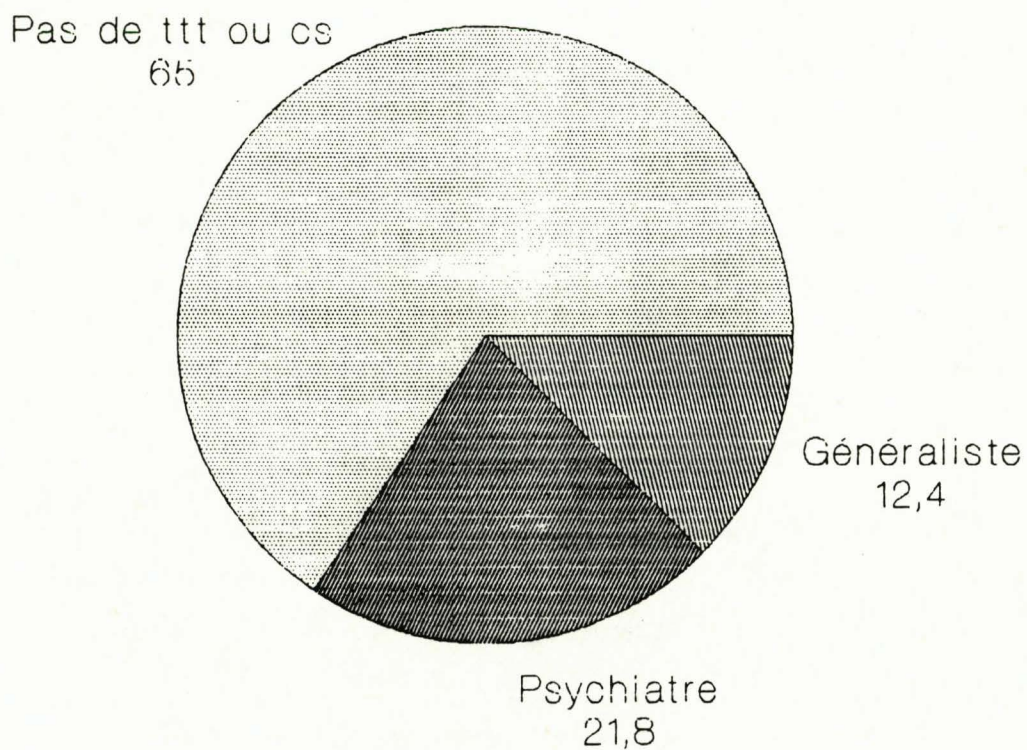
87 détenus (12,4 %)

- ont eu un traitement psychotrope prescrit par un généraliste sans consultation psychiatrique par la suite.

153 détenus (21,8 %)

- ont bénéficié d'une consultation psychiatrique (suivi ou non de prescription de psychotrope) précédée ou non d'un traitement prescrit par un médecin généraliste.

Consommation de soins psychiatriques en prison

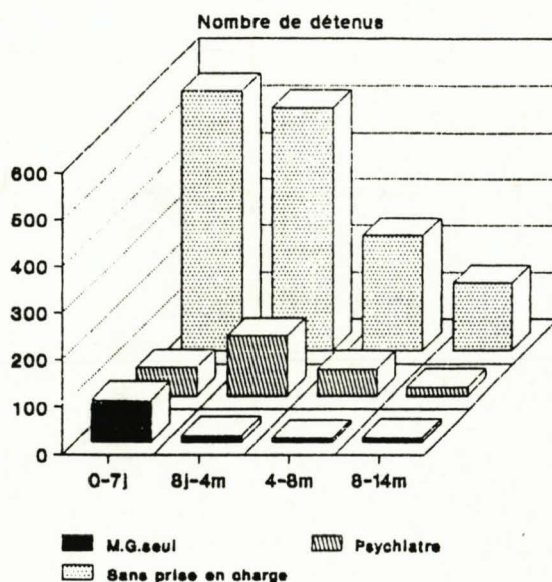


1 - Nombre de détenus ayant consulté (par période)

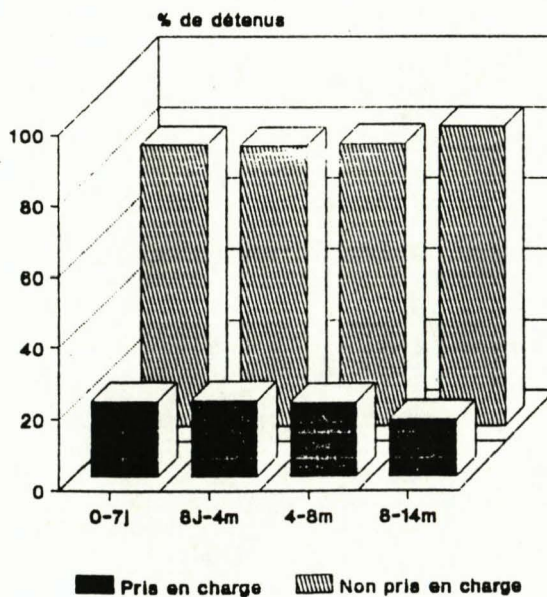
	Z à 0 - 7 jours		P 7 j.- 4mois		Q 4 - 8 mois		R 8 - 14 mois	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MG. seulement	87	12,4	13	1,97	7	2,27	4	2,32
Psychiatre	59	8,4	126	19,14	56	18,18	18	10,46
Total	146	20,48	139	21,12	63	20,45	27	15,69
Ss prise en ch.	555	79,17	519	78,87	245	79,54	145	84,30
Effectif estimé	701	100%	658	100%	308	100%	172	100%

Commentaires : dans les premiers jours la consultation et la prescription de psychotrope est faite principalement par les généralistes, ce rapport s'inverse dès la deuxième période. Ceci correspond bien au mode de fonctionnement des deux services comme nous l'avons noté plus haut. Dans 59 cas, cependant, après avoir été examiné à leur entrée par le médecin généraliste les détenus ont demandé très rapidement une consultation psychiatrique soit de leur propre chef, soit après avoir été signalé par les différents intervenants de la prison.

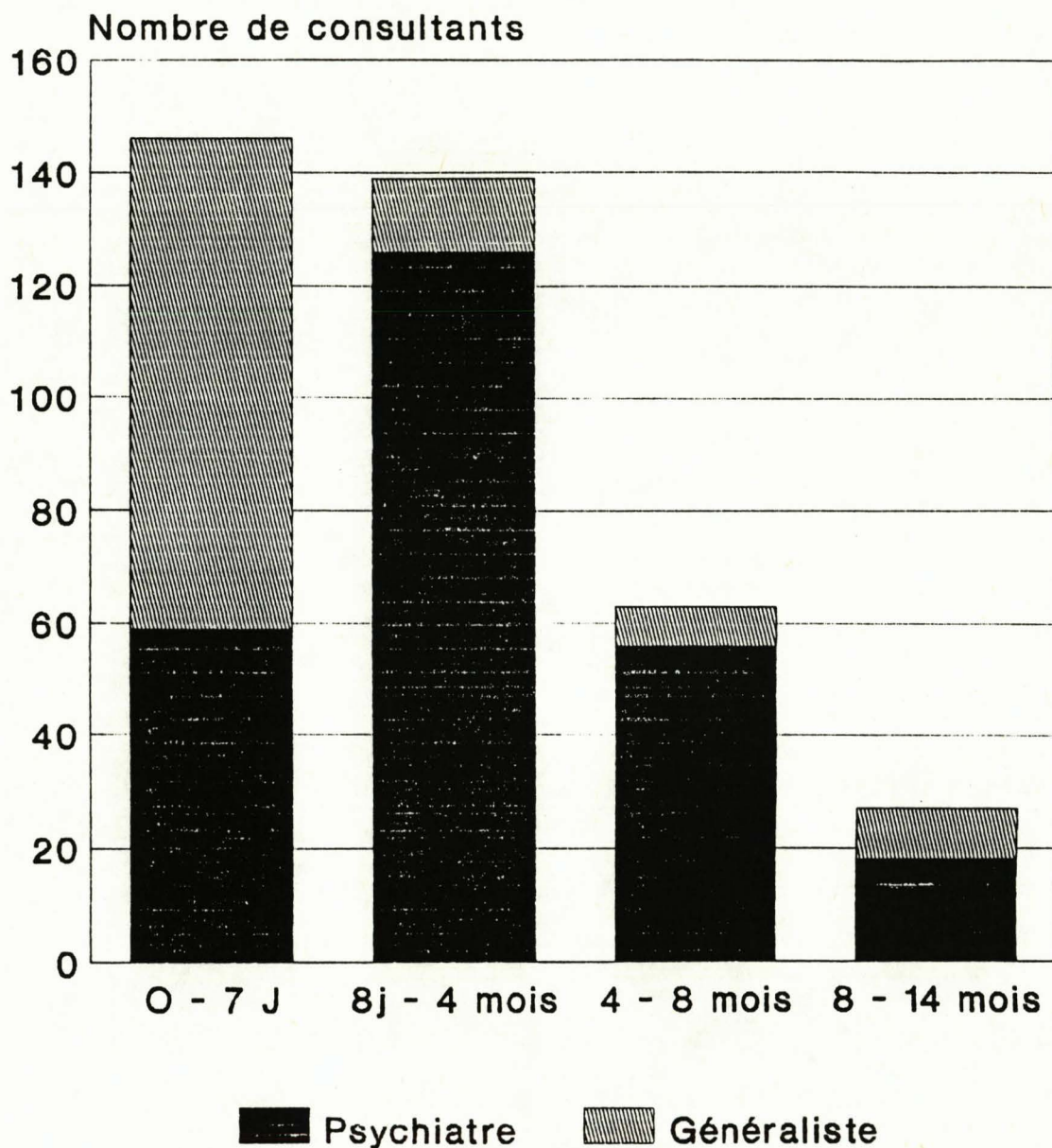
Nombre de détenus ayant consulté par période



Détenus pris en charge (en pourcentages)



Nombre détenus ayant consulté par période



Les consultations figurant dans les périodes P, Q et R et attribuées aux médecins généralistes sont vraisemblablement des consultations effectuées par les médecins psychiatres consultant à l'infirmierie de St Joseph et répertoriées sur les dossiers médicaux (à la différence des consultations effectuées au SMPR).

Le rapport entre sujets consommateurs de soins psychiatriques et sujets n'ayant pas consulté, ne varie pas de façon statistiquement significative d'une période à l'autre. La demande est constante concernant environ 20 % de la population tout au long de la détention.

Par contre, le rapport intervention médecin généraliste/intervention des médecins psychiatres varie significativement entre la première période et la suivante ($P = 9 \cdot 10^{-5}$) comme l'indique le tableau suivant (cf aussi schéma).

	Z	P	Q	R
MG seul	59,5 %	9,35 %	11,1 %	33,3 %
Psychiatre	40	90,64 %	88,8 %	66,6 %

NB : - l'effectif en période R est probablement surestimé car obtenu par déduction des sorties de prison.

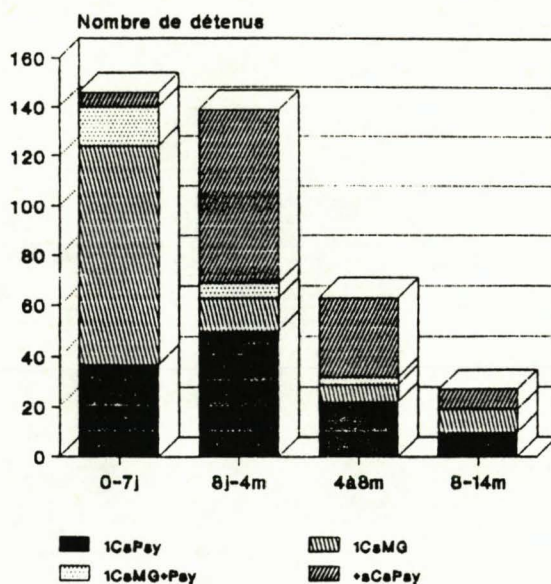
- les résultats présentés dans ce chapitre ne prennent pas en compte les détenus affectés au SMPR. Ni la consultation, ni les traitements prodigués aux patients admis au SMPR ne figurent donc sur les tableaux. Ceux-ci concernent donc exclusivement l'activité du SMPR s'adressant aux détenus en détention ordinaire.

2 -Nombre de consultations par période et par détenu.

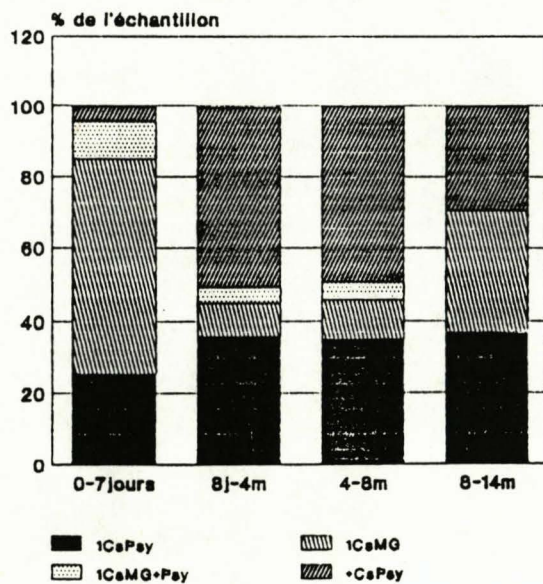
	Z		P		Q		R	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Consult psych.	37	25,3	50	35,9	22	34,9	10	37,03
1Consult.Méd. Génée.	87	59,58	13	9	7	11,1	9	33,33
1 MG ou plus. psy.	16	10,95	6	4,3	3	4,7	0	0
Plusieurs psych.	6	4	70	50,3	31	49,2	8	29,6
Total	146	100%	139	100%	63	100%	27	100%

Commentaires : Ce tableau indique bien la répartition et le type d'intervention que sont amenés à effectuer les psychiatres : un pourcentage relativement stable (aux environs de 35 %) concerne des interventions ponctuelles : moments de crise, prescription momentanée d'hypnotiques ou d'anxiolytiques, soutien transitoire. Le reste des interventions concerne des prises en charge plus ou moins régulières, témoignant de la nécessité d'un soutien prolongé dans le temps.

Moyenne consultations par période et par détenu



Moyenne consultations par période et par détenu



3 - Consultations psychiatriques

a) Nombre de consultations psychiatriques par période et par détenu

	Z		P		Q		R	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 cs	50	84,74	50	45,04	22	39,2	10	55,55
2-3 cs	5	8,47	45	40,54	16	28,57	0	0
> 4 cs	4	6,7	16	14,41	18	32,14	8	44,44
Total	59	100	111	100	56	100	18	100

P = 0,043

b) Nombre de consultations psychiatriques sur l'ensemble de l'incarcération

Nombre de consultation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
Nombre de détenus	57	32	17	13	5	6	5	2	2	2	12

soit en regroupant les chiffres

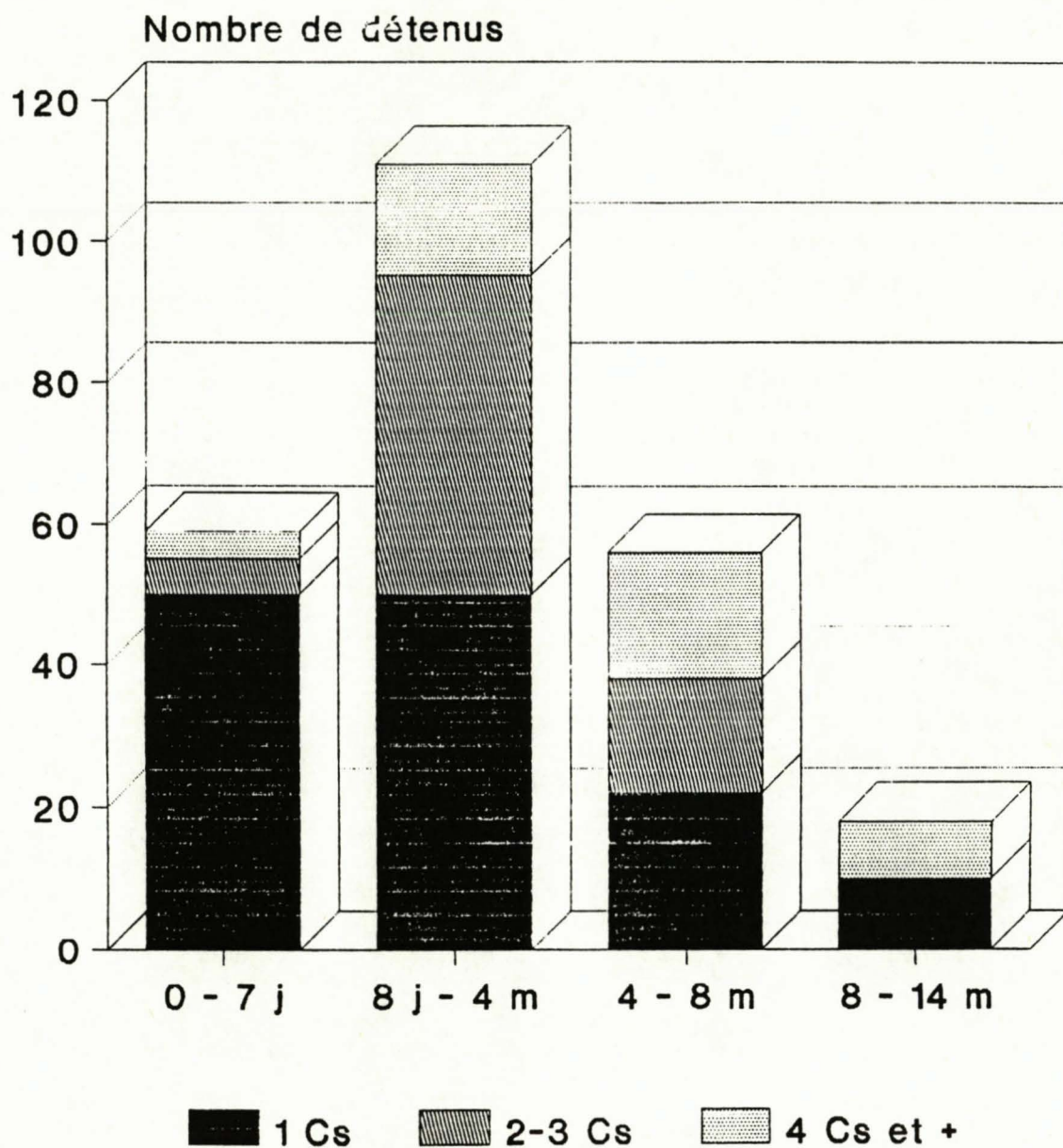
n	cs	1 ou 2	3 - 9	> 10
n	dét.	89 (58,16 %)	50 (32,6 %)	14 (9,19 %)

Total 153

en regroupant d'une autre façon

n	cs	1	2 - 4	> 5
n	dét.	57 (37,25 %)	62 (40,52 %)	34 (22,22 %)

Nombre de Cs Psy par période et par détenu



c) Délai entre entrée et première consultation

147 détenus ont eu une consultation psychiatrique

durée en jours	0-3	4-12	13-31	32-61	62 et +
nombre	26	41	22	25	33

Moyenne 43 jours

Médiane 19 jours

Commentaires : la consultation pour les périodes P, Q et R, correspond à une consultation mensuelle. Nous constatons que la proportion des prises en charge régulières croît à mesure que l'incarcération s'allonge pour représenter près de la moitié des prises en charge après 8 mois d'incarcération. Ceci peut être considéré comme l'amorce d'un travail d'introspection, l'instauration d'une relation thérapeutique ou une difficulté plus grande à supporter la détention. Quand la consultation psychiatrique a été précédée d'une consultation par un médecin généraliste, celle-ci a eu lieu dans 8 cas sur 19 dans les 3 ou 4 jours précédents. Il faut noter que les détenus ont bénéficié de plus de 4 consultations psychiatriques dans la première semaine d'incarcération. Ceci survient chez des sujets présentant une pathologie importante, par la suite au SMPR, ou présentant une demande très envahissante (manque, revendication ...)

A remarquer aussi que 43 détenus ont vu un psychiatre dans les 8 premiers jours de leur incarcération (soit 6 % de l'échantillon) et que la première consultation survient dans 77,6 % des cas de détenus suivis dans les deux premiers mois.

d) Profil de prise en charge

	Mode de prise en charge	n	%
A	1 ou 2 cs seulement	89	56
B	prise en charge régulière pendant une partie de l'incarcération	12	7,5
C	Prise en charge régulière pendant toute l'incarcération	36	22,6
D	Prise en charge irrégulière pendant toute l'incarcération	22	13,8

(le total (159) est supérieur de 6 unités aux 153 détenus recensés le double compte de certains cas est dû au mode de dépouillement des données).

Commentaires : un certain nombre de détenus connaissent des périodes critiques (approche du procès, séparations, difficultés de cohabitation) aux cours desquelles ils sollicitent un soutien important. Une fois que le problème auquel ils sont confrontés est résolu ou estompé, ils s'intègrent mieux à la détention et ne donnent plus suite à la prise en charge.

e) Délai entre dernière consultation psychiatrique et fin de l'incarcération

Pour 93 personnes qui ont eu une ou plusieurs consultations psychiatriques et dont la date de la dernière consultation et la date de fin d'incarcération sont connues le délai est le suivant :

Q1 = 10 jours Médiane 33 j Q3 = 70 j

moyenne : 54,29 j

Dans 25 % des cas, la dernière consultation a eu lieu moins de 10 jours avant la sortie.

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Nous avons relevé l'ensemble des prescriptions à visée psychotrope concernant les détenus de l'échantillon pendant les quatre premières périodes de l'enquête.

Dans les tableaux suivants est donc présentée la liste des médicaments prescrits que se soit à l'issue des consultations de généralistes ou que ce soit à l'issue de consultations psychiatriques.

Les traitements sont généralement prescrits pendant une période de un mois (sauf exception, par exemple à l'entrée). Sans nouvelle prescription médicale l'arrêt du traitement survient de façon quasi automatique (les traitements sont parfois prolongés pendant quelques jours à l'initiation des infirmiers dans l'attente d'une nouvelle consultation).

Certains médicaments peuvent paraître sur-représentés, à certaines périodes, alors qu'ils sont rarement prescrits ils correspondent dans ce cas à une prescription de ce médicament qui est renouvelée à plusieurs reprises, pour le même détenu (ex du Vivalan ou du Melleril). Le regroupement en classe thérapeutique permet de donner une vision plus fidèle de la prescription. De même l'identification des

médicaments les plus prescrits correspond bien à l'expérience clinique que nous en avons.

Les tableaux suivants ne peuvent prétendre à rendre compte de l'ensemble de la circulation et de la consommation de psychotropes dans la prison pour les raisons que nous avons indiquées plus haut. Néanmoins, nous disposons ainsi d'un élément fiable permettant d'apprécier la réponse médicale aux plaintes psychiques, d'évaluer les habitudes de prescription et de pouvoir faire évaluer celles-ci.

Tableaux présentés :

- a - Nombre de patients sous traitement médicamenteux par période.
 - b - Nature et volume des médicaments prescrits par période.
 - c - Nom DCI des médicaments prescrits
 - d - Hiérarchisation des médicaments prescrits.
 - e - Classes de médicaments prescrits.
 - f - Classes de médicaments prescrits par période.
- a - Nombre de patients sous traitement médicamenteux par période

	Z		P		Q		R	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Détenus sous trait.	116	16,5	117	17,78	44	14,28	19	11,04
Détenus ayt consult.	146	20,8	139	21,12	63	20,45	27	15,07
Détenus sans trait.	586	83,45	541	82,21	264	85,71	153	88,95
Effectif théorique	701	100%	658	100%	308	100%	172	100%

(les pourcentages sont calculés en fonction de l'effectif théorique, la somme des pourcentages dépasse les 100 % car nous avons rajouté pour permettre les comparaisons une ligne comportant le nombre et le pourcentage des détenus ayant consulté un psychiatre ou un généraliste. Le 100 % s'obtient en additionnant les lignes A + C)

Il est à relever que pour les consultations psychiatriques :

- 153 détenus ont consulté un psychiatre au moins une fois sur l'ensemble de la détention
- 74 premières consultations n'ont pas été suivies de prescription
- Dans 6 cas le psychiatre a poursuivi la prescription du généraliste
- Et dans 22 cas plusieurs consultations psychiatriques ont eu lieu en première période sans être suivies de prescription.

Le tableau indique que la proportion de détenus sous traitement n'évolue pas de façon significative tout au long de la détention. Cette proportion reste parallèle à la proportion de détenus qui consultent.

Commentaires : Ces tableaux soulignent l'homogénéité de la prescription. Les médicaments à visée anxiolytique ou sédatrice sont très largement prescrits, loin devant les médicaments antidépresseurs et, plus surprenant, les hypnotiques. Il n'y a pas de période qui entraîne des modifications que ce soit dans le nombre de détenus sous traitement, ou que ce soit dans la qualité de la prescription.

Par contre, nous constatons, comme pour les consultations, une prédominance des prescriptions effectuées par les médecins généralistes en période Z, tendance qui s'inverse par la suite.

Le volume de prescriptions n'évolue pas dans des proportions sensibles puisqu'en considérant en période P, Q, R (chacune de 4 mois) nous relevons une moyenne de :

2,02 prescriptions par détenu en période P

2,45 prescriptions par détenu en période Q

2,8 prescriptions par détenu en période R

La légère augmentation peut être due à un meilleur recueil des données (taille de l'échantillon diminuant à chaque période) ou plutôt à l'instauration de traitements réguliers qui finissent par être pérennisés quand la détention se poursuit.

PLAINTES OU DIAGNOSTICS NOTES A L'ENTREE

TRAITEMENT DONNE

Nous avons relevé les différentes plaintes ou antécédents mis en avant par les détenus à leur entrée ainsi que les diagnostics portés alors par le médecin. Ce relevé a pu être possible dans 82 cas. Le tableau récapitulatif indique la cohérence de la prescription.

Les neuroleptiques sédatifs trouvent leur principale indication dans le traitement du syndrome de sevrage des toxicomanes tandis que les anxiolytiques sont prescrits de façon quasi égale dans la plupart des pathologies relevées. Les antidépresseurs sont peu prescrits, comme tout au long de la détention. Cette observation est cohérente avec celle que nous avons faite en décrivant les syndromes subjectifs, les manifestations anxieuses diminuant dans la plupart des cas les autres

souffrances et en particulier la souffrance dépressive. Peu de tableaux dépressifs francs se manifestent en prison et appellent une prescription bien codifiée. Le thérapeute tatonne la plupart du temps et tente de répondre à la demande immédiate sans réussir à véritablement mettre en route un traitement sur le long terme, du moins sur le plan pharmacologique.

EVOLUTION DES DOSES DE MEDICAMENTS

Les médicaments les plus prescrits sont le THERALENE, le TEMESTA et l'IMOVANE.

Evolution des doses prescrites en fonction des périodes d'incarcération

THERALENE

Dose	Z	P	Q	
< 30 gttes/j	16	8	3	
> 30 gttes/j	3	14	4	P = 6,4 10 ⁻³ **

Nous relevons une augmentation significative de la dose de la période Z à la période P (sans jamais excéder cependant 100 gouttes/j).

Ceci est principalement à interpréter comme la modification de la qualité du prescripteur : le psychiatre plus familier des psychotropes n'hésite pas à prescrire des doses plus élevées que le psychiatre.

NATURE ET VOLUME DES MEDICAMENTS PRESCRITS PAR PERIODE

Tableau b

	Z		P		Q		R		TOTAL		TOTAL
	MG	PSY	MG	PSY	MG	PSY	MG	PSY	MG	PSY	
ANXIOLYTIQUES											
TEMESTA	22	5	5	20	1	14	0	12	28	51	79
XANAX	1	0	0	19	1	11	1	6	3	36	39
SERESTA	7	3	4	12	2	3	1	2	14	20	34
LYSANXIA	14	1	5	8	1	2	2	0	22	11	33
LEXOMIL	5	1	1	9	1	2	0	0	7	12	19
URBANYL	3	2	0	2	0	0	0	4	3	8	11
ATARAX	0	1	1	4	1	2	0	0	2	7	9
VALIUM	0	0	0	5	0	2	0	0	0	7	7
ATRIUM	1	0	0	2	0	1	1	0	2	3	5
EQUANIL	2	1	0	1	0	0	0	0	2	2	4
TRANXENE	3	0	0	0	2	0	0	0	5	0	5
BUSPAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APRANAX	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	59	14	16	82	9	37	5	24	89	157	246
HYPNOTIQUES											
IMORANE	13	1	4	29	3	15	2	6	22	51	73
ROHYPNOL	7	1	3	15	3	6	0	1	13	23	36
MOGADON	3	0	1	1	0	0	0	0	4	1	5
NOCTRAN	2	1	1	0	0	0	0	1	3	2	5
HALCION	2	0	1	1	0	0	0	0	3	1	4
TOTAL	27	3	10	46	9	21	2	8	45	78	123
ANTI-DEPRESSEURS											
LAROXYL	2	0	1	2	1	1	2	0	6	3	9
VIRALAN	0	0	0	5	0	3	0	1	0	9	9
ATHYMIL	0	2	1	2	0	0	0	0	1	4	5
SURVECTOR	1	0	3	0	1	0	1	0	6	0	6
PROTHIADON	2	0	0	1	0	0	0	0	2	1	3
ANAFRANIL	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
LUDIOMIL	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOFRANIL	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	7	2	5	11	2	4	3	1	17	18	35
NEUROLEPTIQUES SEDATIFS											
THERALENE	25	12	2	37	2	21	0	8	29	78	107
NOZINAN	0	1	1	9	1	3	1	0	3	13	16
MELLERIL	3	1	0	7	0	1	0	0	3	9	12
TERCIAN	2	0	0	0	0	0	2	0	4	0	4
TOTAL	30	14	3	53	3	25	3	8	39	100	139
NEUROLEPTIQUES INCISIFS											
DOGMATIL	1	1	0	4	0	0	0	0	1	5	6
NEULEPTIL	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	3
HALDOL	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	2	1	0	6	0	1	0	0	2	8	10
T O T A L	125	34	34	198	20	88	13	41	192	361	553

MG : Médecin généraliste
 PSY : Psychiatre

Cette augmentation ne se retrouve pas pour le TEMESTA et l'IMOVANE.

TEMESTA

Dose	Z	P	Q	R
< 2 g/j	7	4	3	1
> 2 g/j	4	12	3	2

IMOVANE

Dose	Z	P	Q	R
0,5 cp	0	3	1	0
1 cp	3	16	7	3
2 cp	0	0	1	0

PATIENTS ADMIS AU SMPR

- 8 patients appartenant à l'échantillon ont été admis au SMPR
- compte tenu de l'activité habituelle du SMPR ce chiffre apparaît sensiblement sous estimé. Plusieurs raisons peuvent être évoquées :
 - recrutement régional des patients du SMPR
 - période de faible possibilité d'admission en raison de la sur-occupation des lits du SMPR
 - entrée directe en raison de l'acuité du trouble et échappement à la vigilance des enquêteurs.

1 - la durée de séjour au SMPR suivant la distribution :

1	2	3	4	5	6	7	8
19 j	141 j	45 j	90 j	140 j	500 j	8 j	6 j

soit une moyenne de 118 j. , médiane de 60 j.

2 - 4 détenus sur 8 ont été admis dans les 24 h. suivant leur incarcération

3 - diagnostic :

- psychose : 2
- état limite : 2
- trouble du caractère, psychopathies : 3
- sclérose latérale amyotrophique avec état maniaque : 1
- toxicomanie : 1

Total : 9 (un diagnostic double).

4 - 4 détenus ont bénéficié d'une chimiothérapie

16 prescriptions au total

accompagnées de 2 prescriptions de Neuroleptique Retard répétés dans le temps.

<u>Neur. Retard</u>	<u>Neur. Inc.</u>	<u>Neur. Sed.</u>	<u>Correcteurs</u>
Setiap	Haldol 1	Nozinan 1	Parkinane 2
Piportil L2	Fluankol 1		Akineton 1
<u>Anxiolytiques</u>	<u>Hypnotique</u>	<u>Régulateur de l'humeur</u>	
Equanil 3	Rohypnol 1	Dépamide 1	
Xanax 2			
Seresta 1			
Lexomil 1			

5 - Orientation à la sortie :

Retour en détention	3
Libérés peine écoulée.....	2
Libérés - placement d'office	2
Transfert	1

3 patients ont été hospitalisés à l'issue de leur détention

(2 PO - 1 PV)

EVOLUTION APRES LA DETENTION (Q 6)

Seul un nombre très restreint de réponses a pu être obtenu. Etaient concernés par ce questionnaire les détenus ayant répondu à 2 Q2 ou Q3 successifs, acceptant de donner un numéro de téléphone à l'issue de leur détention et qui ont pu effectivement été recontactés.

10 réponses ont été obtenues au moyen d'un entretien semi-directif au cours duquel étaient abordés les points suivants :

1 - appétit - sommeil - état de santé

2 - rencontre avec du personnel soignant depuis la sortie

3 - changement des habitudes de vie (tabac, alcool, hygiène (douches), café, drogue, activité, médicaments, sport, sexualité)

4 - changement ou amélioration de :vue, ouïe, gustation, toucher, sensation d'être bien dans son corps, moral

5 - existence de maux de tête, troubles mnésiques

6 - appréciation de l'évolution des effets négatifs de la prison.

10 entretiens ont pu être réalisés.

Bilan des résultats :

- 1 - 3 personnes ont rencontré du personnel soignant
1 personne a été hospitalisée
- 2 - 2 personnes estiment avoir un appétit perturbé
- 3 - 5 personnes estiment connaître un sommeil perturbé
- 4 - 6 personnes se plaignent d'une modification de leur vision, dont 5 personnes ressentent une baisse de leur acuité visuelle concernant la vision éloignée
- 5 - 6 personnes souffrent de maux de tête à des degrés divers
- 6 - 1 seule s'estime en mauvais état de santé
- 7 - 4 se trouvent renfermées, irritables, perturbées
- 8 - 2 estiment encore subir les effets négatifs de la prison
- 9 - 4 personnes ont sensiblement diminué leur consommation de tabac
- 10 - 7 estiment avoir une activité "normale" :travail ou activité occupationnelle

1 personne s'estime cependant en proie à une fatigue importante qui ne cède pas.

* * * *

L'échantillon est trop faible pour pouvoir être véritablement exploité sur le plan statistique. Néanmoins, l'importante prévalence des troubles de la vision persistant après l'incarcération concorde bien avec l'impression subjective ressentie. Une attention particulière devrait dorénavant être accordée à cette dimension. Entre certaines suggestions :

- dépistage et suivi ophtalmologique systématique
- modifications architecturales.

- la diminution du tabagisme peut être aussi comprise comme baisse de la tension anxieuse qui semble cependant persister à travers différents troubles fonctionnels (maux de tête, insomnie, irritabilité).

2 - OBSERVATION A PARTIR DU DOSSIER MEDICAL HOSPITALIER

- L'étude porte sur les hospitalisations au service réservé aux personnes incarcérées des Hospices Civils de Lyon de détenus incarcérés à Lyon, hommes et femmes. Il ne s'agit donc que d'une partie de l'activité de ce service qui accueille les détenus malades des 21 établissements de la région pénitentiaire Rhône-Alpes-Auvergne.
- 47 personnes ont été hospitalisées pendant la période d'étude, certaines plusieurs fois puisque 65 séjours ont été enregistrés.
- Elles se répartissent entre 45 hommes et 2 femmes. Le tableau suivant indique qu'il n'y a pas d'influence du sexe sur le risque d'hospitalisation.

	Hospitalisés		Popul.. de référence	
Pourcentage				
Hommes	45	/	729	6,17 }
Diff.				
Femmes	2	/	29	6,9 }
NS				
Total	47	/	758	6,2

• Il n'apparaît pas de différence significative au niveau des tranches d'âge entre l'ensemble des détenus et ceux qui doivent être hospitalisés.

• Une amorce de différence dans le risque peut être relevée aux dépens des détenus de nationalité étrangère :

	Nationalité étrangère	Nationalité française	Nationalité inconnue
Hospitalisés	17	28	0
Non hospitalisés	170	509	0

p = 8,6 10⁻²

• Le fait d'avoir été ou non hospitalisé dans les 12 mois précédant l'incarcération ne paraît pas influencer sur le risque de l'être pendant celle-ci.

• Par contre l'absence de couverture sociale à l'incarcération (comptenu de la subjectivité de réponse à ce sujet) peut être considérée comme un facteur de risque d'hospitalisation après avoir sans doute été corrélée à une négligence de soin plus ou moins prolongée.

	Pas de couverture sociale	Couverture sociale	Inconnu
Hospitalisés	26	17	2
Non hospitalisés	177	491	11

Une personne se déclarant non couverte socialement court donc 4,24 fois plus le risque d'être hospitalisée pendant son incarcération.

• L'analyse du moment de survenue de la première hospitalisation dans la période d'incarcération doit prendre en compte l'amont de celle-ci car un certain nombre de sujets sont hospitalisés dès le temps de garde à vue, voire avant que les poursuites s'engagent.

Délai incarcération 1ère hospitalisation	Nombre de cas
[- 100, - 3 jours [1
[- 3, + 1 jour [6
15 jours à 1 mois	5
1 à 2 mois	9
2 à 3 mois	6
3 à 4 mois	5
4 à 5 mois	1
Plus de 5 mois	10

Si dans 50 % des cas l'hospitalisation est survenue 70 jours et plus après l'écrou, dans 16 % elle a été nécessaire dès la privation de liberté, témoignant soit de la traumatologie contemporaine de l'arrestation, soit d'une pathologie antérieure ingérable a priori en milieu carcéral.

• Le nombre de sujets ayant besoin de plusieurs séjours hospitaliers - presque 15 % puisque 7/47- apparaît relativement élevé en regard de la période d'étude assez brève, du sexe et du jeune âge dans la population concernée. Parmi ces sujets, 2 étaient séropositifs VIH en ARC ou SIDA, 2 cumulaient toxicomanie et autres affections, 2 présentaient des pathologies digestives relevant de la chirurgie, 1 était en phase évolutive d'une sclérose en plaques.

Le très petit nombre de femmes (2) hospitalisées ne permet pas d'interpréter qu'elles aient cumulé 8 séjours.

- La durée moyenne de séjour hospitalier s'établit à 13,3 jours pour la 1ère hospitalisation (minimum 1 jour, maximum 131 jours) et à 14,44 jours pour les suivantes (minimum 2 jours, maximum 49 jours). La différence entre 1er séjour et séjours ultérieurs n'est pas significative, non plus que celle entre séjours masculins et féminins.

- Diagnostics uniques ou multiples posés en milieu hospitalier (antécédents pathologiques non compris)

	1ère hosp.	Hosp. ultérieures	Entrée en prison
Diagnostic unique	15	2	188
Diagnostics multiples	32	6	105

Si aucune différence significative n'apparaît entre nombre de pathologies relevées et nombre d'hospitalisations, l'écart est flagrant entre ce qui est observé à l'entrée en prison et à l'entrée à l'hôpital où les diagnostics multiples sont presque deux fois plus fréquents : ceci reflète en proportions indiscernables les différences de morbidité et de degré d'investigation.

• Nature des pathologies observées

Il nous a paru intéressant de les comparer avec celles observées dans le dossier de soin pénitentiaire à la période P.

	Hospitalisés (47 sujets dont 2 femmes)		Détenus hommes période 0 à 7 jours (593 sujets dont 293 ont fait l'objet d'au moins un diagnostic		
	D. porté	D. non porté	D. porté	D. non porté	
Toxicomanie	23	24	18	575	***
Pathologie digestive et hépatique	29	18	39	554	***
Pathologie trauma	6	41	33	560	NS
Extraction dentaire	4	43	7	586	**
Séropositivité et Sida	3	44			
Neurologie	8	39	14	579	***
Psychiatrie	7	40	143	450	NS
Rhumatologie	2	45			
Dermatologie	2	45	39	554	NS
Urologie	3	44	11	582	NS
Tentatives suicide	4	43	3	590	

Si la toxicomanie vient au premier rang des pathologies observées, elle ne constitue que rarement le motif immédiat d'hospitalisation ; celui-ci correspond en effet le plus souvent aux complications infectieuses que sont les hépatites virales et la séropositivité VIH ; ainsi sont à corréler les sur-représentations des catégories "toxicomanie" et "pathologie digestive et hépatique". Il est par ailleurs intéressant de noter que la moitié seulement des antécédents de toxicomanie repérés dans l'observation hospitalière l'avaient déjà été dans les 7 premiers jours d'incarcération ; ceci tend à indiquer que cette conduite légalement répréhensible s'exprime avec plus de réticence en milieu

carcéral qu'en milieu hospitalier, ce qui fixe les limites de fiabilité d'un dépistage (de séropositivité VIH par exemple) étayé sur la seule confiance d'un comportement à risque.

Les autres domaines de pathologie sur-représentés dans l'activité hospitalière sont la neurologie (ce qui s'explique aisément par le plateau technique de plus en plus sophistiqué que nécessite l'exploration diagnostique dans cette discipline) et la stomatologie (ce qui reflète un état de délabrement dentaire tel chez certains détenus -toxicomanes entre autres- qu'il ne laisse plus d'autre recours que des extractions plus ou moins multiples).

Il est par contre assez rare que les troubles psychologiques -en dehors des passages à l'acte suicidaire- dépassent les possibilités de prise en charge du S.M.P.R. et nécessitent à eux seuls l'hospitalisation ; lorsque cela arrive, il s'agit généralement d'affections psychiatriques sévères, pré-existant à l'incarcération et ayant jusque-là échappé à toute prise en soin.

• Types de traitements médicamenteux (pendant la 1ère hospitalisation).

Le tableau suivant tente de comparer, par grandes catégories d'impact, les médicaments prescrits pendant l'hospitalisation et ceux prescrits en détention au cours de la période de 4 à 8 mois, dans laquelle se manifeste un maximum de troubles d'allure somatique.

	Hospitalisés (47 sujets dont 2 femmes)		Détenus hommes Période (4 à 8 mois) Effectifs estimés : 252 pers.	
Aucun traitement	12	25,5 %	162	64,3 %
Antibiotiques	13	27,65 %	28	11 %
Anti-inflammatoires				
Anti-oédémateux	5	10,6 %	37	14,7 %
Antalgiques	8	17 %		
Anticoagulants	8	17 %		
A visée gastro- entérologique	9	19,1 %	16	6,3 %
Psychotropes (y compris hypnotiques barbituriques)	21	44,7 %	44	17,5 %
A visée pulmonaire	4	8,5 %	15	6 %
Neurologique	2	4,25 %		
Ophthalmologique	2	4,25 %		
Corticoïde	2	4,25 %		

Un quart des malades, bien qu'hospitalisés, n'ont pas reçu de traitement médicamenteux ; ils étaient souvent admis pour des bilans soit initiaux et qui n'ont pas mis en évidence de pathologie, soit de surveillance. La forte prescription de psychotropes correspond en fait, dans la plupart des cas, à des somnifères dont la demande, déjà croissante en milieu hospitalier, se fait encore plus prenante chez des sujets soucieux d'"oublier" au moins la nuit la double privation de validité et de liberté. Les autres écarts correspondent à ceux que l'on retrouve habituellement entre prescriptions hospitalières et ambulatoires.

• Domaines d'intervention chirurgicale

Des indications opératoires ont été posées à l'occasion de 30 des 65 séjours (46 %) et un patient a refusé l'intervention. Vingt neuf ont donc été réalisées :

- 7 en chirurgie digestive
- 5 en stomatologie
- 5 en traumatologie
- 3 pour réanimation (intubation, pose de voie centrale)
- 3 en petite chirurgie
- 2 en chirurgie orthopédique non post-traumatique
- 2 en urologie
- 1 en chirurgie vasculaire
- 1 en chirurgie thoracique (post-traumatique).

Par ailleurs, 2 séjours furent motivés par des indications de kinésithérapie spécialisées (urologique et orthopédique).

La fréquence comme la nature des indications chirurgicales confirment, si besoin était, l'organicité des pathologies rencontrées. La traumatologie, en particulier celle entourant le délit et/ou les circonstances d'arrestation, parfois une tentative d'évasion reflète une inclinaison vers les conduites de risque dont il n'est pas rare que la délinquance elle-même fasse partie. Près du quart des gestes de chirurgie digestive, réanimation ou petite chirurgie furent motivés par des tentatives de suicide ou des équivalents suicidaires. La quasi totalité des interventions stomatologiques "sanctionnait" une longue négligence du capital dentaire.

Face à ces opérés plus encore peut-être qu'aux autres patients, le problème de relais de soin s'est souvent posé de façon préoccupante, en l'absence d'autre alternative à l'hospitalisation que les infirmeries

pénitentiaires souvent démunés, toujours exigües. L'attention à porter au suivi aussi bien somatique que psychologique de toute prise en soin engagée nous paraît d'autant plus importante que cette expérience initiale de réparation a souvent ouvert le patient sur une nouvelle représentation de lui-même, davantage tournée vers la vie mais restant à conforter.

LA SEXUALITE EN PRISON (enquête du Dr. Gérard PAGNON)

L'enquête s'est faite dans deux sortes d'établissements : les Maisons d'Arrêt et les Maisons Centrales.

L'enquête dans les Maisons d'Arrêt s'est faite à La Santé, à Saint-Paul et Saint-Joseph à Lyon et à la M.A. de Besançon. 103 détenus ont répondu au questionnaire : 45 % de prévenus et 58 % de condamnés.

Les détenus de cet échantillon étaient âgés :

de 20 à 30 ans pour 50 %

de 30 à 40 ans pour 30 %

de 40 à 50 ans pour 15 %.

Les pourcentages restant se partageant entre les moins de 20 ans et les plus de 50 ans.

Les modifications les plus notables du comportement sexuel comparables entre la période avant l'incarcération et après l'incarcération sont les suivantes :

- augmentation notable des masturbations en prison (de 50 %),

- 42 % disent lire des revues pornographiques en détention, alors qu'aucun n'avait ces lectures en vie libre,
- les troubles de la sexualité à type de difficultés d'érection, d'éjaculation précoce ou difficile augmentent de 10 % en prison.

Cette enquête révèle qu'il existe maintenant une sexualité des parloirs. 81 % des détenus ont bénéficié de parloir et 30 % sont passés à l'acte sexuel, 2 % obtenant même des fécondations.

Il apparaît que dans les conditions du parloir, les troubles sexuels ont augmenté par rapport aux troubles antérieurs connus. 9 % ont présenté des difficultés et seulement 3 % connaissaient leur gêne antérieurement.

Les permissions de sortir sont également l'occasion de relations sexuelles. Seulement 9 % ont bénéficié de ces permissions et 8 % ont eu des rapports sexuels, 3 % ont eu des difficultés de type éjaculation précoce ou érection difficile.

La réflexion des détenus en Maison d'Arrêt concernant le rapport entre sexualité et réinsertion est appréciée de la façon suivante :

- 64 % des détenus pensent que le maintien des capacités sexuelles est très important,
- 17 % le pense moyennement important,
- 4 % sans importance.

Le SIDA est un sujet d'inquiétude pour 54 % et 29 % ont demandé à être dépisté, un seul parle de sa séropositivité, 13 % utilisent des préservatifs.

L'enquête dans les Maisons Centrales : cette enquête a eu lieu à la Maison d'Ensisheim et à la Maison de Clairvaux.

54 personnes ont accepté de répondre au questionnaire. Cette population est plus âgée que la précédente, puisque 50 % ont de 30 à 40 ans, 36 % de 40 à 50 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans n'est représentée que pour 16 % et les plus de 50 ans : 1 %.

Il n'y a pas de différence significative de pratique masturbatoire entre la vie libre et la vie carcérale pour cette population. Par contre, les revues pornographiques sont lues en plus grand nombre que pour la population des Maisons d'Arrêt, à près de 80 %.

Dans les Maisons Centrales, apparaissent les rapports homosexuels, puisque 4 % disent avoir eu des rapports avec d'autres détenus, un détenu parle de son viol en détention.

L'apparition de troubles sexuels en détention concerne 16 % de l'échantillon.

La sexualité des parloirs existe pour les condamnés en Maison Centrale, comme pour les détenus des Maisons d'Arrêt. 80 % des détenus bénéficient des parloirs et 38 % ont eu des rapports sexuels, 12 % ont présenté des difficultés. Il n'y a pas eu de fécondation. Il s'agit là, peut-être, d'une plus grande prudence des condamnés à longue peine qui auraient des enfants qu'ils ne verraient pas grandir.

Les permissions de sortir sont également l'occasion de rapports sexuels. 25 % ont bénéficié de ces permissions. 8 % ont présenté des troubles qui étaient connus pour la majorité d'entre eux.

Le maintien de la sexualité en prison pour une bonne réinsertion est vécu comme très important par 85 % des détenus, de moyenne importance par 9 %, sans importance par 6 %.

Il faut noter qu'un peu plus de 30 % ont eu recours aux petites annonces pour trouver éventuellement une partenaire.

Le SIDA est un sujet d'inquiétude pour plus de 70 % des détenus, 26 % ont demandé un dépistage, 1 seul dit être séropositif, 4 % seulement utilisent des préservatifs.

De cette brève étude, il ressort que la masturbation est de loin le moyen le plus utilisé comme échappatoire à cette castration qu'est l'incarcération. Cette lutte contre la déperdition de l'appétence sexuelle est complétée par une augmentation de l'activité fantasmatique et la lecture des revues pornographiques.

Cette étude, comme les précédentes, ne renseigne guère sur la pratique de l'homosexualité.

La sexualité de parloir est très diversement pratiquée selon le caractère plus ou moins répressif des établissements concernés.

La pathologie sexuelle persiste en cours de détention, et se retrouve à la sortie. Pour certains détenus elle apparaît en cours de détention et se retrouve après la libération.

Le pourcentage des personnes atteintes n'est pas statistiquement différent entre la population testée des Maisons d'Arrêt et des

Maisons Centrales. Ceci implique donc que la longueur de l'incarcération n'a pas d'incidence sur le taux constaté.

La sexualité reste très importante pour les détenus et ils croient majoritairement en l'importance de la conservation de leur sexualité pour leur réinsertion. Avoir une sexualité correcte c'est la possibilité de garder sa compagne parfois trouvée par petites annonces durant le séjour dans les Maisons Centrales.

Dans ces établissements, les mariages de détenus par ce moyen ne sont pas rares. Si la cérémonie a lieu, civile et parfois religieuse, il n'y a pas de consommation puisque les femmes mariées n'ont pas la possibilité d'avoir la moindre intimité, la cérémonie passée.

3 - APPRECIATION DES SOIGNANTS SUR LE SOIN PRODIGUE

Ce chapitre concerne un questionnaire posé aux soignants concernant des demandeurs de soins avec lesquels ils ont été en contact suffisamment pour bien les connaître. Ces détenus sont donc particuliers, il s'agit de détenus suivis en soins. Les soignants sont les infirmières pénitentiaires, les médecins ou internes somaticiens. Plus rarement, il s'agit d'une infirmière psychiatrique ou d'un psychiatre quand les soins ont été réalisés par le S.M.P.R. de manière prédominante.

Les questionnaires de suivi infirmier et de suivi médical étaient identiques à une question près portant sur le pronostic ; nous avons recueilli 105 questionnaires d'infirmiers, et 55 de médecine (respectivement, 65,6 % et 34,4 %).

Afin de garder des effectifs assez importants, hommes et femmes n'ont pas été dissociés.

Les prisons concernées ont la distribution suivante :

St Paul et St Joseph	103
Montluc	32
Varces	26

A Montluc, seules les infirmières ont répondu aux questionnaires alors qu'à Varces, seul le médecin somaticien a participé.

En voici les effectifs selon les périodes :

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois
hommes	62	63	17
femmes	7	10	0
total	69	73	17

Il y a 160 enregistrements pour 146 personnes différentes.

De part le surcroît de travail imposé par la passation de ces questionnaires auprès des personnels pénitentiaires, il n'a pas été possible de répéter le questionnaire dans le temps. Ceci explique en partie le faible effectif de la troisième période.

La rencontre

Patient connu :

à la visite systématique d'entrée	107	43,8 %
en consultation à sa demande	82	33,6 %
lors d'une incarcération précédente	23	9,4 %
sur demande des surveillants	18	7,3 %

lors des visites au quartier discipl.	9	3,7 %
autres réponses (demande des voisins de cellule, dépistage radiologique systématique, SMPR)	5	2 %

Le soignant a pu donner une réponse multiple, ce qui donne un total supérieur aux nombres de questionnaires. Les résultats sont équivalents d'une période à l'autre et ils ont donc été confondus.

Ces chiffres suggèrent quelques remarques :

* La visite systématique d'entrée laisse une place importante aux consultations sur la demande du patient qui est le mode traditionnel de la rencontre patient-soignant. A Lyon, la visite systématique n'est assurée que par les soignants de St Joseph, même si la personne est placée à St Paul ; le suivi est alors assuré par le dossier médical avec quelquefois une communication téléphonique.

* Le rôle de "dépistage" des surveillants ressort non négligeable.

Les patients

A votre avis, l'état de santé actuel du patient est :

	1-4 mois		4-8 mois		8-14 mois	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Bon	37	53,6	33	45,2	5	29,4
Moyen	27	39,1	36	49,3	10	58,8
Mauvais (*)	0		2	2,7	1	5,8
Très mauvais (*)	2	2,8	0		0	
Non réponses	3	4,3	2	2,7	1	5,9 (NS)

(*) : toxicomanes, problèmes psychiatriques importants, sclérose latérale amyotrophique, décompensation psychiatrique à l'incarcération.

Nous observons une tendance à voir augmenter les personnes perçues comme en moyen état de santé lors de la troisième période ; les effectifs de la troisième période sont cependant insuffisants pour l'affirmer. Cette tendance recoupe l'appréciation des détenus sur l'évolution de leur état de santé au cours de l'incarcération.

De 1 à 4 mois, la moitié seulement des détenus de la recherche se perçoit comme en bonne santé (53,4 %). Pour la même période, plus de la moitié des 69 demandeurs de soins sont perçus comme en bonne santé (53,6 %) malgré l'existence de plaintes ou de prise en soins.

LA PLAINTÉ PRINCIPALE

Par une question ouverte, nous avons demandé aux soignants quelles étaient la ou les plaintes du patient et si elles se situaient avant ou après le début de l'incarcération.

Nous observons 4 domaines prédominants des plaintes :

“neuro-psychique“
“digestif-hépatique“
“dermatologique
et rhumatologique-traumatologique“

Nous observons des tentatives de suicide par eau de javel diluée et phlébotomies, mais aucune par ingestion médicamenteuse dans l'échantillon de ces 146 patients pris en soin.

Il y a quelques demandeurs de soins qui n'ont aucune plainte : nous percevons ici l'infirmierie comme un lieu d'écoute.

Alors que les problèmes dentaires sont notés en première période, la petite traumatologie se rencontre en cours de détention. La traumatologie sévère, liée par exemple aux circonstances d'arrestation,

sera repérée dans l'analyse des hospitalisations, dans un second temps.

Les aspects descriptifs n'ont ici qu'une valeur de tendance car les effectifs sont faibles. Ils seront validés par l'analyse à partir des dossiers médicaux qui sera faite plus tard.

LA PLAINTÉ PRINCIPALE CONCERNE UN PROBLÉME APPARU :

	1-4 mois		4-8 mois		8-14 mois	
avant l'incarcération	35	52,2 %	32	45,7 %	6	35,2%
après l'incarcération	18	26,9 %	17	24,3 %	6	35,2%
non réponses	14	20,9 %	21	24,3 %	5	29,4 %

NS

Une plainte secondaire est notée dans 41,2 % des cas.

La ou les plaintes secondaires, pour ceux qui en émettent, concernent un problème apparu :

	1-4 mois		4-8 mois		8-14 mois	
avant l'incarcération	13	36,1 %	17	55,2 %	2	20 %
après l'incarcération	13	36,1 %	7	24,1 %	6	60 %
non réponses	10	27,8 %	5	17,2 %	2	20 %

NS

La proportion importante des non réponses provient d'une mauvaise présentation de la question sur le questionnaire : il ne semblait pas nécessaire d'y répondre. Les non réponses suivent sans doute la même distribution "avant" "après" que les plaintes où une réponse a été notée.

L'objet de plainte principale pré-existe donc nettement à l'incarcération (entre 52,2 % et 73,1 % des cas)

L'incarcération exacerbe la plainte et l'érige en seule revendication portable devant ce personnage aux interfaces institutionnelles qu'est le soignant.

DURANT CE DERNIER MOIS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION CHEZ CE SUJET QUE

	1-4 mois		4-8 mois		8-14 mois
De nombreux symptômes expriment un malaise global					
oui	28	40,6 %	26	35,6 %	3
autres réponses	41	59,4 %	47	64,4 %	14
					NS
Les symptômes sont gênants dans la vie quotidienne du sujet					
oui	35	50,7 %	32	43,8 %	6
autres réponses	34	49,3 %	41	56,2 %	11
					NS
Il s'agit d'une rechute					
oui	13	18,8 %	32	43,8 %	4
autres réponses	56	81,2 %	54	56,2 %	13
					NS

Les signes sont majorés

oui	8	11,6 %	9	12,3 %	4
autres réponses	61	88,4 %	64	87,7 %	13

Le patient simule la maladie

oui	1	1,5 %	2	2,7 %	0
autres réponses	68	98,5 %	71	97,3 %	17

NS

Le patient fait durer la maladie

oui	4	5,6 %	2	2,7 %	0
autres réponses	65	94,2 %	71	97,3 %	17

NS

Le premier symptôme a fait place**à un autre symptôme**

oui	20	29 %	18	24,6 %	1
autres réponses	49	71 %	55	75,3 %	16

**

Le patient nécessite un suivi**important**

oui	22	31,9 %	22	30,1 %	6
autres réponses	47	68,1 %	51	69,9 %	11

NS

Le patient vient souvent sans symptôme particulier

oui	9	13 %	9	12,3 %	1
autres réponses	60	87 %	64	87,7 %	16
					NS

(1) autres réponses = non, un peu, "je ne sais pas" et non réponses

Les questions ont été conçues avec la participation active des soignants et en particulier d'infirmières pénitentiaires. C'est la raison pour laquelle nous retrouvons les notions de simulations ou exagérations de symptômes en milieu pénitentiaire, la suspicion est fréquente et les patients sont souvent pris pour des simulateurs.

Aux questions portant sur *la simulation, la majoration, le fait de faire durer les symptômes* nous retrouvons une faible proportion de réponses positives.

L'effort de maîtrise du contre-transfert semble influencer un certain nombre de réponses : en effet, à ces questions comportant une connotation plus ou moins agressive de jugement de valeur, se manifeste un accroissement des réponses évasives : "un peu", et "je ne sais pas" (de 12,3 % à 32,9 %).

Cet accroissement disparaît lorsque la connotation agressive se fait moins perceptible (par exemple, remplacement d'un symptôme par un autre : 4,3 % en première période).

Nous notons l'importance prise par les **rechutes** dans 25 % des cas environ. Ceci suppose un passé marqué de problèmes médicaux.

L'importance du suivi est stable quelque soit les périodes : il doit être important dans un tiers des cas environ.

La notion de **remplacement** d'un symptôme par un autre diminue dans la troisième période (6,2 %). Pendant les 8 premiers mois, dans un quart des cas soit un premier symptôme en masque un autre, soit il se révèle insuffisant comme motif de prise en charge : un deuxième apparaît alors. Par contre, il n'apparaît pratiquement plus de symptômes de remplacement en troisième période ; on retrouve ici l'évolution habituelle de la relation soignant-soigné dans laquelle le support du symptôme initialement nécessaire s'estompe au fur et à mesure qu'elle s'étaye d'elle-même. Ceci est confirmé par le fait qu'une faible proportion de patients (5,3 % à 13 %) viennent consulter souvent sans symptôme particulier : comme si, pour bénéficier d'un suivi infirmier ou médical, il était nécessaire de présenter un symptôme.

MODALITES DE TRAITEMENT

Voies du traitement principal (périodes cumulées) :

per os	68 %
local	11,3 %
injectable	10 %
autre	1,2 %
non réponses	10 %

Durée du traitement principal

immédiat ou limité à 48 h	9,3 %
court mais répété	15,6 %
3 à 4 jours	27,8 %
inférieur à 15 jours	25,8 %
en attente de consultation ou d'un examen paraclinique	8,3 %
non réponses	4,9 %

Vous supposez que le traitement est pris :

régulièrement	111	69,4 %
plutôt irrégulièrement	14	8,75 %
pas pris du tout	1	0,6 %
ne sait pas	16	10 %
non réponses	18	11,25 %

Les deux tiers des patients sont perçus comme ayant une bonne compliance au traitement.

A l'inverse, "pensez-vous que le traitement est pris par un autre patient ?"

oui	4	2,5 %
peut-être, quelquefois	19	11,9 %
non	24	58,75 %
je ne sais pas	33	20,6 %
non réponses	10	6,25 %

Il existe une apparente incohérence avec les réponses de la question précédente car il ressort plus de patients "receveurs" que de patients "distributeurs". Ceci peut provenir d'une reconnaissance de la trahison

dans le lien de soin plus difficile lorsqu'elle se traduit par la cession du traitement prescrit que lorsqu'elle se révèle dans l'emprunt d'un traitement.

"Avez-vous dû insister pour que le traitement soit bien suivi ?"

oui, souvent	23	14,5 %
un peu, quelquefois	16	10,2 %
non	102	64,2 %
non réponses	18	11,3 %

Les patients suivent leur traitement plutôt facilement : il existe probablement une dépendance à l'objet-médicament plus nette en milieu carcéral.

Les soignants

Avez-vous fait hospitaliser le patient ?

	1-4 mois		4-8 mois		8-14 mois
oui ou hospitalisation prévue	11	15,9 %	9	12,3 %	2
non	53	76,8 %	63	86,3 %	15
non réponses	5	7,2 %	1	1,4 %	0

NS

Pour les 146 patients demandeurs de soins, une personne sur 7 environ bénéficie d'une hospitalisation quelle que soit la période considérée : 1-4 mois ou 4-8 mois de détention.

"En réponse au patient, qu'avez-vous fait ?"

(réponses ouvertes, classées secondairement)

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois
Prise en charge institutionnelle	23,2 %	8,2 %	
	16	6	1
. hospitalisation`			
. bilan			
. surveillance infirmière			
. prise de renseignements à l'extérieur			
. prise en charge à l'infirmerie			
. antenne toxicomanie/SMPR			
Réponses médicales ou orientations	26 %	32,9 %	
à des médecins spécialisés	19	24	8
. consultation de dossier			
. interrogatoire			
. psychiatres-médecins			
. dentistes, spécialistes divers			
Réponse thérapeutique classique	36,2 %	41,1 %	
	25	30	5
. traitement			
. soins locaux			
. vaccinations			
Entretien, hygiène de vie	7,2 %	9,6 %	
	5	7	3
. écoute			
. échange			
. régime			
. conseils généraux sur vie en détention			
. demande sur vie en détention			
Non réponses	9,8 %	8,2 %	
	4	6	0

NS

Les prises en charge lourdes (institutionnelles) ont tendance à être prédominantes en début de séjour. Elles témoignent de la "réparation" initiale de la négligence de soin antérieur à l'incarcération : bilan,

hospitalisation sont prédominants pendant la première période d'observation.

Par la suite, c'est la souffrance "iatrogène" de l'incarcération qui prédomine et les réponses s'adaptent selon les moyens disponibles : moins d'hospitalisations et moins de bilans, plus de consultations psychiatriques relativement aux autres prises en charge.

"Vous avez orienté le patient vers"

(pourcentages supérieurs à 100 % car réponses multiples)

	1-4 mois		4-8 mois		8-14
mois					
Interne en médecine générale	12	10,5 %	18	16,1 %	1
Médecin généraliste	17	14,9 %	18	16,5 %	0
Médecins spécialistes, dentistes	41	36 %	35	32,1 %	10
Psychologue	1	0,9 %	4	3,7 %	1
Travailleur social (intra-muros)	15	13,2 %	8	7,3 %	0
Autres	12	10,5 %	7	6,4 %	1
. AS militaire					
. visiteur					
. kinésithérapeute					
. esthéticienne					
. linger					
Aucune orientation particulière	14	12,3 %	20	18,3 %	6
Sans réponse	2	1,8 %	0		0
Nombre de personnes concernées	69		73		17
Nombre de réponses obtenues	114		109		19

Nous constatons l'importance des orientations vers les spécialistes tout au long de l'incarcération. L'orientation directe de l'infirmière vers le spécialiste est fréquente : il s'agit d'une nécessité soit du fait de la gravité des symptômes ou maladies observées, soit du fait de la présence insuffisante de généralistes ou internes.

Les spécialistes requis se répartissent en trois groupes selon leur importance :

- *spécialistes les plus souvent demandés* : psychiatre, dermatologue et dentiste

	1-4 mois	4-8 mois	8-14 mois
nombre de questionnaires par périodes	n = 69	n = 73	n = 17
dermatologue	17	16	1
			NS
dentiste	14	7	0
			NS (p = 0,12)
psychiatre	20	17	5
			NS (p = 0,81)

Le dentiste semble surtout sollicité au début de l'incarcération ce qui reflète bien la fréquente négligence de soi pré-existant à l'incarcération. L'intervention psychiatrique est requise de manière stable sur les trois périodes de l'étude.

Dans les prisons femmes, un gynécologue consulte régulièrement.

- *spécialistes requis moins fréquemment* : pneumologue, ophtalmologue, virologue (HIV/hépatite).

- *spécialistes peu requis* (ORL, gastro-entérologue, cardiologue, orthopédiste, neurologue, urologue, radiologue, stomatologue).

ATTITUDE DES SOIGNANTS

Trois questions permettent de mettre en évidence l'effort mené par les soignants, placés dans un milieu où leurs échanges scientifiques sont mal aisés, pour entretenir, affiner leurs connaissances face aux

pathologies rencontrées et par là même promouvoir la qualité du soin :

Vous avez été amené à :

(trois périodes cumulées)

	oui	non	en partie	non rép.
Vous renseigner sur les symptômes	21,9 %	71,2 %	3,7 %	3,1
%				
ou la maladie auxquels vous avez été confrontés	35	114	6	5
vérifier auprès d'une autre per- sonne que votre réponse de soins était adéquate	32,5 % 52	60 % 96	5 % 8	2,5 % 4
prendre contact avec des person- nes ayant déjà soigné le patient	20,6 % 33	73,1 % 117	3,1 % 5	3,1 % 5

Il nous semblait nécessaire de :

(trois périodes cumulées)

	oui	non	en partie	non rép.
d'écouter les plaintes du patient	66,25 % 106	20,6 % 33	11,25 % 18	0
de rassurer, réconforter, soutenir	50 % 80	30 % 48	18,75 % 30	1,25 % 2
de donner des simples conseils d'hygiène	34,4 % 55	18,1 % 29	44,4 % 71	3,1 % 5
de rester ferme devant les exigences du patient	28,1 % 45	11,25 % 18	51,9 % 83	6,9 % 12
d'obliger le patient à minimum d'hygiène	21,9 % 35	5,6 % 9	69,4 % 111	3,1 % 5
de mettre en place un régime alimentaire	11,25 % 18	1,9 % 3	80,6 % 129	5 % 8

de permettre au patient de bénéficier de quelque chose d'autre en détention (autre que le changement de cellule)	14,4 % 23	1,25 % 2	80 % 128	3,75 % 6
d'intervenir pour un changement de cellule ou de bâtiment	3,1 % 5	1,25 % 2	91,25 % 146	4,4 % 7
de recevoir le patient qu'à la deuxième ou énième demande	5 % 8	5,6 % 9	84,4 % 135	5,6 % 9

Deux axes d'intervention se dégagent nettement :

écoute-réconfort d'une part, et prévention-hygiène d'autre part.

Les interventions sur la vie quotidienne en détention sont peu fréquentes : si le changement de cellule ou de bâtiment est requis quelquefois c'est surtout par mesure de protection envers le patient. Les autres interventions concernent le travail en détention, les douches quotidiennes, la prise de médicaments plus tard, l'obtention d'un matelas plus dur, l'obtention de linge, l'accès à "l'école", etc ...

Les interventions : écoute-réconfort, prévention-hygiène et interventions sur la vie en détention apparaissent aux soignants aussi importantes ou plus importantes que le traitement médical proprement dit dans 62,5 % des cas (moins important : 24 %, non réponses : 14 %).

Ceci témoigne de l'évidente nécessité, en prison plus qu'ailleurs, d'une prise en charge globale de la personne.

Avez-vous donné un ou des traitements à ce patient ?

(réponses multiples, périodes cumulées)

	Soignants infirmiers seulement	
vous-même	65	44,9 %
seulement après accord d'un médecin ou interne	21	14,2 %
prescrit par le médecin	62	41,7 %
non réponses	7	4,7 %

L'importance inhabituelle de la prescription des infirmières est révélatrice de leurs présences permanentes en regard d'interventions médicales plus ponctuelles peu compatibles avec l'urgence ressentie.

"Un traitement a-t-il été donné ?"

(périodes cumulées)

	oui	un peu	non	non rép.
pour que la personne ne reparte pas les mains vides	1,25 % 2	6,25 % 10	80,6 % 129	19
en raison de l'insistance du patient	11,9 % 19	15,6 % 25	63,75 % 102	14

Ainsi un quart des traitements serait donné selon les soignants dans un cadre non relationnel.

Les pourcentages de réponses positives nous paraissent analogues à ceux que nous pourrions observer en médecine générale en ville.

- **Appréciation sur la prise en charge**

"Pensez-vous que l'ensemble de la prise en charge soit actuellement :

(périodes cumulées)

plutôt suffisante	114	71,25 %
plutôt insuffisante	29	18,1 %
plutôt exagérée par rapport à la maladie	3	1,9 %
non réponses et "ne peut se prononcer"	14	8,75 %

Parmi les 29 cas où la prise en charge paraît insuffisante aux soignants, les causes sont précisées dans 24 cas :

- causes liées à la pathologie (10) : toxicomanie, psychiatrie, SIDA.

"toxico +++", "on aurait préféré que ce psychotique soit réformé plus vite", "aurait besoin d'un suivi psychologique", "AZT et surveillance psychique difficile en détention", "ici, on admet pas le SIDA", "a besoin d'être en milieu psychiatrique".

- causes liées à la structure carcérale (8) :

"vit 24 h/24 en cellule", "délai important pour obtenir une consultation", "nécessite un transfert en CHS", "attente d'une consultation à l'hôpital", "lenteur pour rendez-vous hospitalier pour radio", "l'incarcération aggrave son malaise intérieur".

- causes liées à la personnalité du patient (4) :

"détenu très pénible", "les symptômes ne collent à aucune maladie", "grosse inadaptation".

- causes diverses :

*"insuffisances au niveau social, humain, relationnel",
"coordination des soignants insuffisante", "réticence vis à vis des
travailleurs sociaux".*

"Quels sont les résultats de cette prise en charge ?"

(périodes cumulées)

bons résultats	70	43,75 %
moyens	63	39,4 %
médiocres	7	4,4 %
patient non revu	12	7,5 %
non réponses	8	5 %

Seuls 4,4 % des patients se voient attribués des résultats médiocres de la prise en charge, ce qui est assez peu compte tenu de la gravité des maladies rencontrées quelques fois.

L'ensemble du traitement de ce patient vous paraît être exercé dans une structure :

(périodes cumulées)

plutôt adéquate	91	56,8 %
plutôt inadéquate	56	35 %
non réponses, ne peut se prononcer	13	8,1 %

Parmi les 56 cas où le traitement paraît être exercé dans une structure inadéquate, les causes sont précisées dans 39 des cas que nous pouvons regrouper en deux rubriques de fréquences égales :

- causes liées à l'aggravation ou l'apparition des symptômes lors de l'incarcération.

"troubles majorés par l'incarcération"

"tensions dues à la vie carcérale"

"claustrophobie"

"état de manque en prison"

"composante psychologique ++ provoquée par la détention"

"pour la bronchite, les co-détenus fument toujours"

"tendances suicidaires"

- causes liées aux difficultés de soin en milieu carcéral

"pas de place à l'infirmerie"

"isolement SIDA au quartier disciplinaire"

"autres détenus et surveillants dans la salle de soins"

"pathologies trop graves pour soins en détention"

"les militaires peuvent être pris au S.M.P.R."

"demande de secret vis-à-vis de la détention (HIV)"

"écoute du patient pas assez fréquente et pas assez longue"

"IVG"

Ainsi la prison ne serait pas la structure de soins idéale mais permettrait quand même de prendre en soin correctement plus de la moitié des détenus.

Le narcissisme de ceux qui s'y emploient, envers et contre tout, peut être sauf.

4 - REGARD DES PATIENTS SUR LE SOIN RECU

Lors de la passation de questionnaires proposés aux soignants qui donnent leur regard sur la manière de traiter leur patient, il nous a semblé judicieux de proposer aux patients prenant un traitement médicamenteux, de donner leur avis sur la manière dont ils sont traités : délai d'attente pour voir un médecin, pour recevoir un traitement...

Nous avons donc interrogé 44 personnes de notre échantillon suivant un traitement par "fiole". Les questions ont été posées par le médecin ou interne **non**-prescripteur.

Les conditions de vie carcérale permettent-elles au patient de suivre un traitement de manière adéquate ?

Un tableau résume nos observations. Il est réparti en trois colonnes :

- * la situation en milieu extérieur
- * la situation en milieu pénitentiaire
- * l'avis des détenus ou des patients :
 - totalité des détenus de l'étude (en caractère script) : les pourcentages varient selon la période d'observation (1-4 mois, 4-8 mois, 8-14 mois)
 - *échantillon de 44 patients recevant un traitement (en caractère italique)*

Les derniers résultats en italique ne concernent qu'une faible proportion des détenus en soin et les résultats ne peuvent montrer qu'une tendance.

EN MILIEU EXTERIEUR	EN MILIEU PENITENTIAIRE	AVIS DU PATIENT DETENU																									
<p>Libre choix du prescripteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> . généraliste . psychiatre . spécialistes . dispensaire . hôpital général . hôpital psychiatrique <p>Présentation libre pour consulter</p>	<p>Choix restreint du prescripteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> . faisant fonction d'interne . généraliste vacataire . spécialistes vacataires . psychiatre vacataire/SMPR <p>Demande(s) écrite(s) transmises par surveillants</p>	<p>Connaissez-vous le nom du médecin qui a prescrit ? NON 28 % OUI 72 %</p> <p>Combien de fois faites-vous une demande écrite pour voir?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1 médecin</td> <td style="text-align: center;">1 psychiatre</td> <td style="text-align: center;">1 infirmière</td> <td style="text-align: center;">1 dentiste</td> </tr> <tr> <td>0 fois</td> <td style="text-align: center;">16 %</td> <td style="text-align: center;">13 %</td> <td style="text-align: center;">7 %</td> <td style="text-align: center;">27 %</td> </tr> <tr> <td>1 fois</td> <td style="text-align: center;">58 %</td> <td style="text-align: center;">64 %</td> <td style="text-align: center;">63 %</td> <td style="text-align: center;">43 %</td> </tr> <tr> <td>+ 1 fois</td> <td style="text-align: center;">27 %</td> <td style="text-align: center;">23 %</td> <td style="text-align: center;">30 %</td> <td style="text-align: center;">30 %</td> </tr> <tr> <td>maximum</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>		1 médecin	1 psychiatre	1 infirmière	1 dentiste	0 fois	16 %	13 %	7 %	27 %	1 fois	58 %	64 %	63 %	43 %	+ 1 fois	27 %	23 %	30 %	30 %	maximum	10	3	10	9
	1 médecin	1 psychiatre	1 infirmière	1 dentiste																							
0 fois	16 %	13 %	7 %	27 %																							
1 fois	58 %	64 %	63 %	43 %																							
+ 1 fois	27 %	23 %	30 %	30 %																							
maximum	10	3	10	9																							
<p>Décision d'achat des médicaments après obtention d'une ordonnance</p>	<p>Intervention d'un surveillant ou d'un détenu</p>	<p>37 % rencontrent un médecin généraliste à 1 à 4 mois de détention, 51 % rencontrent un médecin généraliste à 8 à 14 mois de détention, 30 % rencontrent un psychiatre quel que soit la durée d'incarcération.</p> <p>52 à 58 % des détenus déclarent "souffrir d'avoir insuffisamment bénéficié des services des infirmières ou des médecins".</p>																									
<p>Intervention d'un pharmacien</p> <p>Obtention immédiate des médicaments</p>	<p>Intervention d'un surveillant ou d'un détenu</p>	<p>Combien de jours se sont écoulés entre la prescription et le début du traitement ?</p> <p>Moyenne pour St Paul-St Joseph : 2,23 jours Varces : 0,1 jour Montluc : 0,2 jour</p>																									

EN MILIEU EXTERIEUR	EN MILIEU PENITENTIAIRE	AVIS DU PATIENT DETENU
Médicaments donnés pour un mois	Médicaments donnés pour une dose ou pour quelques jours selon le type de produit	Avez-vous eu une interruption brutale de votre traitement ? NON 60,5 % OUI 39,5 %
Médicaments à domicile Auto-prescription	Interdiction de détention de médicaments	56 à 72 % des détenus déclarent avoir souffert de n'avoir pu suivre un traitement particulier qu'ils avaient auparavant.
Choix des doses basé sur la relation de confiance avec le prescripteur.	Doses respectées selon la relation entre le "préparateur" et le prescripteur	Avez-vous reçu un traitement qui n'était pas ou ne paraissait pas le votre ? NON 74 % OUI 26 % (4/10 : erreur de distribution)
Respect du mode de préparation du médicament : . gouttes . comprimés . comprimés enrobés . comprimés retard etc...	Préparation en "fiolle" des psychotropes, mélange de toutes prescriptions dans de l'eau du robinet. Préparation jusqu'à 48 H à l'avance. Mode de distribution mise sur pied sans analyse scientifique .	Recevez-vous votre traitement en fiole ou en cachet ? en cachet : 12 % en fiole : 88 % Est-ce facile ou difficile pour vous de prendre le traitement dilué dans la fiole ? facile 64 % difficile 36 % Pouvez-vous nous dire quel goût a votre traitement ? amer 65 % sucré 5 % pas de goût particulier 26 % autre goût : 5 %
Horaires des prises variables de une à quatre fois par jour.	Restriction en deux horaires : . 8 heures . 18 heures	Votre traitement est-il pris à des heures qui conviennent ? NON 56 % OUI 44 % Si non, pourquoi ? trop tôt le soir : 58 % des réponses

EN MILIEU EXTERIEUR	EN MILIEU PENITENTIAIRE	AVIS DU PATIENT DETENU
<p>En cas d'hospitalisation, rôle prédominant du personnel infirmier</p> <p>Possibilité d'excès ou de surdose</p> <p>Notion d'observance gérée par le prescripteur seulement.</p>	<p>Rôle prédominant des surveillants ou gradés la nuit sauf exceptions</p> <p>Volonté de diminuer les risques de suicide et de marchandage</p> <p>Intervention de l'administration pénitentiaire dans la gestion de l'observance</p>	<p><i>De temps en temps, vous est-il arrivé de recevoir un traitement en plus de votre traitement habituel ?</i></p> <p style="text-align: center;">NON 77 % OUI 23 %</p> <p><i>Donné par une infirmière : 3 cas.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>un surveillant : 5 cas.</i></p> <p><i>Un cas sur 44 où le patient explique ne pas prendre le traitement régulièrement : accumulation des fioles sur 8 à 10 jours et prise du tout d'un coup.</i></p> <p><i>21 % déclarent "avoir dû insister pour obtenir le traitement actuel".</i></p>

5 - ETAT DE SANTE SELON LE SUJET ET DIVERS FACTEURS

Nous avons tenté ici de rechercher des corrélations entre l'état de santé subjectif, selon le sujet, et d'autres éléments.

La question de référence posée aux détenus était la suivante :

"Vous estimez votre état de santé : - bon
 - moyen
 - mauvais
 - très mauvais"

Etat de santé et nombre de personnes en cellule

Hommes des 3 prisons	Etat de santé		Bon		Non précisé	
7 jours-4 mois	moyen, mauvais, très mauvais					
cellule à 4 ou +	201	78,2 %	56	21,8 %	0	-
cellule à moins de 4 personnes	105	66,9 %	52	33,1 %	1	-
non précisé	2		0		0	
						(*)
4 mois à 8 mois						
cellule à 4 ou +	86	85,1 %	15	14,9 %	0	-
cellule à moins de 4 personnes	35	64,8 %	19	35,2 %	1	-
non précisé	1		0		0	
						(**)

8 mois-14 mois					
cellule à 4 ou +	46	78 %	13	22 %	0
cellule à moins de 4 personnes	21	80,8 %	5	19,2 %	0
non précisé	0		0		0

(N.S.)

- Pendant la période de 7 jours à 4 mois, un homme disant vivre en cellule à 4 personnes ou plus a 1,8 fois plus de risque de ne pas se sentir en bonne santé que celui qui est placé dans une cellule à moins de 4 personnes.

- Pendant la période de 4 à 8 mois, ce coefficient multiplicateur de risque s'élève à 3,1. Autrement dit, le fait de ne pas se sentir en bonne santé est corrélé dans 60,3 % des cas au facteur promiscuité pendant la période de 4 à 8 mois.

- Pour la période de 8 à 14 mois, il n'existe pas de différence significative.

Etat de santé selon le patient et selon les soignants

Au cours de l'enquête, les soignants infirmiers et médecins ont été interrogés sur l'état de santé des patients ; leur questionnaire était rempli à la condition préalable qu'ils puissent répondre aux questions posées sans se reporter au dossier médical pénitentiaire ce qui sélectionnait a priori des patients ayant réussi à se faire mémoriser par la nature ou la forme de leur demande. Il est à noter que ce questionnaire-soignant n'a pas pu être répété dans le séjour d'un

même patient et qu'il concerne donc en très grande majorité des sujets "nouveaux" à chaque période.

Voici les effectifs comparés des deux types de questionnaire par période d'observation :

	Questionnaires détenus	Questionnaires soignants	Questionnaires remplis simultanément
7 jours à 4 mois	417	62	48
4 mois à 8 mois	157	63	31
8 mois à 14 mois	85	17	11

C'est dans la période de 4 à 8 mois que les soignants ont le plus participé à l'enquête : avant 4 mois de détention, les patients sont peu connus et après 8 mois les nouveaux patients sont plus rares.

Le tableau suivant indique la recherche de concordance entre les avis émis simultanément par patients et soignants.

	7 jours à 4 mois		4 mois à 8 mois		8 mois à 14 mois	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Concordance	19	42,2	7	23,3	5	50
Petite discordance						
avis du patient un peu moins bon	12) ()	53,3	8) ()	61,3	4 40	
Grande discordance	((
avis du patient nettement moins bon	12)		11)		0	
Patient se sentant en meilleure santé que l'avis du soignant	2	4,4	4	12,9	1	10
Non précisé	3		1		1	

(NS, p 0,21)

La concordance d'appréciation oscille donc entre 23 et 50 % selon les périodes ; quand il y a discordance, le patient estime généralement (40 à 61 % des cas) son état de santé moins favorablement que les soignants.

Etat de santé selon le patient et fréquence des consultations auprès du médecin généraliste pénitentiaire

Hommes	Nombre de consultations				non précisé
	>2		<2		
période de 7 jours à 4 mois	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
moyen, mauvais ou très mauvais	97	88,2	49	65,3	0
Etat de santé selon le patient					
bon	13	11,8	26	34,7	0
non précisé	0		0		0

période 4 mois à 8 mois					
moyen, mauvais ou très mauvais	29	87,8	18	78,3	0
Etat de santé selon le patient					
bon	4	12,1	5	21,7	0
non précisé	1		0		0
(N.S.)					
période 8 mois-14 mois					
moyen, mauvais ou très mauvais	15	88,2	8	72,7	0
Etat de santé selon le patient					
bon	2	11,8	3	27,3	0
non précisé	0		0		0

(signification non recherchée)

Pendant la période de 7 jours à 4 mois, 88,2 % des personnes qui ont vu deux fois ou plus le médecin généraliste disent ne pas se sentir en bonne santé. Ainsi qu'il paraît logique, un sujet qui consulte deux fois ou plus pendant la période initiale de son incarcération a 4 fois plus de risque de ne pas se sentir en bonne santé que celui dont la consommation médicale est moindre (Odd ration 3,96).

Pour les périodes suivantes, cette corrélation ne s'avère par contre pas significative.

Etat de santé et consultations de psychiatrie

L'étude de cette corrélation ne porte que sur les détenus masculins des maisons d'arrêt St Paul et St Joseph. En raison du mode de recueil des consultations en psychiatrie, il est possible de répartir les personnes en consultants et non-consultants.

7 jours à 4 mois		Consultants en psychiatrie	Non consultants
Etat de santé selon le patient	très mauvais	8	23
	mauvais	18	48
	moyen	40	107
	bon	13	60
	non précisé	0	1
	Total	79	239

(N.S. p = 0,46)

Tableau a

		4 à 8 mois	
Etat de santé selon le patient	très mauvais	6	11
	mauvais	6	22
	moyen	13	52
	bon	4	23
	Total	29	108

N.S. p = 0,43

Tableau b

		8-14 mois	
Etat de santé selon le patient	très mauvais	1	5
	mauvais	0	6
	moyen	4	41
	bon	1	13
	Total	6	65

NS p = 0,73 en regroupant les 3 premières lignes.

Tableau c

Hommes St Paul, St Joseph		Nombre de consultations en psychiatrie	Nb. de consultation
		> 1	= 1
7 jours-4 mois			
Etat de santé selon le patient	très mauvais	6	2
	mauvais	14	4
	moyen	29	11
	bon	4	9

(*)

(pour les périodes suivantes nos effectifs sont insuffisants pour conclure).

Une première corrélation (tableau a - b- c) ne fait pas apparaître de lien significatif entre la perception subjective d'un mauvais état de santé et la demande de soin psychiatrique.

Cependant en essayant d'affiner la démarche et en ne considérant que les détenus ayant bénéficié d'au moins deux consultations psychiatriques ce lien significatif apparaît (tableau d). Ceci concorde bien avec les constatations cliniques : les détenus exprimant un malaise important et ayant la capacité de le reconnaître et de revendiquer des soins auront un accès plus facile à ces soins que ceux qui méconnaissent leur souffrance ou refusent de la dire.

Beaucoup de détenus expriment des signes importants de souffrance psychique. Nous avons retenu quatre critères parmi les plus marqués :

- trous de mémoire
- nervosité
- idée que quelque chose ne va pas
- sommeil agité

et nous avons étudié la corrélation de ces critères avec le nombre de consultations psychiatriques ou de traitements à visée psychotrope en période P

	Ont eu consult. psychiatrique ou traitement psychotrope	Absence de consult. psychiatrique ou de traitement	
Souffrance psychi- que importante	67	53	= 120
Souffrance psychi- que peu importante	69	122	= 191
Total	136	175	311

Cette étude de corrélation très significative nous permet de confirmer l'idée d'une relative adéquation de la réponse psychiatrique à la

demande de soins : en effet 55,8 % des personnes présentant des signes de souffrance psychique ont consulté un psychiatre ou obtenu un traitement psychotrope (en termes statistiques un détenu très souffrant à 2,24 fois plus de chances de voir un psychiatre ou de bénéficier d'un traitement psychotrope par un médecin généraliste qu'un détenu se disant peu souffrant.

Etat de santé et hospitalisation

Ce paragraphe porte sur les hommes de Lyon seulement.

7 jours-4 mois		Hospitalisation	Non hospitalisation
état de santé selon le patient	mauvais et très mauvais	11	89
	moyen et bon	8	226
	non précisé	0	1 *

Une personne qui se sent en mauvaise ou très mauvaise santé a été hospitalisée dans la période de 7 jours à 4 mois, 3,5 fois plus que celle qui se sent en bonne et moyenne santé.

Pour les périodes suivantes, il n'existe pas de différence significative.

Etat de santé et pécule

Les hommes de St Paul et St Joseph ont été répartis en trois groupes selon l'argent disponible en un mois sur leur compte dit "pécule".

		< 100 F/mois	100 à 1000 F/mois	> 1000 F/mois
état de santé selon le patient pendant la période de 7 j. à 4 mois	très mauvais	31 81,6 %	152 74,1 %	41 89,1 %
	mauvais			
	moyen			
	bon	7 18,4 %	53 25,9 %	5 10,9 %

(limite * : p = 0,07)

Les personnes ayant suffisamment d'argent à leur compte pour se situer dans la moyenne des pécules s'estiment en bonne santé pour 26 % d'entre elles. Les différences ne sont plus significatives pendant les périodes suivantes

Etat de santé et situation judiciaire

Nous n'avons pu montrer que les prévenus se sentaient en moins bonne santé que les personnes jugées. En particulier il nous manque une donnée : la date du jugement qui seule permettrait de distinguer le vécu du patient avant et après l'évènement.

Voici néanmoins nos résultats.

hommes période de 7 jours-4 mois état de santé selon le patient	Prévenu	Condamné	les deux	autres et non réponses
très mauvais	23	13	5	1
mauvais	53 73,2 %	17 70,8 %	8 48,1 %	1
moyen	121	49	11	5
bon	72 26,8 %	31 28,2 %	3 51,9 %	2
non réponses				1

(NS p = 0,64 pour les deux premières colonnes)

période de 4 mois à 8 mois	Prévenu	Condamné	les deux	autres et non réponses
très mauvais	10	5	2	
mauvais	20 80,8 %	8 78,4 %	2 11 %	1
moyen	50	16	7	1
bon	19 19,2 %	8 21,6 %	5	2

NS p = 0,88

période de 8 à 14 mois	Prévenu	Condamné	les deux	autres et non réponses
très mauvais	2	3		1
mauvais	6 80,4 %	1 80 %		0
moyen	29	20		5
bon	9 19,6 %	6 20 %		1
non réponse				2

NS p = 0,43

Etat de santé et activités de travail ou de cours dans la prison

Ont été retenues les notions de travail ou de stage de formation professionnelle en situation intracarcérale et de cours ("école" et cours par correspondance).

hommes, période précisée de 7 jours à 4 mois		travail ou cours		Activité non	
		+	-		
état de santé selon le patient	très mauvais	8	35		1
	mauvais	22	55	67,9 %	77,5 %
	moyen	59	123		4
	bon	42	62	32,1 %	22,5 %
limite * p = 0,06					

Une personne qui travaille ou suit des cours a 1,6 fois plus de chance de se sentir en bonne santé pendant la période initiale de détention. Cette corrélation disparaît par la suite sans que l'on puisse déterminer, faute de savoir à quel moment l'activité a été accordée, si l'effet bénéfique de celle-ci qui s'épuise ou bien si une trop longue attente l'annule.

période de 4 mois à 8 mois		travail ou cours		non réponses	
		+	-		
état de santé selon le patient	très mauvais	53	64		25
	moyen				
	bon	20	13		1
NS p = 0,17					
période de 8 à 14 mois	très mauvais	34	33		2
	mauvais				
	moyen				
	bon	14	4		0
NS p = 0,12					

Etat de santé et visites

Nous avons individualisé les personnes recevant des visites de la part de leur entourage proche : mère, père, frères et soeurs, amis ou conjoints. Les quelques non-répondants ont été regroupés parmi ceux qui ne reçoivent pas de visite de leur entourage.

Nous n'avons pas pu montrer que les personnes ne recevant aucune visite se considéraient en moins bonne santé. Voici néanmoins nos résultats :

hommes 7 jours à 4 mois	Visite de l'entourage Régulière ou seulement quelquefois		jamais et non réponses	
état de santé selon les patients				
très mauvais	30		13	
mauvais	47	73,6 %	32	74,5%
moyen	115		69	
bon	69	26,4 %	39	25,4%
non réponses			1	
			(NS)	
4 à 8 mois				
très mauvais	14		3	
mauvais	25	77,7 %	6	81,5 %
moyen	61		13	
bon	29	22,3 %	5	18,5 %
non réponses	1			
			(NS)	
8 à 14 mois				
très mauvais	3		3	
mauvais	7		0	
moyen	49		5	
bon	15		3	
non précisé	0		0	
			(NS)	

CONCLUSIONS

Les conclusions de la recherche porteront sur cinq points :

- Les écarts de la réalisation de la recherche par rapport à la mission initiale.
 - La prédisposition à la marginalité.
 - L'appauvrissement des afférences neuro-sensorielles parallèlement à l'appauvrissement de la vie de relation.
 - L'évolution personnelle du détenu en détention.
 - Les perspectives.
-
- **Les écarts de la réalisation de la recherche par rapport à la mission initiale**

Deux points nous semblent à préciser :

1 - l'appréciation des modifications de santé sur une plus longue période qu'une année nous était apparue primitivement nécessaire. Le suivi en maison d'arrêt là où les effets de la détention, à partir de l'entrée, se font le plus nettement sentir, est impossible au-delà de 14 mois. L'échantillon se rétrécit très rapidement du fait des départs.

L'étude en maison centrale se fait sur une population qui a déjà subi les bouleversements de santé lors du séjour obligé dans les maisons d'arrêt. Il s'agit de plus d'une population sélectionnée, et il faudrait tenir compte alors des facteurs judiciaires qui sont à l'origine de cette sélection. Les médecins qui travaillent en centrale ne

constatent pas de modifications rapides de la santé et il faudrait faire alors une étude sur plusieurs années pour percevoir le changement.

La restriction qui nous a été faite ainsi de ne travailler qu'en maison d'arrêt est compensée par le fait que c'est en ces lieux que passe la majorité des incarcérés.

2 - la mission prévoyait l'exclusion des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie.

La recherche ne porte pas sur une étude spécifique des toxicomanes et alcooliques entrant en prison, sur leurs exigences propres d'assistance médicale, sociale et judiciaire. Cependant nous n'avons pas pu ne pas faire état de ces conduites car elles singularisent nombre d'entrants :

- de 10 à 20 % sont des toxicomanes
- 26 % consomment énormément d'alcool
- plus de 80 % sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour

-plus de 26 % prennent habituellement des médicaments, et sur cet échantillon plus de la moitié consomme des psychotropes.

Ces conduites addictives, soit continuant en détention, soit subissant un sevrage obligatoire, vont avoir des conséquences importantes sur les manifestations pathologiques intra muros.

• La prédisposition à la marginalité

La recherche montre que les entrants en prison présentent majoritairement des caractéristiques qui les désignent pour un parcours en marge du groupe social.

1 - ces caractères, les entrants en prison en sont porteurs dès l'origine :

. sur-représentation des sujets de nationalité étrangère : 27 %

. fratrie importante : 2 fois et demie celle de la population générale

. absence du père :

- le père d'un quart des entrants est décédé,

- 60 % des pères vivants ne se manifestent jamais en visite en détention

- désintérêt des collatéraux : 63 % des détenus ne rencontrent jamais en détention un membre de leur fratrie.

2 - ces caractères sont confirmés au long de leur existence :

- pauvreté du tissu relationnel : 13 % seulement des détenus ont des amis ou de la famille sur lesquels ils peuvent compter. Ceci se traduit par le fait que 37 % des entrants en prison n'ont aucun parloir pendant les 4 premiers mois de la détention

- pauvreté de la structure personnelle : l'objet toxicomaniaque, alcool, tabac, médicament et drogue, vient en place de la relation inter-subjective

- l'insuffisance de l'inscription sociale :

. taux relativement faible de la formation professionnelle. 57 % contre 77 % dans l'échantillon comparatif

. plus grand nombre d'inscrits à l'ANPE : près de 30 % contre 9 % dans la population générale.

En conséquence, pauvreté de la couverture sociale

Les détenus qui n'ont pas de couverture sociale à l'entrée sont deux fois plus hospitalisés pendant leur détention que ceux qui ont une couverture sociale à l'entrée.

L'ensemble de ces facteurs fait que 56 % seulement d'hommes entrant en prison, âgés de 29 ans en moyenne, s'estiment en bonne santé. L'appréciation des soignants pénitentiaires corrobore cette estimation puisque, pour eux, 53,6 % des entrants sont en bonne santé.

• L'appauvrissement des afférences neuro-sensorielles en parallèle à l'appauvrissement de la vie de relation

L'appauvrissement est confirmé par l'influence différente exercée par des architectures carcérales d'âge différent. L'étude permet de comparer les vieux établissements de Saint Paul-Saint Joseph à l'établissement moderne de Varcès. Les cellules de Varcès ont une surface de 14 m², celles de Lyon de 9,3 m², en moyenne. A Varcès, 76 % des détenus font du sport, à Lyon 34 %. Aussi nous trouvons :

- 17,2 % de détenus présentant des vertiges à Varcès, contre 26,3 % à Lyon,

- 14,8 % à Varcès ne peuvent plus sentir les odeurs contre 36,1 % à Lyon

- 22,5 % à Varcès ont des baisses de la vue contre 34,2 % à Lyon.

Cette baisse régulière de la vue entraîne des séquelles de type fonctionnel plutôt qu'organique. C'est bien d'ailleurs ce que repèrent les ophtalmologistes. La baisse de la vue entraîne un report du repérage du monde extérieur par le détenu sur son audition. Ce qui augmente sa sensibilité aux bruits et parallèlement touche à l'acuité auditive. L'audition est "obligée" et insatisfaisante.

L'influence du milieu entraîne la dissociation entre la fonction nutritive et la fonction affective de la "gamelle". Ainsi 86 % sont insatisfaits de la nourriture pénitentiaire.

La sensibilité au froid sous-tend la souffrance individuelle du détenu. C'est la chaleur qui donne corps aux mouvements collectifs des prisonniers.

La difficulté de l'appropriation des objets par la vue signe la perte des objets familiers, désirables, sous le regard.

Les organes sensoriels agissent comme des indicateurs privilégiés de la dégradation de la relation du détenu à son environnement.

Les effets iatrogènes de l'institution démultiplient la fragilité originelle.

Il vient à la pensée du médecin qu'ainsi on enfermerait les insuffisants respiratoires dans un espace appauvri en air.

La perte de la relation sexuelle et sa régression jouent un rôle difficile à apprécier mais certain.

• **L'évolution personnelle du détenu en détention :**

La santé est affectée en permanence durant toutes les périodes de détention par des sensations internes à type de précordialgies, de difficultés de concentration psychique et de troubles mnésiques. La nervosité touche majoritairement les détenus puisqu'elle est ressentie par 2/3 des entrants et 3/4 des maintenus en détention après un an.

Il existe des corrélations significatives entre conditions de détention et santé. En particulier la corrélation entre l'état de santé et le nombre de détenus en cellule. Le détenu a trois fois plus de risques de ne pas se sentir en bonne santé s'il est incarcéré dans une cellule à 4 ou plus.

Sur ce fond de troubles permanents la santé du détenu va évoluer en 4 temps :

1 - **le temps de l'explosivité** compris dans la période de 7 jours à 4 mois. C'est le temps de l'agressivité tournée contre soi ou contre les autres. C'est le temps des grèves de la faim et de la soif, des auto-mutilations, des tentatives de suicide et des coups et blessures. Il n'est pas possible de différencier auto et hétéro-agressivité car chacun des gestes se fait dans une double direction, et en particulier les coups et blessures sont constatés souvent chez l'un et l'autre des protagonistes. Par ailleurs, une victime chez laquelle on constate les coups et blessures a souvent plusieurs agresseurs, ce qui fait sous-

estimer l'importance de l'hétéro-agressivité. Mais l'on sait bien qu'il n'y a pas de différenciation possible de l'agressivité lorsqu'on la rapporte à ce qui se joue au niveau psycho-dynamique dans la structure même de la personne.

Ce temps de l'agitation, de l'angoisse, de l'agressivité, est celui de "la prise au piège", et le comportement du détenu n'est pas sans rappeler par son évolution l'enfermement expérimental de l'animal piégé.

Ce temps est d'autant plus douloureux qu'il est celui de l'incertitude du devenir et de l'isolement maximal : 37 % sont sans visite, et 1/3 n'a pas encore eu une rencontre avec l'avocat.

2 - le temps du retrait dans la chair entre 4 et 8 mois de détention.

Ce retrait se marque par les troubles de l'enveloppe corporelle signifiés par l'augmentation des soins locaux et pansements cutanés pendant cette période.

La période 4-8 mois est celle où culmine une symptomatologie de la rentrée en soi : maux de tête, douleurs musculaires, tremblements, douleurs de la poitrine, troubles de la digestion, trous de mémoire, manque d'énergie, dévalorisation, idées suicidaires, et évanouissement. Cette symptomatologie centrée sur la souffrance interne est la perte de vie nva jusqu'à la soustraction à soi-même.

Cette symptomatologie est attestée par la réponse que font les soignants. Ils augmentent les doses de trois sortes de médicaments : les anti-inflammatoires et antalgiques, les produits de soins dermatologiques, et les médications à visée gastro-entérologique. Cette

réponse à visée symptomatique est tout et seulement ce qu'on peut s'autoriser à prescrire face à un malaise non cerné médicalement.

Si la période 4-8 mois est celle où domine la souffrance exprimée au creux de la chair, elle ne se traduit pas par un surcroît de maladies par rapport aux autres périodes.

3 - le temps de "l'adaptation" de 8 à 12 mois.

Ce temps aurait pu être mieux apprécié s'il avait été possible de voir la corrélation entre la durée de l'incarcération, le type d'infraction, et la sélection du détenu.

Le nombre de consultations diminue après 8 mois. Le nombre de détenus sous traitement médicamenteux qui décroît très nettement est le reflet de cette adaptation.

Il faut souligner cependant que cette tendance est inversée chez les détenues femmes.

4 - le temps de la réparation :

Ce temps survient après un an de détention. Les soignants estiment qu'à cette période il y a 43,75 % de "bonne" prise en charge.

Une plainte corporelle demeure cependant mais elle trouve une réponse relativement possible et adéquate.

A partir de ce temps le pourcentage de prise en soins reste stable. Il le demeure tout au long de la détention.

Malgré l'importance et la fréquence des souffrances repérées, que le malaise soit verbalisé ou non, la réponse médicamenteuse par le psychotrope reste en dessous de ce qui est estimé communément.

Le traitement par les psychotropes ne concerne jamais plus de 18 % des sujets. Cependant les psychotropes prescrits sont davantage à visée sédatrice qu'à visée tonifiante ou anti-dépressive, ce qui donne une idée du type de réparation en cours.

- **Les perspectives :**

1 - L'organisation de la médecine pénitentiaire ne peut s'envisager qu'en fonction d'une redéfinition d'ensemble de la mission confiée par le groupe social à l'institution pénitentiaire.

La couverture sanitaire peut rester comme alibi d'une institution fixée dans une mission de répression-exclusion. Dans certaines activités rituelles de dépistage systématique, parfois obsolètes, peut se repérer la résignation de soignants privés de moyens, lassés de l'attente de pouvoir exercer leur véritable mission de soins.

Si cette seule vue répressive est relativisée, le service médical coordonné à l'ensemble des intervenants, travailleurs sociaux, éducateurs et magistrats de l'application des peines, peut devenir le levier essentiel de la restauration de l'individu dans la totalité de ses potentialités. C'est cette finalité là qui recouvrirait vraiment celle de la préservation sociale.

2 - De par la singulière sélection des entrants, comme du fait des actuelles conditions de vie pénitentiaire, la médecine pénitentiaire possède une expérience clinique spécifique. Elle est par là devenue une spécialité.

Ce savoir spécifique doit concourir à la formation de l'ensemble des soignants en milieu pénitentiaire. Mais le médecin pénitentiaire doit transmettre ses connaissances aux autres intervenants en prison et en particulier au personnel de surveillance qui est l'intermédiaire obligé entre les détenus et le service de soins. Il est à noter qu'il n'y a pas de problème d'hostilité entre détenus et surveillants : seuls 14,2 % des détenus s'en plaignent.

Ce savoir de la médecine pénitentiaire doit être aussi utilisé pour la conception des nouveaux établissements pénitentiaires et la rénovation des anciens, à partir évidemment d'une réflexion pluridisciplinaire.

3 - La médecine pénitentiaire doit être intégrée à l'ensemble du système de santé.

Les médecins et infirmiers doivent appartenir à un service de type hospitalier avec perméabilité des situations entre ce service et les autres services de l'hôpital public. La médecine pénitentiaire doit être prise en charge par le ministère de la Santé et les soins des détenus par la Sécurité Sociale. Les soins aux détenus ne doivent pas constituer un point de ségrégation supplémentaire, mais au contraire affirmer l'appartenance du prisonnier à l'ensemble du groupe social continuant manifestement à le prendre en charge.

C'est le seul moyen d'espérer accéder à la qualité des soins, à l'égalité avec ceux prodigués à l'extérieur. C'est la condition pour que les relais de soins entre la détention et le milieu extérieur soient assurés. Cette mise en place de la continuité des soins suppose qu'ils soient pris en compte pour les décisions de transfert, de mise en

liberté, etc ... C'est là une autre nécessité d'obligation de rencontres pluri-disciplinaires.

4 - Plus que la multiplication de plateaux techniques intra muros qui sont toujours en décalage dans le temps avec ceux de l'extérieur, il est nécessaire de prévoir un large dimensionnement du temps de disponibilité médical et infirmier pour d'authentiques échanges avec le détenu.

On aboutit ainsi à cette formule qu'en détention il ne s'agit pas tant de dépister que d'ouvrir des pistes.

Il y a urgence à rendre les intervenants disponibles : un tiers des détenus déclare ne jamais voir de travailleur social.

86 % des détenus n'ont pas vu d'enseignants en première période, et encore 68 % au bout d'un an.

Les soignants actuellement n'atteignent à une connaissance suffisante des personnes qu'au bout de 4 mois.

Il faut du temps pour faire surgir et décrypter la demande. Le même temps est nécessaire pour rendre la réponse crédible. Dans la pauvreté actuelle ce sont les plus bruyants qui mobilisent les intervenants et réduisent à peu de chose le temps pour les autres.

5 - Il est indispensable d'harmoniser les collectes d'informations dans un véritable dossier de soins. Ce dossier garderait trace de toutes les coordinations et concertations de tous les intervenants de quelque discipline que ce soit ayant eu colloque singulier avec le détenu.

Cette concertation devrait s'étendre aux surveillants eux-mêmes, déjà à l'origine de 7,3 % des consultations, ce qui témoigne de leur position privilégiée dans le repérage rapide d'une souffrance.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 4
I - METHODOLOGIE	p. 8
PROTOCOLE	p. 8
REALISATION DE L'ENQUETE	p. 13
II - DESCRIPTIF DE LA POPULATION DES ENTRANTS	
DE L'ENQUETE	p. 21
• au plan administratif	p. 24
• au plan des habitudes de vie	p. 30
• appréciation subjective de l'état de santé avant incarcération	p. 32
III - CARACTERISTIQUES DES ECHANTILLONS POUR	
L'ETUDE DE LA VIE EN DETENTION	p. 42
IV - CONDITIONS DE VIE EN DETENTION	p. 50
V - EVOLUTION DE LA SANTE EN COURS DE DETENTION	p. 61
A - ASPECTS DE SOUFFRANCES NEURO-SENSORIELLES	p. 61
B - EFFETS DE RETRAIT	p. 70
C - EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE EN COURS DE DETENTION	p. 77
1 - Observation à partir du dossier médical pénitentiaire	p. 77
• Diagnostic fait à l'entrée	p. 77
• Examens	p. 88

• Traitements non médicamenteux	p. 94
• Traitements	p. 101
2 - Observation à partir du dossier médical hospitalier	p. 145
3 - Appréciation des soignants sur le soin prodigué	p. 157
4 - Regard des patients sur le soin reçu	p. 177
5 - Etats de santé selon le sujet et divers facteurs	p. 181
CONCLUSIONS	p. 192