

*Maladies chroniques
et traumatismes*

Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Synthèse des connaissances et recommandations

Sommaire

Abréviations	2
1. Introduction	3
1.1 La population carcérale, une population vulnérable sur le plan socio-économique et en matière de santé	3
1.2 Contexte du projet	4
2. Un état des lieux s'appuyant sur la mise en œuvre de trois volets complémentaires	5
2.1 Objectifs	5
2.2 Démarche méthodologique	5
2.3 Gouvernance du projet	6
3. Principaux résultats	7
3.1 La revue de littérature : une connaissance imparfaite de la santé des personnes détenues	7
3.2 L'analyse des expériences étrangères en matière de suivi de la santé des personnes détenues : une hétérogénéité des approches	8
3.3 Les dossiers médicaux des personnes détenues : une utilisation à des fins de surveillance, non opérationnelle, en France, à ce jour	11
3.4 Les « attentes et besoins » en matière de surveillance de la santé des personnes détenues : un consensus global de la part des professionnels et des acteurs	13
4. Recommandations pour un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues	19
4.1 Trois grands principes sous-tendant les propositions formulées	19
4.2 Recommandations	27
4.3 Procéder par étapes	30
Références bibliographiques	32
Annexes	34

Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Synthèse des connaissances et recommandations

Rédaction

Aude-Emmanuelle Develay, Charlotte Verdot

Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS)

Autres personnes InVS ayant participé au projet (par ordre chronologique)

Édouard Chatignoux	statisticien, DMCT, InVS
Sarah Emmambux	chargée d'étude, DMCT, InVS
Élodie Godin-Blandeau	interne de santé publique, DMCT, InVS
Thomas Huppert	interne de santé publique, DMCT, InVS
Pernelle Issenhuth	chargée d'étude, DMCT, InVS

Relecture

Aline Desesquelles – Institut national d'études démographiques (Ined)

Isabelle Grémy – directrice, DMCT, InVS

Comité de pilotage (par ordre alphabétique)

Christine Barbier	Direction générale de la santé (DGS)
Eve 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	Ined
Rkia Elouadi	DGS
Laura Harcouet	Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)
Hélène Lansade	Agence régionale de santé (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 ayant été impliqués dans les différents volets du projet sont remerciés de leur participation.

Abréviations

AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
ALD	Affection de longue durée
APSEP	Association des professionnels de santé exerçant en prison
Asip Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASPMP	Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BDSP	Base de données en santé publique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CD	Centre de détention
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DMCT	Département des maladies chroniques et traumatismes
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FND	Fichier national des détenus
HID	Handicaps, incapacités, déficiences
HTA	Hypertension artérielle
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR2S	Observatoire régionale de la santé et du social (Picardie)
Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
Sdoc	Service documentation
Sniir-AM	Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
SMPR	Service médico-psychologique régional
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
WHO	World Health Organization

1. Introduction

1.1 La population carcérale, une population vulnérable sur le plan socio-économique et en matière de santé

La population carcérale se caractérise par une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées, cumulant souvent en amont de l'incarcération des difficultés socio-économiques (faible niveau d'éducation, faible niveau de revenu, problèmes de logement). Ce constat est commun à l'ensemble des pays occidentaux [1].

À ces difficultés, s'ajoute un état de santé dégradé à l'entrée en détention en raison d'un faible accès aux soins (problèmes de couverture sociale), d'un moindre recours aux soins (populations davantage « éloignées » du système de santé et n'exprimant pas forcément de demande de soins), d'une prévalence importante des comportements à risque en amont de l'incarcération (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, partenaires sexuels multiples, par exemple) et d'un état psychologique souvent fragilisé [2;3]. Par ailleurs, il est reconnu que les conditions de vie en détention (surpopulation, promiscuité, sédentarité, hygiène réduite...) sont peu propices au maintien de la santé des personnes détenues et peuvent provoquer, réactiver ou aggraver certains problèmes de santé [3;4].

Ainsi, les besoins de santé et de prise en charge de la population carcérale sont conséquents. La littérature fait état de prévalences plus élevées, chez les personnes incarcérées en comparaison de la population générale, pour certaines pathologies telles que les maladies infectieuses [4-7], les pathologies psychiatriques [4;8], et les comportements à risque comme l'addiction [2;9;10]. Par ailleurs, 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 au sein de cette population (notamment les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses) [11]. Cependant, selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2013 [4], et bien que la situation soit préoccupante, la santé de la population carcérale reste assez mal ou partiellement connue, peu de pays produisant des données de santé fiables et de façon régulière sur le sujet.

Au regard de cette situation, les publications successives du bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) [1;3;4;11] préconisent de considérer la santé en milieu carcéral comme un problème prioritaire de santé publique. Les experts internationaux ayant contribué à ces publications soulignent le fait que la prise en charge sanitaire de cette population relève de la responsabilité des pouvoirs publics. Il s'agit en effet de préserver les droits fondamentaux de l'homme, au-delà de la privation de liberté.

Dans cette perspective, le transfert de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées des ministères de la Justice (ou de l'Intérieur) au ministère en charge de la santé est recommandé afin de garantir une qualité des soins équivalente en milieu carcéral à celle délivrée en population générale. La France, avec la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, fait partie des quelques pays européens¹ ayant d'ores et déjà transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice au ministère de la Santé.

En complément de ces préconisations, l'OMS considère que la mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues, à l'instar de ce qui existe en population générale, est nécessaire pour caractériser les besoins de santé de cette population, leur évolution dans le temps, et orienter en conséquence le dispositif de prise en charge (curatif, préventif et médico-social) [4]. La mise en œuvre d'une telle surveillance de la santé des personnes incarcérées est actuellement en réflexion en France et les premières conclusions et recommandations sur le sujet font l'objet du présent document.

¹ Comme la Norvège (1988), le Royaume-Uni (2006) et l'Italie (2008) ainsi que la Suisse mais seulement pour certains cantons.

1.2 Contexte du projet

En France, au 1^{er} janvier 2013 [12], 66 572 personnes (dont 3,3 % de femmes) étaient incarcérées dans 190 établissements pénitentiaires. Les trois quarts de ces personnes étaient condamnées, un quart était prévenu et 67 % étaient incarcérés en maison d'arrêt ou quartier « maison d'arrêt » d'un centre pénitentiaire. La durée moyenne de détention s'élevait à 9,9 mois.

Bien que la population carcérale soit relativement jeune (âge moyen de 34 ans, 1^{er} janvier 2013), la population carcérale vieillit progressivement en France, comme dans les autres pays européens. La proportion des personnes incarcérées âgées de plus de 60 ans a en effet triplé en 20 ans pour atteindre 3,5 % (2 673) des personnes détenues en 2014 et celle des 50 ans et plus a doublé sur la même période atteignant plus de 11 % (plus de 8 600) de la population incarcérée [13]. Ce vieillissement, qui se traduit par une augmentation de l'âge moyen de la population carcérale (passé dans le même temps de 30 à 34 ans), est en partie dû à l'augmentation des condamnations de longues durées et au vieillissement de la population générale qui pèse, par construction mais dans une moindre mesure jusqu'à ce jour, sur la structure par âge de la population carcérale².

La loi du 18 janvier 1994 a profondément modifié, en France, la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice en transférant la prise en charge sanitaire dans chaque établissement pénitentiaire à une équipe médicale³ rattachée à un établissement public de santé et placée sous la responsabilité du directeur de ce dernier.

Cette loi prévoyait par ailleurs 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 cette population. Aucun dispositif de collecte systématique de données n'existe, cependant, à ce jour. Par conséquent, les connaissances épidémiologiques relatives à la santé de la population carcérale française sont issues de quatre enquêtes nationales (hormis les études locales limitées à un établissement ou à une région pénitentiaire) :

- l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) – prison » réalisée en 2001 par l'Institut national d'études démographiques (Ined) pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral (extension de l'enquête « HID-ménages » de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)) [14] ;
- l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 1999 et reconduite en 2003 [15;16] ;
- l'enquête « Cemka-Eval » réalisée en 2004 par Duburc, *et al.* pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral [17] ;
- et l'enquête « Prévacar » mise en œuvre conjointement par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) 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 [18;19].

Ces enquêtes, représentatives de la population carcérale totale, présentent l'intérêt de produire des données de référence pour la population carcérale française. Cependant, hormis l'étude Prévacar réalisée en 2010, la plupart de ces enquêtes remontent à une dizaine d'années ou plus, de sorte que la France ne dispose pas de données épidémiologiques actualisées pour adapter le dispositif de prise en charge en regard des besoins évolutifs de la population carcérale.

Dans ce contexte, un des objectifs du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » (PMJ) publié en 2010 par le ministère en charge de la santé en collaboration avec celui de la justice, est la mise en place d'un système d'information national pérenne sur la santé des personnes incarcérées, intégrant des données épidémiologiques, dans la

² Le vieillissement de la population a été lié au cours des années 1990 à la proportion grandissante de personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel. Ces infractions ont tendance à diminuer depuis 2000, mais cette baisse est compensée par la conjugaison de plusieurs phénomènes : 1) une hausse de la part des violences à autrui qui concerne aussi les personnes âgées de plus de 50 ans (4,7 % des personnes condamnées de plus de 50 ans au 1^{er} janvier 2001, 11,7 % au 1^{er} janvier 2013) et qui sont de plus en plus sévèrement sanctionnées ; 2) un alourdissement des peines criminelles ; et 3) une augmentation continue de la part des plus de 50 ans dans la population générale [13].

³ Jusqu'en 2010, les soins ambulatoires somatiques étaient dispensés au sein des établissements pénitentiaires par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), les soins ambulatoires psychiatriques étant délivrés soit par des intervenants du secteur psychiatrique dont dépendait l'établissement pénitentiaire soit par les services médico-psychologiques régionaux (SMPR). La refonte du guide méthodologique désigne dorénavant l'unité sanitaire comme lieu de délivrance des soins ambulatoires qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, l'unité sanitaire constituant une antenne de l'hôpital de rattachement au sein même de l'établissement pénitentiaire.

perspective d'un ajustement au plus près du dispositif d'offre de soins en fonction des besoins relevés en matière de prise en charge sanitaire et de prévention. Le ministère en charge de la santé a ainsi chargé l'InVS d'établir un état des lieux des connaissances et de proposer des pistes pour améliorer le suivi et définir un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues.

Ce rapport présente les principaux résultats des investigations menées par l'InVS dans ce cadre ainsi que les conclusions relatives à la définition et la mise en œuvre d'un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues. Il est à noter que celles-ci n'intègrent pas la question de la surveillance relative au suicide en milieu carcéral, laquelle fait l'objet de plusieurs autres investigations spécifiques menées conjointement par l'InVS et la DGS, également dans le cadre du plan « PMJ ».

2. Un état des lieux s'appuyant sur la mise en œuvre de trois volets complémentaires

Pour réaliser cet état des lieux des connaissances et définir un dispositif de surveillance de la santé en milieu carcéral, l'InVS a développé une méthodologie particulière, enrichie de trois approches complémentaires.

2.1 Objectifs

L'objectif général de ce projet était d'identifier les besoins en matière de surveillance de la santé des personnes détenues et de proposer une architecture pour un dispositif pérenne de surveillance épidémiologique en milieu carcéral.

2.2 Démarche méthodologique

La surveillance de l'état de santé d'une population repose sur un processus systématique incluant la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle de cette population, cela dans la perspective d'une aide à la décision en santé publique [20]. Un « dispositif de surveillance » se définit ainsi par le caractère régulier et pérenne du recueil de données.

Plusieurs dimensions sont à prendre en compte pour caractériser un dispositif de surveillance [20] :

- le(s) objectif(s) poursuivi(s) par le dispositif de surveillance ;
- les thématiques de santé pertinentes à couvrir ;
- la(les) population(s) cible(s) à considérer ;
- la méthode employée : modalité d'échantillonnage (exhaustivité ou échantillon représentatif et modalités de recueil) ;
- la fréquence de production des données épidémiologiques (en continu ou de façon périodique).

Enfin, il convient également de prendre en compte le critère de faisabilité du dispositif de surveillance, défini en termes d'acceptabilité du système pour l'ensemble des acteurs concernés et des ressources disponibles pour sa mise en œuvre.

Pour caractériser le type de dispositif de surveillance à envisager en France (selon les différentes dimensions et critères présentés ci-dessus), l'InVS a mené un état des lieux comportant trois volets aux objectifs spécifiques complémentaires et mobilisant des méthodes propres (un descriptif des méthodes employées est présenté en annexe 1) :

- a) **un volet « bibliographique »** basé sur la réalisation d'une revue de littérature sur la prévalence des principales pathologies relevées en milieu carcéral et l'analyse des expériences étrangères en matière de dispositif de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées. L'objectif de ce premier volet était d'une part, de dresser un état des lieux des connaissances existant sur le sujet afin de définir les besoins sanitaires et les thématiques de santé à couvrir ; et d'autre part, d'identifier les méthodes de surveillance épidémiologique développées à l'étranger, afin d'enrichir les réflexions de l'analyse des expériences étrangères.

⇒ Dans la suite de ce document, il sera respectivement fait référence à l'« état des connaissances » pour rendre compte des résultats de la revue de littérature et aux « dispositifs de surveillance à l'étranger » renvoyant à l'analyse des expériences étrangères en matière de dispositif de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées.

- b) **un volet « étude de faisabilité »** basé sur la réalisation d'une étude exploratoire (à visée descriptive et qualitative) pour apprécier la possibilité d'utiliser les dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance épidémiologique en milieu carcéral. L'objectif de ce second volet a ainsi été de déterminer si les informations nécessaires à la réalisation d'une surveillance épidémiologique étaient disponibles dans les dossiers médicaux des personnes détenues pour estimer la prévalence des principales pathologies en milieu carcéral.

⇒ Dans la suite de ce document, il sera fait référence à l'« étude de faisabilité ».

- c) **un volet « attentes et besoins »** basé sur le recueil de l'avis et des suggestions des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et des autres acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues (institutions, tutelles, etc.) en matière de surveillance épidémiologique en milieu carcéral.

⇒ Dans la suite de ce document, il sera fait référence au volet « attentes et besoins ».

La réalisation de ces trois volets du projet s'est échelonnée de mai 2011 à juillet 2014. Plusieurs rapports ont été produits, notamment concernant la revue de littérature [21], l'analyse des expériences étrangères [22] et l'étude de faisabilité [23].

2.3 Gouvernance du projet

Un comité de pilotage a été constitué pour suivre l'état d'avancement du projet, émettre un avis sur les orientations prises, discuter des résultats et conclusions aux différentes étapes du projet et émettre des recommandations sur la définition du dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues à privilégier en France.

Co-animé par l'InVS et la DGS, ce comité de pilotage regroupait un panel d'acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues et/ou dans l'approche en santé publique et les méthodes d'observation. Il comprenait ainsi :

- des représentants institutionnels : DGS, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip), Agence régionale de santé (ARS) ;
- des représentants des associations de professionnels : Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP), Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) ;
- des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire : trois praticiens hospitaliers exerçant respectivement au sein d'une Unité sanitaire (US), d'une Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) et d'une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ;
- de personnes qualifiées : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Ined.

La réunion d'installation du comité de pilotage a eu lieu le 5 octobre 2011. La dernière réunion s'est tenue le 20 mai 2014.

Le secrétariat du comité de pilotage était assuré par l'InVS qui était également chargé de l'élaboration méthodologique des trois volets du projet, de leur mise en œuvre et de l'analyse des différents recueils réalisés.

3. Principaux résultats

3.1 La revue de littérature : une connaissance imparfaite de la santé des personnes détenues

Une revue de la littérature (dont la méthode est détaillée dans un rapport spécifique [21] et est résumée en annexe 1.1) a été réalisée au moyen d'une recherche bibliographique effectuée dans la base de données « Scopus » et la Banque de données en santé publique (BDSP).

La recherche, couvrant la période du 1^{er} janvier 2000 au 1^{er} septembre 2012 a permis d'obtenir près de 5 000 références, parmi lesquelles 277 ont été retenues en première lecture et 83 ont été incluses à la revue.

Cette revue montre que toutes les thématiques de santé ne sont pas étudiées avec la même intensité, trois niveaux de documentation étant mis en évidence selon la nature et l'importance des pathologies considérées.

3.1.1 La santé mentale, les addictions et les maladies infectieuses : des thématiques bien documentées et surreprésentées en milieu carcéral

La revue de littérature montre que la santé mentale, les addictions et les maladies infectieuses sont les thématiques de santé les plus documentées, avec l'existence d'études de bonne qualité méthodologique (réalisées sur de grands effectifs représentatifs de la population carcérale) et de plusieurs méta-analyses. Ces thématiques de santé ont été particulièrement investies du fait de leur prégnance reconnue en milieu carcéral. L'ensemble des études réalisées sur le sujet rend effectivement compte, et de manière consensuelle dans tous les pays occidentaux, de prévalences plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale (annexe 2, tableau 2.1).

3.1.2 Les maladies chroniques : un problème de santé de plus en plus visible mais encore moyennement documenté

Pour les maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou encore le cancer, le niveau de documentation est moindre. Bien que les études disponibles présentent généralement des méthodologies de bonne qualité (études nationales avec des échantillonnages aléatoires ou une exhaustivité des personnes détenues), elles sont encore en nombre insuffisant pour produire des conclusions robustes. Ce résultat rend compte de l'intérêt relativement récent porté à ces pathologies, lequel intérêt est probablement lié au vieillissement de la population en milieu carcéral et aux besoins spécifiques de prise en charge de ces problèmes de santé. Les données produites, bien que peu nombreuses, mettent cependant en évidence l'existence de besoins en la matière (prévalence des maladies chroniques de 25 à 50 % en milieu carcéral), mais pas toujours supérieurs à ceux observés en population générale (annexe 2, tableau 2.2).

3.1.3 Les autres problèmes de santé : une préoccupation réelle des professionnels malgré un faible niveau de documentation

Le niveau de documentation le plus faible concerne les autres pathologies (ostéo-articulaires, dermatologiques, digestives, bucco-dentaires...), ainsi que toutes autres difficultés affectant la santé, comme les traumatismes, les symptômes ressentis tels les douleurs ou la fatigue, les déficiences et les gênes, incapacités et limitations fonctionnelles éprouvées. Ces thématiques font l'objet de peu d'études comportant le plus souvent d'importantes limites méthodologiques (études le plus souvent locales et de qualité discutable). Toutefois, bien que peu conclusives, elles reflètent l'existence d'une préoccupation des professionnels à ce sujet et les premiers résultats suggèrent une fréquence non négligeable de ces difficultés en milieu carcéral (annexe 2, tableau 2.3).

En conclusion...

Les problèmes de santé sont multiples en milieu carcéral et nécessitent d'être davantage investigués afin d'adapter la prise en charge sanitaire au plus près des besoins à couvrir.

Les données disponibles dans la littérature internationale montrent qu'il existe de nombreuses données publiées sur la santé des personnes détenues. Dans le même temps, ces données fournissent une image quelque peu parcellaire de la situation : alors que la santé mentale, les addictions et les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC), dont la surreprésentation en milieu carcéral est avérée, sont assez bien étudiées, les données sont moins nombreuses et moins robustes s'agissant des maladies chroniques, et des autres thématiques de santé (problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires ou encore les traumatismes et les déficiences), alors même que les éléments disponibles sur ces thématiques suggèrent que ces problèmes de santé sont à prendre en considération en milieu carcéral.

3.2 L'analyse des expériences étrangères en matière de suivi de la santé des personnes détenues : une hétérogénéité des approches

L'analyse des expériences étrangères en matière de suivi de la santé des personnes détenues (qui a fait l'objet d'un rapport [22] et dont la méthode est résumée en annexe 1.1) a concerné 15 pays en Amérique du Nord (Canada, États-Unis), en Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande) et en Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Cette analyse montre que, si la santé en milieu carcéral est aujourd'hui un sujet d'intérêt partagé par de nombreux états, l'étude et le suivi de cette question demeurent très variables en fonction des pays. En effet, si tous les pays réalisent un suivi de la mortalité en détention, seule une minorité d'entre eux s'est dotée d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues, selon des organisations très différentes.

3.2.1 Un recensement des décès mis en place dans les quinze pays étudiés

Seules les données de mortalité font l'objet d'un dispositif national d'enregistrement en routine dans tous les pays étudiés. Mis en place par les autorités pénitentiaires des pays concernés, il ne s'agit pas de dispositifs de surveillance en tant que tels (les informations collectées dans ce cadre se limitant généralement à distinguer les décès selon leur cause naturelle ou accidentelle), mais ces recensements systématiques permettent toutefois de pouvoir estimer les taux de mortalité et de suicide en milieu carcéral.

3.2.2 Deux grands types de production de données concernant la santé des personnes incarcérées : la réalisation d'enquêtes épidémiologiques « ponctuelles »⁴ ou la mise en place de dispositifs pérennes de surveillance (mono ou multithématiques)

Pour produire des données sur la santé des personnes incarcérées, deux types d'approches ont pu être observés dans les pays étudiés : la réalisation d'études épidémiologiques nationales pour rendre compte de façon ponctuelle de la prévalence des problèmes de santé en milieu carcéral ou la mise en œuvre de dispositifs systématiques et pérennes de surveillance de la santé des personnes détenues (annexe 3, tableau 3.1).

a) Une majorité des pays étudiés a réalisé des enquêtes épidémiologiques ponctuelles d'envergure nationale (mono ou multithématiques)

La majorité des pays étudiés (10 pays sur 15, dont la France), qu'ils aient ou non développé un dispositif pérenne de surveillance de la santé en milieu carcéral, a réalisé des enquêtes nationales ponctuelles (parfois répétées une à deux fois). Il s'agit d'enquêtes épidémiologiques monothématiques (portant majoritairement sur la santé mentale ou les maladies infectieuses) ou

⁴ Le terme d'enquêtes épidémiologiques « ponctuelles » renvoie à des enquêtes nationales, représentatives de la population carcérale réalisées une seule fois ou parfois reconduites une à deux fois.

multithématiques (couvrant plusieurs problèmes de santé). Les méthodologies adoptées rendent compte d'une hétérogénéité des approches quant à la population sélectionnée (effectif de personnes incarcérées à un instant t ou flux de personnes détenues sur une période donnée), quant aux méthodes d'échantillonnage adoptées (échantillonnage aléatoire simple ou stratifié), quant à la taille de l'échantillon retenu et quant aux modes de recueil de données mis en œuvre (questionnaires administrés en face à face par des enquêteurs formés ou par le personnel médical, questionnaires auto-administrés, recueil de données à partir des dossiers médicaux, etc.). Ces études parce qu'elles sont de grande envergure et représentatives de la population carcérale, permettent de produire des données de référence pour la population carcérale des pays concernés. Cependant, leur caractère ponctuel ne permet pas de disposer de données actualisées et la diversité des méthodes employées limite de fait les comparaisons possibles entre pays.

b) La moitié des pays étudiés a mis en place un dispositif de surveillance systématisé et pérenne de la santé des personnes détenues (dispositif mono ou multithématique)

Certains pays (annexe 3, tableau 3.1) ont mis en place un dispositif de surveillance systématisé et pérenne de la santé des personnes incarcérées (8 pays sur les 15 étudiés). Ces dispositifs sont soit dédiés à une thématique de santé spécifique (concernant le plus souvent un problème de santé connu et prévalent en milieu carcéral tel que les maladies infectieuses (Canada, Royaume-Uni, Suisse) ou la santé mentale (Pays-Bas)), soit dédiés à couvrir plusieurs thématiques de santé, comme c'est le cas dans quatre des pays étudiés (Australie, États-Unis, Canada, et Belgique).

Quatre pays seulement (sur les 15 étudiés) se sont en effet dotés d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées qui soit pérenne et multithématique. Ces dispositifs s'organisent selon deux orientations très différentes (encadré 1) :

- s'appuyant sur l'informatisation générale du suivi de la santé des personnes détenues, le Canada et la Belgique ont développé un dispositif de surveillance basé sur le recueil en routine des données de santé de manière systématique, standardisée et informatisée sur toute la durée de détention. Le déploiement de ce type de dispositif nécessite une standardisation des données collectées et s'accompagne de la constitution d'une base nationale de données de santé circonscrite à la population des personnes détenues.
- les États-Unis et l'Australie quant à eux, ont développé des enquêtes d'envergure nationale, régulièrement reconduites, selon un mode d'échantillonnage, une périodicité, une population cible, des modalités de recueil et des outils mobilisés pour le recueil qui sont propres à chacun de ces pays (encadré 1).

En conclusion...

Les dispositifs pérennes de surveillance multithématiques de la santé des personnes détenues existants à l'étranger reposent soit sur un enregistrement systématique de données de santé (issues ou non du dossier médical), soit sur un système d'enquêtes régulièrement répétées.

L'analyse des expériences étrangères montre que les pays étudiés ont investi la question de la surveillance de la santé des personnes détenues selon des approches très diverses. S'il est impossible à ce jour d'identifier un dispositif de collecte de données de référence, qu'il serait éventuellement possible de transposer à la France (ou à d'autres pays), cette analyse permet d'alimenter la réflexion sur la faisabilité et l'organisation d'un futur dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France. En particulier deux options paraissent possibles : la mise en œuvre d'un enregistrement systématique et en routine de données de santé (issues ou non du dossier médical) ou la réalisation régulière d'enquêtes épidémiologiques de grande envergure.

I Encadré 1 I

Caractéristiques principales des quatre dispositifs de surveillance pérennes et multithématiques relevés à l'étranger

Au Canada, une base de données nationale et informatisée inclut toutes les informations relatives aux personnes détenues dont des données de santé

Dans le système correctionnel fédéral canadien, placé sous la responsabilité du ministère de la Justice, toutes les informations relatives aux personnes détenues (données sociodémographiques, pénales, psychosociales et sanitaires) sont consignées dans une base de données nationale (le Système de gestion des délinquants/Offender Management System). Les données de santé sont recueillies dès l'entrée (selon une procédure et des outils standardisés) et tout au long de la détention :

- le recueil de données à l'entrée en détention se fait dans le cadre de l'Évaluation initiale des délinquants (Offender Intake Assessment) qui comprend une évaluation générale de la santé (préoccupations, antécédents, besoins particuliers, traitements, évaluation du risque suicidaire), un questionnaire informatisé sur la toxicomanie et un système informatisé de dépistage des troubles mentaux ;
- les informations recueillies au cours de la détention concernent le recueil des incidents (dont les tentatives de suicide et les automutilations considérées comme tels), les traumatismes, les accidents de sport ou de travail et les données de mortalité.

En Belgique, le dossier médical des personnes détenues est informatisé et accessible via une plateforme internet dédiée, et associée à une base nationale de données

En Belgique, les données médicales des personnes détenues étaient informatisées depuis 1999, cependant à l'échelle restreinte de chaque établissement. Depuis fin 2011, le département « santé » du ministère de la Justice a mis en place un dossier médical informatisé unique c'est-à-dire commun à l'ensemble des unités médicales des établissements pénitentiaires. Ce dispositif permet de collecter les données de santé des personnes détenues tout au long de la détention (cela concerne la consultation d'entrée, les consultations suivantes (avec dans les deux cas un codage des pathologies selon la classification internationale des soins primaires (CISP)), le suivi « infirmier », les « prescriptions médicales », etc.) sur une plateforme internet nationale dont l'accès est sécurisé. Ce système devrait permettre à terme le suivi, l'analyse et la réalisation de projets de recherche sur la santé des personnes incarcérées.

Aux États-Unis, des enquêtes nationales sont réalisées en milieu carcéral tous les 5 à 7 ans depuis 1974

Le « Bureau of Justice Statistics » du département de la justice américain a mis en place un dispositif de surveillance (non spécifique de la santé mais incluant ce champ) propre aux établissements pénitentiaires, reposant sur la réalisation de trois enquêtes complémentaires (une pour chaque type d'établissement) : The Survey of Inmates in State Correctional Facilities, The Survey of Inmates in Federal Correctional Facilities et The Survey of Inmates in Local Jails. Ces enquêtes, réalisées un jour donné, sont représentatives de la population nationale détenue (plan de sondage à deux degrés et pondération des données) et reconduites en général tous les 5 à 7 ans depuis 1974. Le recueil de données se fait par questionnaires administrés par des enquêteurs extérieurs formés. Les données de santé collectées concernent la consommation de drogues et d'alcool, les conditions de santé, la santé mentale, le handicap et les déficiences, les antécédents en matière de santé, les comportements à risque, le dépistage ainsi que les traitements et visent à produire des données de prévalences de ces pathologies en détention.

En Australie, une enquête spécifique sur la santé des personnes détenues est réalisée annuellement depuis 2009

Depuis 2009, l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) réalise une enquête annuelle sur la santé des personnes détenues qui devrait couvrir à terme l'ensemble des établissements pénitentiaires du territoire. Les informations collectées concernent : la santé des personnes entrant en détention, les motifs de consultation en cours de détention, les traitements délivrés en détention ainsi que les conditions d'exercice et l'activité du personnel médical.

Le recueil de données est réalisé durant deux semaines consécutives, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements pénitentiaires (administration de questionnaires en face à face à chaque nouvel arrivant et questionnaires renseignés par les médecins pour chaque consultation et chaque traitement (« prescrit au long cours ») durant la période d'étude). L'objectif, à terme, est de produire un ensemble d'indicateurs de suivi de la santé des personnes incarcérées à différents moments de la détention (à l'entrée, en cours de détention, au moment de la sortie, voire même après la sortie) et concernant les principales pathologies (addictions, santé mentale, maladies infectieuses, maladies chroniques).

3.3 Les dossiers médicaux des personnes détenues : une utilisation à des fins de surveillance, non opérationnelle, en France, à ce jour

L'« étude de faisabilité » visait à examiner la possibilité d'étendre la méthodologie de l'enquête Prévacar [18] à d'autres champs thématiques que ceux couverts par cette étude⁵. Il s'agissait ainsi d'étudier la faisabilité de développer un dispositif de surveillance épidémiologique pérenne, multithématique (incluant notamment les maladies chroniques et la pathologie psychiatrique), basé sur un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

Cette étude a reposé sur deux types de recueil complémentaires (la méthode a été détaillée dans un rapport spécifique [23] et est résumée en annexe 1.2) :

- la réalisation d'entretiens menés auprès des médecins responsables des unités sanitaires (US) des 11 établissements pénitentiaires retenus pour l'étude ;
- l'analyse des dossiers médicaux d'environ 300 personnes détenues tirées au sort au sein de ces établissements.

Cette étude montre qu'en l'état les dossiers médicaux des personnes détenues ne sont pas directement exploitables dans une perspective de surveillance épidémiologique.

En effet, bien que de nombreuses données de santé y soient colligées, l'information disponible demeure encore incomplète et les conditions minimales requises au développement d'un tel dispositif ne sont actuellement pas réunies sur le terrain, comme cela est décrit ci-dessous.

3.3.1 L'accès à l'information médicale est dispersé dans différents dossiers et différents locaux

L'« étude de faisabilité » a montré que l'accès à l'information médicale est non homogène d'un site à l'autre et dispersé géographiquement (coexistence de plusieurs dossiers situés dans des locaux distincts)⁶. Ce constat de dispersion géographique s'est également vérifié lorsque l'information médicale était informatisée (cela concernait deux établissements sur les 11 visités), chaque type de professionnel procédant à un recueil de données sur des logiciels non communicants, eux-mêmes situés dans des locaux différents. Ce fait met en exergue la dispersion des données médicales d'un même patient ainsi que la non-informatisation des données ou leur informatisation sur des systèmes non interopérables. L'accès à l'ensemble des données sera un point important à améliorer si l'on souhaite développer un dispositif de surveillance épidémiologique à grande échelle (nationale) à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

3.3.2 Les dossiers médicaux des personnes détenues ont un contenu propre aux unités sanitaires et ne sont pas standardisés

L'« étude de faisabilité » a également montré que l'information médicale disponible dans les dossiers médicaux des personnes détenues était certes substantielle, mais non homogène et non « standardisée ».

Bien qu'une consultation médicale d'entrée ait été proposée de façon systématique à tout nouvel arrivant dans les maisons d'arrêt et les établissements pour peine visités⁷, et que la majorité des US

⁵ L'enquête Prévacar s'est intéressée à déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) au sein de la population carcérale française au moyen d'une méthodologie basée sur un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

⁶ Le dossier somatique est le plus souvent sous format papier et accessible au sein des US mais son organisation et sa structuration restent propres à chaque site. Au-delà d'un socle commun (« observation médicale », « examens biologiques », « examens complémentaires », « comptes rendus d'hospitalisations », « certificats médicaux », « courriers »), le dossier médical somatique peut comporter, selon l'établissement considéré, des sous-dossiers par types de professionnels (infirmier et/ou psychiatre et/ou psychologue, et/ou addictologue, et/ou dentiste, et/ou pharmacien, etc.). Dans d'autres cas, chaque type d'acteur bénéficie d'un dossier propre, en général accessible dans des locaux distincts les uns des autres.

⁷ A noter, par ailleurs que la visite médicale d'entrée est prévue réglementairement pour tous les entrants venant de l'état de liberté. Elle est ainsi proposée systématiquement à toute personne incarcérée venant de l'état de liberté tout en étant conditionnée au consentement de celle-ci. Elle se déroule alors dans les plus brefs délais (le jour même ou au maximum dans les 48 heures suivant l'entrée en détention). L'examen d'entrée n'est, en revanche, pas obligatoire à l'occasion d'un transfert entre établissements pénitentiaires, mais la continuité des soins devant être assurée par l'équipe médicale de l'établissement dans lequel la personne détenue est transférée, une telle visite est généralement réalisée pour l'ensemble des arrivants dans l'établissement [24]. En pratique, dans l'« étude de faisabilité », seuls 6 dossiers médicaux sur les 306 tirés au sort ne contenaient aucune donnée relative à une quelconque visite médicale d'entrée.

(9 sur 11) ait développé une fiche « entrant »⁸ pour servir de support au déroulement de cette première consultation, ces fiches sont propres à chaque US et ne permettent pas de recueil « standardisé » de l'information médicale. En effet, elles sont le plus souvent structurées, c'est-à-dire qu'elles comportent des rubriques et des encadrés prédéfinis (se rapportant aux antécédents, vaccinations, traitements en cours, etc.), mais dont le remplissage est laissé libre, par opposition à une « standardisation », qui supposerait un recueil obligatoire de tous les items y figurant.

Par ailleurs, à l'issue de la consultation médicale d'entrée, le suivi ultérieur d'une personne détenue est défini au cas par cas, dépendant du terrain médical et des besoins exprimés par les personnes. Les recours aux soins sont alors colligés de façon chronologique dans les dossiers médicaux et sous la forme d'observations libres (donc de façon non standardisée).

Développer un dispositif de surveillance épidémiologique d'après les dossiers médicaux des personnes détenues nécessiterait une harmonisation du contenu de ces dossiers et une standardisation des données qui y sont notifiées.

3.3.3 L'information médicale contenue dans les dossiers médicaux ne permet pas le calcul de la prévalence des principales pathologies en milieu carcéral

Au-delà de l'accès aux données et de leur disponibilité sous forme standardisée, l'analyse des 306 dossiers médicaux a permis de déterminer la nature de l'information qui y est *in fine* présente.

Certaines thématiques de santé sont bien documentées dans les dossiers médicaux à l'entrée dans l'établissement (thématiques renseignées dans plus de 70 % des dossiers examinés), notamment celles concernant la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), le statut pondéral (poids et taille) et les antécédents médicaux et chirurgicaux (annexe 4, tableau 4.1). Toutefois, le niveau de précision des informations concernant les conduites addictives (information relative à la durée du tabagisme, à la quantité d'alcool bue au cours d'une journée ordinaire, à la consommation d'alcool à risque) est insuffisant pour pouvoir construire des indicateurs utiles au suivi épidémiologique de ces comportements à risques (annexe 4, tableau 4.2).

Pour les maladies chroniques sélectionnées dans le cadre de cette étude (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)), leur renseignement dans le dossier médical à l'entrée en détention n'est pas systématique, en l'absence d'une liste à cocher par oui ou par non pour chacune d'elle.

Pour le module « psychiatrique », il est apparu que le recueil à partir du dossier médical somatique était peu approprié (à l'entrée dans un établissement ou au cours du suivi). En effet, le cloisonnement mis en avant par les professionnels de santé entre la prise en charge somatique et psychiatrique trouve une traduction dans les dossiers médicaux : lorsque les équipes de soins somatiques et psychiatriques ne partagent pas le même dossier (en cas de service médico-psychologique régional (SMPR) sur place), 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 des informations précises dans le dossier somatique du patient.

Enfin, concernant les autres thématiques de santé (problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires et les traumatismes), celles-ci sont, comme pour les maladies chroniques, renseignées au cas par cas, uniquement en cas de diagnostic porté chez le patient.

De nombreuses données de santé sont ainsi notifiées dans les dossiers médicaux des personnes détenues, mais elles ne sont pas structurées dans une perspective de surveillance épidémiologique. Les informations sont présentes en fonction du terrain médical du patient et ne sont pas renseignées de manière systématique dans tous les dossiers médicaux, ce qui ne permet pas de calcul de prévalences. Envisager une surveillance épidémiologique à partir des dossiers médicaux des personnes détenues nécessiterait donc de renseigner davantage ces dossiers et d'adapter le recueil de données en fonction.

Remarque

Certes l'étude Prévacar [18], réalisée à partir des dossiers médicaux somatiques, a permis de conclure à la faisabilité d'une surveillance nationale des infections aux VIH et VHC à partir des dossiers médicaux des personnes détenues, mais il importe de souligner que la recherche de la séropositivité des personnes incarcérées est considérée comme une priorité en milieu carcéral, avec

⁸ Ce résultat est similaire aux données obtenues dans l'enquête par questionnaire réalisée dans le cadre du volet « attentes et besoins » (point 3.4 de ce document). Cette enquête a montré que 70 % des 34 US ayant répondu au questionnaire avaient mis en place un tel outil.

un dépistage systématiquement proposé à l'entrée en détention et fréquemment réalisé (résultat des tests présents dans les dossiers dans 72 % des cas pour le VIH et 69 % pour le VHC). 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 prioritaires en milieu carcéral. C'est notamment le cas des conduites addictives, cependant le niveau de précision de l'information présente dans les dossiers médicaux était insuffisant pour espérer mettre en œuvre une surveillance épidémiologique sur cette thématique au moyen des données disponibles.

En conclusion...

Les dossiers médicaux des personnes détenues ne sont pas exploitables, en l'état et à ce jour, dans une perspective de surveillance épidémiologique.

Bien que ces dossiers contiennent de nombreuses données sur l'état de santé des personnes incarcérées, il semble nécessaire, si l'on souhaite les exploiter dans le cadre d'un dispositif de surveillance spécifique ou en complément d'enquêtes épidémiologiques, d'engager un travail d'harmonisation et de standardisation des données dans une telle perspective.

3.4 Les « attentes et besoins » en matière de surveillance de la santé des personnes détenues : un consensus global de la part des professionnels et des acteurs

Le volet « attentes et besoins » a cherché à s'assurer que, du point de vue des professionnels de santé et des acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues (les représentants des institutions (DGS, DGOS, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)), le contrôleur général des lieux de privation de liberté, l'observatoire international des prisons, etc.), la mise en place d'un dispositif de surveillance soit **pertinente** (utilité, besoins perçus en terme de thématiques de santé à couvrir), **acceptable** (intérêt, adhésion) et **réalisable** (en terme d'organisation, de freins éventuels et de facteurs en favorisant le développement).

L'étude des « attentes et besoins » des professionnels et acteurs s'est appuyée sur trois recueils de données complémentaires (dont la méthode est présentée en annexe 1.3) :

- une enquête réalisée par questionnaire auprès des médecins responsables d'un échantillon représentatif d'US (dénommée par la suite « Enquête par questionnaires_médecins US ») ;
- une enquête menée par entretien auprès des médecins responsables des US sélectionnées dans le cadre de l'« étude de faisabilité » (« Enquête par entretiens_médecins US ») ;
- une enquête menée par entretien auprès d'acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes incarcérées (« Enquête par entretiens_acteurs »).

Nb : les outils utilisés (questionnaire et guide d'entretien) sont présentés en annexes 1.3.1 et 1.3.2

3.4.1 Des professionnels et des acteurs qui adhèrent globalement au développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Globalement, les médecins responsables d'US, comme les acteurs interrogés, considèrent que **la production régulière de données épidémiologiques sur la santé des personnes détenues est utile à la connaissance, au suivi et à la prise en charge des patients en milieu carcéral**⁹.

Bien que les professionnels de santé ne se prononcent pas tous sur le sujet¹⁰, ils se disent également **globalement favorables à la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance** permettant la production régulière de données épidémiologiques sur la santé des personnes incarcérées. Les acteurs interrogés y sont quant à eux, tous favorables.

⁹ Les trois quarts (25 sur 34) des médecins responsables d'US ayant participé à l'« Enquête par questionnaires_médecins US », la quasi-totalité des 11 médecins des US interrogés dans le cadre de l'« Enquête par entretiens_médecins US » (un seul ne se prononce pas sur le sujet) ainsi que tous les acteurs interrogés (« Enquête par entretiens_acteurs ») y sont favorables.

¹⁰ Dans l'« Enquête par questionnaires_médecins US », un tiers des médecins responsables d'US ayant renvoyé un questionnaire ne se sont pas prononcés sur le sujet.

Sans surprise et en cohérence avec les objectifs habituellement assignés à un dispositif de surveillance [20], les médecins comme les acteurs considèrent que la production de données doit permettre, non seulement de dresser un état des lieux de la santé de la population carcérale, mais aussi d'adapter les politiques publiques à destination de cette population (annexe 5, figure 5.1 et encadré 5.1). Ainsi :

- dans le premier cas, il s'agit notamment de connaître l'importance des problèmes de santé rencontrés, de déterminer la nature des besoins de santé de la population carcérale, de suivre l'évolution dans le temps de ces besoins et de comparer la situation sanitaire en milieu carcéral par rapport à la population générale ;
- dans le second cas, il s'agit d'adapter les prises en charge et l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé identifiés¹¹ et/ou de faire évoluer les conditions de détention¹² ainsi que les politiques pénales¹³ au regard des difficultés relevées.

Par ailleurs, pour les professionnels de santé, et cela constitue probablement un facteur non négligeable de leur adhésion à un tel dispositif, la production régulière de données épidémiologiques se doit d'être utile à l'échelle de leurs pratiques sur le terrain et devrait notamment leur permettre de pouvoir comparer leur situation locale (à l'échelle de leur US) avec la situation nationale ou avec celle d'autres établissements pénitentiaires, en termes notamment d'état de santé des populations accueillies et de prises en charge mises en œuvre (annexe 5, encadré 5.1).

3.4.2 Des professionnels et des acteurs qui expriment un besoin de données épidémiologiques couvrant un large éventail de thématiques de santé

Les professionnels de santé, comme les acteurs interrogés, considèrent que les troubles psychiatriques, les addictions, les maladies chroniques, et les maladies infectieuses constituent les problèmes de santé les plus préoccupants en milieu carcéral.

Par ailleurs, ils insistent sur la nécessité de produire des données sur ces thématiques (au vu des données disponibles qui datent de plus de dix ans pour certaines d'entre elles) mais aussi sur :

a) certaines populations ciblées :

- la population des seniors incarcérés, en lien avec le vieillissement de la population carcérale et ses conséquences en termes d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie ;
- la population des personnes présentant des déficiences ou incapacités pouvant à terme entraîner un handicap, que cela soit en lien ou non avec le vieillissement de la population carcérale.

b) certaines difficultés de santé pouvant être liées (spécifiquement ou non) avec la détention et/ou les conditions de détention (surpopulation, promiscuité, hygiène, sédentarité...). Ont ainsi été évoqués :

- la traumatologie qu'elle soit d'origine intentionnelle (violences) ou accidentelle (sport, travail, etc.), favorisée par le profil psychiatrique de certaines personnes (troubles de la personnalité notamment), ou par l'incarcération et les conditions de détention (surpopulation, enfermement, isolement, etc.) ;
- la pathologie psychiatrique avec un effet potentiel déclencheur, d'exacerbation ou de dégradation en lien avec l'incarcération ou l'environnement carcéral ;
- la symptomatologie comme les manifestations somatiques liées au fait même d'être incarcéré (sécheresse chronique de la peau, prurit généralisé chronique, troubles fonctionnels digestifs chroniques, etc.), ou pouvant renvoyer à des conditions défavorables de détention (problèmes dermatologiques infectieux liés à la difficulté de maintenir une hygiène adaptée, le surpoids en lien avec une alimentation non adaptée et une sédentarité accrue, etc.).

¹¹ Ce qui relève du ministère en charge de la santé.

¹² Ce qui relève de l'administration pénitentiaire.

¹³ Ce qui relève du ministère de la Justice.

Remarques

- **Pour les addictions**, l'accent a été mis certes sur le tabagisme, la consommation d'alcool, la prise en charge et le suivi des traitements de substitution aux opiacés, mais aussi sur la consommation d'autres produits psychoactifs (cannabis, cocaïne, crack, etc.) et de médicaments psychotropes (suivi des traitements, polymédication et mésusage).
- **Pour les maladies chroniques** ont été particulièrement mentionnées : l'hypertension artérielle (HTA), les maladies respiratoires (BPCO, asthme), le diabète, les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (dyslipidémies, surpoids/obésité), mais aussi les maladies neurodégénératives dont le repérage et le diagnostic apparaissent complexes en milieu carcéral.
- **Concernant les pathologies psychiatriques**, les personnes interrogées (les médecins comme les acteurs) font part de leur inquiétude quant à l'augmentation (perçue) du nombre de personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques sévères. Ce faisant, ils s'interrogent sur la politique pénale actuelle qui conduit de plus en plus à l'incarcération de personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères (troubles bipolaires, troubles psychotiques, schizophrénie)¹⁴, qu'ils considèrent devoir bénéficier, avant tout, d'une prise en charge adaptée en milieu psychiatrique et non en milieu carcéral. L'actualisation des données sur la thématique, qui leur semble nécessaire, permettrait d'apporter un éclairage objectif sur la question. Dans cette perspective, certains acteurs rencontrés (et par ailleurs, membres du comité de pilotage) considèrent qu'un dispositif de surveillance spécifique à la pathologie psychiatrique est nécessaire, compte tenu de la complexité de la thématique et du profil des personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques (prégnance des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité nécessitant l'utilisation d'outils différents de ceux utilisés en population générale qui ciblent majoritairement les troubles anxieux et la dépression).

3.4.3 Des acteurs qui jugent nécessaire de distinguer deux populations cibles

Les acteurs rencontrés considèrent de façon consensuelle que le recueil de données doit porter sur deux moments de la détention : d'une part sur l'entrée en détention et d'autre part sur la détention elle-même. Autrement dit, ce recueil doit concerner deux populations cibles distinctes (annexe 5, encadré 5.2) :

- **à l'entrée, il s'agirait de caractériser l'état de santé de la population entrant en détention** afin notamment de dimensionner le dispositif de prise en charge en conséquence. À cet effet, l'utilisation d'une fiche entrant commune aux US et standardisée est préconisée par les personnes interrogées ; mais dans le même temps plusieurs d'entre elles (acteurs et certains médecins responsables d'US) ont souligné la difficulté de réaliser un recueil exhaustif à ce moment clé de la prise en charge médicale d'une personne détenue, l'important étant, avant toute chose, d'arriver à développer une relation de confiance, d'évaluer les besoins à prendre en charge et d'engager le processus de soins, si nécessaire. Ainsi, selon certaines personnes interrogées, si le recueil de données devait être réalisé par les professionnels de santé, celui-ci devrait se limiter aux problématiques de santé prioritaires, et notamment aux addictions et maladies infectieuses dont la prise en charge ne doit pas être différée et aux antécédents psychiatriques qui, s'ils existent, doivent conduire à une vigilance accrue des équipes (risques suicidaires, troubles du comportement, etc.).
 - ⇒ Un tel recueil de données, couvrant un large éventail de thématiques de santé et portant sur l'ensemble des personnes entrant en détention, a toutefois été mis en place au niveau régional en Picardie. Ce dispositif (détaillé dans l'encadré 2) permet alors de réaliser une surveillance épidémiologique à l'échelle régionale, à l'entrée en détention.

¹⁴ Trois phénomènes indépendants les uns des autres conduisent à l'incarcération de personnes atteintes de pathologies psychiatriques graves : le premier, comme l'indique le rapport 2014 de la cour des comptes est lié à l'évolution de la prise en charge en milieu psychiatrique qui, à partir des années 1970, s'est traduite par une diminution importante du nombre de lits de psychiatrie. Ce processus ne s'étant pas accompagné d'un développement suffisant du dispositif de prise en charge « hors les murs », certaines personnes, livrées à elles-mêmes (en l'absence de prise en charge adéquate) peuvent alors « basculer dans la criminalité ou la délinquance » [25] ; le second est relatif à l'introduction dans le code pénal de la notion d'atténuation de responsabilité pénale rendant passible de peine de prison les personnes atteintes d'un trouble mental « ayant altéré leur discernement ou entravé le contrôle de leurs actes » au moment des faits ; le troisième est relatif au développement de procédures rapides telles que la comparution immédiate qui, en raison de la rapidité de la procédure, ne permet pas de mener d'expertise psychiatrique, avec le risque de ne pas repérer les personnes atteintes de troubles mentaux.

- **en cours de détention, il s'agirait principalement de déterminer la prévalence des principales difficultés de santé (pathologies, symptomatologie, traumatologie, limitations, etc.) rencontrées en population carcérale** et devant être prises en charge et suivies en cours de détention.

En complément de ces deux types de recueils, il a été suggéré par certaines personnes de procéder à un recueil de données de santé au moment de la sortie, ou après la sortie, ce qui permettrait d'apprécier indirectement l'impact de la détention sur la santé et savoir si la prise en charge dont ont bénéficié les personnes détenues a été adaptée à leur état de santé à l'entrée.

I Encadré 2 I

Dispositif de recueil de données épidémiologiques sur la santé des personnes entrant en détention en région Picardie

Dans le cadre du partenariat Santé-Justice initié par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) en 1999 et poursuivi depuis par l'ARS, l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) de Picardie a développé un système de surveillance épidémiologique de la santé des personnes entrant en détention dans la région.

Ce dispositif, réalisé en partenariat avec les unités sanitaires des différents établissements pénitentiaires, a pour objectif de dresser un état des lieux de la santé de la population entrant en détention afin d'adapter la prise en charge sanitaire et l'offre de soins aux besoins identifiés.

Testé sur deux établissements en 2011, puis déployé progressivement en 2012 et 2013, l'ensemble des six établissements pénitentiaires de la région Picardie participent aujourd'hui à ce dispositif.

Le recueil de données se fait au moyen d'une fiche épidémiologique remplie par le médecin de l'US lors de la visite médicale de chaque nouvel arrivant. Cette fiche est directement renseignée sur un serveur internet sécurisé. Un exemplaire est alors imprimé pour être joint au dossier médical de l'individu et l'ensemble des données (anonymisées) est ensuite analysé par l'OR2S.

Cette « fiche épidémiologique individuelle de bilan d'entrée de la personne détenue », commune à l'ensemble des établissements de la région, a été développée par le personnel médical des unités sanitaires. Elle couvre un large éventail de données médicales et sociales et notamment : les données sociodémographiques (volet social), les antécédents médicaux (maladies chroniques, pathologie mentale, tentatives de suicide, traitements, hospitalisations...), les addictions (tabac, alcool, stupéfiants, traitements de substitution...), les dépistages antérieurs à l'incarcération (VIH, VHC, VHB, syphilis...), les vaccinations, l'état de santé général de l'individu (indice de masse corporelle, tension artérielle, état buccodentaire, allergies, traitements en cours...) et les prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée en détention.

Pour plus d'informations : <http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sanitaire/Plaq%20prison%202012.pdf>

3.4.4 Des professionnels et des acteurs qui ont un avis contrasté concernant le type de dispositif de surveillance à privilégier (en termes de méthodes d'échantillonnage et de modalités de recueil)

S'agissant du type de dispositif de surveillance à privilégier, les avis sont contrastés (annexe 5, figure 5.2 et encadré 5.3) concernant les modalités de recueil de données à retenir (dossiers médicaux, questionnaires administrés par des enquêteurs externes ou par les professionnels de santé, etc.) :

- la majorité des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral¹⁵ et trois des acteurs rencontrés (sur 17) se sont nettement positionnés en faveur d'un **dispositif de recueil de données à partir d'un dossier médical unique informatisé avec la réalisation d'une extraction régulière de données**, cette option étant conditionnée à la mise en œuvre d'un recueil en continu des données souhaitées (toutes les personnes détenues, à l'entrée, à chaque consultation, etc.) ;
- certains acteurs rencontrés privilégient, quant à eux, **la réalisation d'enquêtes régulières, représentatives de la population carcérale (entrant en détention ou en cours de détention), impliquant des enquêteurs externes (formés)** pour garantir notamment une meilleure qualité/fiabilité des données recueillies. Ce faisant, l'argument également mis en avant pour justifier la préférence donnée à cette option est la nécessité de conserver à la consultation médicale son objectif premier d'évaluation des besoins et de prise en charge.

Par ailleurs quel que soit le type de dispositif mis en avant par les personnes rencontrées (professionnels de santé et acteurs), il est à noter qu'elles ont souhaité rappeler un des principes fondamentaux sur lequel repose la mise en place d'un dispositif de surveillance : « produire des indicateurs recueillis de façon homogène et standardisée » pour documenter les problématiques de santé sélectionnées, en utilisant des « outils de recueil évalués, communs et standardisés ».

3.4.5 Des professionnels et des acteurs qui ont un avis consensuel sur les freins et les facteurs favorisant le développement d'un dispositif de la santé des personnes détenues

Si les professionnels médecins responsables d'US expriment une préférence pour un dispositif de surveillance reposant sur l'extraction de données à partir de dossiers médicaux informatisés, ils soulignent dans le même temps (et les acteurs ont un avis convergent sur ce point ; annexe 5, encadré 5.4) que :

- **le principal frein au développement d'un dispositif de surveillance réside dans le temps et les moyens** qu'il est nécessaire d'investir pour la réalisation d'un tel recueil. De fait, les professionnels sont unanimes, ils indiquent qu'ils ne sont pas en mesure de dégager du temps qui s'ajouterait à leur charge de travail actuelle. Ils considèrent par conséquent que le développement d'un dispositif de surveillance devrait s'accompagner de moyens supplémentaires (en temps médecin, technicien d'information médicale et/ou temps de secrétariat) ;
- **le second type de frein renvoie au fait qu'à ce jour, très peu d'US utilisent un dossier médical informatisé et que celui-ci n'est ni unique** (incluant les observations des différents professionnels de santé), **ni commun à l'ensemble des US**. Les professionnels évoquent aussi l'inadéquation du dossier médical de l'hôpital de rattachement à la pratique de médecine générale telle que pratiquée dans les US ainsi que les contraintes techniques liées à l'informatisation des US (fonctionnalité du réseau informatique et maintenance de celui-ci par l'hôpital de rattachement).

¹⁵ Les deux tiers (22 sur 33) des médecins responsables d'US et ayant participé à l'« Enquête par questionnaires_médecins US », et la quasi-totalité des médecins des US interrogés (« Enquête par entretiens_médecins US »).

Répondant en miroir aux freins éventuels qu'ils ont pointés, les médecins et les acteurs soulignent que le développement d'un dispositif de surveillance n'est possible qu'à deux conditions :

- **une faisabilité pour les professionnels de santé** (en particulier dans le cas d'un recueil qui serait réalisé à partir de dossiers médicaux informatisés) : avec des outils de recueils devant être simples, ergonomiques et s'intégrant le plus possible à leurs pratiques ;
- **un engagement fort des pouvoirs publics** qui doit être non seulement explicite (comme c'est le cas à travers le plan d'actions 2010-2014 par exemple) mais également se concrétiser par le déploiement de moyens supplémentaires pour permettre la mise en place d'un tel dispositif.

En conclusion...

Ce bilan des « attentes et besoins » en matière de surveillance de la santé montre que les professionnels de santé et les acteurs rencontrés sont d'accord sur la nécessité de mettre en place un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues, répondant aux caractéristiques suivantes :

- avoir pour objectif de décrire l'état de santé de cette population mais aussi celui de servir l'action et la décision publique (adaptation du dispositif d'offre de soins et de prise en charge) ;
- couvrir un éventail assez large de thématiques de santé : maladies psychiatriques, addictions (et notamment la consommation de médicaments), maladies infectieuses, maladies chroniques à forte morbi-mortalité en population générale (et leurs facteurs de risques), pathologies liées au vieillissement, ainsi que la traumatologie (violences subies), et éventuellement d'autres problèmes de santé (dermatologiques, ostéo-articulaires, digestifs, bucco-dentaires, etc.) ;
- couvrir deux populations cibles distinctes : celle entrant en détention et celle étant en cours de détention ;
- faire l'objet d'un engagement politique fort devant se concrétiser par le déploiement de moyens adaptés.

En revanche, l'avis apparaît plus contrasté concernant les modalités organisationnelles à mettre en œuvre (échantillonnage et mode de recueil).

En effet :

- les professionnels de santé et certains acteurs préconisent un dispositif de surveillance basé sur un recueil de données à partir de dossiers médicaux informatisés. Cela suppose non seulement que le dossier médical soit informatisé, mais également qu'il soit commun à l'ensemble des US (et des intervenants) et standardisé. Cela repose également sur un recueil exhaustif et continu effectué par les professionnels de santé (avec la crainte pour ces professionnels que cela accroisse leur charge de travail) ;
- d'autres acteurs rencontrés privilégient, quant à eux, des enquêtes régulières réalisées par des enquêteurs externes (formés), sur la base d'échantillons représentatifs de la population carcérale (à l'entrée en détention et en cours de détention).

4. Recommandations pour un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Dans un contexte où se pose en France la question de la définition et de la structuration d'un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues, l'InVS a mené plusieurs investigations afin de pouvoir guider la réflexion quant à la faisabilité et quant aux orientations à privilégier pour un tel dispositif.

Ces investigations ont reposé sur la mise en œuvre de trois volets complémentaires entre mai 2011 et juillet 2014, à savoir :

- la réalisation d'une revue de la littérature portant sur : 1) les données disponibles en matière de santé et sur les prévalences des principales pathologies en milieu carcéral ; et 2) les modalités de suivi et de surveillance de la santé des personnes détenues existant dans 15 pays situés en Océanie, Amérique du Nord et Europe ;
- la réalisation d'une étude permettant d'apprécier la faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance épidémiologique en milieu carcéral, laquelle surveillance est comprise au sens large, incluant ainsi les conduites addictives, les maladies chroniques, les pathologies psychiatriques, les maladies infectieuses, etc. ;
- la réalisation d'un bilan des attentes et des besoins des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et des acteurs impliqués (institutions, tutelles, instances, personnes qualifiées) en matière de surveillance épidémiologique.

Au regard des principaux résultats des investigations présentées dans ce document, trois grands principes peuvent être énoncés quant aux choix à opérer concernant le dispositif de surveillance à privilégier pour suivre la santé des personnes détenues. Ces principes conditionnent les recommandations telles qu'elles sont formulées plus loin.

4.1 Trois grands principes sous-tendant les propositions formulées

4.1.1 La surveillance de la santé des personnes détenues... une nécessité et une adhésion des professionnels de santé et des acteurs...

La revue de littérature confirme que les besoins de santé sont importants en milieu carcéral. En particulier, la prévalence de certaines pathologies (psychiatriques, addictions et infectieuses), par ailleurs bien documentées dans la littérature y est largement supérieure par rapport à celle observée en population générale.

De plus, si les études sont moins nombreuses et moins robustes concernant les maladies chroniques, elles rendent néanmoins compte de besoins de santé non négligeables en la matière, en sachant que de façon prospective, il faut s'attendre à une augmentation de leur prévalence (et des besoins sanitaires les concernant) dans les années à venir eu égard à l'effet conjugué : 1) des facteurs de risque (mode de vie et comportements à risque) auxquels la population détenue est exposée en amont et au cours de la détention ; 2) de la prévalence croissante des maladies chroniques en population générale ; et 3) du vieillissement de la population carcérale.

Par ailleurs, les autres thématiques de santé telles que les traumatismes, les limitations fonctionnelles ou les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, ou encore bucco-dentaires, bien que peu explorées dans la littérature méritent aussi d'être prises en considération. En effet, comme le rapportent les professionnels de santé (volet « attentes et besoins ») certains de ces problèmes de santé peuvent être liés à l'incarcération ou peuvent renvoyer au contexte carcéral. Plus largement, ces problématiques renvoient, tout du moins en partie, à la question de l'impact de la détention (choc carcéral, privation de liberté) et des conditions de vie en milieu carcéral (promiscuité, inactivité, isolement, rupture des liens familiaux, etc.) sur la santé, ce phénomène étant unanimement reconnu [3;4;7;26;27].

Au regard des besoins conséquents relevés dans ce cadre, **il paraît important de développer un suivi régulier de la santé de la population carcérale**. Il existe d'ailleurs sur ce point un consensus au niveau international, puisque la plupart des études épidémiologiques réalisées dans les pays qui n'ont pas développé de dispositif de surveillance pérenne spécifique de la santé des personnes incarcérées concluent en général sur la nécessité de déployer un tel dispositif. Ces conclusions

rejoignent en cela les préconisations de l'OMS [4]. Dans le même temps, l'analyse des expériences étrangères sur le sujet, menée par l'InVS (point 3.2), rend compte du fait que la moitié des pays (8 sur les 15 étudiés) ont développé un système pérenne de collecte de données et que parmi ces pays, seulement 4 sur 15 ont opté pour un dispositif de surveillance pérenne couvrant plusieurs thématiques de santé.

S'agissant plus particulièrement de la France, le rapport annuel 2014 de la cour des comptes [25] souligne l'ancienneté des données disponibles sur l'état de santé des personnes détenues (hormis les données issues de l'étude Prévacar) et insiste par conséquent sur la **nécessité de développer rapidement une connaissance actualisée des problèmes de santé de la population carcérale** ainsi que sur la **nécessité de mettre en place un suivi épidémiologique régulier de la santé en milieu carcéral**.

En effet, en l'absence d'un tel suivi, la France fait partie des pays dont les données épidémiologiques disponibles sont issues d'études nationales ponctuelles. Les pathologies couvertes par ces enquêtes (au nombre de quatre¹⁶) correspondent majoritairement à celles qui sont bien documentées et étudiées au niveau international (addictions [15;16], pathologies psychiatriques [29], maladies infectieuses [18;19]). Ces études fournissent des données nationales de référence qui sont par ailleurs convergentes avec celles obtenues dans la littérature internationale, témoignant d'une prévalence supérieure chez les personnes détenues en comparaison de la population générale.

Par ailleurs, si les maladies chroniques ou les autres thématiques de santé (problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires et les traumatismes) n'ont fait l'objet, jusqu'à présent, en France, que d'études réalisées localement, à l'échelle d'un établissement ou d'une région pénitentiaire, il semble (eu égard des quelques données disponibles au niveau international) qu'elles doivent être prises en considération dans le cadre d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues.

Face à ce triple constat (besoins importants, peu de données disponibles et données anciennes), en France, par ailleurs partagé par les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et les acteurs interrogés (volet « attentes et besoins »), ces derniers se sont montrés **favorables à la mise en place d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées permettant une production régulière de données (tous les 5 ans au minimum à 10 ans au maximum¹⁷)**.

Cette surveillance doit toutefois être indissociable d'une **adaptation de la politique de santé** à destination de la population carcérale (ajustement en matière de prise en charge, amélioration de l'accès aux soins, évaluation de l'atteinte des objectifs assignés à ces prises en charge, etc.). Les personnes interrogées (professionnels de santé et acteurs) ont également souligné que donner à voir la situation sanitaire de la population détenue (en termes notamment de pathologies psychiatriques, de handicap et de perte d'autonomie) pourrait conduire à une prise de conscience des pouvoirs publics et les mener à se mobiliser en faveur d'une politique d'amélioration des conditions de détention et d'une évolution des politiques pénales (suspension de peine, liberté conditionnelle, etc.).

En conclusion...

Il convient de relever que :

- **les besoins sanitaires à couvrir en milieu carcéral sont nombreux ;**
- **la production régulière (tous les 5 ans au minimum, à 10 ans au maximum) de données sur la santé des personnes détenues est indispensable pour suivre ces besoins et adapter le dispositif de prise en charge en fonction.**

¹⁶ L'enquête « HID-prison » réalisée en 2001 par l'Ined pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral [14;28], l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Drees en 1999 et reconduite en 2003 [15;16], l'enquête « Cemka-Eval » réalisée en 2004 par Duburc, *et al.* pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral [29] et l'enquête « Prévacar » mise en œuvre en 2010 par l'InVS, et la DGS, pour déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés au sein de la population carcérale [18].

¹⁷ Cette fréquence de production de données de santé en milieu carcéral fait consensus parmi les personnes interrogées et rencontrées.

4.1.2 ...une approche multithématique à privilégier

Les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral comme les acteurs interrogés (volet « attentes et besoins ») font état, de façon consensuelle, d'un **besoin de données épidémiologiques sur un éventail assez large de thématiques de santé**, à savoir :

- les thématiques dont la surveillance apparaît « obligatoire » parce qu'elles sont connues pour être surreprésentées en milieu carcéral et qu'elles continuent d'être une source de préoccupation importante en milieu carcéral ; il s'agit des maladies psychiatriques, des addictions¹⁸ et des maladies infectieuses ;
- les thématiques dont la surveillance apparaît « obligatoire » parce qu'elles renvoient à des problèmes de santé publique connus en population générale, déjà présents et en augmentation prévisible en population carcérale (à court ou moyen terme) ; il s'agit notamment des :
 - pathologies chroniques à fortes morbi-mortalité en population générale, *i.e.* les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risques (dyslipidémies et surpoids/obésité), les pathologies respiratoires, le diabète, les cancers, etc. ;
 - pathologies liées au vieillissement de la population, ce qui rejoint la question des maladies chroniques mais aussi celle de la perte d'autonomie et du handicap ;
- d'autres thématiques, plus « spécifiques » au milieu carcéral sont à considérer, en particulier :
 - la traumatologie intentionnelle (et ses conséquences en terme de violences subies) ou accidentelle ;
 - les problèmes de santé en lien avec la détention et/ou les conditions de détention (voir point précédent et 3.4.2) : la traumatologie, les troubles psychiatriques, mais aussi les problèmes dermatologiques, les troubles digestifs, le surpoids et l'obésité, etc.

Ces résultats illustrent les préoccupations en matière de santé des professionnels et des acteurs interrogés (volet « attentes et besoins »). Ils renvoient aussi globalement aux problèmes de santé couverts par les dispositifs de suivi pérennes multithématiques tels que recensés à l'étranger (« dispositifs de surveillance à l'étranger », point 3.2).

Plusieurs points méritent toutefois d'être soulignés, ces derniers ayant fait l'objet de discussions lors des réunions du comité de pilotage.

- a) Tout d'abord, il est à noter que **les conduites suicidaires** ne ressortent pas comme étant une thématique de surveillance prioritaire à développer dans les entretiens menés avec les médecins et les acteurs alors qu'il s'agit clairement d'un sujet de préoccupation majeur en milieu carcéral tant au niveau international [30-35] qu'en France [36;37]¹⁹. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un « dispositif de repérage » est déjà mis en place au sein des établissements pénitentiaires, puisque le personnel pénitentiaire est sensibilisé et formé, grâce à l'utilisation de grilles spécifiques, au repérage du potentiel suicidaire et qu'il oriente systématiquement les personnes potentiellement à risque vers l'équipe médicale [24].
- b) Pour **la pathologie psychiatrique**, il apparaît que le « profil » psychiatrique des personnes détenues est différent de celui de la population générale (avec une prégnance des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité en population carcérale vs une prégnance des troubles anxio-dépressifs et de la dépression en population générale). Par conséquent, les outils développés en population générale ne sont pas adaptés au repérage et au diagnostic des pathologies psychiatriques en milieu carcéral. Ces différents éléments, soulevés par certains acteurs rencontrés (volet « attentes et besoins ») et par le comité de pilotage, ainsi que le difficile accès aux données psychiatriques (point 3.3.3) plaident en faveur d'un dispositif de surveillance spécifique pour la thématique « psychiatrie », basé sur l'utilisation d'outils adaptés, ce d'autant plus que cette thématique est particulièrement sensible et importante en milieu carcéral.

¹⁸ À propos des addictions, comme indiqué plus haut, il importe de prendre en considération le tabac, l'alcool, la prise en charge et le suivi des TSO, la consommation des autres substances psychoactives, mais aussi la consommation de médicaments (polymédication, mésusage, suivi de traitement).

¹⁹ En témoigne la politique de prévention du suicide en milieu carcéral dans laquelle s'est engagée depuis de nombreuses années l'administration pénitentiaire. Celle-ci s'est notamment concrétisée par la publication de la circulaire du 29 mai 1998 (n°AP 2002-05 PMJ4/26-04-2002), puis celle du 26 avril 2002 (n°AP 2002-05 PMJ4/26-04-2002) puis plus récemment, par la mise en place, en 2009, par l'administration pénitentiaire du plan national d'actions de prévention du suicide des personnes détenues, celui-ci faisant notamment suite au rapport du professeur Terra sur le sujet [38].

- c) S'agissant **des limitations fonctionnelles et du handicap**, leur évaluation précise demande l'utilisation d'outils spécifiques et standardisés. Pour cette thématique, il faudrait également envisager une enquête spécifique pour actualiser les données de prévalence produites en 2001 par l'enquête « HID–prison » [14], en sachant que les outils de recueil développés en population générale doivent probablement faire l'objet d'un travail de reformulation préalable pour adapter le questionnaire au contexte carcéral²⁰. Indépendamment de la nécessité (ou non) de réaliser une enquête propre sur le sujet, plusieurs des personnes rencontrées dans le cadre du volet « attentes et besoins » ont indiqué que l'administration pénitentiaire incluait dans son entretien initial d'entrée un certain nombre d'éléments pour repérer certains handicaps nécessitant une orientation adaptée (handicaps moteur et sensoriel notamment), lesquels éléments sont enregistrés dans la base de données « Genesis » (gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité) de l'administration pénitentiaire, récemment mise en place. Ce faisant et à l'instar du Haut conseil de la santé publique [39], ces personnes ont souligné qu'une analyse de ces données (dans le cadre d'un partenariat et d'une convention spécifique avec la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)) pourraient apporter des connaissances relatives vis à vis des personnes détenues en situation de handicap.
- d) Un autre point de discussion concerne **la capacité d'un dispositif de surveillance à évaluer l'impact de l'incarcération et des conditions de détention sur la santé** (santé mentale, traumatismes, dermatologie, etc.) des personnes qui y sont confrontées, comme l'ont évoqué la majorité des personnes sollicitées dans le cadre du volet « attentes et besoins ». Plusieurs dimensions sont alors à distinguer : notamment l'impact de l'incarcération en tant que telle (choc carcéral, acte à l'origine de la détention), l'impact des conditions de détention (vétusté, promiscuité, hygiène, violence, sédentarité, etc.), mais aussi l'impact positif de la détention, en termes notamment d'opportunité de prise en charge médicale, d'accès aux soins et de prévention (vaccination, dépistage de cancers, etc.), non réalisés en milieu libre pour des raisons déjà évoquées (faible recours aux soins, moindres pratiques de prévention, etc.). Il apparaît ainsi que l'évaluation de l'impact de la détention sur la santé n'est pas aisée. Cela relève davantage d'approches multidisciplinaires et analytiques (longitudinales ou rétrospectives) plutôt que d'une activité de surveillance.
- e) Enfin le dernier point de discussion concerne **l'évaluation de la continuité des soins** pour les personnes sortant de détention ou pour celles qui bénéficient d'un aménagement de peine (dont le nombre est en augmentation). Certaines personnes rencontrées ont proposé la mise en œuvre d'études longitudinales ou d'un recueil de données à la sortie de prison et après la sortie (volet « attentes et besoins »). D'autres ont fait part de la difficulté de l'organisation d'un tel recueil. Il semble que là encore, cela relève d'autres approches et d'études spécifiques et non d'un système de surveillance.

En conclusion...

Les résultats de l'état des lieux conduisent à préconiser :

- **un suivi épidémiologique de la santé en milieu carcéral qui soit multithématique (plutôt que monothématique) et global :**
 - ⇒ couvrant un large éventail de thématiques de santé et notamment : les conduites addictives, la santé mentale, les maladies infectieuses, les maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, surpoids/obésité) mais aussi la traumatologie, les incapacités et limitations fonctionnelles, la symptomatologie, les problèmes dermatologiques, ostéo-articulaires, digestifs et la santé bucco-dentaire.
- **la mise en place de dispositifs ou enquêtes spécifiques pour :**
 - ⇒ la pathologie psychiatrique qui nécessite l'utilisation d'outils adaptés au « profil » psychiatrique de la population carcérale ;
 - ⇒ les limitations fonctionnelles et le handicap en vue d'une actualisation de l'enquête HID-prison.

²⁰ Certaines activités de la vie courante ne peuvent pas être questionnées de la même façon en milieu libre et en milieu carcéral (déplacements, monter et descendre des escaliers, etc.).

4.1.3 ...un dispositif de surveillance complet à développer en 3 temps

Vouloir développer un suivi épidémiologique pérenne et multithématique de la santé des personnes détenues suppose de déterminer, au-delà de la définition des thématiques de santé à couvrir par un tel dispositif, le mode de recueil à privilégier.

Les acteurs interrogés sur les modalités de recueil à envisager (volet « attentes et besoins ») ont tout d'abord tenu à spécifier que **le dispositif de surveillance à mettre en place devait produire des données pour suivre l'état de santé de deux populations distinctes :**

- **celle qui entre en détention**, afin de définir les besoins à couvrir et adapter le dispositif de prise en charge en conséquence ;
- **celle qui se trouve en cours de détention**, afin de déterminer la prévalence des principales difficultés de santé et d'effectuer un suivi épidémiologique de la population incarcérée.

Nb : Il est à noter que les dispositifs de suivi de la santé en milieu carcéral pérennes et multithématiques existant à l'étranger couvrent également ces deux moments de la détention.

a) Diversité des options en matière de dispositifs de surveillance et de modalités de recueil de données

L'analyse des expériences étrangères (point 3.2) montre que les approches développées à l'étranger pour suivre la santé en milieu carcéral sont variées, chaque pays étudié semblant adopter une orientation qui lui est propre (eu égard aux thématiques de santé couvertes et aux méthodologies mobilisées), selon son contexte organisationnel et politique, ses priorités et ses propres moyens. Cette analyse a toutefois montré que lorsqu'un dispositif de surveillance pérenne et multithématique a été mis en place (dans 4 pays sur les 15 étudiés), deux options pouvaient être envisagées :

- la première option repose sur un **recueil de données continu et exhaustif** (en œuvre tout au long de la détention et concernant toutes les personnes détenues), ce qui suppose **une informatisation et une standardisation des données de santé collectées ainsi que la constitution d'une base de données**, en sachant que : dans le dispositif canadien, la base de données existante est une base de données générale, incluant l'ensemble des informations relatives aux personnes détenues (*i.e.* données sociodémographiques, pénales, pénitenciaires et de santé) ; alors que dans le dispositif belge, la base de données constituée est circonscrite aux données médicales issues des dossiers médicaux informatisés ;
 - ⇒ Un tel dispositif reposant sur des extractions régulières de données issues d'une base nationale, tel qu'envisagé dans le cas d'un dispositif fondé sur les dossiers médicaux (informatisés), présente l'avantage des dispositifs de surveillance dits « passifs » : les données sont disponibles (puisque recueillies au cours d'une activité de toute façon réalisée) et le dispositif est en général moins coûteux (à partir du moment où les données à collecter sont définies et que le système informatique sous-jacent est opérationnel). En revanche, un tel dispositif nécessite que les données médicales contenues dans les dossiers médicaux soient, non seulement informatisées mais également « standardisées » (tant à l'entrée que pendant la détention).
- la seconde option s'appuie sur la **réalisation d'enquêtes par questionnaires, régulières et représentatives** de la population carcérale (comme c'est le cas aux États-Unis ou en Australie).
 - ⇒ la réalisation d'enquêtes régulières auprès d'un échantillon représentatif de la population carcérale correspond pour sa part à un système de surveillance dit « actif », ce qui suppose l'organisation régulière et spécifique d'une collecte de données. Un tel système est considéré comme plus coûteux sur le long terme mais il permet d'obtenir des données plus variées sur un large éventail de thématiques de santé (incluant la santé perçue, les gênes ressenties, les besoins...). Certaines des personnes interrogées (dans le cadre du volet « attentes et besoins ») préconisent que le recueil repose non seulement sur un système d'enquêtes régulières mais qu'il soit effectué par des enquêteurs externes aux US, ce qui permettrait aussi de répondre à la contrainte de temps mis en avant par les professionnels.

Enfin, une troisième option a été soulevée lors des nombreuses discussions qui ont eu lieu au sein du comité de pilotage de ce projet. Il s'agit d'envisager la faisabilité **d'inclure la surveillance de la santé des personnes détenues dans le cadre des dispositifs de surveillance nationaux** réalisés en population générale.

Il s'agirait notamment d'envisager la faisabilité :

- d'inclure un volet « personnes incarcérées » dans les grandes enquêtes santé en population générale ;
- de généraliser l'identification des « établissements pénitentiaires » dans les formulaires de déclaration obligatoire des maladies (comme c'est déjà le cas pour la tuberculose) afin d'assurer une surveillance des maladies infectieuses en milieu carcéral ;
- de développer une surveillance épidémiologique des personnes détenues à partir des bases médico-administratives.

b) Le point sur la situation actuelle en France

En France, bien que les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral plébiscitent (dans le cadre du volet « attentes et besoins ») le développement d'un dispositif de surveillance basé sur un recueil à partir du dossier médical informatisé des personnes détenues (tout en spécifiant que ce recueil ne doit pas entraîner de surcharge de travail), l'« étude de faisabilité » a pour sa part montré que ces dossiers médicaux n'étaient pas directement exploitables, à ce jour pour les raisons suivantes (développées au point 3.3) :

- **l'absence d'un support unique au niveau national** contenant l'ensemble des informations des différents intervenants (médecin somatique, psychiatre, dentiste, pharmacie), ces informations étant actuellement dispersées dans plusieurs dossiers (ou logiciels en cas de données médicales informatisées) situés dans des locaux distincts ; cela confère un accès difficile, à un moment donné et pour une personne donnée, à l'information nécessaire à un recueil à grande échelle couvrant plusieurs thématiques de santé, cela même lorsque le dossier médical du patient est informatisé puisque dans ce cas il existe plusieurs logiciels informatiques non communiquant ;
- **l'absence de standardisation des données** contenues dans les dossiers médicaux (pour les thématiques qu'il conviendrait d'inclure dans un dispositif de surveillance) avec par conséquent un contenu non-homogène d'un établissement à l'autre et l'impossibilité alors de construire les indicateurs épidémiologiques nécessaires à la surveillance de la santé des personnes détenues ;
- **l'absence d'informatisation du dossier médical** qui seule peut garantir un recueil standardisé de données médicales et la constitution d'une base de données à partir de laquelle il serait possible de réaliser des extractions régulières.

⇒ Ainsi, un suivi pérenne et multithématique de la santé des personnes détenues s'appuyant sur les dossiers médicaux ne pourra voir le jour que lorsque les conditions d'unicité (support d'information médical unique), de standardisation (des données nécessaires à la surveillance) et d'informatisation du dossier médical seront réunies, en sachant que le délai d'implantation du dossier médical informatisé dans les US n'est pas prévisible, à ce stade, puisqu'il dépend plus généralement de son déploiement dans les hôpitaux (auxquels sont rattachées les US), tel que prévu dans le cadre du programme national « hôpital numérique », lui-même en cours de déploiement²¹. Cela signifie (et ce en concordance avec les propos des personnes rencontrées dans le cadre du volet « attentes et besoins »), que la mise en place d'un dispositif de surveillance ne peut pas s'envisager sans un engagement fort des pouvoirs publics, devant se concrétiser par un financement spécifique pour en permettre la mise en place et en faciliter le déploiement.

Concernant la réalisation d'une surveillance épidémiologique *via* les bases de données existantes, là encore la situation semble prématurée.

Les bases de données concernées sont celles relatives au Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), au Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) et au Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniir-AM).

²¹ Le programme « hôpital numérique », lancé fin novembre 2011, se met progressivement en œuvre depuis 2012.

- **Le PMSI et le RIM-P** présenteraient l'intérêt de permettre l'analyse de la morbidité hospitalière des personnes incarcérées, dans leur champ respectif (la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et la psychiatrie), en comparaison de celle de la population générale. S'agissant du PMSI, il existe un code associé spécifique²² permettant *a priori* de repérer les personnes détenues. Toutefois, le rapport Igas relatif à l'« évaluation des dispositifs de soins somatiques des personnes détenues » [40] indiquait qu'en 2011 ce code était peu utilisé par les professionnels de santé. Une incitation à utiliser ce code a été introduite dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale²³, mais trois ans après, en mars 2014, il n'existait pas d'information disponible sur la façon dont ce code était utilisé. Par ailleurs, le repérage des hospitalisations réalisées en UHSI (qui représentent un tiers des hospitalisations des personnes détenues, celles inférieures à 48 heures se faisant dans les hôpitaux de rattachement) [40] n'est pas identifiable sur la base nationale que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) transmet aux organismes habilités. Une analyse circonscrite aux hospitalisations en UHSI nécessiterait de solliciter une autorisation à la fois des établissements concernés et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), à moins que l'ATIH ne la réalise elle-même comme cela a pu être le cas en 2011 dans le cadre de la mission Igas citée plus haut. S'agissant du RIM-P, bien plus récent que le PMSI, il couvre les prises en charge psychiatriques à temps complet, à temps partiel et ambulatoires. Il est *a priori* également possible de repérer les personnes détenues hospitalisées ou ayant bénéficié d'une consultation. Toutefois, les données contenues dans cette base semblent encore très incomplètes au niveau de l'exhaustivité et imprécises (en raison d'un codage d'une qualité à améliorer pour envisager une exploitation fiable), que ce soit en population générale ou spécifiquement pour les personnes détenues.
- **L'exploitation des données du Sniir-AM** dont un code particulier permet *a priori* d'identifier les personnes détenues, permettrait d'analyser les données de remboursements de soins ambulatoires et de prises en charge en Affection de longue durée (ALD). Toutefois l'exhaustivité de ce codage demeure inconnue, à ce jour. Par ailleurs, les prescriptions médicamenteuses ayant cours en détention sont gérées par la pharmacie de l'établissement de santé de rattachement, de sorte qu'elles ne donnent pas lieu à l'établissement d'une ligne individuelle de remboursement dans le Sniir-AM. Cela limite de fait l'exploitation de cette base dans le cadre d'une surveillance de la santé en milieu carcéral.
- Enfin, **l'exploitation des données de mortalité à partir de la base de données gérée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)** serait aussi d'un apport intéressant pour analyser les causes de mortalité en milieu carcéral par rapport à celles de la population générale. Cependant, à l'heure actuelle il est impossible de pouvoir identifier les cas de personnes décédées en milieu carcéral (l'établissement pénitentiaire comme lieu de décès n'étant pas une modalité de réponse préétablie dans les certificats de décès²⁴). En l'état, pour réaliser une telle surveillance, il faut procéder en amont à un appariement des données du CépiDc avec celles enregistrées par l'administration pénitentiaire. Un tel projet est en cours de réalisation à l'InVS en ce qui concerne la mortalité par suicide sur la période 2000-2010.

c) Envisager la mise en œuvre progressive d'un dispositif complet de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées

La mise en œuvre d'un dispositif complet de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées, tel qu'envisagé dans ce rapport, ne pourra se faire que progressivement, compte tenu des réalisations à effectuer (définition d'indicateurs de santé à surveiller, élaboration d'outils de recueil communs et standardisés) et des contraintes techniques associées (informatisation des unités sanitaires, développement de l'interopérabilité des systèmes, etc.).

²² Code CIM10 Z65.1.

²³ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie applicable au 1^{er} mars 2014. Bulletin officiel : fascicule spécial n°2014/6 bis.

²⁴ Cette modalité est toutefois prévue dans le cadre du nouveau certificat de décès actuellement en attente de validation (décret en Conseil d'état).

Compte tenu de la situation actuelle, un développement progressif en trois phases est envisagé :

- **Un système d'enquêtes régulières à privilégier à court terme**

L'ensemble des constats précédents conduit à écarter, à l'heure actuelle, l'hypothèse d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues fondé sur un dossier médical informatisé ou sur les dispositifs de surveillance généralement utilisés en population générale.

Il convient ainsi de privilégier, à court terme, **un système de surveillance épidémiologique basé sur des enquêtes régulières, réalisées par des enquêteurs externes.**

- **Un système de surveillance enrichi de données de santé informatisées à moyen terme**

Cet enrichissement du dispositif de surveillance initial, basé sur des enquêtes répétées, pourrait se traduire par : 1) le développement de l'identification du statut d'incarcération dans certains dispositifs de surveillance utilisés en population générale (notamment dans les formulaires de déclaration obligatoire des maladies et dans les bases médico-administratives) ; et 2) le développement d'outils communs et informatisés spécifiques au milieu carcéral. En effet, l'informatisation progressive de toutes les unités sanitaires et le développement d'outils de recueil de données standardisés permettront d'enrichir le dispositif de surveillance à moyen terme, en incluant un suivi régulier de certains indicateurs réalisé sur la base d'extractions régulières de données.

L'exemple du dispositif de surveillance de la santé des personnes entrant en détention développé en région Picardie (et présenté dans l'encadré 2) laisse en effet entrevoir les possibilités réelles de mise en œuvre de dispositifs de recueil de données exhaustifs et pérennes en France. L'homogénéisation d'une fiche de consultation d'entrée et son informatisation permettent de pouvoir réaliser une surveillance épidémiologique effective auprès de toutes personnes entrant en détention. Un tel dispositif, élargi au niveau national, serait susceptible de répondre aux enjeux relatifs à la surveillance d'une des deux populations cibles (les personnes entrant en détention) sans nécessiter en l'état de développer un dossier médical unique. Un tel dispositif nécessite toutefois une informatisation globale de toutes les US ce qui ne pourra être envisagé qu'à moyen terme.

- **Développement d'un dispositif de surveillance épidémiologique complet à long terme**

Enfin, il est possible d'envisager à long terme la mise en œuvre d'un dispositif complet de surveillance épidémiologique basé sur des extractions régulières de données issues d'un dossier médical informatisé unique, agrégées dans une base de données spécifique, couplées à des enquêtes régulières visant à recueillir en complément des données plus générales sur la santé des personnes incarcérées (incluant les comportements et la santé perçue) ou plus spécifiques en se focalisant sur des thématiques de santé particulières.

En conclusion...

Compte tenu des différentes modalités de surveillance épidémiologique possibles et de la situation actuelle de la France en matière de connaissance et de suivi de la santé des personnes incarcérées, **il convient de privilégier la mise en œuvre progressive d'un dispositif complet de surveillance de la santé en milieu carcéral.**

Il est ainsi recommandé :

- à court terme : de faire reposer le système de surveillance sur des enquêtes régulières, réalisées par des enquêteurs externes ;
- à moyen terme : d'enrichir autant que faire se peut ce dispositif par un recueil de données issues des dispositifs de surveillance en population générale et/ou issues du développement d'outils standardisés et informatisés propres au milieu carcéral ;
- à long terme : de poursuivre l'informatisation et la standardisation des données de santé, afin de pouvoir ajouter (voir substituer) au dispositif de surveillance proposé à court terme la collecte de données issues des dossiers médicaux des personnes détenues.

4.2 Recommandations

À l'issue de cet état des lieux, un certain nombre de recommandations peuvent être énoncées :

a) Dans un premier temps, faire reposer le dispositif de surveillance épidémiologique de la santé des personnes détenues sur la réalisation d'enquêtes multithématiques régulières

En effet, à l'heure actuelle, les prérequis nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance basé sur un recueil de données exhaustif et continu via un dossier médical standardisé et informatisé, ne sont pas réunis.

De fait, il est recommandé la mise en place d'un système de surveillance *via* la réalisation d'enquêtes couvrant un large éventail de thématiques de santé, menées sur des échantillons représentatifs de la population carcérale et régulièrement reconduites (tous les 5 à 10 ans).

b) Réaliser deux enquêtes de santé (multithématiques) portant respectivement sur la population entrant en détention et celle étant en cours de détention

Pour couvrir les deux populations qu'il convient de distinguer, celle qui entre en détention et celle se trouvant en cours de détention, le dispositif doit comporter une enquête propre à chacune de ces populations en raison des enjeux sanitaires spécifiques qui les caractérisent, notamment en termes de besoins et de prise en charge sanitaires.

La réalisation régulière (tous les 5 ans au minimum à 10 ans au maximum) et concomitante de ces deux enquêtes (multithématiques) permettra de dresser un état des lieux de la santé en milieu carcéral, lequel fait actuellement défaut, et d'en suivre son évolution au cours du temps.

- L'enquête portant sur l'entrée en détention viserait à caractériser les besoins de santé de la population concernée, en particulier les facteurs de risque auxquels celle-ci est exposée avant l'incarcération. Elle permettrait par ailleurs de faire le point sur les évolutions intervenues depuis l'enquête de la Drees de 2003 [15].
- L'enquête concernant la population détenue viserait à déterminer la prévalence des principales pathologies et des difficultés de santé rencontrées en population carcérale (point 4.1.2) et d'en suivre l'évolution en cours de détention.

c) Si possible coupler l'enquête de prévalence en milieu carcéral (portant sur la santé des personnes incarcérées en cours de détention) au dispositif d'enquêtes nationales « santé » en population générale

Pour pouvoir mesurer l'écart des prévalences des différentes pathologies avec celles observées en population générale ainsi que l'évolution de cet écart au cours du temps, il conviendrait de systématiquement prévoir un volet « milieu carcéral » dans le cadre des grandes enquêtes nationales « santé » telles que l'Enquête santé protection sociale, la nouvelle enquête européenne sur la santé (European Health Interview Survey), ou le Baromètre santé, comme cela a été le cas dans le cadre de l'enquête HID-prison en 2001 (ces différentes enquêtes font appel à des enquêteurs extérieurs).

Se pose en effet la question de la couverture de la population carcérale par le dispositif national d'enquêtes « santé » existant sur notre territoire pour suivre l'état de santé de nos concitoyens, la prise en charge sanitaire de la population carcérale relevant, en France, de la responsabilité du ministère en charge de la santé. Or, ce dernier souhaite faire évoluer, à moyen terme, l'architecture de ce dispositif qui devrait ainsi à terme également couvrir la population carcérale, au même titre qu'il couvre d'ores et déjà certains segments de la population (les « jeunes », les « personnes âgées », les « personnes vivant en institution », etc.).

d) Prévoir une enquête spécifique pour la santé mentale

En complément des deux enquêtes multithématiques sur la santé des personnes détenues, il semble important d'envisager la réalisation d'une enquête spécifique sur la prévalence des « pathologies

psychiatriques » en raison de la spécificité de cette thématique, et notamment de la prégnance de certaines pathologies en milieu carcéral nécessitant la mobilisation d'outils de recueil adaptés.

La précédente enquête, réalisée par « Cemka-Eval » [17], a reposé sur une méthode diagnostique impliquant plusieurs approches (un entretien avec deux enquêteurs, l'un psychologue, l'autre psychiatre senior basé sur un entretien diagnostique, la passation du « Mini International Neuropsychiatric Interview en version française 5.0. », d'un outil d'évaluation des troubles de la personnalité, etc.).

Sa réitération, en utilisant la même méthode, permettrait de mesurer l'évolution au cours du temps des pathologies psychiatriques relevées au sein de la population carcérale. Toutefois, la logistique de cette étude étant complexe et coûteuse, la définition d'une méthodologie alternative pour suivre ces pathologies mérite d'être considérée.

e) Faire appel à des enquêteurs extérieurs aux unités sanitaires pour réaliser ces différentes enquêtes

La réalisation de ces enquêtes par des enquêteurs extérieurs aux US présente plusieurs avantages, et notamment de :

- répondre à la contrainte de temps mis en avant par les professionnels de santé ;
- préserver la relation de confiance médecin-patient (particulièrement délicate et importante en milieu carcéral), en sachant que le recueil permanent et exhaustif d'un ensemble large d'items pourrait se faire au détriment de cette consultation ;
- s'assurer de la fiabilité/qualité des données collectées.

f) S'assurer que les données produites sont représentatives de la(es) population(s) carcérale(s) concernées

Cela conditionne la possibilité d'extrapoler les résultats à la population carcérale totale. Cela nécessite de prêter une attention particulière à la stratégie d'échantillonnage pour pouvoir pondérer, et redresser si nécessaire, les résultats en conséquence afin qu'ils soient représentatifs de la population carcérale totale.

Dans le cadre d'une enquête portant sur les personnes qui entrent en détention, cela suppose de restreindre le recueil aux maisons d'arrêt et aux quartiers de maison d'arrêt, qui correspondent aux établissements accueillant la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre. Le recueil peut alors être exhaustif sur une période donnée (cf. enquête de la Drees [15] ou celle mise en place dans le dispositif australien) ou reposer sur un sondage à deux degrés (tirage au sort d'établissements pénitentiaires d'abord, puis sondage aléatoire simple des personnes détenues dans chacun des établissements sélectionnés).

Le plan de sondage peut prendre en compte plusieurs variables de stratification :

- la zone géographique ;
- le type d'établissement ;
- le nombre d'entrants dans l'établissement venant de l'état de liberté (à partir des données de l'année précédant l'enquête) ;
- le nombre de primo-incarcérations dans l'établissement (à partir des données de l'année précédant l'enquête) ;
- le sexe.

Dans le cadre d'une enquête de prévalence transversale (par exemple, l'enquête Prévacar [18]), le recueil peut reposer sur un sondage à deux degrés (tirage au sort d'établissements pénitentiaires d'abord, puis sondage aléatoire simple des personnes détenues dans chacun des établissements sélectionnés).

Au premier degré, le tirage au sort des établissements pénitentiaires peut prendre en compte plusieurs variables de stratification, et notamment :

- la zone géographique (Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP)) ;
- le type d'établissements (quartiers de maisons d'arrêts, quartiers de centres de détention, quartier de maison centrale) ;

- le sexe ;
- le nombre de personnes détenues incarcérées dans l'établissement à la date du tirage au sort.

Au second degré, le tirage au sort des personnes détenues nécessite la création d'une base de sondage constituée de la liste des personnes détenues présentes au moment ou un peu avant la collecte des données.

D'autres variables seront également à considérer dans le cadre d'un redressement *a posteriori* des estimations calculées, notamment certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, pays d'origine, etc.). À titre d'exemple, pour l'enquête Prévacar, la post-stratification a pris en compte le sexe, les classes d'âge, le continent de naissance et la zone géographique de l'établissement pénitentiaire).

Ce qui précède montre qu'un dispositif de surveillance reposant sur la réalisation d'enquêtes régulières en population carcérale, doit s'appuyer sur des équipes compétentes en méthodes statistiques pour définir la(es) stratégie(s) adaptée(s) d'échantillonnage (plan de sondage et redressement post-stratification), calculer les poids de sondage et procéder au redressement des résultats obtenus.

Au-delà de compétences en statistiques, la mise en œuvre des stratégies d'échantillonnage ainsi définies repose sur la mise à disposition par la DAP d'un certain nombre de données (dont certaines sont issues du Fichier national des détenus (FND)). Il s'agit par exemple de la liste des établissements répartis selon plusieurs caractéristiques (nombre d'entrants dans l'établissement venant de l'état de liberté, nombre de primo-incarcérations dans l'établissement, nombre de personnes détenues un jour donné, zone géographique, type, sexe de la population accueillie, liste des personnes détenues présentes le jour du tirage au sort ou un peu avant, les données nécessaires au redressement post-stratification, etc.). Cette mise à disposition de données nécessite le développement d'une étroite collaboration entre le ministère chargé de la santé (DGS et DGOS) et le ministère de la Justice (DAP).

g) Établir une collaboration entre l'institution chargée de ces enquêtes et la DAP pour leur réalisation

Ce point est fondamental parce qu'il permet de mettre en œuvre un plan de sondage adapté et d'apparier sur les données nécessaires au calcul d'indicateurs de santé extrapolables à la population carcérale totale (comme cela a été le cas dans l'enquête Prévacar). De plus il est indéniable que les résultats de cette production de données concernent également l'administration pénitentiaire dont l'une des missions est de favoriser la réinsertion des personnes qui lui sont confiées et que l'état de santé de ces dernières conditionne en partie la possibilité de leur réinsertion.

h) Travailler à l'élaboration d'indicateurs de santé consensuels

Il s'agit d'un préalable indispensable à l'implémentation de tout système de surveillance et cela conditionne le calcul d'indicateurs homogènes sur le territoire et dans le temps, pour une comparabilité spatiale et temporelle, en sachant que ces indicateurs devront être identiques à ceux produits en population générale pour pouvoir être comparés à la situation nationale.

i) Développer des outils communs et standardisés d'évaluation et de suivi de ces indicateurs

Il s'agit d'harmoniser et de standardiser des outils déjà utilisés dans le cadre de la pratique professionnelle des médecins et infirmiers exerçant au sein des unités sanitaires, afin de rendre ces outils plus opérationnels et directement exploitables en matière de surveillance épidémiologique au niveau national.

Il s'agit notamment de développer une fiche de consultation d'entrée unique et standardisée, d'harmoniser le choix et l'utilisation d'outils diagnostiques en matière de santé mentale, addictions, handicap, qualité de vie (...) et d'œuvrer au développement d'un dossier médical unique et informatisé.

Le développement de tels outils devra se faire de manière collaborative, dans le cadre d'un comité de pilotage (DGS/DGOS/DAP) et de groupes de travail incluant des représentants des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral.

j) Généraliser l'informatisation des unités sanitaires et développer l'interopérabilité des systèmes de santé

L'objectif étant de favoriser à terme la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées qui soit complet (couvrant un large éventail de thématiques de santé), directement exploitable (pouvant produire des données ponctuelles ou régulières en complément des enquêtes menées tous les 5 à 10 ans) et peu contraignant (en fonctionnant par extractions de données informatisées et stockées sur une base de données dédiée).

4.3 Procéder par étapes

Pour prendre en considération la nécessaire mise en œuvre progressive d'un tel dispositif, il est proposé de procéder par étapes.

1^{re} étape : identifier un porteur de projet

Concernant ce point, il est à noter que la Drees est actuellement le principal porteur du projet de refonte de l'architecture des grandes enquêtes nationales « santé ». Par conséquent, la question de l'extension des enquêtes nationales « santé » à la population incarcérée telle que proposée ci-dessus devrait par conséquent être intégrée à la réflexion menée par cette direction du ministère chargé de la santé.

2^e étape : prévoir un financement spécifique

Comme cela a été plusieurs fois souligné dans ce document, le développement d'un dispositif de surveillance des personnes détenues ne peut pas s'envisager sans un engagement concret des pouvoirs publics se traduisant par un financement en conséquence.

3^e étape : définir le protocole d'une étude portant sur les personnes entrant en prison

La réflexion sur le nouveau dispositif national d'enquêtes « santé » étant en cours, il est proposé que la première étude mise en œuvre porte sur les personnes entrant en prison.

Cela suppose de :

- constituer un comité de pilotage pour suivre et orienter les travaux et discuter les résultats (enquête Prévacar) ;
- établir une stratégie d'échantillonnage ainsi qu'une(des) base(s) de sondage adaptée(s) afin de procéder à un tirage au sort représentatif de la population entrant en détention. Dans cette perspective, il importe d'associer la DAP à la réflexion pour établir la(les) base(s) de sondage nécessaire(s) au bon déroulement de l'étude ;
- développer une fiche de consultation d'entrée spécifique permettant le recueil standardisé d'un set d'indicateurs prédéfinis et à suivre dans le temps ;
- définir précisément le protocole de l'étude : modalités du recueil des données, déroulement de la consultation d'entrée, remplissage de la fiche, etc. ;
- faire une demande d'autorisation Cnil.

4^e étape : élargir le dispositif à une enquête de prévalence sur la population se trouvant en cours de détention

L'élargissement du dispositif de surveillance de la santé à la population se trouvant en cours de détention est conditionné à l'état d'avancement de refonte de l'architecture des grandes enquêtes nationales « santé ».

Dans tous les cas, les étapes définies ci-dessus sont incontournables à mettre en œuvre.

5^e étape : définir le protocole d'une enquête spécifique sur la santé mentale des personnes incarcérées

Pour ce faire il est nécessaire de s'appuyer sur les conclusions de l'enquête réalisée par « Cemka-Eval » en 2004 [17]. Un comité de pilotage spécifique devrait être constitué afin de mesurer la faisabilité de reconduire cette étude (avec la même méthodologie) ou de définir, le cas échéant, une méthodologie alternative incluant l'élaboration d'outils de recueil *ad hoc* pour le milieu carcéral (puisque les outils habituellement utilisés en population générale ne sont pas adaptés aux pathologies psychiatriques rencontrées chez les personnes incarcérées).

6^e étape : planifier la réitération de chacune des enquêtes (« entrants », « en cours de détention », « pathologie psychiatrique ») tous les 5 à 10 ans

Vouloir mettre en place un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues repose sur la production régulière (tous les 5 à 10 ans) de données. Ainsi, la réitération des enquêtes définies ci-dessus doit être planifiée par le ministère chargé de la santé en lien avec le porteur de projet et un financement adapté.

7^e étape : rendre opérationnelle la réalisation d'une surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées au moyen des dispositifs existants en population générale

Il s'agit notamment de rendre possible et effective une surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées par l'analyse de données issues des bases médico-administratives. Cela nécessite :

- d'insérer l'identification du statut d'incarcération (ou du lieu « établissement pénitentiaire ») dans les dispositifs et formulaires dans lesquels cette modalité de codage est absente : formulaires de déclaration obligatoire des maladies et certificats de décès par exemple ;
- d'évaluer l'utilisation qui est faite de ce codage et d'en développer l'efficacité et l'exhaustivité en conséquence.

8^e étape : poursuivre le développement d'outils communs et standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le suivi de la santé des personnes incarcérées

Dans la continuité de la création d'une fiche de consultation d'entrée unique et standardisée (voir 3^e étape), il s'agit d'élaborer et de mettre à disposition des professionnels de santé, des outils (diagnostiques, d'évaluation et de suivi) qui soient valides et adaptés au contexte pénitentiaire et au profil de la population carcérale, dont les données standardisées pourraient être utilisées dans le cadre d'une surveillance épidémiologique.

9^e étape : poursuivre l'informatisation et développer l'interopérabilité des systèmes pour définir le cadre d'une surveillance épidémiologique réalisée par extraction de données

Il s'agit de viser à terme la création et le déploiement d'un dossier médical informatisé unique, qui soit adapté au contexte carcéral et qui permette d'effectuer une surveillance épidémiologique régulière par extraction de données.

Cela nécessite :

- une informatisation de toutes les unités sanitaires ;
- une informatisation de toutes les données de santé ;
- le déploiement de systèmes communicants (entre professionnels de santé et entre établissements) ;
- la création d'une base nationale de données.

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). Danemark, Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2003.
- [2] Australian Institute of Health and Welfare 2013. The health of Australia's prisoners 2012. Australia, Canberra: AIHW; 2013.
- [3] WHO Regional Office for Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Danemark, Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2007.
- [4] 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.
- [5] 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 2010;10:777.
- [6] 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 Oct;58(4):1215-24.
- [7] 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.
- [8] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002 Feb 16;359(9306):545-50.
- [9] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 2006 Feb;101(2):181-91.
- [10] Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Subst Abuse Treat Prev Policy 2007;2:1.
- [11] WHO Regional Office for Europe. Prison and health. Danemark, Copenhague: WHO; 2014.
- [12] Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire [internet]. Paris: Ministère de la Justice; 2014.
- [13] Brillet E. Vieillesse(s) carcérale(s). Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques 2013;oct-38:1-6.
- [14] Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelle différence avec la situation en population générale ? Population 2005;60(1-2):71-98.
- [15] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et résultats 2005;386:1-12.
- [16] Mouquet MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Études et résultats 1999 Jan;4:1-10.
- [17] Duburc A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Paris, FRA: Cemka-Eval; 2004.
- [18] 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 surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2013;18(28).
- [19] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chiron E, Barbier C, Caté L, Chemlal K, *et al.* La prévalence des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes détenues en France. Enquête Prévacar 2010. 2011.
- [20] Astagneau P, Ancelle T. Surveillance épidémiologique: principes, méthodes, applications en santé publique. Paris: Lavoisier; 2011.

- [21] Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014.
- [22] Verdot C, Godin-Blandeau E, Develay AE. Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014.
- [23] Develay AE, 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.
- [24] 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.
- [25] Cour des comptes. Rapport public annuel 2014. Paris, FRA: Cour des comptes; 2014. Report No.: Tome 1.
- [26] Lécu A. La prison: un lieu de soins ? Paris: Les Belles lettres; 2013.
- [27] Lhuillier D. Le choc carcéral, survivre en prison. Bayard; 2001.
- [28] Desesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première 2002;854:-4.
- [29] 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 2006;6.
- [30] Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. J Am Acad Psychiatry Law 2009;37(2):188-93.
- [31] Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011 Mar;46(3):191-5.
- [32] Ministry of Justice. Safety in Custody 2010 England and Wales. Ministry of Justice; National Offender Management Service (NOMS); 2011 Jul 28.
- [33] Mumola CJ. Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails. US Department of Justice; BJS; 2005. Report No.: NCJ 210036.
- [34] Noonan M. Mortality in Local Jails, 2000-2007. US Department of Justice; BJS; 2010. Report No.: NCJ 222988.
- [35] Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: National clinical survey. Br J Psychiatry 2004;184(MAR.):263-7.
- [36] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JL. L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945. BEH 2011;47-48:504-8.
- [37] Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon J. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. Forensic Sci Int 2013;Dec 10;233(1-3):273-7.
- [38] Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. Paris, FRA: Ministère de la Justice; 2003.
- [39] 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.
- [40] Marsala V, Autrat C. Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. Paris, FRA: Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires; 2011.
- [41] 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.
- [42] 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. 35-36, 434-440. 2013.
- [43] Verdot C, Godin-Blandeau E, Gremy I, Develay AE. Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad. Eur J Public Health 2014 Sep 9.

Annexes

Annexe 1 : Éléments de méthode concernant les différents volets de l'état des lieux

Annexe 1.1 : Éléments de méthode concernant le volet « bibliographique »

« État des connaissances » sur la santé des personnes détenues

L'objectif étant de dresser un panorama le plus complet possible de l'état de santé des personnes détenues et des besoins sanitaires de cette population, une recherche bibliographique a été mise en œuvre à partir de la base de données Scopus (incluant la base Pubmed). Ce travail a été complété d'une recherche sur la Banque de données en santé publique (BDSP) et les sites gouvernementaux internationaux, afin d'obtenir, en plus des articles scientifiques, des données provenant de la littérature grise. Cette revue, restreinte aux publications de langue française et anglaise, a couvert la période du 1^{er} janvier 2000 au 1^{er} septembre 2012. Treize thématiques de santé ont été sélectionnées sur la base de critères de santé publique et dont l'inclusion à un système de surveillance de la santé des personnes détenues pouvait être pertinente : fréquence élevée en population générale, fréquence élevée attendue en prison, nécessité d'une prise en charge spécifique, préoccupation exprimée par le corps médical, présence de données comparatives en population générale.

Les 13 thématiques listées ci-dessous ont ainsi été retenues :

- les maladies chroniques et les cancers ;
- les maladies infectieuses ;
- la santé bucco-dentaire ;
- les addictions ;
- la santé mentale ;
- les conduites suicidaires ;
- le handicap et les déficiences ;
- les troubles digestifs ;
- les pathologies ostéoarticulaires ;
- la dermatologie ;
- les pathologies génito-urinaires ;
- les traumatismes ;
- la mortalité.

Chacune de ces thématiques a fait l'objet d'une recherche spécifique dans Scopus. Cette recherche a de plus été enrichie d'une recherche centrée sur les revues de littérature et méta-analyses qui, en couvrant un grand nombre d'études, produisent des données plus aisément généralisables et d'une portée plus robuste. Au total, sur les 5 000 références obtenues, 277 ont été retenues et 83 finalement incluses à la revue, selon un processus classique (lecture de résumés, rédaction de fiches de lecture, sélection sur la base de critères prédéfinis : date de publication, eue égard à la période couverte par la revue de littérature, pays, type d'étude, type d'échantillonnage (représentatif de la population carcérale), etc.).

« Dispositifs de surveillance » sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger

L'objectif de cette seconde partie du volet « bibliographique » était de recenser et d'examiner les expériences étrangères en matière de surveillance et de suivi de la santé des personnes incarcérées.

Cette recherche s'est centrée sur des pays présentant des caractéristiques carcérales et des profils sociodémographiques relativement comparables à ceux de la France (permettant d'envisager une éventuelle « transposition » des dispositifs recensés au contexte français) et bénéficiant d'une certaine visibilité quant aux informations recherchées (accessibilité *via* le web, informations disponibles en langue anglaise ou française).

L'analyse a ainsi porté sur 15 pays (Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, États-Unis, Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse) avec une recherche d'informations, pour chaque dispositif de surveillance mis en œuvre et/ou enquête épidémiologique nationale recensés, concernant :

- l'objectif poursuivi ;
- la ou les thématique(s) de santé couverte(s) ;
- la périodicité du recueil ;
- la population cible (profil, représentativité et méthode d'échantillonnage) ;
- la méthode employée (outils utilisés, mode de passation ou de collecte des données).

La recherche de ces différentes informations s'est appuyée sur une triple approche associant :

- a) une recherche principale *via* internet, par consultation directe des sites officiels nationaux (gouvernements, ministères chargés de la santé et de la justice) et internationaux (organisations internationales, OMS, Conseil de l'Europe), traitant de la question de la santé en milieu carcéral ;
- b) une recherche bibliographique réalisée à partir de la base de données Scopus afin d'identifier des publications scientifiques faisant référence à des enquêtes épidémiologiques nationales non mentionnées sur les sites internet précédemment enquêtés ;
- c) une recherche d'information réalisée directement auprès de plusieurs correspondants étrangers afin d'obtenir si nécessaire des renseignements supplémentaires et actualisés quant à l'organisation et la surveillance de la santé en milieu carcéral au sein de leur pays. Cette étape n'a concerné que les pays européens pour lesquels l'information était plus difficilement accessible en comparaison des pays de l'Amérique du Nord et de l'Océanie pour lesquels l'ensemble des informations est disponible sur un site web bien identifié (site ministériel). Ces correspondants ont été identifiés grâce à leur participation au projet « Health in Prison Project » (HIPP) de l'OMS-Europe ou du projet EUPRIS de la Commission européenne (EUPRIS : « Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome », 2007). Ces personnes ont été contactées par e-mail ou rencontrées directement lors de la réunion du « Network Meeting on Prison and Health » organisée par l'OMS les 11 et 12 octobre 2012 à Copenhague (Danemark).

Annexe 1.2 : Éléments de méthode concernant le volet « étude de faisabilité »

Pour nourrir la réflexion sur les modalités de recueil à envisager pour un dispositif de surveillance, une étude exploratoire a été mise en œuvre entre le 20 mai et le 15 septembre 2013. Elle visait à examiner la possibilité d'étendre l'étude Prévacar à d'autres champs thématiques (dont les maladies chroniques et la pathologie psychiatrique)²⁵ et donc à apprécier la possibilité de développer un dispositif de surveillance épidémiologique pérenne et multithématique, basé sur un recueil à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

Pour répondre à ces questions, cette étude à visée descriptive et qualitative avait pour objectifs 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) ;
- 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.

La mise en œuvre de cette étude a mobilisé deux types de recueil complémentaires :

- des entretiens menés avec les médecins responsables des US de 11 établissements pénitentiaires choisis de façon raisonnée de façon à pouvoir refléter la diversité des situations, en termes de types d'établissements (taille, ancienneté, structure de soins sur place ou à proximité (SMPR, UHSI)) et de populations détenues (sexe, peines de courte, moyenne ou longue durée) ;
- l'analyse d'un échantillon d'environ 300 dossiers médicaux de personnes détenues tirées au sort de façon stratifiée, dans ces 11 établissements, sur le sexe et l'âge, avec une surreprésentation des femmes et des personnes âgées de 50 ans et plus.

Le recueil de données à partir des dossiers médicaux de personnes détenues a fait l'objet d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), sous le numéro de déclaration 912399.

La fiche de recueil élaborée dans ce cadre couvre le même éventail de thématiques de santé que celui défini pour la revue de littérature (les conduites addictives, les pathologies psychiatriques, les maladies infectieuses, les maladies chroniques, les pathologies ostéo-articulaires, digestives, dermatologiques, les traumatismes, le bucco-dentaire, etc.).

Cette fiche a été structurée selon deux moments d'observation : informations relevées à l'entrée dans l'établissement (lors de la visite médicale d'entrée) et en cours de détention lors des 12 derniers mois précédant le jour de l'enquête.

Les personnes détenues ont été informées de ce recueil par l'affichage d'une note d'information collective (traduite en 6 langues) apposée dans des lieux passants au sein des établissements pénitentiaires concernés. Cette note précisait le droit des personnes détenues de ne pas participer à l'étude ainsi que les modalités de l'exercice de ce droit.

Le recueil de données porte donc sur :

- la réalisation des 11 entretiens menés auprès des médecins responsables des US ;
- l'analyse des dossiers médicaux de 306 personnes détenues (au lieu des 330 attendues). Cet écart est dû 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. L'échantillon obtenu assure néanmoins une surreprésentation des femmes (N=81 soit 27 % de l'échantillon au lieu des 28 % initialement prévus) et des personnes âgées de 50 ans et plus qui représentent 46 % de l'échantillon total et respectivement 43 % des femmes et 48 % des hommes (au lieu des 50 % attendus pour les deux sexes).

Par ailleurs, comme attendu (du fait des critères de sélection des établissements pénitentiaires retenus pour l'étude), environ la moitié (49 %) des personnes tirées au sort et dont le dossier médical a été examiné était incarcérée dans un établissement pour peine (centre de détention (CD), quartier centre de détention (QCD), ou maison centrale (MC)), 52 % dans un établissement construit avant 1990, environ un tiers dans un établissement de taille inférieure à 500 places²⁶, et 44 % dans un établissement avec un SMPR sur place et 38 % dans un établissement situé à proximité immédiate d'une UHSI²⁷.

²⁵ À noter, que l'enquête Prévacar (dont l'objectif était de déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des TSO) a fait appel à un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues et qu'au-delà des résultats de prévalence fournis par cette étude, les auteurs ont conclu à la faisabilité de ce type d'enquêtes, en milieu carcéral, à l'échelle nationale, tout en faisant l'hypothèse par ailleurs d'une extension possible à d'autres pathologies (notamment aux maladies chroniques et à la pathologie psychiatrique) [41].

²⁶ Le nombre de places fait référence au nombre de places théoriquement disponibles au sein des établissements pénitentiaires (nombre de places opérationnelles) sans tenir compte de la surpopulation éventuelle.

²⁷ Située dans l'établissement de rattachement ou dans un rayon de 50 km de l'établissement pénitentiaire.

Annexe 1.3 : Éléments de méthode concernant le volet « attentes et besoins »

Pour compléter les investigations et guider les orientations à privilégier pour un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées (thématiques de santé importantes à surveiller, mode opérationnel à envisager, etc.), un recueil de l'avis des acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues (professionnels de santé exerçant en milieu carcéral, institutions, tutelles) a été réalisé. Il s'agissait de s'assurer, du point de vue de ces acteurs, de la pertinence (utilité, besoins perçus en données épidémiologiques et en termes de thématiques à couvrir), de leur adhésion (intérêt) et de la faisabilité (freins, facteurs) d'un tel dispositif.

Il s'est ainsi agi d'interroger les personnes impliquées dans le champ de la santé des personnes détenues sur :

- les besoins perçus en matière de surveillance épidémiologique en milieu carcéral (thématiques de santé préoccupantes en milieu carcéral, connaissances à développer, populations spécifiques à suivre...) ;
- l'intérêt de la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées ;
- l'organisation possible et la faisabilité de la mise en œuvre d'un tel dispositif (modalité à privilégier, périodicité, conditions de participation des professionnels de santé, freins et leviers au développement d'une telle surveillance, etc.).

Pour explorer ces trois dimensions, une approche qualitative a été adoptée. Celle-ci a reposé sur trois types de recueil complémentaires mobilisant des méthodologies quelque peu différentes :

a) « Enquête par questionnaires_médecins US »

Une enquête par questionnaire a été menée auprès des médecins responsables des US d'un échantillon représentatif de 43 établissements pénitentiaires (différents de ceux sélectionnés pour l'« étude de faisabilité ») tirés au sort de façon stratifiée sur le type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, centre pénitentiaire et maison centrale) et sur la taille (<150 ; 150-499, ≥500 places disponibles²⁸).

Le questionnaire élaboré comportait une vingtaine de questions (pour une durée de remplissage estimée à 10 mn), la plupart étant fermées (seules 3 questions étaient ouvertes). Il a été adressé par e-mail le 20 mai 2013 aux médecins responsables des US des 43 établissements pénitentiaires sélectionnés avec un délai de réponse limité à 4 semaines.

Sur les 43 médecins responsables d'US sollicités, 34 ont renvoyé le questionnaire rempli ce qui correspond à un taux de participation de 79 %.

Il est fait référence dans le document à l'« Enquête par questionnaires_médecins US ».

b) « Enquête par entretiens_médecins US »

Des entretiens semi-directifs, d'une durée d'environ une heure, ont été menés auprès des médecins responsables des 11 unités sanitaires retenues dans le cadre de l'« étude de faisabilité ». Ces entretiens se sont déroulés durant la période de recueil de données de l'étude, c'est-à-dire entre le 20 mai et le 15 septembre 2013.

Il est fait référence dans le document à l'« Enquête par entretiens_médecins US ».

c) « Enquête par entretiens_acteurs »

Des entretiens supplémentaires ont été menés auprès d'autres acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues (représentants des institutions, tutelles, associations de professionnels, contrôleur général des lieux de privation de liberté).

Au total, 17 personnes appartenant à 11 instances et/ou institutions et/ou associations de professionnelles ont été rencontrées entre le 15 février et 30 mars 2014. Ce panel d'acteurs rassemblait : les membres du comité de pilotage²⁹ (incluant des professionnels du champ de la santé en milieu carcéral), ainsi que des représentants de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et l'Observatoire international des prisons (OIP).

Il est fait référence dans le document à l'« Enquête par entretiens_acteurs ».

Les deux premiers recueils intéressent les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral, ce qui permet d'appréhender leur point de vue sur la question en sachant qu'ils seront potentiellement, voire directement, concernés par la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance. Le troisième recueil intéresse pour sa part les acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes détenues. Leur point de vue est également important car ils sont concernés par l'utilisation, à un niveau national, de données épidémiologiques que pourrait produire de façon régulière un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues.

²⁸ La taille correspond au nombre de places théoriques disponibles au sein des établissements pénitentiaires (nombre de places opérationnelles) sans tenir compte de la surpopulation éventuelle.

²⁹ Pour mémoire, le comité de pilotage comprenait des représentants institutionnels (DGOS, DGS), des représentants des associations de professionnels exerçant en milieu carcéral (APSEP, ASPMP), des professionnels exerçant en milieu carcéral (trois praticiens hospitaliers exerçant respectivement au sein d'une US, d'une UHSI, UHSA) et des personnes qualifiées (OFDT, Inserm, Ined).

Annexe 1.3.1 : Questionnaire adressé aux médecins des US dans le cadre du volet « attentes et besoins »

Questionnaire sur les attentes des professionnels et la faisabilité de la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance épidémiologique en milieu carcéral

Pour pouvoir répondre au questionnaire, veuillez à activer les macros

Informations générales

Vous exercez au sein d'une unité sanitaire en : *(Merci de cocher la case correspondante)*

☐ Maison d'arrêt ☐ Centre de détention ☐ Maison centrale ☐ Centre pénitentiaire

L'établissement dans lequel vous exercez accueille : *(Merci de cocher la case correspondante)*

☐ Moins de 150 personnes détenues

☐ De 150 à 500 personnes détenues

☐ Plus de 500 personnes détenues

Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

Vous exercez en milieu carcéral : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel

Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ?

Intérêt et faisabilité de la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique en milieu carcéral

1. Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils ?

☐ Informatisés ☐ Sous format papier ☐ Les deux

2. Avez-vous la possibilité d'effectuer des statistiques sur les données médicales dont vous disposez ?

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

✓ Si oui, vous arrive-t-il de réaliser de telles statistiques ?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Périodiquement ☐ Souvent

3. Avez-vous développé ou utilisez-vous des outils standardisés dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

✓ Si oui, ces outils standardisés concernent : *(Cochez la (les) case(s) correspondante(s))*

- | | |
|---|--------------------------|
| - Une fiche de consultation d'entrée | ☐ |
| - Un outil d'évaluation des consommations addictives | ☐ |
| - Un outil diagnostic en santé mentale | ☐ |
| - Un outil d'évaluation des besoins de prise en charge (du type grille AGGIR) | ☐ |
| - Autres | ☐ |

=> Merci de préciser quels sont les outils utilisés

✓ Si non, seriez-vous favorable au fait d'utiliser de tels outils standardisés dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

4. Quelles sont les thématiques de santé qui vous préoccupent le plus en milieu carcéral ?
Classez vos réponses de 1 (préoccupation la plus importante) à 12 (préoccupation la moins importante)

- | | |
|--|-------------------------|
| Les maladies infectieuses | La santé bucco-dentaire |
| Les troubles psychiatriques | Les traumatismes |
| Les conduites suicidaires | Le recours aux soins |
| Les addictions | Les traitements |
| Les limitations fonctionnelles/handicaps | |
| Les maladies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, diabète, cancer, ostéo-articulaires...) | |
| Les comportements à risques (conduites violentes, automutilations, tatouage, piercing...) | |
| Autres (<i>Précisez</i>) | |

5. Quelles sont, selon vous, les données qui manquent aujourd'hui vis-à-vis de la connaissance et du suivi de la santé des personnes incarcérées ?

6. Jugez-vous utile la production régulière de données épidémiologiques actualisées sur la santé des personnes incarcérées ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

✓ Si oui, ces données vous sont utiles pour : (*Cochez la (les) case(s) correspondante(s)*)

- | | |
|--|--------------------------|
| Connaître l'importance des difficultés de santé en détention | ☐ |
| Déterminer la nature des besoins de santé de la population carcérale | ☐ |
| Situer l'état de santé de la population de votre établissement au regard de la situation nationale | ☐ |
| Adapter la prise en charge et l'offre de soins de votre unité sanitaire | ☐ |
| Évaluer l'impact de la détention sur l'état de santé de la population carcérale | ☐ |
| Autres (<i>Précisez</i>) | ☐ |

7. Seriez-vous favorable à la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance spécifique de la santé des personnes incarcérées permettant le suivi et la production régulière de données épidémiologiques ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

8. Seriez-vous davantage favorable à : (*Cochez votre ou vos réponse(s)*)

- | | |
|---|--------------------------|
| – Un dispositif de surveillance en routine réalisé par extraction de données à partir de dossiers médicaux informatisés | ☐ |
| – La réalisation d'une enquête de santé périodique réalisée par des enquêteurs indépendants sur la base d'entretiens menés auprès des personnes détenues | ☐ |
| – La réalisation d'une enquête de santé périodique réalisée par les médecins des unités sanitaires via le remplissage d'une fiche de recueil de données médicales par patient | ☐ |
| – L'utilisation de fiches de renseignements à faire remonter régulièrement par les médecins des unités sanitaires (concernant par exemple le nombre de cas recensés pour certaines pathologies, les modalités de prise en charge, le nombre de patients suivis ou sous traitement...) | ☐ |
| – Autres (<i>Précisez</i>) | ☐ |

9. Quels seraient selon vous les principaux freins au développement d'un tel dispositif de surveillance ?

10. N'hésitez pas à nous faire part de tous commentaires, remarques ou suggestions complémentaires sur la question de la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées

Nous vous remercions de votre participation

**N'oubliez pas d'enregistrer le document sous un autre nom afin de valider vos réponses.
Merci de retourner ce questionnaire rempli à l'adresse suivante : XXXX@XXXX.fr**

Annexe 1.3.2 : Guide d'entretien des interviews réalisées dans le cadre du volet « attentes et besoins » auprès des professionnels de santé et des acteurs impliqués dans le champ de la santé des personnes incarcérées

Objectif de l'entretien

L'objectif de cet entretien est d'évoquer avec vous les enjeux actuels et futurs autour de la santé en milieu pénitentiaire afin, notamment d'identifier **les thématiques « santés » qui y sont préoccupantes, celles pour lesquelles il n'y a pas ou peu de données** et ce que vous pensez d'un éventuel dispositif de suivi épidémiologique de la santé en milieu pénitentiaire – sa faisabilité, les facteurs facilitant et les freins à sa mise en œuvre éventuelle.

I. Thématiques de santé importantes en milieu carcéral

1. À votre avis, quels sont les problèmes de santé les plus préoccupants actuellement en milieu carcéral ? pour quelles raisons ?
2. Y a-t-il des problèmes de santé en détention qui vous semblent peu connus (ou dont on parle peu) mais qui vous semblent pourtant préoccupants (préoccupants pour quelles raisons) ? lesquels ?
3. À votre avis, la population des femmes, des mineurs ou celle des personnes âgées présentent-elles des problèmes de santé particuliers, lesquels ?

II. Connaissance de la santé des personnes incarcérées

4. Jugez-vous utile la production régulière de données épidémiologiques actualisées sur la santé des personnes incarcérées ?
5. À votre avis, en quoi cela vous (et/ou) serait-il utile ?
6. Quels sont, selon vous, les problèmes de santé, non ou insuffisamment explorés à ce jour concernant la santé des personnes détenues ?

III. Dispositif de surveillance

L'analyse des dispositifs de surveillance de la santé des personnes détenues existant à l'étranger a montré que peu de pays, 4 sur les 15 étudiés (États-Unis, Australie, Canada, Belgique), avait développé depuis plusieurs années un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues couvrant plusieurs thématiques de santé, **ce dernier permettant ainsi de produire et de suivre d'un point de vue épidémiologique la santé des personnes détenues**. Deux orientations se distinguent selon qu'ils existent ou non un système d'informatisation des dossiers médicaux des personnes détenues :

- Au Canada et en Belgique (dossier médical des personnes détenues informatisé), un recueil de données continu à l'entrée et en détention a été mis en place, s'appuyant sur une standardisation des données collectées et la constitution d'une base de données par extraction de données ;
 - Aux États-Unis et en Australie (dossier médical des personnes détenues non informatisé), des enquêtes santé en population carcérale ont été mises en place de façon régulière (tous les 5/7 ans depuis la fin des années 1980 aux États-Unis et tous les ans depuis 2009 en Australie) selon des modalités différentes (enquêtes indépendantes versus ou recueil réalisé par les médecins exerçant en milieu carcéral).
7. Seriez-vous favorable à la mise en place d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues en France ?
 - 7.1 Si oui, à votre avis, quelle modalité de recueil serait à privilégier, pourquoi ?
 - 7.2 Quels seraient selon vous les principaux facteurs favorisant le développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues ?
 - 7.3 Quels seraient selon vous les principaux freins au développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues ?
 8. Compte tenu de la faisabilité à court et à moyen terme d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues, quelles alternatives envisager ?
 9. Si on souhaitait donner la priorité à une à deux pathologies/thématiques de santé, à votre avis la(es)quelle(s) faudrait-il choisir dans un premier temps ?
 10. Avez-vous des commentaires, remarques ou suggestions complémentaires en matière de surveillance de la santé des personnes incarcérées ?

Annexe 2 : Principaux résultats relatifs à l'« état des connaissances »

Tableau 2.1 : Principales prévalences des thématiques de santé bien documentées

SANTÉ MENTALE						
Étude/Référence	Pays	Psychose		Syndrome dépressif		
Fazel & Seewald (2012) ***	Méta-analyse	F : 3,9 % H : 3,6 %		F : 14,1 % H : 10,2 %		
Binswanger, <i>et al.</i> (2010)**	États-Unis (jails)	F : 6 % H : 4,4 %		F : 35,5 % H : 17,4 %		
ADDICTIONS						
		Tabac		Alcool		Drogues
Australian Institute of Health and Welfare (2011)*	Australie	74 %		Usage abusif 58 %		Usage abusif 66 %
Binswanger, <i>et al.</i> (2010)**	États-Unis (jails)	na	Usage abusif	F : 36,9 % H : 47,9 %	Usage abusif	F : 59,3 % H : 52,7 %
			Dépendance	F : 18,9 % H : 23,3 %	Dépendance	F : 47,7 % H : 35,5 %
Fazel, <i>et al.</i> (2006)**	Méta-analyse	na	Usage abusif	F : 10-23,9 % H : 17,7-30 %	Usage abusif	F : 30,3-60,4 % H : 10-48 %
MALADIES INFECTIEUSES						
		VIH		VHC		Autres
Kouyoumdjian (2012)**	Méta-analyse	na		na		Chlamydia 5,68 % Gonorrhée 1,5 % Syphilis 0,69 %
Gough, <i>et al.</i> (2010)***	Méta-analyse	2,1 %		30,6 %		na
Wilper, <i>et al.</i> (2009)**	États-Unis	0,9-1,7%		na		na

na : données non disponibles ; * Prévalences chez les entrants ; ** Données en cours de détention ; *** Les deux
Source : BEH 35-36_5 novembre 2013 [42]

Tableau 2.2 : Principales prévalences des thématiques de santé moyennement documentées

MALADIES CHRONIQUES (moyennement documentées)						
Étude/Référence	Pays	Asthme	HTA	Diabète	Maladies cardio-vasculaires	Cancer
Australian Institute of Health and Welfare (2011)*	Australie	12 %	na	4 %	5 %	<1 %
Binswanger, <i>et al.</i> (2010)**	États-Unis (jails)	F : 24,4 % H : 13,9 %	F : 21,9 % H : 17,3 %	F : 6,5 % H : 3,2 %	F : 11,4 % H : 8,6 %	F : 8,3 % H : 1,1 %
Wilper, <i>et al.</i> (2009)**	États-Unis	7,7 à 9,8 %	27,9 à 30,8 %	8,1 à 10,1 %	2,1 à 5,7 % ⁽¹⁾	na

na : données non disponibles ; * Prévalences chez les entrants ; ** Données en cours de détention

⁽¹⁾ Antécédents d'infarctus du myocarde

Source : BEH 35-36_5 novembre 2013 [42]

Tableau 2.3 : Principales prévalences des thématiques de santé peu documentées

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ (peu documentés)							
		Dermatologie	Problèmes ostéo- articulaires	Problèmes bucco- dentaires	Troubles digestifs	Traumatismes	Déficiences
Australian Institute of Health and Welfare (2011)*	Australie	na	8 %	na	na	39 % ⁽¹⁾	na
Binswanger, <i>et al.</i> (2010)**	États-Unis (jails)	na	F : 20,2 % H : 12,7 %	na	na	na	na
Marushak, <i>et al.</i> (2006)**	États-Unis	na	F : 19,4 % H : 12 %	F : 28,7 % H : 25,2 %	na	F : 10 % H : 14 %	F : 38,7 % H : 36,3 %
Desesquelles (2005)**	France	na	na	na	na	na	67,8 %
Baillargeon, <i>et al.</i> (2000)***	États-Unis (Texas)	2,4 %	3,5 %	na	5,9 %	na	na

na : données non disponibles ; * Prévalences chez les entrants ; ** Données en cours de détention ; *** Les deux
⁽¹⁾ Antécédents de traumatismes crâniens avec perte de connaissance

Source : BEH 35-36_5 novembre 2013 [42]

Annexe 3 : Principaux résultats relatifs aux « dispositifs de surveillance à l'étranger »

Tableau 3.1 : Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales au sein des 15 pays étudiés

Pays	Dispositifs pérennes de surveillance	Enquêtes nationales ponctuelles et/ou répétées
Australie	Enquête annuelle multithématique (depuis 2009)	HIV, HBV, HVC, comportements à risques (2004, 2007)
Belgique	Recueil standardisé et informatisé multithématique (depuis 2010)	Maladies infectieuses (1997) Recours aux soins (2005)
Canada	Recueil standardisé et informatisé multithématique (depuis 2010) Surveillance des maladies infectieuses (depuis 2000)	Santé mentale (1988) Santé multithématique (1995) Maladies infectieuses (2007)
Danemark	-	-
Finlande	-	Santé multithématique (1985, répétées en 1992 et 2006) Santé multithématique (2002) Santé mentale (date inconnue)
France	-	Santé des entrants en détention (1997, répétées en 2003) Handicap, incapacité, dépendance (2001) Santé mentale (2001; 2004) HIV, HCV et traitement de substitution aux opiacées (2010)
Allemagne	-	-
Italie	Surveillance des toxicomanies et des maladies infectieuses (arrêt en 2002)	Santé multithématique (2005)
Pays-Bas	Monitoring of mental health and addictions (since 2003)	-
Nouvelle-Zélande	Enquête bisannuelle incluant certaines données de santé (depuis 1987)	Santé mentale (1999) Santé globale (2005)
Norvège	-	Conditions de vie (2003) Santé multithématique (2004) Santé multithématique (2005) Recours aux soins (2006 ; 2009)
Espagne	-	-
Suisse	Surveillance des maladies infectieuses (depuis 2008)	-
Royaume-Uni	Surveillance des maladies infectieuses (depuis 2002)	Santé multithématique (1994) Santé mentale (1998) Santé des femmes (2006) Santé et évaluation des besoins (2008)
États-Unis	Enquête santé multithématique (tous les 5/7 ans; depuis 1974)	-

Source : European Journal of Public Health, first published online September 9, 2014 [43]

Annexe 4 : Principaux résultats relatifs à l'« étude de faisabilité »

Tableau 4.1 : 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/QCDI/MC	hommes	femmes	<50 ans	>=50 ans	
Antécédents**		N=153 n(%)	N=146 n(%)	N=222 n(%)	N=77 n(%)	N=161 n(%)	N=138 n(%)	N=299*** n(%)
Antécédents médicaux	R*	138 (90 %)	122 (84 %)	189 (85 %)	71 (92 %)	138 (86 %)	122 (88 %)	260 (87 %)
	NR*	15 (10 %)	24 (16 %)	33 (15 %)	6 (8 %)	23 (14 %)	16 (12 %)	39 (13 %)
Antécédents chirurgicaux	R	129 (84 %)	116 (79 %)	179 (81 %)	66 (86 %)	130 (81 %)	115 (83 %)	245 (82 %)
	NR	24 (16 %)	30 (21 %)	43 (19 %)	11 (14 %)	31 (19 %)	23 (17 %)	54 (18 %)
Antécédents familiaux	R	66 (43 %)	70 (48 %)	97 (44 %)	39 (50 %)	70 (43 %)	66 (48 %)	136 (45 %)
	NR	88 (57 %)	76 (52 %)	125 (56 %)	39 (50 %)	92 (57 %)	72 (52 %)	164 (55 %)
Antécédents psychiatriques	R	76 (49 %)	83 (57 %)	135 (61 %)	24 (31 %)	88 (54 %)	71 (51 %)	159 (53 %)
	NR	60 (39 %)	63 (43 %)	74 (33 %)	49 (63 %)	63 (39 %)	60 (43 %)	123 (41 %)
	Nsp**	18 (12 %)	0	13 (6 %)	5 (6 %)	11 (7 %)	7 (5 %)	18 (6 %)
Traitement en cours	R	105 (69 %)	109 (75 %)	169 (76 %)	45 (58 %)	113 (70 %)	101 (73 %)	214 (72 %)
	NR	48 (31 %)	37 (25 %)	53 (24 %)	32 (42 %)	48 (30 %)	37 (27 %)	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	R	143 (94 %)	126 (86 %)	201 (91 %)	68 (87 %)	149 (93 %)	120 (87 %)	269 (90 %)
	NR	9 (6 %)	21 (14 %)	20 (9 %)	10 (13 %)	12 (7 %)	18 (13 %)	30 (10 %)
Alcool	R	139 (91 %)	128 (87 %)	203 (92 %)	64 (82 %)	146 (91 %)	121 (88 %)	267 (89 %)
	NR	13 (9 %)	19 (13 %)	18 (8 %)	14 (18 %)	15 (9 %)	17 (12 %)	32 (11 %)
Drogues	R	126 (83 %)	117 (80 %)	184 (83 %)	59 (75 %)	134 (83 %)	109 (79 %)	243 (81 %)
	NR	26 (17 %)	30 (20 %)	37 (17 %)	19 (25 %)	27 (17 %)	29 (21 %)	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	R	142 (92 %)	119 (82 %)	198 (89 %)	63 (81 %)	142 (88 %)	119 (86 %)	261 (87 %)
	NR	12 (8 %)	27 (18 %)	24 (11 %)	15 (19 %)	20 (12 %)	19 (14 %)	39 (13 %)
Taille	R	125 (81 %)	105 (72 %)	185 (83 %)	45 (58 %)	130 (80 %)	100 (72 %)	230 (77 %)
	NR	29 (19 %)	41 (28 %)	37 (17 %)	33 (42 %)	32 (20 %)	38 (28 %)	70 (23 %)
IMC	R	31 (20 %)	19 (13 %)	43 (19 %)	7 (9 %)	32 (20 %)	18 (13 %)	50 (17 %)
	NR	123 (80 %)	127 (87 %)	179 (81 %)	71 (91 %)	130 (80 %)	120 (87 %)	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 (%)
	R	30 (19 %)	76 (52 %)	101 (45 %)	5 (6 %)	56 (35 %)	50 (36 %)	106 (35 %)
	NR	124 (81 %)	70 (48 %)	121 (55 %)	73 (94 %)	106 (65 %)	88 (64 %)	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 (%)
	R	93 (61 %)	68 (47 %)	105 (48 %)	56 (73 %)	91 (56 %)	70 (51 %)	161 (54 %)
	NR	60 (39 %)	76 (53 %)	115 (52 %)	21 (27 %)	70 (44 %)	66 (49 %)	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 (%)
	R	84 (56 %)	69 (48 %)	100 (46 %)	53 (69 %)	89 (55 %)	64 (48 %)	153 (52 %)
	NR	67 (44 %)	75 (52 %)	118 (54 %)	24 (31 %)	72 (45 %)	70 (53 %)	142 (48 %)

* R : renseigné ; NR : non renseigné

** 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)

Source : tableau issu du rapport relatif à l'étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral [23]

Tableau 4.2 : 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 dossiers médicaux		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	R*	93 (84 %)	75 (88 %)	125 (83 %)	43 (95 %)	98 (83 %)	70 (91 %)	168 (86 %)
	NR*	17 (16 %)	10 (12 %)	25 (17 %)	2 (5 %)	20 (17 %)	7 (9 %)	27 (14 %)
Durée	R	31 (28 %)	23 (27 %)	50 (33 %)	4 (9 %)	23 (20 %)	31 (40 %)	54 (28 %)
	NR	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	R	19 (31 %)	15 (31 %)	30 (33 %)	4 (22 %)	16 (24 %)	18 (42 %)	34 (31 %)
	NR	42 (69 %)	33 (69 %)	61 (67 %)	14 (78 %)	50 (76 %)	25 (58 %)	75 (69 %)
6 verres (au cours du même événement)	R	2 (3 %)	1 (2 %)	3 (3 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	1 (2 %)	3 (3 %)
	NR	59 (97 %)	47 (98 %)	88 (97 %)	18 (100 %)	64 (97 %)	42 (98 %)	106 (97 %)
Dans les 2 heures suivant le réveil	R	4 (6 %)	0 (0 %)	4 (4 %)	0 (0 %)	4 (6 %)	0 (0 %)	4 (4 %)
	NR	57 (94 %)	48 (100 %)	87 (96 %)	18 (100 %)	62 (94 %)	43 (100 %)	105 (96 %)

* R : renseigné ; NR : non renseigné

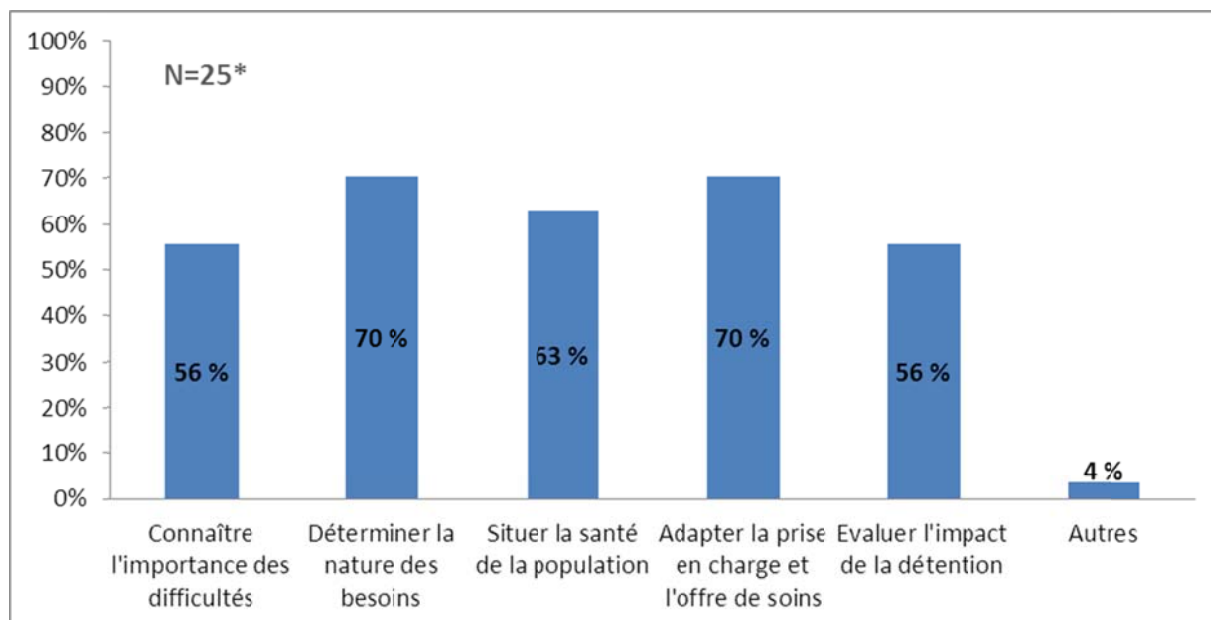
** Dénominateur correspondant au nombre de personnes repérées comme étant fumeurs dans les dossiers médicaux.

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

Source : tableau issu du rapport relatif à l'étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral [23]

Annexe 5 : Principaux résultats relatifs au volet « attentes et besoins »

Figure 5.1 : Raisons de l'utilité de la production régulière de données épidémiologiques en milieu carcéral (« Enquête par questionnaires_médecins US »)



* Le dénominateur correspond au nombre de médecins responsables d'US ayant participé à l'enquête par questionnaire (« Enquête par questionnaires_médecins US ») et ayant répondu à la question relative à l'utilité de la production régulière de données épidémiologiques en milieu carcéral (il s'agissait d'une question fermée à choix multiples).

Nb : la réponse « Autres » invoquée fait référence au fait de : « Valoriser le traitement effectué en prison sur la base de l'égalité d'accès aux soins (sans données pas de comparaison) ».

Encadré 5.1 : Raisons de l'utilité de la production régulière de données épidémiologiques en milieu carcéral (« Enquête par entretiens_médecins US » et « Enquête par entretiens_acteurs »)

Utilité de portée nationale « Enquête par entretiens_médecins US » et « Enquête par entretiens_acteurs » ^a	
Connaître l'état de santé de la population carcérale	Comparer l'état de santé de la population carcérale
« Mettre à jour les connaissances sur l'état de santé de la population carcérale » « Obtenir une mise à jour des connaissances » « Prendre du recul sur la pathologie en milieu carcéral et avoir une vision globale : des fois on pense à propos d'un cas particulièrement compliqué que c'est un problème important en prison alors qu'en fait à l'échelle de la population carcérale cela représente peu » « Faire un véritable état des lieux des pathologies »	« À la population générale » « À la population générale mais en ajustant sur les facteurs de risques (sur l'âge le sexe et les facteurs socio-culturels et économiques, etc.) pour comparer ce qui est comparable » « À des groupes de population présentant d'autres facteurs de risque : les personnes détenues sont peut-être en meilleure santé que d'autres groupes à risque, comme la population rurale et isolée »
Déterminer la nature des besoins de la population carcérale	Évaluer l'impact de la détention sur la santé des personnes incarcérées
« Mettre en évidence des problèmes particuliers de santé » « Connaître la pathologie mentale en prison » « Mettre en évidence des groupes de population à risque particulier » « Hygiène de vie et pathologies dermatologiques » « Les problèmes digestifs sont fréquents en détention en raison notamment du fait qu'il n'existe pas d'intimité pour l'utilisation des toilettes »	« Déterminer les effets pathogènes de la détention ; analyser l'impact de la détention sur la santé mentale, sur la prégnance de la violence et des agressions (traumatismes) » « Par exemple les longues peines conduiraient à augmenter les maladies cardio-vasculaires en raison en particulier de la sédentarité, de l'alimentation peu saine et du tabagisme » « Apprécier le rôle (positif ou négatif) de la détention sur la consommation de produits psychoactifs (...) la prison pourrait-elle représenter l'opportunité de la mise en œuvre d'une vraie prise en charge (addictions) » « Produire des données sur les sortants de prison ; en maison d'arrêt il est très difficile de mettre en évidence ce qui se passe entre l'entrée et la sortie ; quel impact sur l'état général, l'alimentation, l'activité physique, le tabac, sur le plan psy... ? »
Utilité de portée nationale Spécificités de l'« Enquête par entretiens_acteurs » ^b	
Adaptation des politiques publiques (politique de santé et de l'offre de soins ; politiques pénales ; politique relative aux conditions de détention)	
« Pour proposer des pistes d'amélioration de l'offre de soins » « Des données sur la santé mentale permettraient de questionner la politique pénale actuelle (cf. atténuation de la responsabilité pénale) mais aussi pourraient conduire à faire évoluer la politique de suspension de peine pour des raisons psychiatriques » « Des données sur la dépendance et le handicap peuvent conduire à développer une prise en charge en détention plus adaptée (augmenter le nombre en auxiliaires de vie) ; cela peut aussi éclairer la politique pénale et celle relative à la suspension de peine » « Pour les urgences (malaises cardio-vasculaires, personnes vieillissantes, etc.) : absence de boutons dans les cellules pour appeler à l'aide dans les prisons hors plan 1990, il y a une vraie angoisse »	

^a Cette partie de tableau regroupe des extraits d'entretiens menés avec les médecins responsables des US (« Enquête par entretiens_médecins US ») ou avec les acteurs (« Enquête par entretiens_acteurs »). Elle renvoie aux éléments ayant été énoncés de façon convergente par les uns et les autres.

^b Cette partie de tableau regroupe des extraits d'entretiens menés avec les acteurs « Enquête par entretiens_acteurs ». Elle renvoie à des éléments ayant été spécifiquement développés par les acteurs rencontrés au cours des entretiens.

Utilité à l'échelle des pratiques sur le terrain
Spécificités de l'« Enquête par entretiens_médecins US »^c

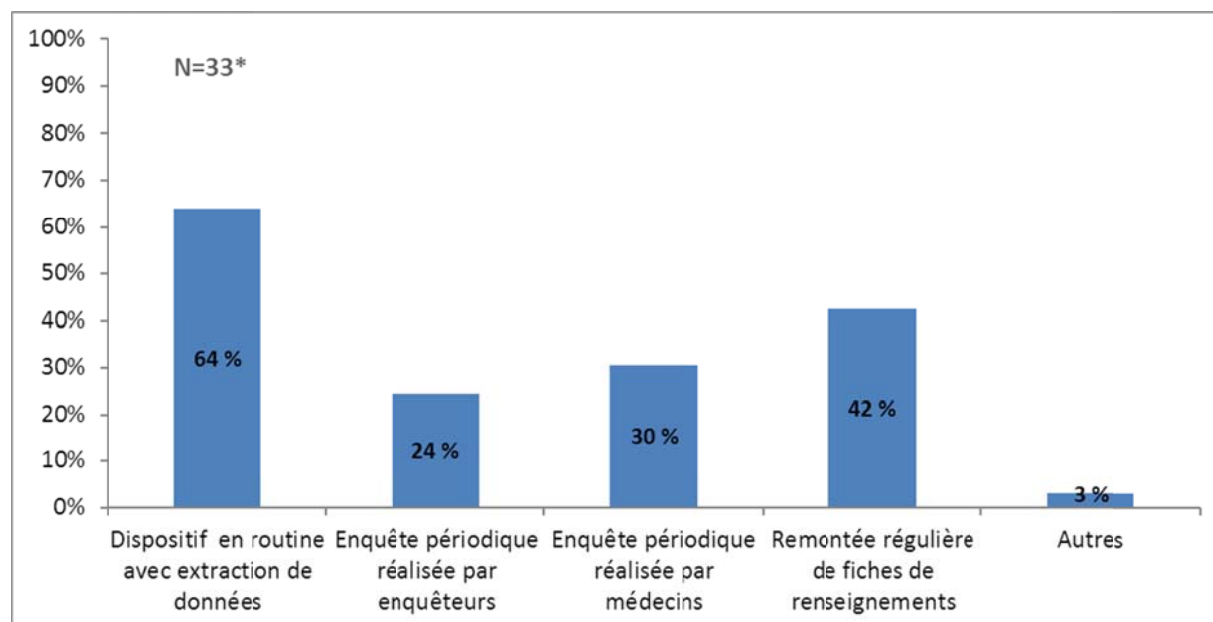
Connaître l'état de santé de la population carcérale de l'établissement	Comparer l'état de santé de la population carcérale à celle d'autres établissements ou à la situation régionale ou nationale
• « Pour caractériser l'état de santé de la population carcérale de l'établissement » • « C'est important de savoir les pathologies qu'on a pour l'équipe »	• « Pour comparer avec les autres établissements » • « Pour qu'on puisse comparer entre les régions » • « Besoins d'avoir des données générales sur la santé des détenues pour se comparer à la population nationale, IDF, pour sortir ou lutter contre le discours parano » • « Comparer à celle des autres établissements : par exemple j'ai l'impression qu'on a une population plus malade à F. par rapport au reste de la population carcérale. Est-ce vrai ? »
Étayer les demandes de moyens et de réponses à des appels d'offres (télémédecine)	Adaptation des prises en charge et de l'offre de soins au sein de l'US
• « Avec le projet télémédecine, c'est compliqué parce que pour construire le dossier on manque de données statistiques » • « Données utiles pour pouvoir pour étayer le montage de projets »	• « In fine pour adapter mes pratiques en fonction des données et de l'offre de soins » • « Pour adapter les prises en charge : cela va nous permettre de savoir comment apporter les soins aux gens » • « Faire du benchmark de prise en charge : savoir si on est moins bon que l'US de R. savoir comment fait R. pour être aussi bon » • « In fine pour adapter mes pratiques en fonction des données » • « Pour savoir comment travailler notre prise en charge »

^c Cette partie de tableau regroupe des extraits d'entretiens menés avec les médecins responsables des US (« Enquête par entretiens_médecins US »). Elle renvoie à des éléments ayant été spécifiquement développés par médecins responsables des US au cours des entretiens.

Encadré 5.2 : Population(s) cible(s) pour un dispositif de surveillance : extraits d'entretiens (« Enquête par entretiens_médecins US » et « Enquête par entretiens_acteurs »)

Populations cibles	
« Enquête par entretiens_médecins US »	« Enquête par entretiens_acteurs »
Non évoqué par les médecins responsables d'US au cours des entretiens	• « Il faut distinguer deux populations : – à l'entrée en détention : photographie de l'état de santé à intervalle régulier car la population est volatile ; – population incarcérée dans établissement pour longue peine : intérêt d'enquêtes régulières tous les 5/7 ans ; – envisager aussi la sortie : demander la prise en charge mise en œuvre en cours de détention (difficile à mettre en œuvre) ». • « Il faut distinguer l'entrée (une grille commune informatisée), de la détention, et si possible la sortie ». • « Il y a nécessité de distinguer l'entrée en détention et la détention ». • « Il faut distinguer les différents moments de surveillance : – un recueil à l'entrée (état de santé des entrants) ; – recueil transversal pour déterminer la prévalence de pathologies en détention ; – si possible : recueil à l'entrée et à 3 ans ou à la sortie (impact de la détention sur la santé) ».

Figure 5.2 : Type de dispositif de surveillance privilégié par les médecins responsables d'unité sanitaire (« Enquête par questionnaires_médecins US »)



* Le dénominateur correspond au nombre de médecins responsables d'US ayant participé à l'enquête par questionnaire (« Enquête par questionnaires_médecins US ») et ayant répondu à la question relative au type de dispositif à privilégier (il s'agissait d'une question fermée à choix multiple).

Nb : la réponse « Autres » invoquée renvoie à une proposition concrète énoncée par un médecin répondant à l'enquête, laquelle est stipulée en ces termes : « Il faut mettre en place des outils informatiques simples (tablette tactile par exemple) permettant le codage de chaque consultation ou patient par pathologie : évite le problème secondaire de la saisie, n'alourdit pas trop l'activité du praticien de l'unité sanitaire qui doit déjà remplir une multitude de papier et questionnaire (on ne passe que 30 % de notre temps auprès du patient !!), permet un suivi régulier et exhaustif et pas à un instant T ».

Encadré 5.3 : Type de dispositif de surveillance à privilégier : extraits d'entretiens (« Enquête par entretiens_médecins US » et « Enquête par entretiens_acteurs »)

Type général de dispositif de surveillance	
« Enquête par entretiens_médecins US »	« Enquête par entretiens_acteurs »
Dispositif basé sur des dossiers médicaux informatisés avec extraction régulière de données « L'idéal serait le dossier médical informatisé, à condition que les médecins s'impliquent, mais ils sont réticents dans l'informatique. » « Le dossier informatisé parce que ça éviterait les dossiers illisibles et pour les antécédents/anciens dossiers. Oui si l'outil fait ses preuves et est très fiable. » « Faisable à condition que cela repose sur le dossier informatisé mais il ne faut pas un recueil reposant sur les professionnels et le médecin en particulier. » « Il faut que cela soit simple l'idéal est que soit informatisé. » « Le dossier médical informatisé est le plus adapté : avoir un dossier informatisé, pour tout ce qui est « études », pour sortir les données, pour gagner du temps, aussi pour tout ce qui est ordonnance. » « L'idéal serait un dossier commun incluant la fiche entrant, celle de synthèse (transfert) et de sortie. On serait tous pour un document unique qui pourrait aller à tout le monde. » « Avoir un dossier médical unique et informatisé dans toutes les UCSA. Les requêtes en seraient d'autant simplifiées et la valeur statistique n'en aurait que plus d'intérêt. » Alternatives à un dispositif basé sur des dossiers médicaux informatisés avec extraction régulière de données « Recueil spécifique par les médecins : risque d'un recueil farfelu. » « Enquêtes Dress 99-2001 : mettent 2-3 ans pour sortir les résultats. Il faudrait pour que ce soit intéressant et fiable faire pathologie par pathologie (une par an) pour qu'en amont les équipes se préparent au recueil. » « Étoffer l'OSSD en données médicales agrégées : nombre de personnes VIH, diabétiques, HTA, etc. ; l'infirmière fait tous les diagrammes aux diabétiques, le suivi à partir de diagramme. »	Enquêtes régulières par enquêteurs externes formés « Préférer des enquêtes régulières par un enquêteur extérieur ou même plutôt des enquêtes auto-administrées. » « À partir d'enquêtes faites par des enquêteurs extérieurs. » « Une enquête (à l'entrée en détention et en détention) faite par des enquêteurs externes est à privilégier pour la qualité et la fiabilité des données. » « Privilégier le recueil de la santé perçue, ce qui signifie la réalisation d'une (des) enquête(s) reposant sur la passation questionnaires par des enquêteurs (professionnels de santé ou enquêteurs externes) ou même par des questionnaires auto-administrés. » Dispositif basé sur des dossiers médicaux informatisés avec extraction régulière de données (3 des acteurs rencontrés) « Privilégier un dispositif de surveillance de la santé reposant sur des dossiers médicaux informatisés selon un modèle harmonisé. » « Il faut informatiser les dossiers médicaux et définir les éléments importants à recueillir. » « À partir d'un dossier informatisé. » Nb : trois des acteurs indiquent qu'un recueil à partir des dossiers médicaux signifie que le recueil est circonscrit au recours aux soins et non à la population carcérale totale (« on travaille alors sur la file active du dispositif, les personnes qui n'y recourt pas en sont exclues par définition. »).
Recueils spécifiques à envisager	
« Enquête par entretiens_médecins US »	« Enquête par entretiens_acteurs »
Pour les pathologies psychiatriques « Un recueil à partir du Rim-psy. » « Une répétition d'une étude de type « Falissard ». » « Un recueil ad hoc (un jour donné [ou sur plusieurs jours] par les médecins : pendant 1 ou X jours dénombrer le nombre de personnes ayant des TO, étant schizophréniques, etc. parce que cela leur (aux médecins) donneront des chiffres propres à leur établissement et cela les intéressera. » « Une enquête longitudinale pour étudier l'évolution des troubles et distinguer les troubles à l'entrée de ceux développés en détention. »	Pour les pathologies psychiatriques « Il faudrait envisager une enquête spécifique étant donné la complexité de l'appréciation de la santé mentale d'une personne. » « Une actualisation des données psychiatriques est primordiale (cf. enquête de 2004). » Pour les limitations fonctionnelles « Il faudrait envisager une enquête spécifique au-delà du screening possible à introduire à l'entrée comme en détention, en sachant cependant que la DAP fait un interrogatoire pour évaluer le niveau de déficit/handicap (les données sont introduites dans la base Genesis : n'y a-t-il pas un partage d'information à envisager ?). »

Encadré 5.4 : Freins et facteurs favorisant le développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues en France

Extraits de réponses (question ouverte, « Enquête par questionnaires_médecins US ») ou extraits d'entretiens (« Enquête par entretiens_médecins US » et « Enquête par entretiens_acteurs »)

FREINS
Le manque de temps et de moyens
Le manque de temps à consacrer au recueil « Le premier facteur limitant serait d'imposer une activité supplémentaire lourde aux équipes travaillant au sein des unités sanitaires sans adapter les moyens humains. » « Le frein principal est à mon avis le temps que réclame le relevé de toutes ces informations. » « Le temps à accorder pour faire le recueil (...), la charge de travail supplémentaire. » « Investissement en temps des médecins dans un dispositif de recueil. » Le manque de moyens à consacrer au recueil « L'idée est très intéressante mais en pratique nous avons beaucoup de mal à mettre en place des surveillances de données épidémiologiques car nous manquons de temps de secrétariat pour regrouper les données qui pourraient être recueillies par les médecins et les IDE. » « Problème de la saisie des données qui si elle est faite dans un second temps ne peut pas être assumée par les personnels sur place à moins d'une dotation en personnel supplémentaire (secrétaire ou autre...). » « Le manque de moyens des unités sanitaires. » « Le coût, les moyens nécessaires à la mise en œuvre. » « Réduction des effectifs en prison. »
L'absence d'un dossier médical au contenu standardisé, commun aux US, informatisé et relié à l'hôpital de rattachement
Absence de dossier médical standardisé, commun à l'ensemble des US « Remplir des données IDENTIQUES dans leur définition d'un établissement à l'autre. » « Homogénéité du recueil : nécessite à mon avis une harmonisation nationale. » « La première façon de faire serait peut-être d'avoir un dossier médical UNIQUE et INFORMATISE dans toutes les US. » « Un recueil à partir du Rim-p mais il y a besoin d'homogénéiser le codage des diagnostics, de développer le contrôle qualité car en l'état le codage est très farfelu, à savoir psychiatre dépendant (donc non homogène au sein d'un établissement) et même non homogène pour un psychiatre. » « Le faible renseignement du dossier somatique par les psychiatres. » « Que le SMPR accepte enfin un dossier partagé informatisé ! » Absence de dossier médical informatisé « Absence de dossier informatisé. » « La non-informatisation des dossiers médicaux. » « Les requêtes en seraient d'autant simplifiées et la valeur statistique n'en aurait que plus d'intérêt. » « Pas de dossier informatisé pour faire les requêtes. » Compatibilité avec celui de l'hôpital de rattachement « Uniformisation des logiciels informatiques vu que chaque centre hospitalier fonctionne avec son logiciel et souvent inadapté à la pratique de médecine générale telle qu'elle est pratiquée au sein des US. » « Manque d'outils d'informatiques adaptés ainsi que des problèmes de compatibilité avec les systèmes informatiques hospitaliers existant. » « La non-informatisation des dossiers, la compatibilité des systèmes d'exploitation des différents sites. » Contraintes techniques liées à la fonctionnalité du réseau informatique et à sa maintenance dans les unités sanitaires « État actuel de l'informatisation des unités sanitaires variable. » « L'absence dans la plupart des établissements de système informatisé constituent actuellement des freins au développement d'un dispositif de surveillance. » « L'US est câblée (par la pénitencière), mais tous les informaticiens sont à B. (hôpital de rattachement) ; on n'a pas de maintenance ; tous les jours il y a un problème informatique (ordinateur/imprimantes...) ; on a un numéro d'appel, mais ils se déplacent peu ; on a tellement de problèmes qu'il faudrait quelqu'un qui nous soit dédié ; il nous faut d'abord résoudre nos problèmes d'informatique avant le DMP. » « Attention à la maintenance du dispositif informatisé ; l'informatisation est dramatique ici ; on est à distance du CHR, sous-doté en réseau ; on espère une maintenance 24h24 ; tout est compliqué en prison. »

FACTEURS FAVORISANTS

Faisabilité pour les professionnels

« Prévoir un recueil, simple, rapide, ergonomique, peu demandeur de temps ; il faut définir un module minimal ne demandant pas trop de temps de recueil. »

« Un recueil qui s'intègre dans les pratiques : à partir du Rim-P puisque ce recueil est obligatoire. »

« Il faut faire des propositions faisables. »

Engagement des pouvoirs publics et les moyens adaptés

« Il faut une équipe dédiée et des outils adaptés (2, 3 référents, une équipe pilote) Ça pourrait dynamiser une équipe d'avoir des retours. »

« Un réel engagement politique, avec le déploiement de moyens adaptés. »

« La volonté politique car la santé des personnes détenues relève de la responsabilité des pouvoirs publics. »

« Un volontarisme politique. »

Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Synthèse des connaissances et recommandations

Ce rapport présente la synthèse des travaux menés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé des personnes placées sous main de justice ». Ces travaux visaient à établir un état des lieux des connaissances relatives à la santé des personnes détenues, à proposer des pistes pour en améliorer le suivi et à définir le cadre d'un dispositif de surveillance épidémiologique en milieu carcéral. Les conclusions de ce rapport soulignent l'importance de la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique régulière et pérenne de la santé des personnes incarcérées en France. Des propositions sont formulées quant à la nature du dispositif à développer, les thématiques de santé à inclure, les populations à couvrir et la mise en œuvre progressive des différents recueils de données. Au terme de ce document, dix recommandations sont énoncées ainsi qu'une proposition de programmation en neuf étapes.

Mots clés : dispositif de surveillance, santé, prison, détenu, épidémiologie, recommandations

Monitoring system of prison health

Synthesis and recommendations

This report presents the synthesis of the investigations undertaken by the French Institute for public health surveillance concerning the 2010-2014 French governmental strategic plan "Health policy of people under a court order". This work aimed at establishing the current situation of inmate health, proposing tracks to improve knowledge and follow-up and defining the framework of a monitoring system of prison health. The conclusions underline the importance of the implementation of a regular and long-lasting epidemiological surveillance of prison health. Proposals are formulated as for the nature of the monitoring system, the health thematic to be included, populations to be covered and the progressive implementation of the various data collections. At the end of this document, ten recommendations are expressed, as well as a nine-stage programme.

Citation suggérée :

Develay AE, Verdout C. Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 52 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00
Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr

ISSN : 1956-6964
ISBN : 979-10-289-0136-3
ISBN-NET : 979-10-289-0137-0
Tirage : 60 exemplaires
Impression : France Repro, Créteil
Réalisé par Service communication – InVS
Dépôt légal : avril 2015