

*Maladies chroniques
et traumatismes*

Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral

Sommaire

Abréviations	2
1. Introduction	3
2. Objectifs de l'étude	4
3. Méthode de l'étude	5
3.1 Population d'étude	5
3.2 Échantillonnage	5
3.2.1 Choix des établissements	5
3.2.2 Constitution de l'échantillon des dossiers médicaux	6
3.3 Type de données recueillies	7
3.3.1 Entretiens auprès de l'équipe médicale	7
3.3.2 La fiche de recueil pour l'analyse des dossiers médicaux	8
3.4 Modalité d'organisation de l'étude	10
3.4.1 Information des unités sanitaires	10
3.4.2 Information des personnes détenues pour l'étude à partir des dossiers médicaux	10
3.4.3 Circulation de données médicales pour l'étude à partir des dossiers médicaux	11
3.4.4 Plan d'analyse des données	11
4. Résultats	13
4.1 Caractéristiques des populations d'étude	13
4.1.1 Les établissements	13
4.1.2 Profil des médecins responsables des unités sanitaires	13
4.1.3 Les caractéristiques des personnes détenues dont le dossier médical a été examiné	13
4.2 Accès à l'information au sein des unités sanitaires	15
4.2.1 Informatisation des unités sanitaires et des dossiers médicaux	15
4.2.2 Organisation des dossiers médicaux	16
4.3 Information présente dans les dossiers médicaux à l'entrée dans un établissement pénitentiaire	17
4.3.1 Structuration de l'information dans les dossiers médicaux – consultation médicale d'entrée	17
4.3.2 Type d'information réellement présente dans les dossiers médicaux – consultation médicale d'entrée	22
4.4 Information présente dans les dossiers médicaux au cours des douze derniers mois	31
4.4.1 Déroulement du suivi médical au-delà de la consultation d'entrée et structuration de l'information dans les dossiers médicaux	31
4.4.2 Recours aux soins somatiques et psychiatriques dans les douze derniers mois	31
4.4.3 Maladies chroniques au cours des douze derniers mois	32
4.4.4 Pathologies psychiatriques au cours des douze derniers mois	32
4.4.5 Les autres pathologies chroniques au cours des douze derniers mois	32
5. Conclusion	33
Références bibliographiques	37
Annexes	39

Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral

Rédaction

Aude-Emmanuelle Develay, Sarah Emmambux (Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS))

Autres personnes InVS ayant participé à l'étude (par ordre chronologique décroissant)

Édouard Chatignoux (statisticien, DMCT, InVS)
Charlotte Verdot (chargée d'étude, DMCT, InVS)
Élodée Godin-Blandeau (interne de santé publique, DMCT, InVS)
Pernelle Issenhuth (chargée d'étude, DMCT, InVS)
Thomas Huppert (interne de santé publique, DMCT, InVS)

Relecture

Anne Laporte (responsable de la Cellule ingénierie et appui méthodologique de l'Agence régionale de santé (ARS), Ile-de-France)
Daniel Eilstein (responsable de mission, Direction scientifique et de la qualité (DiSQ), InVS)
Isabelle Grémy (directrice, DMCT, InVS)

Comité de pilotage (par ordre alphabétique)

Christine Barbier (Direction générale de la santé (DGS))
Ève Becache (psychiatre, Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), Lyon)
Anthony Blanc (médecin de médecine légale et santé publique, Unité sanitaire (US) de Toulouse)
Agnès Cadet-Taïrou remplacée par Ivana Obradovic (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT))
Rozen Calvar remplacée par Florence Lys (Direction générale de l'offre de soins (DGOS))
Chantal Coru (Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP))
Aline Desesquelles (Institut national d'études démographiques (Ined))
Rkia Elouadi (DGS)
Laura Harcouet (Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP))
Hélène Lansade (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca))
France Lert (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm))
Patrick Mauriauourt (médecin, Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille)
Catherine Paulet remplacée par Cyrille Canetti (psychiatres, Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP))
Caroline Semaille (InVS)

Remerciements

Les établissements pénitentiaires, les médecins responsables des soins somatiques et les médecins responsables des dispositifs d'offre de soins psychiatriques sont remerciés d'avoir participé à l'étude.

Abréviations

AICS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel
APSEP	Association des professionnels de santé exerçant en prison
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASPMP	Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
ATCD	Antécédents
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDSP	Banque de données en santé publique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CD	Centre de détention
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMCT	Département des maladies chroniques et traumatismes
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSP	Dispositif de soins psychiatriques
DTP	Diptérie, tétanos, poliomyélite
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
HB	Hépatite B
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
Ined	Institut national d'études démographiques
InVS	Institut de veille sanitaire
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
OMS	Organisation mondiale de la santé
QCD	Quartier centre de détention
QMA	Quartier maison d'arrêt
QMC	Quartier maison centrale
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
US	Unité sanitaire
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié, en France, la prise en charge sanitaire de personnes placées sous main de justice en transférant la mission de prise en charge sanitaire des établissements pénitentiaires aux établissements publics de santé, et en créant dans chaque prison une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)¹. Cette réforme visait à mieux répondre aux besoins de santé des personnes détenues, en leur permettant de bénéficier d'une couverture sociale et d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population générale.

Les personnes détenues constituent une population vulnérable si on considère qu'elle est possiblement exposée en amont de l'incarcération et de façon souvent cumulative à des difficultés socio-économiques : faible niveau d'éducation, faible revenu, logement précaire, etc. [1]. À cela s'ajoute un état de santé dégradé à l'entrée en détention en raison d'un faible accès et recours aux soins, et d'une prévalence importante des comportements à risque (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, partenaires sexuels multiples par exemple [2,3]). Les conditions de vie en détention sont par ailleurs peu propices au maintien de la santé des personnes détenues et peuvent provoquer ou aggraver certains troubles de la santé.

La littérature internationale [4] fait ainsi état de prévalences plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale pour certaines pathologies (maladies infectieuses [5-8], psychiatriques [7;9]) et comportement à risque (addictions [3;10]). Par ailleurs, bien que cela soit encore insuffisamment documenté, le mode de vie des personnes détenues avant et pendant l'incarcération (consommation d'alcool et de tabac, habitudes alimentaires, manque d'activité physique, etc.) et le vieillissement de la population carcérale laissent présager une augmentation des pathologies chroniques (notamment cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses [3,4;7;11]).

La loi de 1994 prévoyait la mise en place d'un système de remontée d'informations sur la santé des personnes détenues, pour adapter en conséquence l'offre de soins et la prise en charge sanitaire aux besoins de santé de cette population. Aucun dispositif de collecte systématique de données n'existe à ce jour, en dehors du recensement des décès, organisé par l'administration pénitentiaire. Par conséquent, les connaissances épidémiologiques relatives à la santé de la population carcérale sont issues, en France, de quatre études nationales (hormis les études locales limitées à un établissement ou à une région pénitentiaire) : l'enquête « HID-prison » réalisée en 2001 par l'Institut national d'études démographiques (Ined) [12] pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral (extension de l'enquête Insee « HID-ménages ») ; l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Drees en 1999 et reconduite en 2003 [13,14] ; l'enquête « Cemka-Eval » réalisée en 2004 par Falissard *et al.* pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral [15] ; et l'enquête Prévacar mise en œuvre conjointement par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la direction générale de la santé en 2010 pour déterminer la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) au sein de la population carcérale [16].

Ces études représentatives de la population carcérale présentent l'intérêt de produire des données de référence pour la population carcérale française mais, hormis l'étude Prevacar réalisée en 2010, la plupart remontent à une dizaine d'années ou plus et n'ont pas été actualisés. De plus, ces études apportent un éclairage sur des problèmes de santé connus en milieu carcéral et plutôt bien documentés au niveau international (maladies infectieuses, troubles psychiatriques et addictions). En revanche, il n'existe aucune donnée française de prévalence des maladies chroniques (notamment cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses) et les autres thématiques de santé (traumatismes, dermatologie, santé bucco-dentaire, etc.) font l'objet d'enquêtes dont la méthodologie (petits effectifs, non représentatifs) ne permet pas d'établir de conclusions robustes.

¹ Les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) avaient en charge les soins ambulatoires somatiques, les soins ambulatoires psychiatriques étant délivrés soit par des intervenants du secteur psychiatrique dont dépend l'établissement pénitentiaire (au sein des UCSA) soit par les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR). La refonte du guide méthodologique désigne l'unité sanitaire (US) comme lieu de délivrance des soins ambulatoires qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, celle-ci constituant une antenne de l'hôpital de rattachement au sein même de l'établissement pénitentiaire.

Dans ce contexte, un des objectifs du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes sous main de justice » publié en 2010 par le ministère en charge de la santé en collaboration avec celui de la justice [17] est la mise en place d'un système d'information national pérenne intégrant des données épidémiologiques, dans la perspective d'un ajustement au plus près du dispositif d'offre de soins en fonction des besoins en matière de prise en charge sanitaire et de prévention des personnes détenues. L'InVS est porteur, dans ce cadre-ci, d'une action qui vise à établir un état des lieux des connaissances de la santé des personnes détenues et à proposer des pistes pour améliorer le suivi de leur santé.

Pour répondre à cette action, une revue de la littérature en France et à l'étranger a été effectuée pour décrire les données épidémiologiques disponibles concernant les principales pathologies rencontrées en milieu carcéral et leur niveau de prévalence [4]. De plus, une seconde analyse bibliographique portant sur les expériences étrangères en matière d'organisation de dispositifs de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées a été réalisée au sein de 15 pays, en Océanie, Amérique du Nord et Europe (France comprise) [18]. Celle-ci a montré qu'il n'existe pas de dispositif de référence pour le suivi pérenne de la santé des personnes détenues. Peu de pays (quatre seulement sur les quinze étudiés (Canada, États-Unis, Australie, Belgique), dont un seul en Europe) se sont dotés d'un dispositif national pérenne de surveillance de la santé des personnes incarcérées couvrant plusieurs thématiques de santé. Les autres pays, dont la France, ont réalisé des enquêtes épidémiologiques nationales ponctuelles couvrant le plus souvent une seule thématique (psychiatrie, addictions, maladies infectieuses). Par ailleurs, ces différents dispositifs et études nationales s'appuient sur des méthodes de recueil très variées nécessitant, cependant, dans leur grande majorité, la participation directe des personnes détenues (questionnaires administrés en face à face par des enquêteurs formés ou par le personnel médical, questionnaires auto-administrés, etc.). Certaines, quoique peu nombreuses, mobilisent des données médicales, et notamment les données contenues dans les dossiers médicaux des personnes détenues [19-21].

En France, l'enquête Prevacar de prévalence du VIH, du VHC et des TSO, a été menée simultanément au démarrage du plan d'actions cité plus haut. Elle a fait appel à un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues. Au-delà des résultats de prévalence fournis par cette étude, les auteurs ont conclu à la faisabilité de ce type d'enquêtes au niveau national en milieu carcéral, en faisant l'hypothèse d'une extension possible à d'autres pathologies (notamment aux maladies chroniques et à la pathologie psychiatrique) [22].

Ainsi, au-delà des deux revues de littérature mentionnées plus haut, l'InVS a conduit en 2013 une étude visant à apprécier la faisabilité de cette extension et dont les résultats sont présentés dans ce document.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour finalité d'apprécier la faisabilité de l'extension de l'étude Prevacar aux champs des maladies chroniques et de la pathologie psychiatrique, et donc la faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues pour estimer la prévalence de ces problèmes de santé en milieu carcéral.

Une étude exploratoire à visée descriptive et qualitative a été mise en œuvre pour répondre à cette finalité. Dans cette perspective, deux types de recueil de données complémentaires ont été mis en œuvre : des entretiens menés auprès de médecins responsables des US retenues pour l'étude et une étude à partir d'un échantillon de 330 dossiers médicaux de personnes détenues.

L'objectif était de s'assurer que les modalités d'accès à l'information (notamment aux données médicales) permettaient la mise en œuvre d'une étude à grande échelle (nationale). Il s'agissait aussi de déterminer, pour les pathologies ou thématiques de santé sélectionnées (maladies chroniques, maladies infectieuses, pathologies psychiatriques), le type d'information présent dans les dossiers médicaux des personnes détenues, et son niveau de précision.

Il convient de noter que l'objectif de cette étude n'était d'évaluer ni le contenu des dossiers, ni les pratiques des professionnels, ni d'estimer la prévalence de ces pathologies ou problèmes de santé mais de s'assurer de la faisabilité du recueil et de la présence, dans les dossiers, des informations qui seraient nécessaires, à termes, pour dresser un état des lieux de la santé des personnes détenues.

3. Méthode de l'étude

3.1 Population d'étude

S'agissant des entretiens, la population d'étude est constituée des médecins responsables des unités sanitaires des établissements retenus pour l'étude.

S'agissant du recueil à partir des dossiers médicaux, la population d'étude est constituée des dossiers médicaux de personnes détenues majeures incarcérées dans des établissements pénitentiaires de France métropolitaine, dont le dossier médical a été tiré au sort et examiné. La porte d'entrée de l'étude est l'US qui détient, *a priori*, un dossier somatique pour chaque personne détenue. Le dossier médical est alors compris comme l'ensemble des dossiers relatifs à un patient, présents et consultables sur place à savoir : le dossier somatique, psychiatrique, dentaire, etc.

3.2 Échantillonnage

Dans un premier temps, une sélection de 11 établissements a été effectuée de manière raisonnée de façon à obtenir un échantillon diversifié tant en termes de type d'établissements (selon le type, l'ancienneté et la taille) que de caractéristiques de population (sexe, âge, incarcération pour des peines de courte, moyenne ou longue durée). Des entretiens ont été menés avec les médecins responsables des US de ces 11 établissements.

Dans un second temps, 30 dossiers médicaux somatiques ont été tirés au sort sur place, dans chacun des 11 établissements retenus pour l'étude. Procéder à un tirage au sort avait notamment pour objectif de s'affranchir du biais de sélection lié à l'« équipe médicale » pouvant conduire *de facto* à un choix de dossiers de personnes détenues ayant fréquemment recours aux soins au détriment de personnes détenues ne venant pas ou peu en consultation.

3.2.1 Choix des établissements

Le choix raisonné des établissements visait à prendre en compte la diversité des situations possibles pouvant avoir un impact sur les pratiques de renseignement des dossiers médicaux et par conséquent sur le type d'informations notées dans les dossiers médicaux explorés, et notamment : le type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale), son ancienneté (avant 1990, depuis 1990)², sa taille (moins de 250, de 250 à 499, de 500 à 999, 1 000 et plus places disponibles³), le sexe des personnes détenues, les structures et le niveau de soins existants sur place (présence ou non d'un service médico-psychologique régional (SMPR), présence d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) à proximité), la localisation géographique (Ile-de-France ou Province).

Au moment du choix des établissements pénitentiaires, l'administration pénitentiaire gérait 189 établissements. Pour faciliter le processus de sélection des 11 établissements, il a été décidé de

² En référence au programme « 13 000 » lancé en 1988, suivi du programme « 4 000 » en 1996, puis du programme « 13 200 » en 2002, ayant conduit à la construction de places supplémentaires et au renouvellement du parc pénitentiaire.

³ Le nombre de places disponibles se réfère au nombre de places théoriques sans tenir compte de la suroccupation des établissements pénitentiaires.

partir d'une liste préexistante, non utilisée, de 27 établissements tirés au sort⁴ dans le cadre de l'enquête Prevacar⁵. Les quatre établissements situés Outre-Mer ont été exclus de la sélection.

Les 23 établissements restants ont ensuite été positionnés dans un tableau selon l'ensemble des critères de sélection de l'étude de faisabilité. Par choix raisonné, 8 établissements ont pu être retenus :

- trois maisons d'arrêt (MA) parmi les neuf de la liste initiale ;
- une maison centrale (MC), la seule de la liste ;
- quatre centres pénitentiaires (CP) parmi les huit de la liste initiale.

Parmi ces établissements, un seul se situait en Ile-de-France. Aussi, pour tenir compte de ce critère, deux autres établissements situés en Ile-de-France ont été inclus dans notre échantillon : le CD de Melun et le CP de Meaux⁶. Le CP de Liancourt a été également inclus dans notre échantillon, en raison notamment de son homologation en tant que centre accueillant des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

À l'issue de cette sélection, il s'est avéré que dans trois des quatre centres pénitentiaires initialement inclus dans l'échantillon, seuls les « quartiers maison d'arrêt » (QMA) pouvaient être retenus pour l'enquête, les autres quartiers étant de fait exclus de l'étude⁷ puisqu'il s'agissait de quartiers mineurs, de centre pour peines aménagées, etc. Pour équilibrer l'échantillon, seuls les « quartiers centre de détention » (QCD) des trois autres centres pénitentiaires ont été inclus dans l'échantillon. Par conséquent, l'échantillon final comporte six MA ou QMA, quatre CD ou QCD et une MC (liste en annexe 1) :

- six MA ou QMA dont : trois construits avant 1990 et trois construits après 1990, un de capacité inférieure à 250 personnes détenues, un de capacité supérieure à 1 000 personnes détenues et quatre de capacité comprise entre 500 à 999 personnes détenues, quatre accueillant des femmes, quatre dotés d'un SMPR sur place, et trois situés à proximité d'une UHSI ;
- une MC, la seule de la liste, construite avant 1990, de 250 à 499 personnes détenues, n'accueillant pas de femmes et n'étant pas dotée d'un SMPR ;
- quatre CD ou QCD dont : deux construits avant 1990 et deux après 1990, deux de capacité comprise entre 250 et 499 personnes détenues et deux de capacité comprise entre 500 à 999 personnes détenues, un accueillant des femmes, un doté d'un dispositif de soins psychiatrique (SMPR) sur place et un situé à proximité d'une UHSI.

Les établissements correspondant à ces quartiers de détention sont répartis sur sept interrégions pénitentiaires : Lille, Paris, Est-Strasbourg, Rennes, Lyon, Bordeaux, Toulouse.

3.2.2 Constitution de l'échantillon des dossiers médicaux

Chaque personne détenue ayant *a priori* un dossier médical au minimum somatique, le tirage au sort sur place des dossiers médicaux a été effectué à partir d'une base de sondage des personnes majeures, non soumises à une mesure d'aménagement de peine et présentes le jour de l'enquête. Fournie, sur place, par chacun des établissements, cette base de sondage comportait le nom, le prénom et l'âge des personnes détenues.

La population des femmes et celle des personnes de 50 ans et plus, représentant respectivement 3,4 % et 11,6 % de la population carcérale en 2013, ont été surreprésentées de façon à obtenir une moitié de dossiers concernant des personnes de plus de 50 ans et environ 90 dossiers pour les femmes. Pour obtenir cette surreprésentation, le tirage au sort a été stratifié par sexe et âge : dans les établissements mixtes, 4 listes de tirage au sort ont été constituées, à partir de la base de sondage, selon le sexe et l'âge (moins de 50 ans et 50 ans et plus) ; dans les établissements accueillant

⁴ Le tirage au sort était stratifié sur le type et la taille de l'établissement.

⁵ En effet, un premier tirage au sort avait été réalisé en avril 2008, mais la mise en œuvre de l'étude ayant été reportée de deux ans, un second tirage a été effectué au printemps 2010. Le premier tirage au sort, transmis par l'équipe Prevacar, a servi de base au choix raisonné d'établissements.

⁶ Ces deux établissements ont été choisis pour pouvoir inclure un centre de détention dans l'échantillon (et il n'y en a qu'un seul en Ile-de-France) et un centre pénitentiaire de la région Ile-de-France (un seul en Ile-de-France).

⁷ Compte tenu de la définition de la population d'étude (cf. 3.1).

uniquement des femmes ou uniquement des hommes, deux listes de tirage au sort ont été établies selon l'âge (moins de 50 ans et 50 ans et plus).

Pour chacune des listes établies, le premier détenu a été choisi de façon aléatoire (tirage au sort d'une lettre de l'alphabet). Les autres personnes détenues ont été sélectionnées en appliquant le pas de sondage calculé pour chacune des listes. La liste des noms et des prénoms des personnes détenues a permis de revenir aux dossiers médicaux.

Il convient de noter que cette étude ayant pour objectif d'analyser le contenu des dossiers médicaux, sans chercher à estimer la prévalence de telle ou telle maladie, le calcul, au sens statistique du terme, d'un nombre minimum de dossiers à explorer n'était pas adapté. En revanche, pour avoir des informations qualitatives suffisantes sur le remplissage des dossiers, il était souhaitable d'analyser un nombre minimum de dossiers par établissement. Ce chiffre a été porté à 30, fruit du compromis entre les objectifs à atteindre et le caractère exploratoire de l'étude.

3.3 Type de données recueillies

3.3.1 Entretiens auprès de l'équipe médicale

Les entretiens avec les médecins responsables des US des 11 établissements retenus pour l'étude, d'une durée d'environ une heure trente, ont eu pour objectif de recueillir des éléments sur l'organisation des soins (à l'entrée et en détention), sur les prises en charge (santé mentale, maladies chroniques) et sur les pratiques de recueil d'informations médicales mises en œuvre, en regard, par les professionnels.

Plus précisément, il s'est agi (guide d'entretien, annexe 2) :

- d'une part, de comprendre la manière dont se déroulent les soins dans les établissements visités afin de :
 - disposer d'éléments sur le déroulement des visites d'entrée ;
 - obtenir des informations sur la prise en charge et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques ;
 - décrire la manière dont la prise en charge de la pathologie mentale s'organise ;
- d'autre part, de décrire en regard du dossier médical, sa structuration et les informations médicales qui y sont enregistrées afin de :
 - déterminer l'accessibilité du dossier médical et son organisation ;
 - caractériser l'information recueillie lors de la visite d'entrée, comment cette information est enregistrée, s'il existe notamment une fiche « entrant » structurée, et si oui son processus d'élaboration et d'utilisation ;
 - déterminer la manière dont sont renseignés les éléments sur la santé mentale, les maladies chroniques et les hospitalisations à l'entrée et au cours du suivi médical ;
 - saisir, plus généralement, les pratiques de remplissage et d'utilisation des dossiers médicaux, d'archivage et de transferts des informations.

Pour donner un caractère concret et pratique à ces entretiens, les échanges ont eu lieu en se référant au dossier-type de l'établissement. Ceux-ci ont été conservés par l'équipe d'enquêteurs InVS afin de les ajouter au corpus de « données » comprenant ainsi les entretiens, le dossier-type et le recueil à partir des dossiers médicaux.

3.3.2 La fiche de recueil pour l'analyse des dossiers médicaux

L'élaboration de la fiche de recueil pour analyser le contenu des dossiers médicaux a pris en considération l'organisation des soins en détention telle que précisée dans le guide méthodologique [23] puis s'est centrée sur la définition des données à recueillir.

3.3.2.1 Organisation des soins en détention

Tous les établissements pénitentiaires disposent d'une US rattachée directement à un établissement public de santé, avec une équipe soignante (médecin généraliste, spécialistes en fonction des contextes, dentiste, pharmacien et personnel infirmier) placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, exerçant dans des locaux dédiés dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire.

À l'entrée en détention, la personne détenue bénéficie, sauf refus explicite de sa part, d'une consultation médicale qui permet de dépister toute affection contagieuse ou évolutive et d'assurer la continuité des soins. Dans son contenu, cette consultation ne se différencie pas d'une première consultation avec un médecin généraliste (recueil des antécédents, prise de mesures biométriques (poids, taille), examen clinique complet, etc.) avec un accent mis *a priori* [23] sur l'évaluation des consommations de substances psychoactives, l'appréciation de l'état mental, le dépistage des maladies infectieuses (proposition des tests VIH et hépatites virales).

Une consultation avec un dentiste et/ou avec un membre de l'équipe psychiatrique est également proposée à l'entrée de manière systématique ou non selon les établissements.

Par la suite, en dehors des visites en quartier disciplinaire et quartier d'isolement et des grèves de la faim, le suivi et les examens prodigués aux personnes détenues sont réalisés au cas par cas, selon le terrain médical et les besoins exprimés. La personne détenue peut être revue soit à sa demande, soit à l'initiative des soignants.

3.3.2.2 Définition des données à recueillir

Une fiche de recueil a été construite afin de servir de support à l'exploration des dossiers médicaux. Ce travail supposait d'en préciser le contenu et notamment :

- sélectionner les thématiques de santé à étudier : ces thématiques devaient être celles pertinentes à inclure à terme dans un système de surveillance. Les critères de sélection étaient notamment ceux habituellement utilisés en santé publique :
 - o fréquence élevée en population carcérale ;
 - o gravité/nécessité d'une prise en charge spécifique ;
 - o possibilités d'action en termes de prévention et d'éducation thérapeutique ;
 - o préoccupation exprimée par le corps médical exerçant en milieu pénitentiaire ;
 - o présence de données sur le sujet dans la population générale permettant une comparaison (ESPS, HSM, baromètres santé) ;
- définir les critères pertinents à rechercher dans les dossiers pour étudier ces thématiques dans la perspective, à terme, d'un dispositif de surveillance et du calcul de leur prévalence. Ces critères devaient répondre aux caractéristiques suivantes :
 - o correspondre, notamment pour les maladies chroniques, à un élément diagnostic ou de repérage connu et habituellement recueilli dans une perspective épidémiologique et/ou de surveillance ;
 - o être faisable : information pouvant vraisemblablement être trouvée dans les dossiers médicaux ;
 - o être compréhensible.

Pour définir ces thématiques et ces critères, plusieurs sources ont été utilisées : une recherche bibliographique (littérature française et étrangère et littérature grise [BDSP, congrès des UCSA...]) ; la consultation des responsables des différents programmes développés au sein du Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT) de l'InVS (« maladies cardio-vasculaires », « maladies respiratoires », « diabète », « santé mentale », « traumatismes » et « cancers »), l'équipe InVS du projet Prevacar et le chef de projet sur la thématique « santé des personnes détenues » de la direction générale de la santé (DGS).

Les thématiques sélectionnées ont ensuite été regroupées en trois catégories correspondant à des problématiques différentes et nécessitant chacune des modalités de recueil particulières :

- problèmes de santé connus en milieu carcéral et ceux devant *a priori* être systématiquement recherchés lors de la consultation d'entrée : maladies infectieuses (VIH, Hépatites B et C, et syphilis), addictions, pathologies psychiatriques en cours ou diagnostiquée à l'entrée, maladies chroniques en cours ou diagnostiquées l'entrée, mais aussi, limitations fonctionnelles/handicaps, dépistages organisés des cancers, statut vaccinal, statut pondéral, santé bucco-dentaire ;
- problèmes de santé publique connus en population générale et attendus en milieu carcéral, recherchés au cours du suivi des personnes détenues en fonction du terrain : maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle (HTA), syndromes coronariens aigus, accident vasculaire cérébral (AVC)), maladies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)), maladies métaboliques (dyslipidémies, diabète), cancers, épilepsie, pathologies psychiatriques ;
- problèmes de santé, qui bien que peu documentés, comme l'a montrée la revue de littérature internationale [4], semblent potentiellement importants mais nécessitent probablement une attention spécifique : problèmes dermatologiques, traumatismes, pathologies et troubles digestifs (notamment l'ulcère gastroduodénal), pathologies ostéo-articulaires.

3.3.2.3 Structure de la fiche de recueil

La fiche de recueil, de 11 pages, a été structurée selon deux temps d'observation :

- ➔ d'une part l'entrée en établissement pour définir les informations renseignées dans les dossiers médicaux au moment de la consultation d'entrée et déterminer si ces informations sont renseignées sous une forme structurée ;
- ➔ d'autre part, la période des 12 derniers mois. En effet, dans l'hypothèse de la faisabilité d'une étude « grandeur nature » ayant pour objectif d'estimer la prévalence des pathologies/problèmes de santé considérés, alors la fenêtre d'observation devant être privilégiée est celle des 12 derniers mois.

Au sein de chacune de ces temporalités (entrée et 12 derniers mois), la fiche est structurée par grandes thématiques de santé (fiche de recueil, annexe 3).

Plusieurs éléments méritent, par ailleurs, d'être précisés :

- ➔ l'« entrée » correspond ici au « **premier mois d'incarcération dans l'établissement** », délai nécessaire à la disponibilité, dans les dossiers, des résultats d'exams complémentaires demandés lors de la première consultation (sérologies pour le dépistage du VIH et de l'hépatite B, par exemple) ;
- ➔ le recueil concernant la visite à l'entrée permet de préciser si l'information est présente ou non dans le dossier, mais **aussi si son recueil y est prévu ou pas**. Autrement dit, pour chaque item, il est possible de savoir si la recherche de l'information est systématisée et incluse ou non dans une fiche précodée. Il s'agit de se faire une idée plus précise sur l'utilisation ou non d'une fiche « entrant », et sur sa composition ;
- ➔ le recueil quelle que soit la temporalité (à l'entrée ou dans les 12 derniers mois) permet de savoir si l'information est présente ou non dans le dossier mais aussi d'appréhender **son niveau de précision**. Par exemple, pour la consommation de tabac, la présence d'une information sur cette consommation est recherchée dans le dossier mais également la présence d'une information sur la quantité et/ou la durée de consommation ;
- ➔ pour les problèmes digestifs, les pathologies ostéo-articulaires, les problèmes dermatologiques, les traumatismes, la présence d'information dans les dossiers dans les 12 derniers mois est recherchée. Il s'agit de se faire une idée sur la pertinence d'intégrer ces thématiques dans un dispositif de surveillance (quelles que soient ses modalités) et, le cas échéant, de préciser les problèmes ou pathologies à surveiller plus particulièrement.

Au-delà de ces éléments de recueil, la première partie de la fiche de recueil concerne les caractéristiques sociodémographiques et pénales de la personne pouvant avoir une influence sur la prise en charge médicale et par conséquent le type et le niveau d'information présente dans les

dossiers, notamment : l'âge, le sexe, le statut pénal de la personne (prévenu ou condamné), les mois et année de son incarcération.

La fiche de recueil a été testée dans deux établissements pénitentiaires (une maison d'arrêt et un centre de détention en Ile-de-France) n'appartenant pas à la liste des établissements retenus pour l'étude afin de s'assurer de la bonne compréhension et de la clarté des questions, mais aussi de leur pertinence au regard du contenu des dossiers, ainsi que de la faisabilité du recueil d'informations sur les critères retenus. Ces tests ont conduit à reformuler trois modules (les modules « santé bucco-dentaire », « addictions », et « pathologies psychiatriques ») dans le cadre de groupes de travail spécifiques. Par ailleurs, le module type élaboré pour les maladies chroniques a également été restructuré après une nouvelle consultation des responsables des différents programmes développés au sein du DMCT de l'InVS.

3.4 Modalité d'organisation de l'étude

Le recueil des données a eu lieu entre le 20 mai et le 15 septembre 2013 dans les 11 établissements (calendrier de l'étude en annexes 4 et 5).

3.4.1 Information des unités sanitaires

En amont du recueil, une note d'information, cosignée par la direction générale de l'InVS et la chef de projet interministériel en charge du plan d'action 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes sous main de justice », a été adressée aux directeurs des établissements pénitentiaires sélectionnés pour l'étude, aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement, aux médecins responsables des US et des dispositifs de soins psychiatriques (DSP) ainsi qu'aux responsables des Agences régionales de santé (ARS) dans le ressort desquelles se trouvaient les établissements sélectionnés (annexe 6).

Les médecins responsables des US ont ensuite été contactés pour apporter des précisions quant au contexte et aux objectifs de l'étude. Le déroulement de l'étude sur place a également été explicité en spécifiant notamment que le recueil comportait à la fois la réalisation d'entretiens et une collecte de données à partir des dossiers médicaux de 30 personnes tirées au sort sur place. Une date de collecte de données a été définie.

3.4.2 Information des personnes détenues pour l'étude à partir des dossiers médicaux

Dans le cadre de l'étude de contenu réalisée à partir des dossiers médicaux de personnes détenues, une note d'information collective à destination des personnes incarcérées (annexe 7) a été affichée dans des lieux passants au sein des établissements pénitentiaires concernés.

Cette note était destinée à se substituer à un recueil de consentements individuels, trop complexe à organiser dans le contexte de cette étude (de faisabilité) et du milieu carcéral. Cette note précisait notamment le droit, pour chaque détenu, de ne pas participer à l'étude, ainsi que les modalités de l'exercice de ce droit (refus exprimé auprès du médecin coordonnateur de l'US de l'établissement).

La préférence a été donnée à l'exercice par la personne détenue sélectionnée d'un droit d'opposition plutôt que le recueil exprès de son consentement, en raison notamment du caractère exploratoire de l'étude et pour prendre en compte la logistique et les moyens des US.

Cette note a été affichée deux mois avant le déroulement de l'enquête au sein des établissements concernés. Elle a été traduite en six langues : français, espagnol, arabe, russe, roumain et anglais. 30 personnes détenues ont refusé de participer à l'étude. Elles ont été remplacées au moment du tirage au sort par la personne détenue suivante dans la base de sondage.

3.4.3 Circulation de données médicales pour l'étude à partir des dossiers médicaux

L'étude à partir des dossiers médicaux des personnes détenues a obtenu une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, sous le numéro de déclaration 912 399.

Le recueil s'est déroulé sur trois à quatre journées par établissement dans les locaux mis à disposition des enquêteurs par les équipes des US. Les deux professionnels de l'InVS chargés de la réalisation du recueil ont procédé en présence des médecins coordonnateurs des US concernées à une sélection de 30 dossiers médicaux. Puis, ils les ont consultés de façon à recueillir les données décrites plus haut.

Les noms et les prénoms des personnes détenues tirés au sort ont permis d'inclure les dossiers médicaux les concernant. À chaque dossier médical tiré au sort a correspondu une fiche de recueil à laquelle a été attribué un numéro aléatoire séquentiel.

Le recueil était anonyme. L'accès aux dossiers médicaux aux fins de recueil des données par les professionnels de l'InVS correspond ainsi à la seule phase identifiante du traitement de données. En effet, dès que les données ont été recueillies, l'identification des personnes concernées n'a plus été possible, eu égard à l'absence de liste des dossiers examinés et de table de correspondance.

3.4.4 Plan d'analyse des données

Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription séparée sur la base d'un découpage thématique commun, reprenant les grandes thématiques abordées : « organisation, contenu et informatisation du dossier médical », « consultation d'entrée et fiche « entrant », « addiction », « prévention du suicide et prise en charge des pathologies psychiatriques », « suicide », « prise en charge des maladies chroniques ».

Concernant le recueil à partir des dossiers médicaux, les informations, une fois collectées, ont été saisies par un prestataire externe, contrôlées, puis analysées de manière agrégée avec le logiciel SAS par l'InVS (création d'une base de données anonyme).

Pour répondre aux objectifs de l'étude de faisabilité, l'analyse s'est appuyée sur l'ensemble du corpus de données collectées (entretiens, dossiers médicaux-types et recueil à partir des dossiers médicaux). Elle a suivi les trois étapes décrites ci-dessous.

- ✓ La première étape a consisté à analyser les modalités de l'accès à l'information médicale au sein des US :
 - l'objectif était d'apprécier la faisabilité de la mise en œuvre d'une étude à grande échelle à partir d'un recueil reposant sur les dossiers médicaux des personnes détenues et couvrant plusieurs thématiques de santé dont les maladies chroniques et la santé mentale ;
 - cette étape s'est essentiellement appuyée sur l'analyse des entretiens et sur les observations faites par les enquêteurs sur le terrain pour mettre en œuvre le recueil de données à partir des dossiers médicaux.
- ✓ La seconde étape a concerné la consultation médicale d'entrée dans un établissement. Elle avait pour objectif général de déterminer si les données présentes dans le dossier permettaient d'établir un état des lieux de la santé des personnes détenues à l'entrée dans un établissement pénitentiaire, et en particulier en détention.
 - cette étape a d'abord mobilisé l'analyse des entretiens pour décrire le déroulement de la consultation d'entrée et la façon dont l'information était structurée dans les dossiers médicaux, et notamment dans la fiche « entrant » ;
 - puis elle a cherché à déterminer, pour les thématiques de santé sélectionnées, les informations réellement présentes dans les dossiers médicaux à cette étape clé de l'entrée d'une personne détenue dans un établissement et de son suivi médical. Pour ce faire, il a été fait appel à l'analyse du recueil fait à partir des dossiers médicaux ;

- enfin, la dernière partie de cette étape a cherché à dresser un tableau d'ensemble des résultats en tenant compte des caractéristiques des établissements et des personnes détenues. Une analyse des correspondances multiples (ACM) a été mise en œuvre dans cette perspective.

Les analyses n'ont pas permis de distinguer *stricto sensu* la consultation d'entrée en détention de la consultation d'entrée dans un établissement, car la provenance de la personne détenue (de l'état de liberté ou d'un transfert) n'était pas renseignée dans plus de la moitié des dossiers examinés en maison d'arrêt (N=152). L'hypothèse a été cependant faite que la consultation d'entrée en maison d'arrêt correspondait majoritairement à une consultation d'entrée en détention. Par ailleurs, la majorité des analyses a été réalisée de façon séparée selon le type d'établissement (MA/QMA *versus* CD/QCD/MC) sans montrer de situation très contrastée entre ces deux catégories d'établissement. De plus, les résultats de l'ACM qui a permis de tenir compte du type d'établissement au regard de l'ensemble des informations présentes dans les dossiers n'ont également pas mis en évidence de situation contrastée selon le type d'établissement. Enfin, l'organisation des dossiers et les entretiens avec les professionnels de santé n'ont pas mis en exergue de différences patentes dans le contenu des consultations d'entrée qu'il s'agisse d'une entrée en détention ou après un transfert. Tous ces éléments, pris dans leur ensemble, ont conduit à présenter les résultats concernant la consultation d'entrée en établissement sans distinction de l'entrée en détention, et en considérant que ces consultations ne se distinguent pas l'une de l'autre en termes d'information présente dans les dossiers.

- ✓ La troisième étape a concerné la période des 12 derniers mois précédant le jour de l'enquête. Elle avait pour objectif général de déterminer si les données présentes dans le dossier permettaient d'établir un état des lieux de la santé des personnes détenues en cours de détention :
 - le suivi médical faisant suite à la consultation médicale d'entrée étant défini au cas par cas selon le terrain médical et les demandes exprimées par la personne détenue considérée, le dossier médical est de forme libre, les observations se suivant de façon chronologique. Ce qui y figure renvoie à des épisodes de soins et ne relève pas d'une recherche *a priori* systématique ;
 - ceci étant, pour les pathologies chroniques connues en population générale et/ou faisant l'objet d'un programme national de surveillance (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, etc.), il s'est agi de rechercher la présence de critères objectifs (examens complémentaires) dans les dossiers médicaux permettant de confirmer le diagnostic, lorsqu'une information sur le diagnostic était notée dans les dossiers médicaux. Cette étape a essentiellement mobilisé l'analyse des données issues du recueil à partir des dossiers médicaux ;
 - pour les pathologies peu explorées (dermatologiques, digestives, etc.), l'analyse a cherché à déterminer si ces thématiques constituent des motifs de consultation en détention et sont présentes dans les dossiers médicaux ;
 - en raison d'un matériau moins conséquent à analyser, la partie présentant les résultats de cette étape est de moindre importance.

4. Résultats

Avant la présentation des résultats de ces différentes étapes, les caractéristiques des populations d'étude sont décrites ci-dessous.

4.1 Caractéristiques des populations d'étude

Au-delà des dossiers médicaux examinés qui constituent l'unité d'analyse de cette étude, il convient de présenter les caractéristiques des 11 établissements sélectionnés pour l'enquête, celles des 11 médecins responsables des US de ces établissements avec lesquels des entretiens ont été menés ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des personnes détenues tirées au sort et dont le dossier médical a été examiné.

4.1.1 Les établissements

Les établissements retenus pour l'enquête couvrent, par construction, le territoire métropolitain⁸, les trois types de quartiers d'incarcération (six MA ou QMA, quatre CD ou QCD et une maison centrale) et les différentes tailles d'établissement⁹ regroupées pour l'analyse en trois catégories distinctes (établissement ayant un nombre de : moins de 250 ; de 250 à 499 ; et de plus de 500 places disponibles).

Dans la suite du document, les établissements pour peine (de moyenne et de longue durée : centre de détention, quartier centre de détention, maison centrale) sont regroupés en une seule catégorie d'analyse désignée de la façon suivante : CD/QCD/MC.

4.1.2 Profil des médecins responsables des unités sanitaires

Le profil socioprofessionnel des 11 médecins responsables des US est proche de celui des 34 médecins responsables des US ayant participé à une autre enquête¹⁰, laquelle s'est basée sur un échantillon représentatif d'établissements pénitentiaires. En effet, comme dans cette enquête, il est observé une prédominance du sexe masculin (7 sur 11), du travail à temps partiel en milieu pénitentiaire (9 sur 11) et d'une ancienneté non négligeable de l'exercice en milieu pénitentiaire puisque 8 d'entre eux y travaillent depuis plus de 6 ans (4 depuis 6 à 10 ans et 4 autres depuis 14 à 20 ans)¹¹. Par ailleurs, la majorité (7 sur 11) avait suivi une formation soit en médecine pénitentiaire soit en médecine médico-judiciaire.

4.1.3 Les caractéristiques des personnes détenues dont le dossier médical a été examiné

Le recueil de données à partir des dossiers médicaux a concerné 306 personnes détenues, au lieu des 330 attendues (tableau 1). Cet écart est lié au fait que, dans certains établissements, le nombre de personnes de 50 ans et plus n'était pas suffisant pour pouvoir tirer au sort le nombre souhaité de personnes appartenant à cette classe d'âge. Parmi les 306 personnes sélectionnées, 225 sont des hommes et 81 des femmes (contre respectivement 236 et 94 prévus). L'échantillon obtenu assure néanmoins et, conformément aux attentes et à la stratégie de tirage au sort adoptée (stratification selon l'âge et le sexe), une surreprésentation des femmes (27 % de l'échantillon au lieu de 28 % prévu) et des personnes âgées de 50 ans et plus qui représentent respectivement 43 % des femmes

⁸ À l'exception de deux directions interrégionales : celle du Centre-Est-Dijon et celle de Marseille.

⁹ Voir liste des établissements en annexe 1.

¹⁰ L'étude en question a été réalisée dans le cadre du volet « attentes et besoins » en matière de surveillance de leur santé menés auprès des professionnels de santé et des acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues. Cette étude s'inscrit dans le cadre des investigations menées par l'InVS au titre de l'action 1.1 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes sous main de justice ». Données non publiées à ce jour.

¹¹ Les trois autres avaient une ancienneté de l'exercice pénitentiaire inférieure à trois ans.

et 48 % des hommes (au lieu de 50 % attendus pour les deux sexes). L'âge moyen des personnes de l'échantillon de moins de 50 ans est de 32,9 ans (âge médian : 32 ans) et de 57,8 ans pour les 50 ans et plus (âge médian : 56,5 ans).

I Tableau 1 I

Effectifs attendus et réels selon le genre et l'âge des personnes dont le dossier médical a été examiné

	MA/QMA				CD/QCD/MC				Total
	Effectifs attendus (effectifs réels)				Effectifs attendus (effectifs réels)				
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		
	H <50	H ≥50	F <50	F ≥50	H <50	H ≥50	F <50	F ≥50	
	58 (59)	58 (46)	32 (31)	32 (20)	60 (58)	60 (58)	15 (15)	15 (15)	
Total	116 (105)		64 (51)		120 (120)		30 (30)		
Total	180 (156)				150 (150)				330 (306)

Par ailleurs, comme attendu, environ la moitié (49 %) des personnes dont le dossier médical a été examiné était incarcérée dans un établissement pour peine (CD, QMD, ou MC), 52 % dans un établissement construit avant 1990, environ un tiers dans un établissement de taille inférieure à 500 places, et 44 % dans un établissement avec un SMPR sur place et 38 % situé à proximité immédiate d'une UHSI¹² (tableau 2).

I Tableau 2 I

Répartition des personnes dont le dossier médical a été examiné selon les caractéristiques de l'établissement

Caractéristiques établissements		Genre		Âge		Total
		Hommes	Femmes	< 50 ans	≥ 50ans	
		N=225 n(%)	N=81 n(%)	N=164 n(%)	N=142 n(%)	
Type	MA/QMA	105 (47 %)	51 (63 %)	90 (55 %)	66 (46 %)	156 (51 %)
	CD/QCD/QMC	120 (53 %)	30 (37 %)	74 (45 %)	76 (54 %)	150 (49 %)
Ancienneté	<1990	107 (48 %)	51 (63 %)	87 (53 %)	71 (50 %)	158 (52 %)
	>1990	118 (52 %)	30 (37 %)	77 (47 %)	71 (50 %)	148 (48 %)
Taille	<250	20 (9 %)		15 (9 %)	5 (4 %)	20 (7 %)
	250-499	60 (27 %)	30 (37 %)	43 (26 %)	47 (33 %)	90 (29 %)
	500-999	131(58 %)	38 (47 %)	92(56 %)	77(54 %)	169(55 %)
	>1000	14(6 %)	13 (16 %)	14 (9 %)	13(9 %)	27 (9 %)
SMPR	oui	55 (24 %)	81 (100 %)	75 (46 %)	61 (43 %)	136 (44 %)
	non	170 (76 %)		89 (54 %)	81 (57 %)	170 (56 %)
UHSI	oui	42 (19 %)	73 (90 %)	60 (37 %)	55 (39 %)	115 (38 %)
	non	183 (81 %)	8 (10 %)	104 (63 %)	87 (61 %)	191 (62 %)

La provenance des personnes à l'entrée dans l'établissement n'était pas indiquée dans plus d'un tiers (37 %) des dossiers (tableau 3). En revanche, le statut pénal des personnes à l'entrée dans l'établissement était indiqué dans environ 80% des dossiers médicaux examinés, en sachant néanmoins que toutes les personnes incarcérées en CD/QCD/MC étaient condamnées.

¹² Située dans l'établissement de rattachement ou dans un rayon de 50 km par la route de l'établissement pénitentiaire.

I Tableau 3 I

Situation pénale des personnes dont le dossier médical a été examiné

	Type établissement		Genre		Âge		Total
	MA/QMA N=154 n(%)	CD/QCD/MC N=149 n(%)	Hommes N=223 n(%)	Femmes N=80 n(%)	<50 ans N=163 n(%)	≥50ans N=140 n(%)	
Provenance							
état de liberté	46 (30 %)	1 (1 %)*	32 (14 %)	15 (19 %)	25 (15 %)	22 (16 %)	47 (16 %)
transfert	28 (18 %)	115 (77 %)	118 (53 %)	25 (31 %)	71 (44 %)	72 (51 %)	143 (47 %)
non indiqué	80 (52 %)	33 (22 %)	73 (33%)	40 (50 %)	67 (41 %)	46 (33 %)	113 (37 %)
Statut pénal							
prévenu	67 (43 %)		49 (22 %)	18 (22 %)	35 (21 %)	32 (23 %)	67 (22 %)
condamné	31 (20 %)	144 (96 %)	136 (60 %)	39 (48 %)	90 (55 %)	85 (60 %)	175 (57 %)
non indiqué	58 (37 %)	6 (4 %)	40 (18 %)	24 (30 %)	39 (24 %)	25 (18 %)	64 (21 %)

* les personnes détenues incarcérées en établissement pour peine ne proviennent en général pas de l'état de liberté. Dans ce cas précis, la personne détenue provenait de la maison d'arrêt du même établissement et donc provenait de l'état de liberté à son arrivée dans l'établissement.

4.2 Accès à l'information au sein des unités sanitaires

Envisager la réalisation d'une surveillance épidémiologique régulière de la santé des personnes détenues par enquête régulière à partir des dossiers médicaux nécessite en amont de pouvoir consulter facilement les dossiers médicaux, l'informatisation de ces derniers y contribuant également. Dans cette perspective, les entretiens avec les professionnels ont porté sur l'informatisation des US et celle des dossiers médicaux mais aussi sur l'organisation, le contenu et l'accessibilité de ces dossiers médicaux. À cette occasion, un dossier-type vierge a été fourni aux enquêteurs, ainsi que les éventuels outils formalisés utilisés par les professionnels pour le renseigner. Par ailleurs, la réalisation du recueil sur place a permis de se rendre concrètement compte des conditions d'accès aux dossiers médicaux et à l'information médicale.

4.2.1 Informatisation des unités sanitaires et des dossiers médicaux

L'informatisation des US dépend de celle de l'hôpital de rattachement. Par ailleurs, pour que l'informatisation soit effective, un câblage informatique entre les US et leur établissement de rattachement est nécessaire, et celui-ci doit être fonctionnel (accès au réseau suffisamment puissant).

Les 11 US étaient presque toutes « câblées » (sauf une) mais, pour la moitié d'entre elles, la connexion au réseau était régulièrement défaillante pendant plusieurs heures consécutives avec une maintenance technique peu disponible¹³. Ainsi, l'accès aux données éventuellement informatisées peut y être interrompu pendant plusieurs heures.

En fait, le câblage lorsqu'il fonctionnait permettait aux professionnels de santé des US d'accéder le plus souvent à une prescription médicale informatisée (7 établissements sur 11) et au planning des rendez-vous des consultations de spécialistes en ambulatoire de l'hôpital de rattachement (6 établissements sur 10), moins souvent aux comptes rendus d'hospitalisation qui ont eu lieu dans l'hôpital de rattachement (4 établissements sur 10).

Quant au dossier médical somatique, il n'était informatisé que dans deux US et cette informatisation était très récente (respectivement, décembre 2012 et mai 2013). Ce dossier informatisé était commun

¹³ La maintenance technique est sous la responsabilité des services techniques de l'hôpital de rattachement et est localisée au sein de cet hôpital de sorte que le temps éventuel d'intervention peut être conséquent.

à celui de l'hôpital de rattachement (logiciel identique) et différent dans son contenu d'un hôpital à l'autre et par conséquent d'une US à l'autre.

4.2.2 Organisation des dossiers médicaux

Pour pouvoir procéder au recueil des données, les enquêteurs ont dû comprendre comment, sur chacun des sites concernés, le dossier médical était organisé, quel était son contenu et à quel endroit l'information concernant telle ou telle thématique de santé était disponible.

Chaque site renvoyait à une configuration différente, de sorte qu'un temps d'apprentissage a été nécessaire dans chaque établissement pour déterminer la structuration du dossier médical et en regard la localisation de l'information nécessaire pour renseigner la fiche de recueil.

Le dossier somatique était disponible, sous forme papier le plus souvent, au sein du secrétariat médical de l'US accessible au seul personnel de santé pour préserver le secret médical vis-à-vis du personnel de l'administration pénitentiaire.

Le dossier somatique papier-type (8 établissements sur 11) correspond à un dossier médical hospitalier-type organisé par type d'information (observation, lettres, etc.) et comprenant généralement les sous-dossiers suivants :

- un sous-dossier destiné à l'observation médicale ;
- un sous-dossier destiné aux examens biologiques ;
- un sous-dossier destiné aux autres examens complémentaires ;
- un sous-dossier destiné aux comptes rendus d'hospitalisation et de consultations spécialisées ;
- un sous-dossier destiné aux certificats médicaux ;
- un sous-dossier destiné aux courriers (notamment du détenu concerné¹⁴).

Au-delà de ce socle commun, et selon les configurations locales, le dossier somatique pouvait également inclure un dossier par type d'acteurs :

- une fiche « entrant » médicale (9 établissements sur 11) et fiche « entrant » infirmière (7 établissements sur 11) ;
- un sous-dossier pour le suivi infirmier (8 établissements sur 11) ;
- une fiche ou un sous-dossier destiné à l'observation psychiatrique (6 établissements sur 11)¹⁵ ;
- un sous-dossier dentaire (4 établissements sur 11) ;
- une feuille ou un sous-dossier gynécologie (3 établissements sur 5 accueillant des femmes) ;
- une feuille ou un sous-dossier « addictologue » (1 établissement sur 11) ;
- une feuille ou un sous-dossier ophtalmo (1 établissement sur 11).

Lorsque l'établissement était doté d'un SMPR sur place, le dossier psychiatrique, qu'il soit sous forme papier ou informatisée, était distinct du dossier somatique et situé dans les locaux propres au SMPR (distincts des locaux somatiques). Dans deux établissements, l'accès au dossier psychiatrique informatisé n'a pas été possible en raison notamment de contraintes d'agenda ayant conduit à modifier les dates de la collecte et une impossibilité d'accès aux locaux où les dossiers se situaient.

Lorsqu'un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) intervenait dans l'établissement considéré, les dossiers CSAPA étaient indépendants du dossier somatique et du dossier psychiatrique. Ils n'ont pas pu être consultés pour le recueil car les dossiers étaient conservés dans des locaux spécifiques, non accessibles au moment de l'enquête.

Les dossiers dentaires, pour leur part et à moins d'être présents dans le dossier somatique (4 établissements), étaient stockés le plus souvent au sein du cabinet dentaire, locaux dans lesquels ils ont pu être consultés.

¹⁴ Les personnes détenues peuvent écrire par un système de boîte aux lettres au service médical pour faire la demande de rendez-vous en exposant succinctement les raisons de cette demande.

¹⁵ Une fiche de suivi psychologique est retrouvée dans 5 établissements sur 11. Ces fiches n'indiquent en général que les dates des entretiens, le contenu de ces entretiens n'étant accessible ni aux soignants et ni au patient car considéré comme des « notes personnelles » (au sens juridique du terme).

Concernant les données liées aux prescriptions médicales, elles ont été accessibles dans les locaux de la pharmacie à partir du classeur des prescriptions (4 établissements), ou bien, si elles étaient informatisées, elles ont été fournies aux enquêteurs par l'équipe médicale à partir du logiciel informatique hospitalier gérant spécifiquement les prescriptions médicales.

Un seul site bénéficiait à la fois d'un dossier médical somatique et psychiatrique informatisé. Cette informatisation s'appuyait toutefois sur deux logiciels différents, par ailleurs accessibles dans des locaux également distincts. Le dossier dentaire était aussi informatisé mais cette fois encore sur la base d'un autre logiciel, accessible seulement dans les locaux du cabinet dentaire.

Le dernier point à souligner est que, dans les établissements accueillant un public mixte, les dossiers, lorsqu'ils étaient sous forme papier, étaient conservés dans des locaux différents pour les femmes et pour les hommes.

4.3 Information présente dans les dossiers médicaux à l'entrée dans un établissement pénitentiaire

Vouloir développer une surveillance épidémiologique à partir des dossiers médicaux suppose de s'assurer que les données contenues dans le dossier permettent d'établir un état des lieux de la santé des personnes détenues à l'entrée dans un établissement.

Auparavant, il importe d'examiner si les données médicales à l'entrée sont « standardisées », condition nécessaire à la production de données épidémiologiques à partir des dossiers médicaux :

- ✓ un dossier « standardisé » renvoie à un recueil obligatoire d'items ou de champs à remplir, lesquels sont alors en nombre restreint. Seule, l'informatisation des dossiers peut permettre de garantir un tel recueil en obligeant le renseignement de tous les items/champs par l'introduction d'un blocage de la poursuite du recueil en cas de non-renseignement d'un item ou d'un champ ;
- ✓ un dossier « structuré » comporte pour sa part des rubriques, encadrés ou chapitres, à remplir (ou non) selon le choix du médecin¹⁶ ;
- ✓ un dossier de « forme libre » ne comporte aucune rubrique à remplir ou items à cocher.

Les entretiens menés avec les médecins responsables des US, l'examen des dossiers-types et des fiches « entrant » ont permis de déterminer comment l'information était formalisée (ou non) dans les dossiers médicaux.

4.3.1 Structuration de l'information dans les dossiers médicaux – consultation médicale d'entrée

Pour comprendre comment l'information était formalisée au moment de la consultation d'entrée dans un établissement (en maison d'arrêt ou en établissement pour peine), il était important de comprendre au préalable comment une consultation-type se déroulait. Une partie des entretiens a ainsi porté sur la visite médicale d'entrée, son déroulement et son contenu.

4.3.1.1 Déroulement de la consultation médicale d'entrée

La consultation médicale d'entrée est systématique, conditionnée au consentement de la personne détenue. Elle se déroule dans les plus brefs délais, le jour même ou au maximum dans les 48 heures suivant l'arrivée d'une personne détenue venant de l'état de liberté. L'examen d'entrée n'est pas obligatoire à l'occasion du transfert entre établissements pénitentiaires mais la continuité des soins doit être assurée par l'équipe médicale de l'établissement dans lequel la personne détenue est transférée [23]. En pratique, pour seulement 6 personnes sur les 306 personnes tirées au sort, aucune visite médicale d'entrée n'a pu être retrouvée dans le dossier médical¹⁷. Ce chiffre témoigne

¹⁶ Ces rubriques, encadrés ou chapitres s'intitulent par exemple : « Antécédents », « vaccinations », « bucco-dentaire », « traitement en cours », etc.

¹⁷ Deux des personnes concernées étaient incarcérées en maison d'arrêt.

aussi du fait que les personnes détenues, comme l'ont rapporté les médecins responsables des US, refusent rarement la consultation d'entrée, en maison d'arrêt comme en établissement pour peine (encadré 1).

I Encadré 1 I

Refus de la consultation d'entrée : extraits d'entretiens

« Le refus de consultation est exceptionnel, les gens sont trop K.O-debout, choqués (choc de l'incarcération), très fatigués, car ils n'ont pas dormi depuis plusieurs jours (garde à vue). ».
« Rare mais ça peut arriver. Opposition systématique d'arrivée, au bout de 24 heures, ils reviennent car ont besoin d'un certificat ou d'une ordonnance (pour dormir). En gros, 5 % de refus. ».
« Il y a très peu de refus. Une visite proposée de façon systématique est différente d'une visite obligatoire ; cela rend compte du choix du patient. »
« Il n'y a quasiment jamais de refus de la part des détenus concernant la visite d'entrée. »
« Ça arrive, mais c'est exceptionnel. »

Selon le guide méthodologique [23], la consultation médicale, à l'entrée en détention, a pour objectif de dépister toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et d'assurer la continuité des soins. La situation se révèle un peu différente lorsque la personne arrive dans un établissement pour peine de moyenne ou longue durée. Dans ce cas, la première consultation médicale a pour objectif d'assurer la continuité des soins et dans cette perspective « également de faire le point sur ce qui n'a pas été ou pas pu être suffisamment pris en compte en maison d'arrêt : les lunettes, les dents, la rhumato, etc. ». Concernant, par exemple, les consommations de substances psychoactives, « la question du sevrage ne se pose plus. En revanche, la recherche de cette consommation et d'une dépendance avant l'incarcération est importante à prendre en compte en particulier dans une perspective de la préparation de la sortie ».

Dans tous les cas (consultation médicale d'entrée en détention ou après un transfert dans un nouvel établissement), les médecins responsables d'US interviewés ont souligné que « la première consultation médicale est à la fois délicate et primordiale pour instaurer la confiance nécessaire pour faire le point le plus exhaustif possible et proposer une prise en charge médicale adaptée ». Cette consultation doit ainsi permettre de recueillir les antécédents médicaux et psychiatriques ainsi que le traitement en cours, d'effectuer une évaluation de la consommation de substances psychoactives, de procéder à un examen clinique comprenant notamment la prise de mesures biométriques (poids, taille, pression artérielle), d'apprécier l'état psychiatrique, ainsi que l'état bucco-dentaire et le statut vaccinal. Elle doit également permettre de proposer le dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatites virales, tuberculose, éventuellement maladies sexuellement transmissibles) et de délivrer une information sur le fonctionnement des soins en milieu carcéral (modalités et circuit de demande de soins, secret médical, etc.). En d'autres termes, et comme les médecins responsables d'US interviewés l'ont unanimement souligné, « cette première consultation (en maison d'arrêt comme en établissement pour peine) est similaire, dans le contenu médical, à une première consultation de médecine générale de ville ».

À la visite médicale d'entrée (en détention ou après transfert) peut s'ajouter une consultation ou un entretien avec un soignant de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire (psychologue, infirmière psychiatrique, psychiatre). Celle-ci était systématiquement proposée dans 6 établissements sur 11. Dans les 5 autres US, dont deux disposaient d'un SMPR sur place, l'orientation vers l'équipe psychiatrique « était ciblée pour les personnes présentant des signes de fragilité psychologique et/ou des antécédents psychiatriques (notamment, tentatives de suicides ou hospitalisations en psychiatrie) et/ou des symptômes psychiatriques patents ».

Lorsqu'une orientation vers l'équipe psychiatrique est systématique, l'évaluation du risque suicidaire est considérée comme relevant plutôt de l'équipe psychiatrique même si les médecins responsables du dispositif de soins somatiques ont souligné que tous les intervenants (le médecin somatique, l'infirmière, et l'équipe psychiatrique le cas échéant) participaient à l'évaluation du risque suicidaire et cela avec « un niveau de vigilance particulière ». Toutefois, lorsque cette orientation n'est pas systématique, les médecins responsables du dispositif de soins somatiques ont indiqué ne pas utiliser

d'outils spécifiques et formalisés d'évaluation de ce risque. Ce faisant, ils ont également souligné que l'administration pénitentiaire utilisait pour sa part une grille d'évaluation et que c'est souvent elle qui signale les personnes à risque suicidaire, le médecin en charge du dispositif somatique (ou le psychiatre, le cas échéant) étant alors amené à rencontrer la personne concernée pour procéder à l'évaluation médicale de ce risque (encadré 2).

I Encadré 2 I

Évaluation du risque suicidaire : extraits d'entretiens

« Quand un détenu arrive (...), tous les intervenants (surveillants, infirmier psy, médecin) qui interviennent dans le circuit arrivants (quartier arrivants) participent à l'évaluation du risque suicidaire. La pénitentiaire le fait avec une grille, nous non. »

« La question n'est pas abordée spontanément. Il n'y a pas d'évaluation standardisée, on évalue la fragilité. C'est plutôt l'équipe psychiatrique qui s'en charge. »

« Oui, ça ne transparaît pas dans les dossiers. On a retravaillé sur le contenu de la fiche entrée. Il y a une sensibilisation. Mais on n'a pas assez mis l'accent sur les risques suicidaires, la façon d'appréhender l'incarcération. »

« Dans l'entretien arrivant il y a toujours des antécédents psychiatriques, mais pas d'outils spécifiques pour évaluer le risque suicidaire. »

« Pas d'outils mais vigilance particulière : c'est la pénitentiaire qui nous signale, surtout. Le signalement se fait oralement, moins par écrit. »

« On travaille bien ensemble avec la pénitentiaire. On ne fait pas d'évaluation formelle, on utilise un peu notre 6 sens pour détecter, des fois c'est clairement évoqué, des fois non. »

Dans le cas où les équipes de soins somatiques et psychiatriques ne partagent pas le même dossier, aucune synthèse psychiatrique ne figure dans le dossier somatique. Dans le cas contraire (dossiers communs aux équipes de soins somatiques et psychiatriques), les entretiens avec les uns et les autres ont mis en exergue la réticence des psychiatres à écrire dans le dossier somatique¹⁸ (encadré 3).

I Encadré 3 I

Renseignement des dossiers somatiques par les psychiatres : extraits d'entretiens

« Il y a trois fois rien dans les notes des psychiatres... »

« Les dossiers des psychiatres sont illisibles... c'est un peu voulu, je crois. »

« Nous (psychiatres) on s'arrange un peu pour que nos notes ne soient pas trop lisibles ; on en met le moins possible. Pour ne pas trop stigmatiser les patients, pour que l'information ne soit pas trop diffusée... »

L'intégration d'un examen bucco-dentaire à l'examen médical d'entrée en détention est recommandée¹⁹. Celui-ci peut être réalisé soit par le chirurgien-dentiste ou, en cas d'indisponibilité de ce dernier, par l'infirmière ou le médecin. Dans 3 établissements sur 11, les disponibilités en ETP de chirurgien-dentiste permettaient de proposer systématiquement une consultation dentaire à l'entrée dans l'établissement. Dans les autres établissements, la durée d'attente était de 1,5 à 2 mois pour une consultation, hormis pour les urgences dentaires. Il convient de noter que les médecins responsables d'US interviewés ont indiqué qu'en maison d'arrêt, le turn-over important et la durée moyenne d'incarcération limitent de fait la possibilité d'engager des plans de traitements bucco-dentaires ambitieux, les soins étant alors circonscrits aux urgences, au traitement des caries et aux appareils dentaires amovibles (et cela indépendamment de la difficulté d'accès financiers aux soins dentaires).

¹⁸ Les autres intervenants de l'équipe psychiatrique ne renseignaient pas le dossier médical somatique mais possédaient leur propre dossier, lui-même considéré comme non communicable aux autres professionnels.

¹⁹ INSTRUCTION N°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires.

4.3.1.2 La fiche « entrant »

Dans le contexte de la visite médicale d'entrée, que ce soit en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, la majorité des équipes médicales des US ont développé un ou plusieurs supports d'information (selon le professionnel concerné), ou fiche « entrant » pour recueillir les données de la consultation médicale d'entrée²⁰.

Deux maisons d'arrêts n'avaient pas développé de fiche « entrant ». Ainsi, 9 des 11 US retenues pour l'étude se sont dotées d'une fiche « entrant », dont sept également d'une fiche « entrant », infirmière. Ces fiches « entrant » ont pu connaître des modifications dans le temps afin de les adapter au mieux à la pratique quotidienne des équipes médicales. Ainsi, dans 3 des 11 établissements, 4 fiches « entrant » différentes ont pu être retrouvées dans les dossiers examinés, selon la date d'entrée dans l'établissement des personnes détenues. Ainsi, le contenu et la structuration de la fiche « entrant » peut différer au cours du temps au sein d'une même US.

L'objectif de ces fiches « entrant » a par ailleurs une visée avant tout pratique : avoir une fonction d'aide-mémoire pour la conduite de la consultation d'entrée, être en mesure de consulter rapidement les informations médicales de la personne lors de consultations ultérieures, pouvoir partager l'information au sein de l'équipe médicale. Par conséquent, le contenu et la structuration des fiches « entrant » est propre à chaque US. Au minimum, il s'agit d'une page comportant des rubriques aux intitulés généraux tels que : « antécédents », « toxiques », « alcool », « tabac », etc.), à renseigner librement (figure 1).

I Figure 1 I

Fiche « entrant » : exemple 1

Date d'entrée :	N° d'écrou :
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	
N° de S.Sociale :	100%
Situation familiale :	Nombre d'enfants :
Niveau d'instruction :	Emploi :
Prévenu (e) :	Condamné (e) :
	Durée :
Incarcérations antérieures	
<u>Antécédents familiaux:</u>	
<u>Antécédents personnels:</u>	
<u>Toxique</u>	<u>Allergies</u>
Tabac :	Alcool :
Drogue :	
<u>Médecin traitant:</u>	
<u>EXAMEN CLINIQUE :</u>	Poids : kg
	Taille : cm
<u>CONDUITE A TENIR:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Examens • Consultation : • Traitement : Sport <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Autres : 	

²⁰ Ce résultat est concordant avec ceux de l'étude (note 10) mise en œuvre dans le cadre du volet « attentes et besoins », en matière de surveillance de la santé des personnes détenues. Cette étude, montre que la grande majorité (71 %) des 34 US ayant participé à l'étude avait développé des outils formalisés et tous ceux déclarant utiliser des outils formalisés ont développé une fiche « entrant ».

Au maximum, lorsque le dossier est informatisé, comme c'est le cas dans deux US, la fiche « entrant » comporte plusieurs pages informatiques et dans chacune d'elles figurent des rubriques, aux intitulés plus détaillés, ainsi qu'une information à recueillir *a priori* plus précise (figure 2). Par exemple, pour les informations relatives aux addictions (tabac, alcool, toxiques), on retrouve des items à renseigner apportant des précisions sur les modalités de la consommation (ancienneté, durée et fréquence de consommation pour le tabac et l'alcool) et sur le type de produit consommé. Pour autant, la fiche « entrant » n'est pas « standardisée » puisque le renseignement des items ou rubriques n'est pas obligatoire. Par ailleurs, le contenu reste propre à l'US, puisque, pour mémoire, ce dossier est commun à celui de l'hôpital de rattachement (logiciel identique) et donc différent dans son contenu d'un hôpital à l'autre et par conséquent d'une US à l'autre.

Figure 2 |

Fiche « entrant » : exemple 2

The screenshot shows a medical questionnaire interface with the following sections and fields:

- Vaccinations:** DTP, Hépatite B, Grippe, Date, Autre, Dernier rappel.
- Paramètres:** Poids (69), PAD (125), PAS (85), T-A, EVA.
- Conduites addictives:** Tabac (Nbr de cigarettes/J: 20, Ancienneté), Alcool (Ancienneté), Taille (183), Poids (102).
- Toxiques:** Cannabis (Fréquence [semaine]: 0, Ancienneté [années], Dernière prise), Cocaine (Fréquence [semaine]: 0, Ancienneté [années], Dernière prise), Héroïne (Fréquence [semaine]: 0, Ancienneté [années], Dernière prise), Autres toxiques (Autres [fréquence [semaine]: 0, Ancienneté [années], Dernière prise), Recherche de toxiques urinaires, IMC (kg/m²): 23, Glycémie capillaire.
- Vision/Audition:** Empty text area.
- Alimentation/Dentition/Régime:** Empty text area.
- Problèmes de soins identifiés:** PSYCHOSE/DISSOCIATIVE DEFICITAIRE RETARD MENTAL; typho, laroxyl, lexomil.

4.3.1.3 Thématiques dont le recueil est prévu dans les dossiers médicaux lors de la consultation médicale d'entrée

Au-delà de l'existence des fiches « entrant » et de l'examen de leur contenu générique, il importe de savoir quelles sont les thématiques qui sont *in fine* « pré-codées » dans les dossiers médicaux.

L'analyse du recueil réalisé à partir des 306 dossiers médicaux tirés au sort a ainsi permis de savoir si le renseignement de telle ou telle thématique était *a priori* prévu (rubriques, encadrés, etc.) dans le dossier médical au moment de la consultation d'entrée. En effet, pour un certain nombre de questions de la fiche de recueil élaborée pour l'étude, les modalités de réponses permettaient de savoir, pour chaque item, si l'information était pré-codée ou non²¹, cela plus précisément pour la consultation d'entrée.

Les thématiques le plus souvent « pré-codées » dans les dossiers médicaux (plus de 70 % des dossiers médicaux examinés) concernaient les conduites addictives et le statut pondéral (poids et taille), puis venaient (entre 40 % et 70 % des dossiers médicaux examinés) les antécédents médicaux

²¹ C'est-à-dire si une rubrique ou un encadré la concernant figurait sur la fiche « entrant ».

et chirurgicaux, l'existence d'un traitement en cours à l'entrée dans l'établissement, la tension artérielle et, dans une moindre mesure, les antécédents familiaux et psychiatriques ainsi que les vaccinations (hépatite B (HB) et diphtérie tétanos polio (DTP)) et le port de correction optique. Le renseignement des limitations fonctionnelles autres que le port de correction optique était rarement prévu dans le dossier médical. Enfin, il existait une liste de maladies chroniques à cocher dans moins de 2 % des dossiers médicaux examinés (tableau 4).

I Tableau 4 I

Thématiques dont le renseignement est pré-codé dans les dossiers médicaux examinés

Thématique	% de DM contenant une information structurée	Thématique	% de DM contenant une information structurée
ATCD (N=300)*		Limitations fonctionnelles (LF)	
Médicaux	60 %	Port correction optique (N=288)*	44 %
Chirurgicaux	60 %	Port de prothèse auditive (N=278)*	13 %
Familiaux	48 %	LF sensorielles (N=299)*	25 %
Gynécologiques (N=78)**	31 %	LF autres (N=299)*	Moins de 8 %
Psychiatriques	41 %		
Addiction (N=299)*		Vaccinations	
Tabac	71 %	DTP (N=297)*	40 %
Alcool	71 %	HB (N=295)*	54 %
Drogues	71 %		
Statut Pondéral (N=300)*		Bucco-dentaire (appréciation)	
Poids	70 %	(N=299)	37 %
Taille	70 %		
IMC	34 %		
Traitement en cours à l'entrée (N=300)*	59 %	ATCD de maladies chroniques (liste) (N=299)*	<2 %
Tension artérielle (N=299)*	59 %		

* Le dénominateur correspond aux nombres de dossiers pour lesquels une visite d'entrée dans l'établissement a été retrouvée (N=300) auquel est retranché le nombre de données manquantes, l'enquêteur ayant pu omettre de remplir un ou deux items de la fiche de recueil.

** Pourcentage calculé sur le nombre de dossiers examinés concernant des femmes.

4.3.2 Type d'information réellement présente dans les dossiers médicaux – consultation médicale d'entrée

Cette partie s'appuie sur l'analyse du recueil réalisé à partir des 306 dossiers médicaux tirés au sort. Il s'agit de déterminer les informations *in fine* présentes dans les dossiers médicaux, qu'elles fassent ou non l'objet d'un précodage dans le dossier médical.

4.3.2.1. Thématiques documentées dans les dossiers médicaux lors de la consultation médicale d'entrée, selon les caractéristiques des établissements et de la population

Le tableau 5 présente les thématiques renseignées dans le dossier médical lors de la consultation d'entrée dans l'établissement. L'information était considérée présente dans les dossiers médicaux examinés pour une thématique donnée si une information la concernant pouvait être retrouvée dans le dossier, sous une forme précodée ou écrite en clair, et dans les deux cas en positif ou en négatif. Par exemple, l'information relative au « traitement en cours » était présente si une liste de médicaments était mentionnée dans le dossier, ou s'il était indiqué « traitement en cours = oui » ou « traitement = \emptyset » ou « aucun traitement en cours » ou encore si l'item « traitement » de la fiche « entrant » était barré. En l'absence d'une de ces mentions, l'information était considérée absente.

Pour mémoire, les thématiques ou pathologies sélectionnées pour le recueil concernant la consultation médicale d'entrée correspondent à des informations considérées comme devant être systématiquement recherchées et notées dans les dossiers médicaux. La constitution, raisonnée, de

l'échantillon des établissements ne permet pas une extrapolation *stricto sensu* des résultats à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Toutefois, l'échantillon était diversifié tant en termes de type d'établissement que de population concernée. Aussi, il a été considéré, que le renseignement des thématiques retenues pour l'étude devait être systématique dans les dossiers médicaux examinés (ce qui correspond de fait à un taux de renseignement de 100 %). Cependant pour évaluer le niveau de renseignement pour chaque thématique, trois niveaux ont été distingués : 70 % et plus, entre 40 % et 70 % et inférieur à 40 %.

Par ailleurs, la fiche de recueil de l'étude de faisabilité intégrait la question issue de la fiche de recueil de l'enquête Prevacar, relative à la présence du résultat du test VIH dans le dossier médical²². Il s'agissait en effet de disposer d'un point de comparaison avec une étude réalisée sur un échantillon représentatif de dossiers médicaux de personnes détenues. Dans l'étude de faisabilité présentée dans ce document, le résultat du test VIH²³ était présent dans 69 % des dossiers examinés, lequel pourcentage était très proche de celui retrouvé dans l'étude Prevacar qui est de 72 %²⁴.

Une dernière remarque préliminaire réside dans le fait que la majorité des analyses a été réalisée de façon séparée selon le type d'établissement (MA/QMA, CD/QCD/MC), le sexe et l'âge (<50 ans, ≥ 50 ans) pour repérer des situations contrastées éventuelles en regard des caractéristiques des établissements et/ou de celles de la population.

Ainsi, les thématiques étant les plus renseignées (tableau 5) dans les dossiers médicaux (renseignées à plus de 70 %) concernaient la recherche de la consommation de substances addictives (tabac, alcool et drogues illicites), celle des antécédents médicaux et chirurgicaux, le statut pondéral (poids et taille) et la recherche d'un traitement en cours puis venaient (entre 40 % et 70 % des dossiers médicaux examinés) les antécédents familiaux et psychiatriques et les vaccinations (hépatite B et diphtérie tétanos polio). Les thématiques les moins renseignées (moins de 40 %) concernent l'état bucco-dentaire, les dépistages du cancer colorectal et du sein et les limitations fonctionnelles²⁵.

²² Dans l'étude Prevacar, la présence de résultats vis-à-vis du VIH renvoyait à la présence dans le dossier d'un test Elisa et/ou Western Blot ou du taux de lymphocytes CD4 ou d'un résultat de charge virale VIH.

²³ Tel que défini dans l'étude Prevacar.

²⁴ Il s'agit d'un pourcentage brut.

²⁵ À noter que les thématiques relatives aux dépistages du cancer colorectal et sein et aux limitations fonctionnelles ne sont pas présentées dans le tableau 5 car elles font l'objet de développements spécifiques aux paragraphes 4.3.2.1.4 et 4.3.2.1.5.

I Tableau 5 I

Informations présentes dans les dossiers médicaux examinés – consultation médicale d'entrée

Information présente dans les dossiers médicaux	Type établissement		Genre		Âge		Total
	MA/QMA	CD/QCD//MC	Hommes	Femmes	<50 ans	≥50 ans	
ATCD**	N=153 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=77 n(%)	N=161 n(%)	N=138 n(%)	N=299** n(%)
Atcd médicaux	O 138 (90 %) N 15 (10 %)	O 122 (84 %) N 24 (16 %)	O 189 (85 %) N 33 (15 %)	O 71 (92 %) N 6 (8 %)	O 138 (86 %) N 23 (14 %)	O 122 (88 %) N 16 (12 %)	O 260 (87 %) N 39 (13 %)
Atcd chirurgicaux	O 129 (84 %) N 24 (16 %)	O 116 (79 %) N 30 (21 %)	O 179 (81 %) N 43 (19 %)	O 66 (86 %) N 11 (14 %)	O 130 (81 %) N 31 (19 %)	O 115 (83 %) N 23 (17 %)	O 245 (82 %) N 54 (18 %)
Atcd familiaux	O 66 (43 %) N 88 (57 %)	O 70 (48 %) N 76 (52 %)	O 97 (44 %) N 125 (56 %)	O 39 (50 %) N 39 (50 %)	O 70 (43 %) N 92 (57 %)	O 66 (48 %) N 72 (52 %)	O 136 (45 %) N 164 (55 %)
Atcd psychiatriques	O 76 (49 %) N 60 (39 %) Nsp* 18 (12 %)	O 83 (57 %) N 63 (43 %) 0	O 135 (61 %) N 74 (33 %) 13 (6 %)	O 24 (31 %) N 49 (63 %) 5 (6 %)	O 88 (54 %) N 63 (39 %) 11 (7 %)	O 71 (51 %) N 60 (43 %) 7 (5 %)	O 159 (53 %) N 123 (41 %) 18 (6 %)
Traitement en cours	N=153 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=77 n(%)	N=161 n(%)	N=138 n(%)	N=299** n(%)
	O 105 (69 %) N 48 (31 %)	O 109 (75 %) N 37 (25 %)	O 169 (76 %) N 53 (24 %)	O 45 (58 %) N 32 (42 %)	O 113 (70 %) N 48 (30 %)	O 101 (73 %) N 37 (27 %)	O 214 (72 %) N 85 (28 %)
Addictions** (consommation)	N=152 n(%)	N=147 n(%)	N=221 n(%)	N=78 n(%)	N=161 n(%)	N=138 n(%)	N=299** n(%)
Tabac	O 143 (94 %) N 9 (6 %)	O 126 (86 %) N 21 (14 %)	O 201 (91 %) N 20 (9 %)	O 68 (87 %) N 10 (13 %)	O 149 (93 %) N 12 (7 %)	O 120 (87 %) N 18 (13 %)	O 269 (90 %) N 30 (10 %)
Alcool	O 139 (91 %) N 13 (9 %)	O 128 (87 %) N 19 (13 %)	O 203 (92 %) N 18 (8 %)	O 64 (82 %) N 14 (18 %)	O 146 (91 %) N 15 (9 %)	O 121 (88 %) N 17 (12 %)	O 267 (89 %) N 32 (11 %)
Drogues	O 126 (83 %) N 26 (17 %)	O 117 (80 %) N 30 (20 %)	O 184 (83 %) N 37 (17 %)	O 59 (75 %) N 19 (25 %)	O 134 (83 %) N 27 (17 %)	O 109 (79 %) N 29 (21 %)	O 243 (81 %) N 56 (19 %)
Statut pondéral **	N=154 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=78 n(%)	N=162 n(%)	N=138 n(%)	N=300** n(%)
Poids	O 142 (92 %) N 12 (8 %)	O 119 (82 %) N 27 (18 %)	O 198 (89 %) N 24 (11 %)	O 63 (81 %) N 15 (19 %)	O 142 (88 %) N 20 (12 %)	O 119 (86 %) N 19 (14 %)	O 261 (87 %) N 39 (13 %)
Taille	O 125 (81 %) N 29 (19 %)	O 105 (72 %) N 41 (28 %)	O 185 (83 %) N 37 (17 %)	O 45 (58 %) N 33 (42 %)	O 130 (80 %) N 32 (20 %)	O 100 (72 %) N 38 (28 %)	O 230 (77 %) N 70 (23 %)
IMC	O 31 (20 %) N 123 (80 %)	O 19 (13 %) N 127 (87 %)	O 43 (19 %) N 179 (81 %)	O 7 (9 %) N 71 (91 %)	O 32 (20 %) N 130 (80 %)	O 18 (13 %) N 120 (87 %)	O 50 (17 %) N 250 (83 %)
État bucco-dentaire	N=154 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=78 n(%)	N=162 n(%)	N=138 n(%)	N=300** n(%)
	O 30 (19 %) N 124 (81 %)	O 76 (52 %) N 70 (48 %)	O 101 (45 %) N 121 (55 %)	O 5 (6 %) N 73 (94 %)	O 56 (35 %) N 106 (65 %)	O 50 (36 %) N 88 (64 %)	O 106 (35 %) N 194 (65 %)
État vaccin DTP**	N=153 n(%)	N=144 n(%)	N=220 n(%)	N=77 n(%)	N=161 n(%)	N=136 n(%)	N=297** n(%)
	O 93 (61 %) N 60 (39 %)	O 68 (47 %) N 76 (53 %)	O 105 (48 %) N 115 (52 %)	O 56 (73 %) N 21 (27 %)	O 91 (56 %) N 70 (44 %)	O 70 (51 %) N 66 (49 %)	O 161 (54 %) N 136 (46 %)
État vaccin HB**	N=151 n(%)	N=144 n(%)	N=218 n(%)	N=77 n(%)	N=161 n(%)	N=134 n(%)	N=295** n(%)
	O 84 (56 %) N 67 (44 %)	O 69 (48 %) N 75 (52 %)	O 100 (46 %) N 118 (54 %)	O 53 (69 %) N 24 (31 %)	O 89 (55 %) N 72 (45 %)	O 64 (48 %) N 70 (53 %)	O 153 (52 %) N 142 (48 %)

*nsp : correspond aux dossiers SMPR auxquels les enquêteurs n'ont pas eu accès

** Les dénominateurs varient en raison de données manquantes (oublis de recueil de quelques items par les enquêteurs)

4.3.2.1.1 Le module « addictions » à l'entrée

Pour le module « addictions », une information complémentaire au renseignement de la consommation (en oui/non) et portant sur le niveau de précision de l'information présente dans le dossier était recueillie. Il s'agissait de déterminer si les données présentes dans les dossiers permettaient de calculer les indicateurs principaux associés au suivi de la consommation des substances psychoactives :

- pour le tabac, il s'agissait de la quantité fumée au cours d'une journée ordinaire (avant la détention) et de la durée de la consommation ;
- pour l'alcool, il s'agissait de la quantité bue au cours d'une journée ordinaire (avant la détention), de la fréquence de la consommation de plus de six verres au cours d'un même événement et de la nécessité de consommer dans les deux heures après le réveil ;
- pour les drogues illicites, il s'agissait du type de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, crack, héroïne, médicaments détournés) consommées et de la recherche de la prise d'un traitement de substitution aux opiacés.

I Tableau 6 I

Module addiction (consultation médicale d'entrée) : niveau de précision de l'information présente dans les dossiers médicaux examinés concernant le tabac et l'alcool

Information présente dans les DM	Type établissement		Genre		Âge		Total
	MA/QMA	CD/QCD/MC	Hommes	Femmes	<50 ans	≥50 ans	
Tabac	N=110 n (%)	N=85 n (%)	N=150 n (%)	N=45 n (%)	N=118 n (%)	N=77 n (%)	N=195* n (%)
Quantité/jour	O 93 (84 %)	75 (88 %)	125 (83 %)	43 (95 %)	98 (83 %)	70 (91 %)	168 (86 %)
	N 17 (16 %)	10 (12 %)	25 (17 %)	2 (5 %)	20 (17 %)	7 (9 %)	27 (14 %)
Durée	O 31 (28 %)	23 (27 %)	50 (33 %)	4 (9 %)	23 (20 %)	31 (40 %)	54 (28 %)
	N 79 (72 %)	62 (73 %)	100 (67 %)	41 (91 %)	95 (80 %)	46 (60 %)	141 (72 %)
Alcool	N=61 n (%)	N=48 n (%)	N=91 n (%)	N=18 n (%)	N=66 n (%)	N=43 n (%)	N=109** n (%)
Quantité /jour	O 19 (31 %)	15 (31 %)	30 (33 %)	4 (22 %)	16 (24 %)	18 (42 %)	34 (31 %)
	N 42 (69 %)	33 (69 %)	61 (67 %)	14 (78 %)	50 (76 %)	25 (58 %)	75 (69 %)
6 verres (même événement)	O 2 (3 %)	1 (2 %)	3 (3 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	1 (2 %)	3 (3 %)
	N 59 (97 %)	47 (98 %)	88 (97 %)	18 (100 %)	64 (97 %)	42 (98 %)	106 (97 %)
Dans les 2 heures suivant le réveil	O 4 (6 %)	0 (0 %)	4 (4 %)	0 (0 %)	4 (6 %)	0 (0 %)	4 (4 %)
	N 57 (94 %)	48 (100 %)	87 (96 %)	18 (100 %)	62 (94 %)	43 (100 %)	105 (96 %)

* Dénominateur correspondant au nombre de personnes repérées comme étant fumeurs dans les dossiers médicaux.

** Dénominateur correspondant au nombre de personnes repérées comme consommant (avant la détention) de l'alcool dans les dossiers médicaux.

Les informations présentes dans les dossiers médicaux apportent peu de précisions sur les modalités de consommation du tabac et de l'alcool (tableau 6) :

- ✓ en effet, si la quantité de tabac fumée au cours d'une journée ordinaire était renseignée chez 86 % des fumeurs, la durée de la consommation n'était notée dans les dossiers que pour moins d'un tiers des fumeurs ;
- ✓ pour l'alcool, la quantité bue au cours d'une journée ordinaire était renseignée pour un tiers des personnes déclarant consommer de l'alcool (avant l'entrée en détention), les deux autres items (plus de six verres au cours d'un même événement, nécessité de consommer dans les deux heures après le réveil) étaient renseignés de façon marginale.

Pour les drogues illicites, l'examen des dossiers-types utilisés par les US a montré que pour seulement 4 établissements sur les 11, la fiche « entrant » comportait une liste des substances

psychoactives consommées. Aussi, ce qui est renseigné dans le dossier ne relève pas d'une recherche systématique de la consommation de ces substances mais renvoie à la réponse du patient à une question générique « consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ». Par conséquent, l'analyse de l'absence ou la présence d'information dans le tableau n'est pas pertinente pour cette variable.

Ces différents résultats témoignent probablement d'une utilisation peu développée d'outils de repérage des addictions. Dans tous les cas, ils conduisent à être prudent quant à la possibilité d'établir un état des lieux de nature épidémiologique et précis concernant les addictions chez les personnes détenues à l'entrée à partir des dossiers médicaux.

4.3.2.1.2 Le module « psychiatrie » à l'entrée

Les antécédents psychiatriques à l'entrée dans l'établissement n'étaient renseignés que dans 53 % des dossiers examinés (tableau 7).

I Tableau 7 I

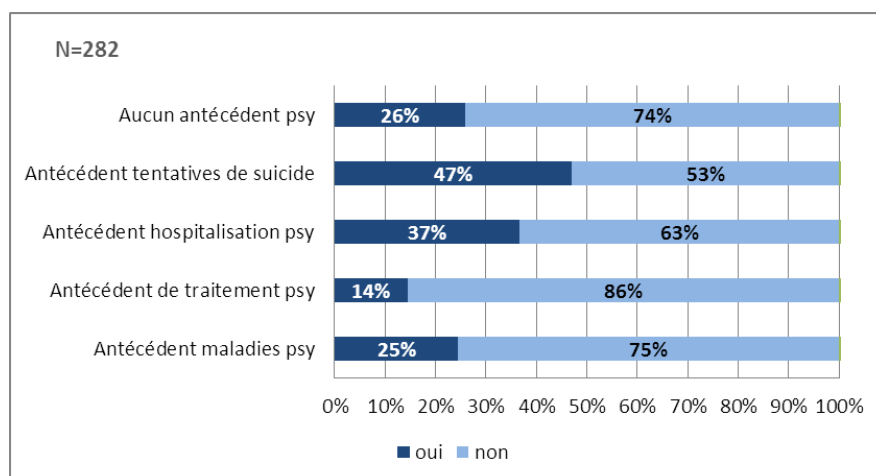
Module « psychiatrie » – consultation médicale d'entrée

Information présente dans les DM	Type établissement		Genre		Âge		Total	
	MA/QMA	CD/QCD/MC	Hommes	Femmes	<50 ans	≥50 ans		
	N=154 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=78 n(%)	N=162 n(%)	N=138 n(%)		N=300 n(%)
Atcd	O	76 (49 %)	83 (57 %)	135 (61 %)	24 (31 %)	88 (54 %)	71 (52 %)	159 (53 %)
psychiatriques	N	78 (51 %)	63 (43 %)	87 (39 %)	54 (69 %)	74 (46 %)	67 (48 %)	141 (47 %)
Troubles	O	10 (7 %)	7 (5 %)	14 (7 %)	3 (4 %)	8 (5 %)	9 (7 %)	17 (6 %)
psychiatriques	N	144 (93 %)	139 (95 %)	208 (93 %)	75 (96 %)	154 (95 %)	129 (93 %)	283 (94 %)

Lorsqu'ils étaient renseignés (figure 3), il était spécifiquement mentionné « aucun antécédent » dans 26 % des cas. Sinon, il s'agissait le plus souvent de la recherche d'un antécédent de tentative de suicide (47 %) et/ou d'hospitalisation en psychiatrie (37 %).

I Figure 3 I

Type d'antécédents psychiatriques renseignés dans le dossier médical à l'entrée dans un établissement



Par ailleurs, le tableau 7 montre qu'un trouble psychiatrique était noté dans 6 % des dossiers médicaux à l'entrée dans l'établissement. Les troubles psychiatriques étaient entendus comme l'existence de symptômes psychiatriques patents (agitation, prostration, délire, bizarrerie, idées

suicidaires) et/ou de pathologies psychiatriques antérieurement diagnostiquées ou présentes à l'entrée (troubles bipolaires, psychoses, dépression, troubles de la personnalité). Il est bien sûr difficile de poser un diagnostic psychiatrique lors d'une première consultation (somatique comme psychiatrique²⁶). Par ailleurs, comme indiqué plus haut les entretiens ont mis en exergue la réticence des psychiatres à écrire dans le dossier somatique, notamment dans les cas où les équipes de soins somatiques et psychiatriques partagent un dossier commun²⁷.

Ainsi les données présentes à l'entrée dans les dossiers médicaux concernant la pathologie psychiatrique sont à interpréter avec prudence. Ce constat conduit à la prudence quant à la possibilité d'établir un état des lieux de la santé mentale des personnes détenues à l'entrée à partir des dossiers médicaux.

4.3.2.1.3 Le module « maladies chroniques » à l'entrée

Comme indiqué plus haut, il n'a pas été retrouvé de liste de maladies chroniques à cocher dans les dossiers médicaux et en particulier dans les fiches « entrants ». Aussi, ce qui est renseigné dans le dossier renvoie à ce qui a été rapporté par le patient à la question générique habituellement posée par le médecin généraliste lors d'une première consultation « avez-vous eu ou avez-vous une ou des maladies (en cours) ? », laquelle question peut être accompagnée de l'énumération de quelques maladies chroniques parmi les plus fréquentes et connues pour aider le patient à répondre.

Ainsi, la présence d'une information sur telle ou telle maladie chronique dans les dossiers médicaux se rapporte probablement aux patients ayant indiqué en souffrir, ce qui limite la portée épidémiologique de ces données. Le tableau 8 montre néanmoins le nombre et le pourcentage de dossiers médicaux examinés dans lesquels une maladie chronique en cours ou diagnostiquée à l'entrée a été notée dans le dossier médical.

I Tableau 8 I

Maladies chroniques, en cours ou diagnostiquées à l'entrée, et notées dans le dossier médical au moment de la consultation d'entrée

Information présente dans les DM	Type établissement		Genre		Âge		Total	
	MA/QMA N=154 n(%)	CD/QCD/MC N=146 n(%)	Hommes N=222 n(%)	Femmes N=78 n(%)	<50 ans N=162 n(%)	≥50 ans N=138 n(%)		
Hypertension artérielle	O	14 (9 %)	25 (17 %)	30 (13 %)	9 (12 %)	6 (4 %)	33 (24 %)	39 (13 %)
	N	140 (91 %)	121 (83 %)	192 (87 %)	69 (88 %)	156 (96 %)	105 (76 %)	261 (87 %)
Diabète	O	11 (7 %)	15 (10 %)	19 (8 %)	7 (9 %)	3 (2 %)	23 (17 %)	26 (9 %)
	N	143 (93 %)	131 (90 %)	203 (92 %)	71 (91 %)	159 (98 %)	115 (83 %)	274 (91 %)
Dyslipidémie	O	8 (5 %)	19 (13 %)	23 (10 %)	4 (5 %)	4 (3 %)	23 (17 %)	27 (9 %)
	N	146 (95 %)	127 (87 %)	199 (90 %)	74 (95 %)	158 (97 %)	115 (83 %)	273 (91 %)
Asthme	O	6 (4 %)	10 (7 %)	13 (6 %)	3 (4 %)	8 (5 %)	8 (6 %)	16 (5 %)
	N	148 (96 %)	136 (93 %)	209 (94 %)	75 (96 %)	154 (95 %)	130 (94 %)	284 (95 %)
BPCO	O	2 (1 %)	2 (1 %)	4 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (3 %)	4 (1 %)
	N	152 (99 %)	144 (99 %)	218 (98 %)	78 (100 %)	162 (100 %)	134 (97 %)	296 (99 %)

²⁶ Dans 6 établissements (3 MA/QMA et 4 CD/QCD/MC), un entretien avec infirmier psychiatrique, un psychologue ou un psychiatre était systématiquement proposé à l'entrée dans l'établissement.

²⁷ Cela correspond à 6 établissements sur les 11 retenus pour l'étude mais beaucoup plus à l'échelle nationale puisqu'il n'existe que 26 SMPR versus 191 établissements pénitentiaires qui tous proposent des soins psychiatriques.

4.3.2.1.4 Le module « dépistage des cancers » à l'entrée

La fiche de recueil comportait un item pour chacun des trois dépistages de cancers (colorectal, sein, col de l'utérus) organisés en France. Le dépistage du cancer du sein (une mammographie tous les deux ans) a été généralisé en 2005, la population cible étant constituée des femmes de 50 à 75 ans ; le dépistage du cancer colorectal (un test Hemocult II tous les deux ans) a été pour sa part généralisé plus récemment en 2009, la population cible étant constituée des femmes et des hommes de 50 à 75 ans ; le dépistage du cancer du col de l'utérus (un frottis cervico-utérin tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle), recommandé depuis de nombreuses années et réalisé depuis de façon individuelle, doit faire l'objet d'une généralisation dans le cadre du plan cancer 2014-2019, la population cible étant constituée des femmes de 25 à 65 ans.

Le recueil effectué, dont ce n'était d'ailleurs pas l'objectif, n'a pas permis d'évaluer la couverture du dépistage à l'entrée en établissement. En revanche, il s'est agi de déterminer si une information relative à la réalisation d'un dépistage (antérieurement à l'incarcération) était présente dans les dossiers médicaux examinés, pour chacun de ces trois cancers et pour les populations cibles concernées²⁸ (tableau 9).

I Tableau 9 I

Dépistage des cancers au moment de la consultation d'entrée

Information présente dans les DM	Type établissement		Genre		Âge		total
	MA/QMA	CD/QCD/MC	Hommes	Femmes	<50 ans	≥50 ans	
Dépistage du cancer colorectal	N=55 n(%)	N=49 n(%)	N=79 n(%)	N=25 n(%)	N=0 n(%)	N=104 n(%)	N=104* n(%)
O	5 (9 %)	5 (10 %)	4 (5 %)	6 (24 %)	0 (0 %)	10 (9.6 %)	10 (10 %)
N	50 (91 %)	44 (90 %)	75 (95 %)	19 (76 %)	0 (0 %)	94 (90.4 %)	94 (90 %)
Dépistage du Cancer du sein	N=18 n(%)	N=7 n(%)	-	N=25 n(%)	-	N=25 n(%)	N=25*** n(%)
O	13 (72 %)	6 (86 %)	-	19 (76 %)	-	19 (76 %)	19 (76 %)
N	5 (28 %)	1 (14 %)	-	6 (4 %)	-	6 (4 %)	6 (4 %)
Dépistage du cancer du col de l'utérus	N=43 n(%)	N=26 n(%)	-	N=69 n(%)	N=35 n(%)	N=34 n(%)	N=69** n(%)
O	26 (60 %)	19 (73 %)	-	45 (65 %)	19 (54 %)	26 (76 %)	45(65 %)
N	17 (40 %)	7 (27 %)	-	24 (35 %)	16 (46 %)	8 (24 %)	24(35 %)

* Le dénominateur tient compte de la population cible pour le dépistage du cancer colorectal (hommes et femmes âgés de 50 à 75 ans).

** Le dénominateur tient compte de la population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (femmes âgées de 25 à 65 ans).

*** Le dénominateur tient compte de la population cible pour le dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 75 ans).

Pour le cancer colorectal, 10 % des dossiers médicaux examinés (N=104, en tenant compte de la population cible), faisaient état de la recherche d'un dépistage réalisé antérieurement à l'incarcération. Ce chiffre modeste est à mettre en relation avec le fait que la généralisation de ce dépistage est relativement récente et en cours de montée en charge [24]. S'agissant du cancer du sein, il est difficile de s'avancer tant le nombre de dossiers concernés (N=25) est restreint. Pour le cancer du col de l'utérus, une information concernant son dépistage (antérieurement à l'incarcération) était présente dans 65 % des dossiers médicaux examinés, lequel nombre est cependant également peu important (N=69, en tenant compte de la population cible).

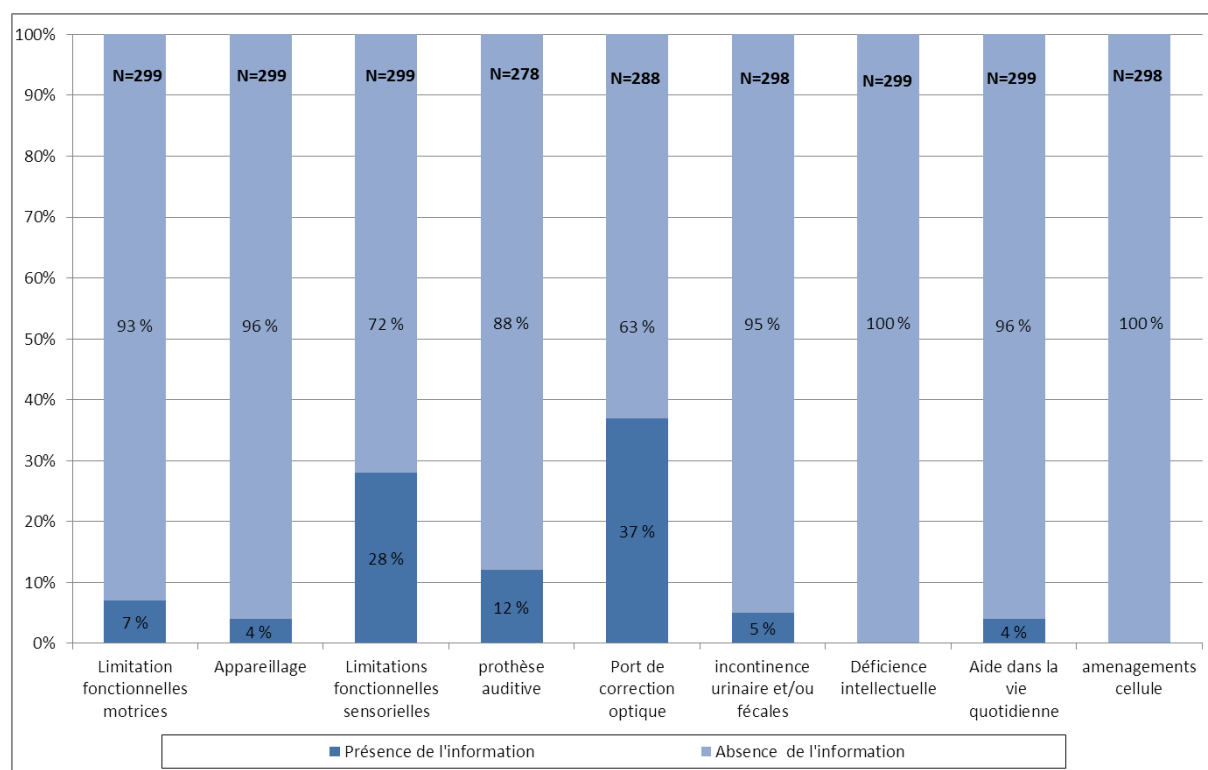
²⁸ Les populations cibles ont été définies au moment du recueil en fonction de l'âge au moment de la consultation d'entrée.

4.3.2.1.5 Le module « limitations fonctionnelles » à l'entrée

La présence d'information dans les dossiers médicaux concernant les limitations fonctionnelles lors de la consultation médicale d'entrée (figure 4) est apparue assez marginale, sauf pour la recherche d'un port de correction optique et la recherche de limitations fonctionnelles sensorielles (ce qui renvoie notamment à la recherche de problème de vision ou d'audition) qui était renseignée dans respectivement 37 % et 28 % des dossiers examinés, ces proportions restant néanmoins de niveau assez modeste.

I Figure 4 I

Information présente dans les dossiers médicaux à l'entrée en établissement et concernant les limitations fonctionnelles



* Les dénominateurs correspondent aux nombres de dossiers pour lesquels une visite d'entrée dans l'établissement a été retrouvée (N=300) auquel est retranché le nombre de données manquantes, l'enquêteur ayant pu omettre de remplir un ou deux items de la fiche de recueil.

4.3.3.2 Typologie de l'information présente dans les dossiers médicaux lors de la consultation médicale d'entrée

L'ensemble des résultats exposés ci-dessus ne semblent pas montrer de situations très différentes en regard du type d'établissements (MA/QMA, CD/QCD/MC) et/ou des caractéristiques démographiques de la population (sexe et âge). Toutefois, pour pouvoir repérer des situations contrastées, une analyse des correspondances multiples a été réalisée.

Plus précisément, l'objectif ici était de dresser un tableau d'ensemble des résultats et de chercher à décrire la nature de l'information présente dans les dossiers, tout en repérant des regroupements d'information et en cherchant à caractériser ces derniers à l'aide de variables décrivant les établissements (type, taille, etc.) et/ou celles des personnes concernées (sexe et âge). Il importe avant de poursuivre de préciser que l'ACM a porté sur un nombre restreint de dossiers. Aussi, l'interprétation relative à la construction des axes et leur hiérarchisation doivent, en toute rigueur, rester prudente. Pour autant, cette démarche permet de dégager des tendances qui dans ce travail concernent le type d'informations contenues dans les dossiers.

Pour réaliser l'ACM, deux types de variables ont été introduits, les variables actives et les variables supplémentaires :

- les premières sont au nombre de 27 et correspondent aux variables renvoyant à la présence (ou non) dans le dossier médical d'une information concernant l'ensemble des thématiques étudiées : antécédents ; addictions, vaccination ; statut pondéral; appréciation de l'état bucco-dentaire ; maladies chroniques à l'entrée ; pathologies psychiatriques à l'entrée ; sérologies ;
- les secondes correspondent :
 - d'une part aux caractéristiques des établissements : type (MA/QMA, CD/QCD/MC), taille (<250, 250-499, >500 places disponibles), ancienneté (construit avant ou après 1990), SMPR sur place ou non, UHSI à proximité ou non, utilisation d'une fiche « entrant » et la variable « établissement » dont les modalités renvoient à chacun des établissements retenus pour l'étude ;
 - d'autre part aux caractéristiques des personnes détenues : sexe, âge (<50 ans, ≥50 ans), provenance (état de liberté ou transfert), statut pénal (condamné ou prévenu).

L'ensemble des données se rapportant à l'ACM mise en œuvre et ayant servi à la construction des axes factoriels est présenté en annexe 8.

Les trois premiers axes expliquent 32 % de la variance totale (seuls les deux premiers axes font l'objet d'une représentation graphique en annexe 8) :

- le premier axe renvoie à la présence/absence dans les dossiers médicaux d'une information sur la consommation de tabac, alcool et drogue illicite et dans une moindre mesure sur les antécédents familiaux. Il oppose la présence d'information sur ces thématiques à leur absence ;
- le second axe renvoie à la présence/absence dans les dossiers médicaux des tests sérologiques concernant le VIH, le VHB et la syphilis. Il oppose la présence de ces tests dans les dossiers médicaux à leur absence ;
- le troisième axe renvoie à la présence ou absence d'une maladie chronique (diabète, hypertension artérielle (HTA) et dans une moindre mesure, dyslipidémie ou maladie cardiovasculaire) en cours ou diagnostiquée à l'entrée et notée dans les dossiers médicaux.

Ces constats semblent indiquer que les thématiques mentionnées ci-dessus sont présentes par bloc dans les dossiers médicaux : les dossiers comportant la présence d'information sur la consommation d'une substance psychoactive (Alcool, tabac ou drogues illicites) en comporte pour les deux autres. Il en va de même pour la présence d'information concernant les maladies chroniques et pour la présence dans les dossiers des tests sérologiques (VIH, le VHB et la syphilis). Ce résultat renvoie au fait logique que lorsque le médecin recherche la consommation de substances psychoactives, cela concerne alors le tabac, l'alcool et les drogues illicites. De même pour les tests sérologiques, lorsqu'ils sont demandés, cela concerne l'ensemble des trois sérologies mentionnées. En revanche, il ne paraît pas exister de lien notable entre ces groupes de variables (addictions, maladies chroniques, sérologies) puisqu'ils contribuent chacun à la construction d'axes différents. Ainsi, le renseignement d'un bloc thématique ne s'accompagne pas du renseignement, dans les dossiers médicaux, des deux autres groupes de thématiques.

De plus, aucune des variables caractérisant les établissements ou les personnes détenues ne se projette sur les trois axes décrits ci-dessus, à l'exception de la variable « établissement » dont les modalités renvoient à chaque établissement (annexe 8). Ce constat paraît indiquer que la présence d'information dans les dossiers médicaux n'est pas associée aux caractéristiques génériques des établissements (type, taille, SMPR, UHSI à proximité, fiche « entrant » etc.) ni à celles des personnes, ce qui va dans le sens de ce qui a été observé à partir de l'analyse univariée. En revanche, la projection de la variable « établissement » sur les trois axes (annexe 8) témoigne du fait que le renseignement des dossiers médicaux est établissement dépendant, ce fait étant concordant avec les résultats présentés plus haut et selon lesquels l'organisation et le contenu des dossiers médicaux et de la fiche « entrant », lorsqu'elle existe, sont propres aux équipes médicales des US.

4.4 Information présente dans les dossiers médicaux au cours des douze derniers mois

Le recueil comme indiqué plus haut a concerné deux temps d'observation : d'une part l'entrée en établissement ; d'autre part, la période des 12 derniers mois au moment de l'enquête. Dans les deux cas, l'objectif de l'analyse était de s'assurer que les données présentes dans le dossier permettraient de dresser un état des lieux de la santé des personnes détenues en cours de détention.

4.4.1 Déroulement du suivi médical au-delà de la consultation d'entrée et structuration de l'information dans les dossiers médicaux

Si une consultation médicale d'entrée est proposée de manière systématique aux personnes incarcérées, rien de tel pour le suivi ultérieur d'une personne détenue. Celle-ci sera en effet revue après la consultation d'entrée, soit à sa demande, soit à l'initiative des soignants (hormis les visites en quartier disciplinaire et quartier d'isolement et des grèves de la faim). Le suivi médical mis en place se définit ainsi au cas par cas, et dépend du terrain médical et des besoins exprimés par les personnes détenues.

Concernant les maladies chroniques, les seuls outils formalisés sont des protocoles écrits de prise en charge mis en place dans 4 établissements sur 11 pour certaines pathologies, en particulier le diabète et éventuellement les hépatites C. À ces protocoles s'associe une liste de patients concernés tenue par une infirmière référente, un carnet de suivi donné aux patients et des programmes/ateliers d'éducation thérapeutique. Ce suivi spécifique n'est pas renseigné dans le dossier médical.

Pour la pathologie psychiatrique, comme pour la consultation médicale d'entrée, les données présentes dans les dossiers médicaux, lorsque les équipes somatiques et psychiatriques partagent le même dossier, sont parcellaires. Par ailleurs, en cas de dossier séparé (SMPR sur place), aucune synthèse psychiatrique ne figure dans le dossier somatique comme au moment de la consultation d'entrée. De plus, les dossiers psychiatriques papier sont également de structure libre (existence de rubriques à remplir librement).

Par conséquent, on ne peut pas considérer que les informations concernant les maladies chroniques ou la pathologie psychiatrique figurent de façon systématique dans les dossiers médicaux, les observations médicales étant colligées de façon chronologique au gré des recours aux soins.

L'analyse ici s'est par conséquent attachée à faire état de l'information retrouvée dans les dossiers médicaux, au cours des 12 derniers mois. Au préalable, il a semblé important d'indiquer s'il y avait eu recours aux soins dans les 12 derniers mois et selon quelle fréquence. En effet, le renseignement d'information dans les dossiers médicaux dépend en partie de la densité des contacts avec le dispositif d'offre de soins.

Par souci de cohérence avec la période observée, l'analyse s'est centrée sur les personnes détenues dans l'établissement depuis plus d'un an (N=163).

4.4.2 Recours aux soins somatiques et psychiatriques dans les douze derniers mois

4.4.2.1 Recours aux soins somatiques

Pour les personnes incarcérées depuis plus d'un an (N=163), 92 % d'entre elles avaient bénéficié d'au moins une consultation médicale généraliste au cours des 12 derniers mois (hors consultation d'entrée). En moyenne, ces personnes avaient consulté 7,5 fois au cours des 12 derniers mois : 15 % avaient bénéficié de 0 à 2 consultations, 27 % de 3 à 5 consultations, 32 % de 6 à 9 consultations et 26 % de 10 consultations ou plus.

4.4.2 Recours aux soins psychiatriques

Pour le recours aux soins psychiatriques, l'information était moins évidente à recueillir en raison d'une dispersion de l'information et des modalités très diversifiées de suivi possibles (suivi psychologique, suivi infirmier, groupe de paroles, consultations psychiatriques, etc.). Par conséquent, le recueil a concerné l'existence (ou non) d'un suivi psychiatrique dans l'année précédant l'enquête, ce dernier étant défini par au moins 4 contacts avec l'équipe du dispositif de soins psychiatriques, quel que soit le mode de suivi instauré. Selon cette définition, un suivi psychiatrique dans les 12 derniers mois a concerné 62 % de personnes détenues depuis plus d'un an.

4.4.3 Maladies chroniques au cours des douze derniers mois

Le module « maladies chroniques » intéressait les pathologies à forte morbi-mortalité et bénéficiant d'un programme de surveillance nationale (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, asthme, BPCO).

Sur les 163 personnes incarcérées depuis plus d'un an et dont le dossier a été examiné peu de nouveaux²⁹ diagnostics de maladies chroniques ont été posés et notés dans le dossier médical, dans les 12 derniers mois précédant l'étude : un diagnostic d'hypertension artérielle, six de dyslipidémie, un de diabète et quatre de BPCO. Aucun cas de cancer n'a été diagnostiqué au cours des 12 derniers mois précédant le jour de l'enquête. Par ailleurs, pour chacun des diagnostics retrouvés dans les dossiers médicaux, le résultat d'un examen complémentaire correspondant à la pathologie considérée (respectivement, suivi de tension artérielle, analyse lipidique, glycémie et exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)) a été retrouvé dans le dossier au cours de la période correspondante (12 derniers mois).

4.4.4 Pathologies psychiatriques au cours des douze derniers mois

Des troubles psychiatriques ont été notés (tableau 10) dans les 12 derniers mois précédant l'enquête dans les dossiers médicaux de 22 % des personnes détenues depuis plus d'un an (N=153). Comme indiqué plus haut, les données présentes dans les dossiers médicaux concernant la pathologie psychiatrique sont délicates à interpréter et le calcul des prévalences à partir des dossiers médicaux, sur cette thématique, n'est pas envisageable.

I Tableau 10 I

Troubles psychiatriques notés dans le dossier médical dans les 12 derniers mois pour les personnes incarcérées depuis plus d'un an

Information présente dans les DM	Type établissement		Genre		Âge		total
	MA/QMA	CD/QCD/MC	Hommes	Femmes	<50 ans	≥50 ans	
	N=30 n(%)	N=121 n(%)	N=113 n(%)	N=38 n(%)	N=74 n(%)	N=77 n(%)	N=151* n(%)
Troubles psychiatriques	O 5 (17 %) N 25 (83 %)	28 (23 %) 93 (77 %)	17 (15 %) 96 (85 %)	16 (42 %) 22 (58 %)	19 (26 %) 55 (74 %)	14 (18 %) 63 (82 %)	33 (22 %) 118 (78 %)

* Le dénominateur tient compte des dossiers SMPR auxquels les enquêteurs n'ont pas eu accès (N=52 et 12) et de données manquantes provenant de l'oubli de recueil par les enquêteurs.

4.4.5 Les autres pathologies chroniques au cours des douze derniers mois

La fiche de recueil comportait un module « autres maladies chroniques » (pathologies digestives, ostéo-articulaires, dermatologiques, traumatismes) concernant les pathologies connues en population générale et attendues en milieu carcéral. Ce module couvrait également la période des 12 derniers mois précédant l'enquête et compte tenu du déroulement des soins (suivi défini au cas par cas), le calcul de la prévalence de ces maladies chroniques est à terme également impossible. Toutefois, les

²⁹ Indépendamment des diagnostics posés et notés dans le dossier médical à l'entrée et qui sont encore présents dans les 12 derniers mois précédant l'enquête.

résultats montrent que ces pathologies sont bien présentes en détention (tableau 11), ce que rapportent par ailleurs les professionnels exerçant en milieu carcéral.

I tableau 11 I

Module « autres maladies chroniques » : information notée dans le dossier médical pour les personnes incarcérées depuis plus d'un an

Pathologies digestives (hors UDG)	Total N=163 n(%)	Pathologies dermatologiques	Total N=163 n(%)
Oui	18 (11 %)	Oui	27 (17 %)
Non	145 (89 %)	Non	136 (83 %)
Pathologies ostéo-articulaires	Total N=163 n(%)	Traumatismes	Total N=163 n(%)
Oui	33 (20 %)	Oui	34 (21 %)
Non	130 (80 %)	Non	130 (79 %)

Les pathologies digestives renvoient pour moitié (50 %) aux ulcères gastroduodénaux et reflux gastro-œsophagiens et/ou pathologies proches (œsophagites, gastrites antrales avérées etc.) et pour un peu moins d'un tiers (28 %) aux troubles fonctionnels de l'intestin. Les pathologies ostéo-articulaires sont majoritairement (52 %) le fait des lombalgies, dorsalgies et/ou cervicalgies chroniques. Les maladies dermatologiques sont pour un tiers (36 %) d'origine infectieuse (abcès, folliculites, furoncles, etc.)³⁰, pour un autre tiers le fait de pathologies peu spécifiques (prurit chronique, sécheresse chronique de la peau, etc.) et pour un peu moins d'un tiers (30 %) le fait de pathologies dermatologiques spécifiques (par exemple l'eczéma ou le psoriasis, etc.).

Un peu moins de la moitié (44 %) des traumatismes notés dans les dossiers médicaux sont d'origine intentionnelle (agression), l'autre partie étant d'origine non intentionnelle (essentiellement des accidents de la vie courante [chutes, sport]³¹).

5 Conclusion

Cette étude a cherché à apprécier la possibilité d'utiliser les dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de leur santé, celle-ci étant comprise au sens large, incluant ainsi les conduites addictives, les maladies chroniques, les pathologies psychiatriques, les maladies infectieuses, etc.

Dans cette perspective, le type d'enquête mis en œuvre était exploratoire, ce qui a conduit à sélectionner un nombre restreint d'établissements pénitentiaires (et d'US) tout en privilégiant la diversité des situations en termes de type d'établissements et de populations détenues de façon à pouvoir en tirer des enseignements. Le corpus de données constitué comprenait les entretiens avec les médecins responsables du dispositif d'offre de soins somatiques, les dossiers médicaux-types utilisés dans les US, et le recueil de données à partir de 306 dossiers médicaux de personnes détenues tirées au sort sur place dans chacun des 11 établissements retenus pour l'enquête. Ce recueil couvrait un éventail assez large de thématiques.

L'accès à l'information médicale sur place et sur les différentes thématiques envisagées constitue un préalable à la faisabilité d'une étude à grande échelle (nationale) à partir des dossiers médicaux des personnes détenues. Les entretiens avec les médecins des US et l'analyse des dossiers-types utilisés par les US ont montré que le dossier somatique était le plus souvent sous format papier et accessible au sein de l'US. Cependant, l'information médicale était disponible de façon dispersée, plusieurs dossiers pouvant coexister selon le type de professionnel de santé considéré (somatique,

³⁰ Ces pathologies sont probablement liées à la difficulté de maintenir une hygiène adaptée en milieu carcéral.

³¹ On note également 4 accidents du travail sur les 34 traumatismes mentionnés dans les dossiers.

psychiatrique, dentaire, pharmaceutique etc.), et étant accessibles dans des locaux distincts les uns des autres. Ce constat est également vrai lorsque les informations médicales étaient informatisées car ces dernières étaient disponibles à partir de logiciels non communiquant, eux-mêmes accessibles à partir de locaux distincts. Au-delà de cette dispersion géographique, l'organisation des dossiers médicaux était propre à chaque site de sorte que leur structuration n'était pas homogène d'un site à l'autre. Ce qui précède met en exergue la difficulté de mettre en œuvre un recueil, à grande échelle, à partir des dossiers médicaux, chaque site renvoyant à une configuration propre avec pour conséquence, notamment, la nécessité d'un temps d'investissement non négligeable pour comprendre l'organisation des dossiers médicaux et la localisation de l'information nécessaire au recueil. Par ailleurs, la durée du recueil de l'étude de faisabilité présentée dans ce document était d'environ 3 à 4 jours sur place (tirage au sort compris), et a mobilisé deux personnes, pour 30 dossiers examinés, compte tenu de l'éventail des thématiques considérées. À l'échelle d'une étude nationale représentative des personnes détenues (par exemple 30 établissements et 30 dossiers par établissement comme dans le cas de l'étude Prevacar), une simple règle de trois conduit à estimer que le temps qui serait nécessaire à un tel recueil s'élèverait à 30 semaines (ou à la mobilisation de plus de personnes pour le recueil), ce qui n'est pas négligeable en termes de moyens à investir.

La standardisation des données constitue le second préalable à la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique de la santé des personnes détenues à partir des dossiers médicaux. La consultation médicale d'entrée était proposée de façon systématique, en maison d'arrêt comme en établissement pour peine. En pratique, hormis deux maisons d'arrêts, tous les établissements retenus pour l'étude avaient développé un outil formalisé, la fiche « entrant », pour servir de support au déroulement de cette première consultation et au recueil de l'information médicale la concernant. Ce résultat est similaire à celui obtenu sur un échantillon représentatif de 34 US³² selon lequel 70 % de ces dernières ont mis en place un tel outil. Toutefois, la présente étude montre, qu'à l'instar des dossiers médicaux, le développement des fiches « entrants » était propre aux US et leur contenu non homogène d'une unité à l'autre. Par ailleurs, poursuivant avant tout un objectif de prise en charge et de suivi des patients, elles n'étaient pas standardisées (ce qui supposerait un recueil obligatoire de tous les items y figurant) mais structurées c'est-à-dire qu'elle comportait des rubriques et des encadrés, à remplir librement, cette dernière remarque s'appliquant également au dossier médical lorsqu'il était informatisé.

À l'issue de la consultation médicale d'entrée, le suivi ultérieur d'une personne détenue était défini au cas par cas et dépendait du terrain médical et des besoins exprimés par les personnes détenues : la personne détenue était revue en consultation, soit à sa demande, soit à l'initiative des soignants. À ce propos, il est apparu que le recours aux soins était fréquent avec un nombre moyen de consultations sur l'année précédant le jour de l'étude qui s'élevait à 7,5 pour les personnes incarcérées depuis un an et plus. Ce recours fréquent aux soins en milieu carcéral est connu [19;25]. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat [19;26] : le lien avec un état pathologique présent à l'entrée (pathologie mentale, maladies infectieuses, addictions) ; la demande de certificats médicaux pour la réalisation de certaines activités (sport ; travail) ou pour pouvoir prouver qu'un suivi médical est en cours ; des problèmes de santé « communs » (notamment respiratoires, digestifs, dermatologiques, ou musculo-squelettiques) qui en milieu libre pourraient faire appel à des médicaments accessibles sans ordonnance et ne conduiraient pas de prime abord à une consultation médicale. D'autres raisons ont également été avancées : rattrapage en soins pour des personnes présentant un état de santé dégradé à l'entrée en détention et ayant un faible accès aux soins en milieu libre ; accès gratuit aux soins ; etc.

Indépendamment de leur fréquence, le renseignement des recours aux soins dans les dossiers médicaux était totalement libre et suivait leur chronologie.

Ce qui précède montre que le contenu des dossiers médicaux pénitentiaires n'est pas standardisé. Au mieux, il est structuré tout du moins en ce qui concerne la consultation médicale d'entrée.

Au-delà de l'accès aux données et de leur disponibilité sous forme standardisée, les résultats de l'analyse du recueil de données à partir des dossiers médicaux ont permis de déterminer la nature de l'information présente *in fine* dans les dossiers et de savoir dans quelle mesure celle-ci pouvait être utilisée à des fins de suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues, en particulier pour la consultation d'entrée en établissement. Ainsi, certaines thématiques semblaient bien documentées (plus de 70 % des dossiers examinés) dans les dossiers médicaux à l'entrée dans l'établissement, notamment celles concernant la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues

³² L'étude en question a été menée dans le cadre du volet « attentes et besoins » en matière de surveillance de leur santé » (note 10). Données non publiées.

illicites) et le statut pondéral (poids et taille) de même que les antécédents médicaux et chirurgicaux. L'accent mis sur les conduites addictives correspond à une des priorités de l'examen d'entrée [23] et leur renseignement relève pour ainsi dire du « quasi-systématique ». Dans le même temps, le niveau de précision des informations concernant ces conduites addictives est apparu insuffisant pour pouvoir construire des indicateurs utiles au suivi épidémiologique de ces comportements à risque.

Pour les maladies chroniques sélectionnées (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, asthme, BPCO), leur renseignement dans le dossier médical à l'entrée dans un établissement n'était pas systématique en l'absence d'une liste à cocher par oui ou par non pour chacune d'elle. Leur documentation dans le dossier ne semble ainsi pas pouvoir être utilisée pour calculer une prévalence, dans la mesure où, en l'absence d'information présente sur telle ou telle maladie, il est impossible de savoir, si le patient en souffre mais n'a pas été interrogé à ce sujet ou s'il n'en souffre pas. Pour les antécédents psychiatriques et les troubles psychiatriques, il en va de même.

Selon l'ACM, les différents résultats présentés ci-dessus ne semblaient pas différer selon les caractéristiques des établissements (type, taille, SMPPR, UHSI, fiche « entrant ») et/ou les caractéristiques démographiques (sexe, âge) ou pénales de la population. Ainsi, la présence d'information dans le dossier médical, concernant la consultation médicale d'entrée, n'était pas associée au fait, pour la personne détenue, d'être incarcérée en maison d'arrêt (ou QMA) ou en établissement pour peine (CD/QCD/MC).

Un autre enseignement de l'étude concerne les pathologies telles que la traumatologie, les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques et digestifs qui restent peu explorés dans la littérature internationale [4]. Elles étaient mentionnées dans les dossiers de façon non négligeable dans les douze derniers mois précédant l'enquête. Comme le rapportent les professionnels exerçant en milieu carcéral [27], ces problèmes de santé peuvent renvoyer à des manifestations corporelles et somatiques liées au fait d'être incarcéré et privé de liberté telles que certains problèmes dermatologiques (sécheresse chronique de la peau ou prurit généralisé chronique), ou certains troubles fonctionnels digestifs chroniques). D'autres peuvent envoyer à des conditions de détention défavorables (problèmes dermatologiques infectieux liés à l'impossibilité du maintien d'une hygiène adaptée, comportements violents liés à la suroccupation ou à l'enfermement, etc.). D'autres encore, comme indiqué précédemment, n'auraient pas conduit en milieu libre à une consultation médicale. Quoi qu'il en soit, compte tenu de la structuration du dossier tel que décrit précédemment, le calcul de la prévalence de ces problèmes de santé était tout aussi impossible que pour les maladies chroniques à forte morbi-mortalité.

Les constats précédents renvoient aux limites liées à l'utilisation de dossiers médicaux à des fins de surveillance lorsque ceux-ci ne sont pas standardisés et non constitués dans une perspective épidémiologique. Certes, l'étude Prevacar a permis de conclure à la faisabilité de ce type de surveillance au niveau national en milieu carcéral pour le calcul de la prévalence des infections aux VIH et VHB. Mais il importe de souligner que la recherche de la séropositivité des personnes incarcérées étant considérée comme une priorité en milieu carcéral, leur dépistage est mis en place de façon importante (résultat des tests présents dans les dossiers dans respectivement 72 % et 69 % des cas [22]). Des chiffres similaires, voire supérieurs, de présence d'information ont été retrouvés dans l'étude de faisabilité présentée dans ce document pour des thématiques également considérées comme devant être explorées de manière prioritaire et systématique en milieu carcéral telles que les conduites addictives. Cela n'est le cas ni pour les pathologies chroniques qui ne sont recherchées et documentées dans les dossiers médicaux qu'en fonction du terrain du patient (âge, antécédents, facteurs de risques, etc.) à l'entrée comme en cours de détention, ni pour les pathologies psychiatriques dont le renseignement dans les dossiers médicaux somatiques n'est pas systématique comme l'ont rapporté les professionnels de santé interrogés sur les sites retenus pour l'étude.

Ainsi, au terme de cette étude de faisabilité, il apparaît que vouloir étendre l'enquête Prevacar aux champs des maladies chroniques et des pathologies psychiatriques, ne paraît actuellement pas envisageable. Il en va de même pour d'autres thématiques telles que les addictions (tabac, alcool et drogues illicites) ou certaines, relatives à la prévention (couverture vaccinale, état bucco-dentaire). Une telle extension supposerait que les dossiers médicaux soient construits dans une perspective épidémiologique. En d'autres termes, le dossier patient devrait être structuré de façon homogène et contenir une information standardisée commune à l'ensemble des US ; il devrait être par ailleurs unique, c'est-à-dire contenir l'ensemble des informations des différents intervenants (médecin somatique, psychiatre, dentiste, pharmacie), pour permettre un accès facilité à l'information. Un tel dossier permettrait par ailleurs d'assurer la circulation et le partage d'une information dans une US, dans un objectif de coordination et de continuité des soins entre les différents intervenants. Certains

professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire ont tenté de promouvoir la mise en œuvre d'un tel dossier médical, par ailleurs informatisé [28] dans le cadre du développement du dossier médical personnel annoncé en 2006 par les pouvoirs publics³³. La réflexion a notamment porté sur la consultation médicale d'entrée et sur le développement d'une fiche « entrant » commune aux US, cette consultation étant proposée de façon systématique aux personnes détenues. Pour autant, cette réflexion n'a pas abouti à ce jour et le travail présenté dans ce document montre que le contenu de ces fiches est loin d'être homogène. Il importe également de noter que toutes les US ne sont pas informatisées et très peu ont adopté un dossier médical informatisé.

Or, ce n'est qu'à cette triple condition (unicité, standardisation et informatisation du dossier médical) qu'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues s'appuyant sur les dossiers médicaux pourra voir le jour. La mise en place d'un tel dispositif demande un réel engagement des pouvoirs publics responsables de la prise en charge sanitaire des personnes détenues et des professionnels intervenant dans le champ de la santé en milieu carcéral ainsi que des moyens adaptés.

Dans l'attente d'un tel dispositif, d'autres pistes peuvent être envisagées pour améliorer la connaissance de la santé des personnes incarcérées en France. À ce titre, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), sollicité pour proposer une évaluation du plan stratégique d'action « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », préconise notamment [29] la réitération d'une enquête sur la population entrant en détention, telle que mise en œuvre en 2003 par la Drees [13] ce qui permettrait de caractériser les besoins de santé de la population à l'entrée en détention et les facteurs de risque auxquels elle est exposée avant l'incarcération ainsi que de faire un point sur les modifications intervenues depuis l'enquête de 2003. Il propose également de développer un volet spécifique « prison » dans les grandes enquêtes de « santé » nationales réalisées de façon périodique, en face à face par des enquêteurs, telles que le baromètre santé ou la nouvelle enquête européenne sur la santé « European Health Interview Survey ». Cela permettrait d'établir un état de santé de la population incarcérée et de le comparer, en ajustant sur les facteurs de risque à celui de la population générale. En complément de ces enquêtes générales sur la santé des personnes détenues, il propose la réitération d'enquêtes spécifiques portant sur des problèmes de santé particulièrement préoccupants en milieu carcéral comme la pathologie psychiatrique ou les maladies infectieuses (avec la répétition des enquêtes menées respectivement en 2004 [30] et 2010 [22]).

Ces différentes options ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Au contraire, elles apportent un éclairage complémentaire sur la santé des personnes détenues, en permettant de caractériser l'état de santé de la population carcérale à des moments différents, d'identifier les populations à risque spécifiques et d'adapter l'offre de soins en conséquence.

³³ Circulaire DHOS/E3 n° 2006-281 du 28 juin 2006 relative à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) par les établissements de santé, en référence à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Références bibliographiques

- [1] WHO Regional Office for Europe. Déclaration sur la santé en prison et la santé publique (adoptée à Moscou le 24 octobre 2003). C: 2003.
- [2] WHO Regional Office for Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. 179 p.
- [3] Australian Institute of Health and Welfare 2013. The health of Australia's prisoners 2012. Australia; Canberra: AIHW; 2013.
- [4] Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. Bull Epidemiol Hebd [Internet] 2013;(35-36):434-40. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html
- [5] Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, *et al.* Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. Hepatology 2013;58(4):1215-24.
- [6] World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons (Evidence for Action Technical Papers). Geneva: World Health Organization; 2007. 159 p.
- [7] World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: World Health Organization; 2013. 32 p.
- [8] Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, *et al.* HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet] 2010;10:777. Disponible à partir de l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/777>
- [9] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359(9306):545-50.
- [10] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 2006;101(2):181-91.
- [11] Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. Am J Public Health 2010;100(3):476-82.
- [12] Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelle différence avec la situation en population générale? Population 2005;60(1-2):71-98. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cairn.info/revue-population-2005-1-page-71.htm>
- [13] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats 2005;386:1-12.
- [14] Mouquet MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et résultats 1999;4:1-10.
- [15] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al.* Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry [Internet] 2006;6
- [16] Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al.* Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Euro Surveill [Internet] 2013;18(28) Disponible à partir de l'URL : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20524>

- [17] Plan d'actions stratégiques 201-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Paris: Ministère de la santé et des sports ; Ministère de la justice et des libertés; 2010. 86 p.
- [18] Verdot C., Blandeau-Godin E, Develay AE. Dispositifs de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2013;61(4):S263-S264.
- [19] Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: Epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(8):651-5.
- [20] Salize HJ, Dreâing H, Kief C. *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*. Mannheim: Central Institute of Mental Health - European Commission; 2007. 300 p.
- [21] Moens G, Haenen R, Van Mol F, Van Oost J, De Schryver A, Jacques P. The prevalence of infections among non-hospitalized inmates in Belgian prisons. *Archives of Public Health* 1997;55(5-6):159-68.
- [22] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al*. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]* 2013;(35-36):445-50.
- [23] Guide méthodologique. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris: Ministère de la justice; ministère des affaires sociales et de la santé; 2012. 363 p.
- [24] Jezewski Serra D, Salines E. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 31 p.
- [25] Marshall T, Simpson S, Stevens A. Use of health services by prison inmates: comparisons with the community. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(5):364-5.
- [26] Feron JM, Tan LH, Pestiaux D, Lorant V. High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour. *Int J Prison Health* 2008 4(3):146-55.
- [27] Lécu Anne. *La prison: un lieu de soins?* Paris : Les Belles lettres; 2013. 280 p.
- [28] Peton P, Doriat F. Le dossier médical au sein de l'UCSA. 6^e Congrès national des UCSA; 2007 3-5 mai, Nantes, France.
- [29] Haut Conseil de la Santé Publique. Propositions pour l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2012 "Santé des personnes placées sous main de justice". Paris, France: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012. 21 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=289>
- [30] Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Bourg la Reine : CEMKA-EVAL; 2004. 283 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf

Annexes

Annexe 1 : liste des établissements retenus pour l'étude

	Type d'établissement	Ancienneté	Taille (nombre de places)	Population	DSP (niveau 2)	UHSI à proximité
Bayonne	MA*	<1990	<250	H	Non	Non
Fresnes	CP (QMA)*	<1990	≥1 000	H/F	Oui	Oui
Lyon-Corbas	MA*	>1990	500-999	H/F	Oui	Oui
Villeneuve-les-Maguelone	MA*	>1990	500-999	H	Non	Non
Melun	CD*	<1990	250-499	H	Non	Non
Saint-Martin-de-Ré	MC*	<1990	250-499	H	Non	Non
Lille-Loos-Sequedin	CP (QMA)*	>1990	500-999	H/F	Oui	Oui
Metz	CP (QMA)*	<1990	500-999	H/F	Oui	Non
Rennes	CP (QCD)*	<1990	250-499	F	Oui	Oui
Meaux	CP (QCD)*	>1990	500-999	H	Non	Non
Liancourt	CP (QCD)*	>1990	500-999	H	Non	Non

* MA : Maison d'arrêt ; QMA : quartier Maison d'arrêt ; CD : centre de détention ; CP : centre pénitentiaire ; CD : quartier centre de détention.

Annexe 2 : Guide d'entretien avec les médecins responsables des Unités sanitaires (US)

Les entretiens que nous effectuons avec les médecins exerçant en milieu pénitentiaire viennent en complément du recueil à partir des dossiers médicaux.

Objectifs

Il s'agit notamment de :

→ Décrire la manière dont se déroulent les soins dans les établissements visités, à l'entrée et en cours de détention.

→ Se faire une idée plus précise de la manière dont les informations médicales sont enregistrées aux différents moments de la prise en charge et de la manière dont les dossiers médicaux sont utilisés (en complément de la lecture de dossiers)

Les réponses que vous nous apporterez seront anonymes.

POUR COMMENCER...

...peut-être quelques mots de l'équipe...

- Composition
- Quel accès aux soins sur place (kiné, spécialiste, dentiste, etc.) ?

... aussi quelques mots sur vous et vos conditions de travail...

- Depuis combien de temps travaillez-vous au sein des prisons ?
- Y travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein ?
- Quelle autre activité exercez-vous ? (libéral ou hospitalier)
- Avez-vous reçu une formation spécifique à la prise en charge des personnes détenues ?

...Et aussi quelques mots sur le dossier et le niveau d'information des l'US ...

Nous l'avons déjà abordé par téléphone en tout cas en partie, de quels outils informatiques dispose l'unité sanitaire

- L'unité sanitaire est câblée ?
- Le dossier médical est-il informatisé ?
- La prise de rendez-vous est-elle informatisée ?
- La prescription de traitements est-elle :
 - informatisée ?
 - commune avec la prescription psy ?
- La prescription d'examens complémentaires est-elle informatisée ?
- Le dossier psychologique est-il :
 - commun ?
 - informatisé ?
- Le dossier dentaire est-il commun ? En cas d'examen dentaire, est-ce que les résultats sont notés dans le dossier médical de l'US ? ou bien est-ce à part ?

Visites d'entrée

- Lorsqu'un **détenu arrive** dans l'établissement pénitentiaire, comment est-ce que cela se passe du côté de l'UCSA ?
- À quel moment intervient la visite (médicale) d'entrée ? Est-elle systématiquement proposée ? Est-ce que vous, médecin(s), vous arrivez à rencontrer tous les entrants ?
(Si oui/si non), pour quelle(s) raison(s) ?
- Y a-t-il beaucoup de détenus qui refusent la visite ou qui ne viennent pas ? À votre avis, pourquoi ?
- **Comment se déroule** la visite d'entrée ? Quelles sont les premières choses que vous demandez ?

Relances suivant ce qui est spontanément abordé :

- antécédents,
- allergies et traitements,
- vaccinations,
- poids, taille,
- tension artérielle, bandelette urinaire...

Addictions

- Trouvez-vous cela facile d'interroger un patient sur ses « addictions » ? Le faites-vous à chaque fois ?
- Quelles sont les questions que vous posez ?
- Disposez-vous d'un outil spécifique d'évaluation des consommations de tabac, d'alcool, de drogues... (comme un questionnaire-type) pour chacune de ces addictions ?
- Avez-vous désigné un référent particulier pour la pec :
 - de tabac ?
 - d'alcool ?
 - de drogues... ?

Bucco-dentaire

- Est-ce qu'un examen bucco-dentaire est réalisé par un dentiste systématiquement à l'entrée ? Ou bien est-ce uniquement si le patient le demande ?
- Est-il facile, pour un détenu, de consulter un dentiste ? Quels sont les délais ?

Évaluation du risque suicidaire

- **Demandez-vous systématiquement au patient s'il a déjà fait une (ou plusieurs) tentative(s) de suicide... ?**
 - En pratique, comment évaluez-vous le risque suicidaire ?
 - Disposez-vous d'une grille spécifique ou d'un score d'évaluation ? Vous est-elle (il) utile ? La (le) remplissez-vous ?

- Est-ce que vous notez systématiquement ces éléments (risque suicidaire, score, fragilité) que dans le dossier médical ? de quelle manière ? (notez-vous par exemple uniquement si la personne vous paraît fragile) ?

Fiche « entrant »

- Remplissez-vous une fiche particulière pour noter les informations recueillies lors de la visite d'entrée ? (*si oui, en récupérer un exemplaire*)

→ *Si fiche :*

- Est-ce vous qui êtes à l'initiative de cette fiche ? L'avez-vous (récemment) modifiée ? *Si oui, quel type de modifications avez-vous apporté ?*
 - Y a-t-il des points de cette fiche que vous n'abordez pas en consultation ?
 - À l'inverse, est-ce qu'il y a des informations qui ne figurent pas sur la fiche mais que vous explorez, vous, à chaque consultation ?
 - Au final, la trouvez-vous pratique ? Utile ? À quoi est-ce qu'elle vous sert ?
- Pensez-vous qu'une fiche « entrant » standardisée et commune à toutes les UCSA serait utile à mettre en place ? Pourquoi ?

PATHOLOGIE MENTALE (entrée et suivi)

- Les troubles psychiatriques semblent importants en prison ; est-ce quelque chose que vous observez ?
- Lors de la visite d'entrée, notez-vous dans le dossier médical une appréciation de la santé mentale du patient rencontré ?
- Comment s'organise la prise en charge de la santé mentale ? Y a-t-il une équipe de soins psychiatriques dans l'établissement ?
 - Un détenu qui arrive ici rencontre-t-il systématiquement quelqu'un de l'équipe psychologique ?
 - Qu'est-ce qui fait que vous proposez une consultation avec un psychologue... ou pas ?
- Quels liens l'UCSA entretient-elle avec la psychiatrie ? Quand vous y orientez un patient, quels retours ou échanges avez-vous, ensuite ?
- Si un de vos patients est hospitalisé en psychiatrie, le séjour est-il marqué dans son dossier médical somatique ? Recevez-vous un compte rendu d'hospitalisation ? Recevez-vous des comptes rendus de suivi en cas d'hospitalisation de jour en psychiatrie ?
- Lien avec la détention : Et lorsqu'un détenu tente de se suicider, pensez-vous que l'équipe médicale est systématiquement au courant ? Comment cela se passe-t-il : y a-t-il une consultation immédiatement après ? Y a-t-il un recueil de données spécifique (par l'administration pénitentiaire/par l'UCSA) ?

MALADIES CHRONIQUES (entrée et suivi)

- Lorsqu'un patient est atteint d'une maladie chronique (asthme, diabète, hypertension...), est-ce vous, le plus souvent, qui la diagnostiquez ou bien est-ce plutôt le patient qui vous la signale lors de son arrivée ?
- Avez-vous actuellement des patients atteints de maladies chroniques ? Lesquelles ?

- Sauriez-vous me dire combien (pour chaque pathologie) ? Disposez-vous d'un « outil » de suivi ?
- Pourriez-vous, plus précisément, m'expliquer comment vous gérez les maladies chroniques et quelles difficultés vous rencontrez (un exemple : diabète, BPCO) ?

Cancer : dépistage, diagnostic, suivi

- Comment est-ce que le dépistage de cancer pour le cancer du sein, du col de l'utérus (s'il y a des femmes), ou du cancer colorectal est-il organisé :
 - au cas par cas ? dans le cadre du dépistage organisé ?
 - y a-t-il quelque chose en projet par rapport aux dépistages ? Cela vous paraît-il faisable ?
- Avez-vous déjà rencontré des cas de cancer à l'UCSA ? *Si oui*, comment se passe la prise en charge ?

Recours aux soins

Une fois la visite d'entrée effectuée, les consultations qui suivent s'effectuent un peu comme en médecine générale : à la demande du patient ou bien parfois aussi sûrement de la vôtre.

- Pensez-vous que l'ensemble des patients détenus ici ont accès aux consultations qu'ils demandent ?
- Si non, quels sont les obstacles que vous avez identifiés à l'accès aux consultations ?
- Quels sont les délais pour avoir un rendez-vous de médecine générale ? de consultation spécialiste ?

INFORMATION A DIFFÉRENTS MOMENTS CLÉS DE LA PEC

Transfert : quelle transmission d'informations ?

- Lorsqu'un détenu est transféré, transmettez-vous à l'autre UCSA une copie de son dossier médical (ou une fiche de liaison) ?
- À l'inverse, lorsqu'un détenu est transféré ici, son dossier médical vous est-il transmis (ou bien une copie) ?

Hospitalisation, consultations à l'extérieur

- En cas d'hospitalisation, quels retours avez-vous du centre hospitalier ?
- Et lorsqu'un patient consulte un médecin spécialiste, où les informations sont-elles consignées ?

POUR CONCLURE

- Qu'est-ce qui, pour vous, est le plus difficile dans votre travail ici ?
- À l'inverse, qu'est-ce qui est le plus facile ?

G8 Le dossier médical comprend-il des informations sur...

G8a ...une éventuelle prise en charge à 100 % (ALD) ?

- 1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
 0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé

G8b ...un éventuel taux d'incapacité et/ou allocation adulte handicapé (AAH) ?

- 1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
 0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé

G9 Nombre de consultations médicales dans les 12 derniers mois ?

88 (non indiqué)

G10 Nombre de consultations psychiatriques dans les 12 derniers mois ?

88 (non indiqué)

Informations sur la visite médicale d'entrée

G11 Les informations recueillies lors de la visite d'entrée sont-elles disponibles ?

- 1 Oui, visite d'entrée du présent établissement 2 Oui, visite d'entrée d'un autre établissement
 3 Oui, plusieurs visites présentes 0 Non
 ➔ Allez à la partie 5

G11a Informations recueillies sur une fiche standardisée 1 Oui 0 Non

G11b Observations libres (sur papier, dans espace libre) 1 Oui 0 Non

Cadre réservé
à l'InVS

Partie E – Consultation d'entrée UCSA : recherches *a priori* systématiques

E1 Le recueil est fait sur :

1 Visite d'entrée du présent établissement 2 Visite d'un ancien établissement

E2 Antécédents				
Information sur les antécédents ...notée ?	Oui, recueil standardisé	Oui, en clair	Non, recueil pourtant standardisé	Non indiqué, non standardisé
E2a ... familiaux...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E2b ... médicaux...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E2c ... chirurgicaux...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E2d ... gynéco-obstétriques... 7 <input type="checkbox"/> Hors cible (hommes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Antécédents gynéco-obstétriques : grossesse(s) ; IVG, interruption spontanée de grossesse ; cycle et régularité ; douleurs, hémorragies ; contraception ; rapports sexuels ; fertilité ; antécédents de cancer du sein...

E3 Vaccinations				
Information sur le ...notée ?	Oui, recueil standardisé	Oui, en clair	Non, recueil pourtant standardisé	Non indiqué, non standardisé
E3a ...DTP...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E3b ...Hépatite B...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E3c ...Autres, préciser :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

E4 Allergies et traitements				
Information sur les ...notée ?	Oui, recueil standardisé	Oui, en clair	Non, recueil pourtant standardisé	Non indiqué, non standardisé
E4a ...allergies... (aliments, médicaments)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E4b ...traitements en cours...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

E4c Si traitements en cours à l'entrée lesquels (notés) ?

1 5
2 6
3 7
4 8

E5 Examen clinique général... ?				
Information sur le ...notée ?	Oui, recueil standardisé	Oui, en clair	Non, recueil pourtant standardisé	Non indiqué, non standardisé
E5a ...poids à l'entrée...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E5b ...taille...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E5c ...Indice de Masse Corporelle (IMC)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E5d ...Pression Artérielle (PA)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

E5da Si mesure de PA : 1 Une mesure 2 Deux mesures

E6 Bucco-dentaire

E6a Présence d'une appréciation de l'état bucco-dentaire par le médecin de l'UCSA ?

1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé

E6b Schéma dentaire présent ?

1 Oui et rempli 2 Oui, mais non rempli 0 Non

E6c Une consultation dentaire a-t-elle été réalisée et notée dans le dossier médical (dans le premier mois d'incarcération) ?

1 Oui 0 Non

Cadre réservé à l'InVS

E7 Addictions

Tabac

E7a La consommation de tabac (juste avant l'incarcération) a-t-elle été recherchée et notée ?

- 1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé
➡ Allez à E7c ➡ Allez à E7c

Si consommation présente de tabac recherchée et notée :	Oui	Non	Sans objet
E7aa Quantité précisée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7ab Durée précisée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

E7b Une aide au sevrage tabagique par substituts nicotiques a-t-elle été proposée et notée ?

- 1 Oui 0 Non 7 Sans objet

Alcool

E7c La consommation actuelle (juste avant l'incarcération) d'alcool a-t-elle été recherchée et notée ?

- 1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé
➡ Allez à E7e ➡ Allez à E7e

Si consommation présente d'alcool recherchée et notée :	Oui	Non	Sans objet
E7ca Fréquence notée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7cb Quantité précisée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7cc Consommation de 6 verres ou plus dans un même événement recherchée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7cd Consommation au réveil recherchée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

E7d Des signes cliniques de sevrage (ex : transpiration, tremblement des extrémités, hallucinations) ont-ils été recherchés et notés ?

- 1 Oui 0 Non 7 Sans objet

Drogues

E7e La consommation actuelle (juste avant l'incarcération) de drogues a-t-elle été recherchée et notée ?

- 1 Oui, recueil standardisé 2 Oui, en clair
0 Non, recueil pourtant standardisé 8 Non indiqué, non standardisé
➡ Allez à E8 ➡ Allez à E8

Si consommation présente de drogues recherchée, consommation recherchée et notée pour :	Oui	Non	Sans objet
E7ea Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7eb Crack/free-base	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7ec Cocaïne	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7ed Héroïne	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7ee Médicaments détournés (dont traitements de substitution aux opiacés)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
E7ef Autres	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

➡ Col = 7 allez à E8

E7f La prise actuelle d'un traitement de substitution aux opiacés (dans le cadre d'un protocole de soins) a-t-elle été recherchée et notée ?

- 1 Oui 0 Non 7 Sans objet

E7g La consommation de drogue par voie intraveineuse a-t-elle été recherchée et notée ?

- 1 Oui 0 Non 7 Sans objet

➡ Si OUI (consommation de drogue IV)

E7ga Le caractère actuel ou passé de la consommation est-il recherché et noté ?

- 1 Oui 0 Non

➔ Si antécédent noté, indications concernant :		Oui	Non
E10aa	La localisation (CCR, poumon, prostate, sein, col de l'utérus...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E10ab	La date du diagnostic ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

E10b Un cancer en cours est-il rapporté par le patient ? 1 Oui 0 Non
➔ Allez à E10C

➔ Si OUI		Oui	Non
E10ba	La localisation est-elle indiquée ? (CCR, poumon, prostate, sein, col de l'utérus...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E10bb	CR d'anatomopathologie (ou autre examen idoine) présent ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E10bc	La date du diagnostic est-elle indiquée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E10bd	Un traitement en cours est-il recherché et noté ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

➔ DÉPISTAGE

- E10c Recherche de dépistage de cancer colorectal (dans les 2 dernières années) notée ?
1 Oui 0 Non 7 Hors cible (hors classe d'âge)
- E10d Recherche de dépistage du cancer du col de l'utérus (dans les 3 dernières années) notée ?
1 Oui 0 Non 7 Hors cible (homme ou hors classe d'âge)
- E10e Recherche de dépistage du cancer du sein (dans les 2 dernières années) notée ?
1 Oui 0 Non 7 Hors cible (homme ou hors classe d'âge)

Populations cibles : Cancer colorectal : femmes et hommes, 50-74 ans, dépistage tous les 2 ans
Cancer du col de l'utérus : femmes, 25-65 ans, dépistage tous les 3 ans (frottis)
Cancer du sein : femmes, 50-74 ans, dépistage tous les 2 ans (mammographie)

E11 Maladies chroniques

E11a Antécédents	Oui, recueil standardisé	Oui, en clair	Non, recueil pourtant standardisé	Non indiqué, non standardisé
Recherche d'un antécédent de ...notée ?				
E11aa ...HTA...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ab ...MCV (angor, cardiopathie, IDM)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ac ...AVC...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ad ...dyslipidémie...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ae ...diabète...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11af ...asthme...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ag ...BPCO...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11ah ...épilepsie...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
E11b Diagnostic	Oui, rapporté par le patient	Oui, posé par le médecin à l'entrée	Non	
E11ba HTA ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11bb Dyslipidémie ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11bc Diabète ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11bd Asthme ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11be BPCO ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11bf Épilepsie ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
E11c Examens	Oui		Non	
E11ca Analyse lipidique complète présente ? (moins de 3 mois)	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	
E11cb Mesure de la glycémie à jeun présente ? (3 mois)	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	
E11cc Mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) présente ? (3 mois)	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	
E11cd Résultats d'EEG présents ? (moins d'un an)	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	

ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE L'UTILISATION DE DOSSIERS MÉDICAUX POUR ESTIMER LA PRÉVALENCE DES PRINCIPALES PATHOLOGIES DE SANTÉ EN PRISON / P.6



Dans le reste du dossier médical

Cadre réservé
à l'InVS

Partie I. Maladies infectieuses

I1 Existe-il un résultat de test VIH dans le dossier médical ?

Oui Non

I2 Existe-il une sérologie VHB dans le dossier médical ?

Oui Non

➔ Allez à I3

➔ Si OUI **I2a** Antigène HBS dosés Oui Non

I2b Anticorps anti-HBS dosés Oui Non

I2c Anticorps anti-HBC dosés Oui Non

I3 Existe-il une sérologie Syphilis (TPHA/VDRL) dans le dossier médical ?

Oui Non

Partie S. Suivi poids et traitements

S1 Mesure du poids pendant l'incarcération notée ?

Oui, au cours des 12 derniers mois Oui, à un autre moment Non

S2 Traitements en cours à la date de l'enquête ? (à remplir avec l'aide de l'UCSA)

Oui Non Informations non retrouvées

S3 Si oui, lesquels ? (à remplir avec l'aide de l'UCSA)

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

Partie A. Addictions

A1 Le suivi de la consommation (dans les 12 derniers mois) est-il renseigné dans le dossier ?

Oui Non Sans objet

➔ Allez à A2

➔ Allez à A2

Si suivi de consommation renseigné, suivi conso pour :	Oui, dans le dossier UCSA	Oui, dans le dossier psychiatrique	Oui, dans les deux	Non	Sans objet
A1a Tabac	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7
A1b Cannabis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7
A1c Crack/free-base	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7
A1d Cocaïne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7
A1e Médicaments détournés (dont traitements de substitution aux opiacés)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7
A1f Opiacés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 7

A2 Le suivi du traitement de substitution est-il renseigné dans le dossier ?

A2a Pour le tabac ?

Oui, dans le dossier UCSA Oui, dans le dossier psychiatrique Oui, dans les deux
 Non Sans objet

A2b Pour les opiacés ?

Oui, dans le dossier UCSA Oui, dans le dossier psychiatrique Oui, dans les deux
 Non Sans objet



Partie P. Maladies psychiatriques

Cadre réservé
à l'InVS

P1 Des troubles psychiatriques du patient sont-ils notés dans le dossier ?

1 Oui, dans le dossier UCSA 2 Oui, dans le dossier psychiatrique 3 Oui, dans les deux 4 Non
 ➔ Allez à P2

➔ Si OUI **P1a** Dans les 12 derniers mois ? 1 Oui 2 Non 3 Non indiqué

➔ Si OUI				
P1aa Symptômes psychiatriques notés	1 <input type="checkbox"/> Oui, dans le dossier UCSA	2 <input type="checkbox"/> Oui, dans le dossier psychiatrique	3 <input type="checkbox"/> Oui, dans les deux	4 <input type="checkbox"/> Non
P1ab Diagnostics psychiatriques notés	1 <input type="checkbox"/> Oui, dans le dossier UCSA	2 <input type="checkbox"/> Oui, dans le dossier psychiatrique	3 <input type="checkbox"/> Oui, dans les deux	4 <input type="checkbox"/> Non

P2 Un suivi psychiatrique régulier (*minimum 3-4 fois dans l'année*), hors addiction, est-il noté, dans les 12 derniers mois ?

1 Oui, dans le dossier UCSA 2 Oui, dans le dossier psychiatrique 3 Oui, dans les deux 4 Non

P3 La prescription d'un traitement psychotrope (*4 classes*) en cours est-elle retrouvée ?

1 Oui 2 Non

P4 Une hospitalisation en psychiatrie est-elle notée dans le dossier (*dans les 12 derniers mois*) ?

1 Oui, dans le dossier UCSA 2 Oui, dans le dossier psychiatrique 3 Oui, dans les deux 4 Non

P5 Actes auto-agressifs notés, dans les 12 derniers mois ?

1 Oui, dans le dossier UCSA 2 Oui, dans le dossier psychiatrique 3 Oui, dans les deux 4 Non
 ➔ Allez à la partie H

➔ Si OUI			
P5a Automutilations notées	1 <input type="checkbox"/> Oui, une	2 <input type="checkbox"/> Oui, plusieurs	3 <input type="checkbox"/> Non, aucune
P5b Tentative de suicide notée	1 <input type="checkbox"/> Oui, une	2 <input type="checkbox"/> Oui, plusieurs	3 <input type="checkbox"/> Non, aucune

Partie H. Limitations fonctionnelles, handicaps

H1 Évaluation des limitations fonctionnelles motrices notée ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H2 Évaluation de l'acuité visuelle ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H3 Évaluation de l'acuité auditive ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H4 Évaluation d'un besoin d'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne notée ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H5 Évaluation d'un besoin d'aménagements particuliers de la cellule notée ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H6 (In)aptitude au travail notée ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non
H7 (In)aptitude au sport ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, à un autre moment	3 <input type="checkbox"/> Non

H8 Le dossier comprend-il des informations sur une éventuelle pratique sportive en cours d'incarcération ? (*en dehors des certificats médicaux d'aptitude*)

1 Oui, au cours des 12 derniers mois 2 Oui, à un autre moment 3 Non
 ➔ Allez à K1

➔ Si OUI **H8a** ...sur le type d'activité(s) exercée(s) ? 1 Oui 2 Non

H8b ...sur la fréquence d'exercice de(s) activité(s) ? 1 Oui 2 Non

Partie K. Cancer

Cadre réservé
à l'InVS

K1 Un diagnostic (ou récurrence) de cancer a-t-il été noté (hors entrée) ?

1 Oui 0 Non
 ➔ Allez à la partie C

➔ Si OUI **K1a** Dans les 12 derniers mois ? 1 Oui 0 Non 8 NSP

➔ Si OUI dans les 12 derniers mois	Oui	Non
K1aa La localisation (CCR, poumon, prostate, sein, col de l'utérus...) est-elle indiquée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
K1ab CR d'anatomopathologie, (ou autre examen idoïne) présent ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
K1ac La date du diagnostic est-elle indiquée ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
K1ad Un traitement est mis en place et noté ?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Partie C. Maladies chroniques

C1 Diagnostics	Oui, au cours des 12 derniers mois	Oui, à un autre moment	Non
C1a Un diagnostic d'HTA a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1b Un diagnostic de syndrome coronarien aigu (SCA) ou d'infarctus du myocarde est-il noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1c Un diagnostic d'une autre pathologie coronarienne (angor stable...) est-il noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1d Un diagnostic d'AVC est-il noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1e Un diagnostic de dyslipidémie a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1f Un diagnostic de diabète a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1g Un diagnostic d'asthme a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1h Un diagnostic de BPCO a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C1i Un diagnostic d'épilepsie a-t-il été noté ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

C2 Examens	Oui, au cours des 12 derniers mois	Oui, à un autre moment	Non
C2a Analyse lipidique complète présente dans le dossier ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C2b Mesure de la glycémie à jeun présente dans le dossier ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C2c Résultats d'EFR présents dans le dossier ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C2d Résultats d'EEG présents dans le dossier ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
C2e Mesure de la pression artérielle (PA) présente ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, P0 2 <input type="checkbox"/> Oui, P1	3 <input type="checkbox"/> Oui, P0 4 <input type="checkbox"/> Oui, P1	0 <input type="checkbox"/>

Cadre réservé à l'INVS

Mesure de l'HTA : Protocole n°0 (P0) : 1 mesure notée, lors d'une consultation au moins (visite entrée incluse)
Protocole n°1 (P1) : 2 mesures sur une consultation

Partie Autres – DANS LES 12 DERNIERS MOIS

D Digestif

D1 Un diagnostic d'ulcère gastroduodénal (UGD) est-il noté ?

1 Oui 0 Non
➔ Allez à D3

D2 Résultats de fibroscopie présents ?

1 Oui 0 Non

D3 Un (ou plusieurs) problème(s) digestif(s) (reflux œsophagien, douleurs intestinales chroniques, diarrhées chroniques, colite...) est/sont-il(s) noté(s) dans le dossier médical ?

1 Oui 0 Non
➔ Allez à 0

➔ Si OUI De quel(s) problème(s) s'agit-il ?

D3a _____

D3b _____

D3c _____

O Pathologies ostéo-articulaires

O1 Une (ou plusieurs) pathologies ostéo-articulaires (arthroses [hanche, genou], lombalgie chronique, cervicalgie chronique) est/sont-elle(s) notée(s) dans le dossier médical ?

1 Oui 0 Non
➔ Allez à R

➔ Si OUI De quelle(s) pathologie(s) s'agit-il ?

O1a _____

O1b _____

O1c _____

O2 Des résultats d'examen(s) complémentaire(s) (radiographie, scanner, IRM) sont-ils présents ?

1 Oui 0 Non

R Dermatologie

R1 Une (ou plusieurs) pathologie(s) dermatologique(s) est/sont-elle(s) notée(s) dans le dossier médical ?

Oui Non

➔ Allez à T

➔ Si OUI De quelle(s) pathologie(s) s'agit-il ?

R1a _____

R1b _____

R1c _____

T Traumatismes – hors actes auto-agressifs et suicides

T1 Un (ou plusieurs) «traumatisme(s)» est-il/sont-ils noté(s) dans le dossier (fracture, blessure, traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance, brûlure...) ?

Oui Non

➔ Allez à X

➔ Si OUI De quel(s) traumatisme(s) s'agit-il (partie lésée, lésion, gravité ou prise en charge) ?

T1a _____

T1b _____

T1c _____

➔ Pour le traumatisme le plus grave :

T2a La nature de la lésion est-elle indiquée ? Oui Non

T2b La partie lésée est-elle indiquée ? Oui Non

T2c Une notion de gravité est-elle indiquée (limitation d'activité, prise en charge, suites) ? Oui Non

T2d Le caractère intentionnel ou non intentionnel est-il renseigné ?
 Oui, trauma intentionnel Oui, trauma non intentionnel Non

T2e	Information sur... ..notée ?	Oui	Non
T2ea	...Produit en cause ou impliqué...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2eb	...Activité au moment de l'accident...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2ec	...Lieu de l'accident...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2ed	...Mécanisme de l'accident...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X Infections sexuellement transmissibles

X1 Une (ou plusieurs) infections sexuellement transmissibles (chlamydiae, gonocoques) est/sont-elle(s) notée(s) dans le dossier médical ?

Oui Non

➔ Si Non, FIN DU QUESTIONNAIRE

➔ Si OUI De quelle(s) pathologie(s) s'agit-il ?

X1a _____

X1b _____

X1c _____

X2 Des résultats d'examen(s) complémentaire(s) (prélèvements vaginaux, péniens, buccaux) sont-ils présents ?

Oui Non



Annexe 4 : Calendrier de l'étude 2011-2012

Etude de faisabilité	2011						2012											
	3 ^e trimestre			4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre					
	juil-11	août-11	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11	janv-12	fév-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12	juil-12	août-12	sept-12	oct-12	nov-12	déc-12
Protocole																		
Protocole globale																		
Conception																		
CCTIRS																		
Cnil																		
Fiche de recueil à partir des dossiers médicaux																		
Conception de la fiche de recueil (V1)																		
Finalisation de la fiche de recueil VF																		
Tests dans deux établissements																		
Réalisation de la note d'information																		
Conception de la note d'information																		
Finalisation de la note d'information																		
Traduction de la note d'information																		
Guide d'entretien																		
Conception guide V1																		
Finalisation du guide VF																		
Terrain																		
Choix raisonné des établissements																		
Reprographie des fiches de recueil																		
Envoi des courriers (ars, ep, ucsa, smpr)																		
prise de contact et choix des dates																		
Reprographie de la note d'information																		
Affichage note d'information																		
Collecte des données (terrain)																		
Saisie et analyse																		
Choix prestataire pour saisie																		
Saisie des données, puis apurement																		
Analyse des données																		
Ecriture du rapport V1																		
Ecriture du rapport VF																		

Légende E = Envoi
R = Réponse

Annexe 4 (suite) : Calendrier de l'étude 2013-2014

Etude de faisabilité	2013												2014					
	1 ^{er} trimestre			2 ^e trimestre			3 ^e trimestre			4 ^e trimestre			1 ^{er} trimestre			2 ^e trimestre		
	janv-13	fev-13	mars-13	avr-13	mai-13	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13	janv-14	fev-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14
Protocole																		
Protocole globale																		
Conception																		
OCTIRS																		
Cril																		
Fiche de recueil à partir des dossiers médicaux																		
Conception de la fiche de recueil (V1)																		
Finalisation de la fiche de recueil VF																		
Tests dans deux établissements																		
Réalisation de la note d'information																		
Conception de la note d'information																		
Finalisation de la note d'information																		
Traduction de la note d'information																		
Guide d'entretien																		
Conception guide V1																		
Finalisation du guide VF																		
Terrain																		
Choix raisonné des établissements																		
Reprographie des fiches de recueil																		
Envoi des courriers (ars, ep, ucsa, smpr)																		
prise de contact et choix des dates																		
Reprographie de la note d'information																		
Affichage note d'information																		
Collecte des données (terrain)																		
Saisie et analyse																		
Choix prestataire pour saisie																		
Saisie des données, puis apurement																		
Analyse des données																		
Ecriture du rapport V1																		
Ecriture du rapport VF																		

Annexe 5 : Calendrier du recueil dans les onze établissements

Etablissements	20 mai - 15 septembre 2013: recueil des données															
	21-24 mai	27-30 mai	3-7 juin	10-13 juin	17-21 juin	24-28 juin	1-5 juil	8-12 juil	15-19 juillet	22-26 juil	29 juil-2 août	5 - 23 août	2 - 6 sept	9 - 13 sept		
Lyon-Corbas (MA)	3 jrs 1/2				Retranscription entretiens + préparation déplacements				Retranscription entretiens + préparation déplacements							
Saint-Martin-de-Re (MC)		4 jrs														
Fresnes CP (QMA)			3 jrs													
Lille-Loos-Sequedin CP (QMA)				3 jrs												
Rennes CP (QCDF)							4 jrs									
Meaux CP (QCD)								3 jrs								
Villeneuve-les-Maguelone (MA)										4 jrs						
Melun (CD)												3 jrs				
Liancourt CP (QCD)													3 jrs			
Metz CP (QMA)															3 jrs 1/2	
Bayonne (MA)																4 jrs

Annexe 6 : Courrier d'information



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques
Bureau santé des populations
Personne chargée du dossier : Dr Christine Barbier
Tél. : 01 40 56 47 40
Courriel : christinebarbier@sante.gouv.fr

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Département des Maladies Chroniques et Traumatismes (DMCT)
Unité Prospective et Coordination
Personne chargée du dossier : Dr Aude-Emmanuelle Develay
Tél. : 01 55 12 53 82
Courriel : ae.develay@invs.sante.fr
Références du courrier : 009.2013-AED
N° chrono DG : DIR-FW-011.2013

A

Mmes et MM les Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (ARS)
(pour information)

Mmes et MM les Directeurs des établissements publics de santé

A l'attention des

- Médecins responsables des Unités sanitaires sélectionnées (pour mise en œuvre)*
- Médecins psychiatres responsables du dispositif de prise en charge psychiatrique en lien avec les unités sanitaires sélectionnées (pour mise en œuvre)*

Saint-Maurice, le **26 MARS 2013**

Objet : Réalisation d'une étude permettant de tester la faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes incarcérées pour estimer la prévalence des principales pathologies de santé en milieu carcéral (maladies infectieuses, maladies chroniques et pathologies psychiatriques).

Un plan d'actions stratégiques 2010-2014 « *Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice* » a été rendu public le 28 octobre 2010. Une des actions de ce plan prévoit notamment de définir un corpus commun de données pour la mise en place d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues.

A cette fin, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) met en place, en partenariat avec la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), **une étude visant à établir la faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes incarcérées à des fins de surveillance de la santé des personnes détenues.**

L'objectif de cette étude est de relever, pour une sélection de pathologies et de thématiques de santé, la nature des informations notées dans les dossiers médicaux ainsi que leur niveau de précision. Il s'agit ainsi de déterminer si les données présentes dans les dossiers pourraient, à termes, servir de base au calcul de la prévalence de ces pathologies dans le cadre d'un dispositif de surveillance de la santé en milieu carcéral.

Cette étude fait l'objet d'échanges au sein d'un comité de pilotage national incluant : des représentants institutionnels (DGS, DGOS, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'agence des systèmes d'information partagés de santé, un représentant d'une agence régionale de santé), des représentants des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire (un représentant de l'association des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire [APSEP], un représentant de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire [ASMPP]), et trois praticiens exerçant respectivement au sein d'une unité hospitalière de soins



interrégionaux [UHSI], une unité hospitalière spécialement aménagée [UHSA] et une unité sanitaire) et des personnes qualifiées (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national de démographie, observatoire français des drogues et toxicomanies).

Le protocole de cette étude, dont le résumé est joint en annexe 1, a été soumis à une demande d'autorisation préalable à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Un avis favorable (n° d'autorisation : DR-2012-638) a été rendu le 20-12-2012.

Cette étude concerne **11 établissements pénitentiaires**, sélectionnés de manière raisonnée, en tenant compte du type d'établissement, de l'ancienneté, de la taille, des structures de soins existants sur place et de la population concernée. La liste des établissements sélectionnés est jointe en annexe 2.

Votre établissement a été retenu pour la réalisation de cette étude. La collecte des données sur le terrain sera effectuée par l'équipe projet (2 personnes) et se déroulera sur deux à trois journées dans les locaux de l'unité sanitaire de votre établissement entre le **1^{er} mai** et le **15 juillet 2013**, avec une extension possible en septembre en fonction des éventuels impératifs locaux.


Il s'agira pour l'équipe projet de :


- réaliser un entretien avec le médecin coordonnateur de l'unité sanitaire et de remplir à cette occasion une fiche de recueil établissement,
- remplir une fiche de recueil individuelle « dossier » pour chacun des 30 dossiers médicaux (somatique et psychiatrique, si possible) de personnes incarcérées tirées au sort sur place.

L'équipe projet prendra prochainement contact avec les médecins respectivement coordonnateurs de l'unité sanitaire et du dispositif de prise en charge psychiatrique, afin de les informer plus précisément de la méthodologie et des modalités de déroulement de l'enquête et de convenir d'un rendez-vous sur site.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir transmettre une communication adaptée à vos services afin d'assurer la pleine réussite du déroulement de cette étude.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous remercions par avance de votre participation à cette étude.


Dr Jean-Yves Grall
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé


Dr Françoise Weber
Directrice générale
Institut de Veille Sanitaire

Annexe 7 : Note d'information collective destinée aux personnes détenues

Étude de santé

Étude de santé menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) à partir des dossiers médicaux de personnes détenues

Health survey

Health survey conducted by Institute for Public Health Surveillance (InVS) based on prisoners' medical records

POURQUOI CETTE ÉTUDE

Déterminer si les informations contenues dans les dossiers médicaux des Unités de consultation et de soins ambulatoires - UCSA (ou service médical de l'établissement) sont suffisamment nombreuses et précises pour mieux connaître l'état de santé de la population carcérale en France.

WHY THIS STUDY

To determine whether the information contained in the medical records of the prison's medical and out-patient care service (UCSA) is sufficiently ample and precise to form a clearer idea of the health condition of the prison population in France.

DESCRIPTIF DE L'ÉTUDE

Environ 300 personnes sont concernées par cette étude dans 11 établissements pénitentiaires (dont le vôtre).

Cette étude est anonyme - Aucun examen médical ne sera effectué.

Le jour de l'étude un médecin et un épidémiologiste de l'InVS examineront, au sein de l'UCSA, le contenu des dossiers médicaux sélectionnés pour l'étude (il se peut que cela soit le vôtre).

Les informations recueillies sur un questionnaire-papier seront anonymes et concerneront :

- l'âge, le sexe, le statut pénal et la date d'incarcération ;
- les éléments de la visite médicale d'entrée (antécédents, vaccinations, santé bucco-dentaire, consommation de tabac, d'alcool ou de drogues juste avant l'entrée en prison, limitations fonctionnelles) ;
- les informations disponibles sur les éventuels problèmes de santé (cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies infectieuses, respiratoires, neurologiques, digestives, dermatologiques, traumatismes).

Aucun nom, prénom, numéro d'écrou ni aucune coordonnée personnelle ne seront relevés. Il sera donc impossible de vous identifier.

DESCRIPTION OF THE SURVEY

Approximately 300 people will be concerned by the survey, in 11 penitentiaries (including yours).

The survey is anonymous - No medical examination will be performed.

On the day of the survey, inside the prison's medical and out-patient care service (UCSA), a doctor and an epidemiologist from InVS will examine the content of medical records selected for the survey (which may include yours).

The information filled in on a paper questionnaire will be anonymous and will concern:

- age, gender, criminal status and date of imprisonment;
- details of the initial medical examination at admission (medical history, vaccinations, dental and oral health, tobacco, alcohol or drug consumption just before entering the prison, functional disabilities);
- available information on possible health problems (cardiovascular, diabetes, cancer, infectious, respiratory, neurological, digestive or dermatological diseases, trauma).

No name, surname, prison number or any other personal detail will be indicated. It will therefore be impossible to identify you.

TRAITEMENT ET UTILISATION DES DONNÉES PAR L'INVS

Les informations seront analysées de manière collective et personne ne pourra être identifié.

Un rapport sera rendu public. Une copie pourra vous être transmise si vous le demandez.

PROCESSING AND USE OF DATA BY INVS

The information will be analysed collectively and no individual person will be identified.

A report will be made public. A copy can be sent to you if you request it.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Si vous avez des questions ou si vous ne souhaitez pas que votre dossier médical soit utilisé pour cette recherche vous pouvez le signaler au médecin coordonnateur de l'UCSA, avant le

Médecin coordonnateur de l'UCSA, Dr

Que vous acceptiez ou non de participer à cette étude, votre prise en charge médicale par l'UCSA et vos relations avec le médecin ne seront pas modifiées.

CONDITIONS OF PARTICIPATION

If you have any questions or if you do not want your medical record to be used for this study please inform your UCSA's coordinating doctor before

UCSA coordinating physician, Dr

Whether or not you accept to take part in this survey will in no way affect the medical care you receive from UCSA, or your relationship with the doctor.

L'InVS (Établissement public / Mission de suivi de l'état de santé de la population) a reçu l'autorisation de mener cette étude par la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés), autorité administrative indépendante, sur la base d'un examen de la rigueur scientifique et du respect de la confidentialité et du secret professionnel garantis par l'étude.
InVS (State institution / Mission to monitor population's health) has received authorisation to carry out this survey from Cnil (French Data Protection Authority), an independent administrative authority, based on an investigation of the scientific approach and respect for privacy and professional secrecy guaranteed by the survey.

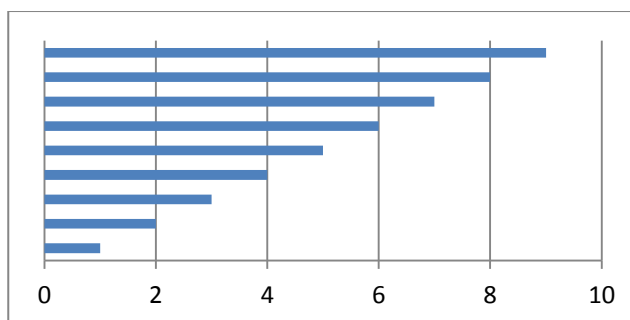


Annexe 8 : ACM / données statistiques et représentation bidimensionnelle

Histogramme des valeurs propres

Valeurs propres (%)

13.7
10.0
8.3
7.5
6.1
5.5
4.7
4.2
40



R2 des variables actives sur les axes (qualité de représentation)

	Dim 1	Dim 2	Dim3	Dim4
AAH	0,185781	0,012081	0,060938	0,146794
Alcool	<u>0,487683</u>	0,02229	0,035039	0,03365
ALD	0,190372	0,001303	0,129614	0,126037
allergie	0,15589	0,023046	0,006866	0,023909
asthme	0,016855	0,028159	0,051218	0,156142
ATCD_chir	<u>0,249874</u>	0,005774	0,007098	0,313223
ATCD_fam	<u>0,261797</u>	0,048459	1,76E-05	0,022087
ATCD_med	0,160463	0,004572	0,024484	<u>0,285039</u>
ATCD_psy	0,086433	0,044309	0,03573	0,021953
bucco	0,157183	0,071425	0,037711	0,174198
diabete	9,11E-05	0,076331	<u>0,479462</u>	0,051241
Drogue	<u>0,418292</u>	0,004264	0,009113	0,009159
DTP	0,099328	0,012902	0,039444	0,052767
Dyslipidemie	0,011257	0,051507	<u>0,204656</u>	0,002971
HEP	0,067227	0,072381	0,043752	0,038023
HTA	0,000765	0,076371	<u>0,499887</u>	0,000261
IMC	0,040602	0,087254	0,001678	0,046253
MCV	0,013291	0,077215	<u>0,235582</u>	0,029755
PA	0,191029	0,001803	0,01506	2,14E-05
poids	0,16605	0,051967	0,014682	0,089934
syphilis	0,013173	<u>0,600952</u>	0,047547	0,040891
Tabac	<u>0,415717</u>	0,006708	0,063403	0,021547
taille	0,175146	0,033287	0,015018	0,128817
Trait	0,070828	0,000968	0,069048	0,002744
trbl_psy	1,59E-05	0,003803	0,015441	0,00288
VHB	0,032439	<u>0,619139</u>	0,056796	0,092733
VIH	0,040226	<u>0,675777</u>	0,035037	0,09088

R2 des variables supplémentaires sur les axes (qualité de représentation)

➤ Caractéristiques des établissements

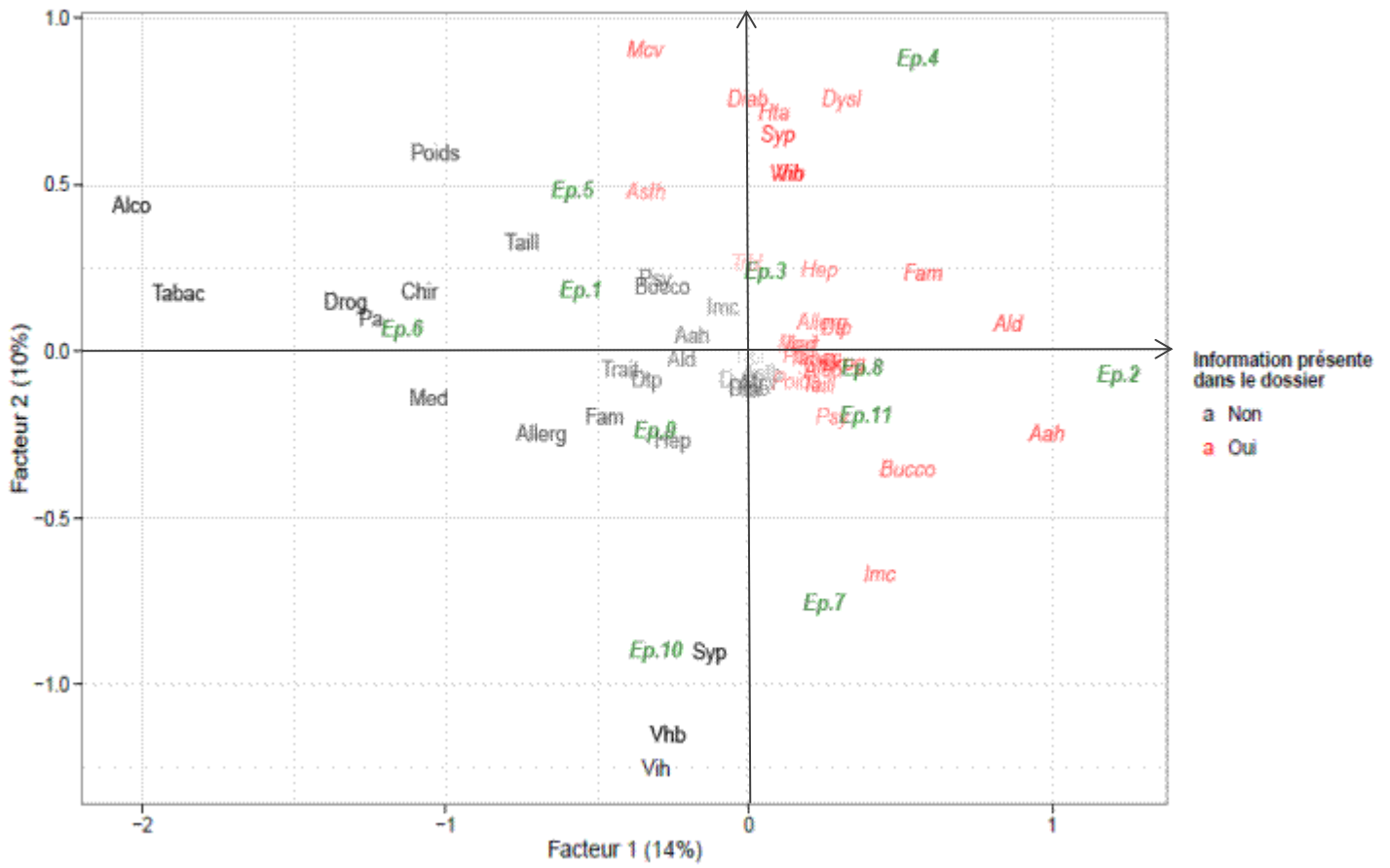
	Dim 1	Dim 2	Dim 3	Dim 4
Étab	0,006477	0,001049	0,019955	0,019283
ancien_b	0,050863	0,000859	0,004307	0,002463
nb_det	0,077492	0,014718	0,028746	0,003479
SMPR_b	0,018381	0,057164	0,053574	0,157975
UHSL_b	0,009711	0,131008	0,029838	0,173036
ep	<u>0,413517</u>	0,228426	0,134564	0,368419
fiche_E_STD	0,074651	0,026627	0,002757	0,153716

➤ Caractéristiques des personnes détenues

sexe	0,022993	0,061716	0,042568	0,085296
E_age	0,001722	0,019869	0,096508	0,00381
prov	0,011657	0,001428	0,073951	0,006445
statp	0,057316	0,023303	0,026363	0,027636

Contribution à l'inertie des modalités actives sur les axes (en %)

	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4		Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4
N_fam	3,2008	0,8094	0,0004	0,4997	N_trbl	0,0000	0,0079	0,0392	0,0081
O_fam	3,8598	0,9761	0,0004	0,6025	O_trbl	0,0004	0,1322	0,6519	0,1356
N_med	3,7651	0,1466	0,9533	12,3750	N_DTP	1,4645	0,2599	0,9651	1,4395
O_med	0,5626	0,0219	0,1425	1,8491	O_DTP	1,2144	0,2155	0,8003	1,1937
N_chir	5,5261	0,1745	0,2605	12,8171	N_Hep	0,9489	1,3957	1,0248	0,9930
O_chir	1,2130	0,0383	0,0572	2,8135	O_Hep	0,8643	1,2712	0,9334	0,9044
N_psy	1,2355	0,8653	0,8476	0,5806	n_vih	0,7594	17,4295	1,0977	3,1746
O_psy	1,0956	0,7673	0,7516	0,5149	o_vih	0,3255	7,4698	0,4704	1,3605
N_Allerg	3,1112	0,6284	0,2274	0,8829	n_vhb	0,5978	15,5885	1,7370	3,1622
O_Allerg	1,0931	0,2208	0,0799	0,3102	o_vhb	0,2770	7,2239	0,8050	1,4654
N_Trait	1,3690	0,0256	2,2147	0,0981	n_syp	0,2072	12,9163	1,2413	1,1903
O_Trait	0,5412	0,0101	0,8756	0,0388	o_syp	0,1480	9,2260	0,8867	0,8502
N_ALD	1,0611	0,0099	1,1989	1,2998	N_poids	3,8962	1,6658	0,5717	3,9045
O_ALD	4,0733	0,0381	4,6022	4,9897	O_poids	0,5822	0,2489	0,0854	0,5834
N_AAH	0,8017	0,0712	0,4364	1,1721	N_taill	3,6215	0,9403	0,5153	4,9283
O_AAH	4,2089	0,3739	2,2910	6,1533	O_taill	1,1022	0,2862	0,1568	1,4999
N_HTA	0,0029	0,3939	3,1322	0,0018	N_IMC	0,1825	0,5358	0,0125	0,3847
O_HTA	0,0178	2,4200	19,2409	0,0112	O_IMC	0,9125	2,6791	0,0626	1,9235
N_MCV	0,0335	0,2655	0,9841	0,1386	N_PA	4,6197	0,0596	0,6044	0,0010
O_MCV	0,3250	2,5795	9,5597	1,3462	O_PA	0,5324	0,0069	0,0696	0,0001
N_dysl	0,0293	0,1835	0,8854	0,0143	N_bucco	1,4979	0,9299	0,5964	3,0715
O_dysl	0,2742	1,7144	8,2742	0,1339	O_bucco	2,7414	1,7018	1,0914	5,6214
N_diab	0,0003	0,3562	2,7181	0,3239	N_Alco	11,7499	0,7337	1,4009	1,5001
O_diab	0,0021	2,4562	18,7408	2,2332	O_Alco	1,4030	0,0876	0,1673	0,1791
N_asth	0,0515	0,1176	0,2598	0,8831	N_Tabac	10,0907	0,2225	2,5539	0,9677
O_asth	0,4031	0,9199	2,0325	6,9088	O_Tabac	1,1212	0,0247	0,2838	0,1075
					N_Drog	9,1755	0,1278	0,3317	0,3718
					O_Drog	2,1059	0,0293	0,0761	0,0853



Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral

Ce rapport présente les résultats d'une étude exploratoire dont l'objectif est d'apprécier la possibilité de mettre en place un dispositif de surveillance épidémiologique en milieu carcéral basé sur un recueil à partir des dossiers médicaux des personnes détenues. L'étude a reposé sur deux types de recueil complémentaires : des entretiens menés avec les médecins responsables des Unités sanitaires (US) de onze établissements carcéraux choisis de manière raisonnée de façon à pouvoir refléter la diversité des situations en termes de types d'établissements et de populations détenues ; l'analyse d'un échantillon d'environ trois cents dossiers médicaux de personnes détenues tirées au sort dans ces établissements. Les résultats montrent qu'il n'est pas faisable, en l'état, de construire un système de surveillance sur la base des dossiers médicaux des personnes détenues, en raison notamment : i) d'une information médicale dispersée (coexistence de plusieurs dossiers situés dans des locaux par ailleurs distincts) ; ii) d'une absence d'informatisation du dossier médical ; iii) d'une absence de standardisation du dossier médical avec un contenu non homogène d'un établissement à l'autre et l'impossibilité par conséquent de construire les indicateurs épidémiologiques nécessaires à la surveillance de la santé des personnes détenues. Le rapport conclut en proposant des pistes pour améliorer la connaissance épidémiologique de la santé des personnes détenues en France.

Mots clés : santé, prison, détenu, dossier médical, surveillance

Feasibility study on the use of detainees' medical records for the implementation of a health monitoring system in prison settings

This report presents the results of an exploratory study whose aim is to assess the possibility of implementing a prison health monitoring system based on detainees' medical records. Information was collected using two complementary methods: i) interviews with health unit's medical coordinator of eleven penal institutions selected in order to reflect the diversity of correctional settings and prison populations; ii) the analysis of around 300 detainees' medical records, randomly selected in these eleven correctional institutions. Results show that the implementation of a monitoring system of prison health based on detainees' medical records is not feasible as things stand currently. There are three main reasons: i) dispersion of medical information within several medical files; ii) non-computerization of medical records; iii) no standardization of medical files leading to non-homogeneous contents between health units and to the subsequent impossibility of calculating epidemiological indicators needed to monitor detainee health. In its conclusion, the report proposes ways to improve the epidemiological knowledge in France on health in prison.

Citation suggérée :

Develay A-E, Emmambux S. Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2014. 64 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>