

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-60

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

par

Claire FESQUET

née le 22/02/1989 à Vannes (56)

Présentée et soutenue publiquement le 14 mai 2019

**Santé perçue des personnes détenues et perception des éléments ayant un impact
sur leur santé au cours de la détention :**

Etude de faisabilité à la maison d'arrêt des femmes de Nantes

Présidente du jury : Madame le Professeur Leïla MORET

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Christine BOBIN-DUBIGEON
Monsieur le Docteur Paul BOLO

Membres du jury : Madame le Docteur Chloé GOUBIN
Monsieur le Docteur Brice LECLERE

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier, avant tout, les femmes qui ont accepté de participer à cette étude, d'accepter que je les interroge et de s'être livrées. J'espère avoir interprété de la manière la plus juste, ce qu'elles m'auront confié.

Je souhaite aussi remercier Aude et les surveillantes de la maison d'arrêt des femmes, pour leur accueil, leur bonne humeur, et d'avoir tout fait pour que les entretiens se passent dans de très bonnes conditions.

Ensuite, je remercie surtout **les Docteurs Christine BOBIN-DUBIGEON et Paul BOLO d'avoir accepté de m'accompagner et d'avoir encadré ce travail de thèse**. Merci à Christine, pour tes conseils, ta rigueur, ta pédagogie et d'avoir été aussi présente. Merci à Paul, pour ton regard avisé et tes conseils au cours de mon stage dans ton équipe, et au cours de ce travail.

Merci au **Professeur Leïla MORET**, de me faire l'honneur de présider ce jury et d'évaluer ce travail.

Merci au **Docteur Brice LECLERE**, d'avoir accepté d'être membre de ce jury mais aussi pour ta pédagogie et les enseignements donnés au cours de mon internat,

Merci au **Docteur Chloé GOUBIN**, d'avoir accepté d'être membre de ce jury et d'évaluer ce travail.

Un gigantesque merci à Marie, Irène, Claire puis Alice de m'avoir accueilli dans leur équipe, et pour les bonnes « marrades ». Ca a été un véritable honneur pour moi de travailler avec vous, d'avoir découvert l'incroyable projet que vous menez au Centre Pénitentiaire de Nantes. Vous remettez clairement en question et éclairez la définition de la Santé Publique. Je suis certaine, et vous souhaitez, que ce que vous faites chamboulera la prise en charge des personnes incarcérées, voire des personnes parfois non entendues et non écoutées.

Pour ma part, vous aurez véritablement interrogé le sens de mon travail et de mes actes. J'espère réussir à ne jamais perdre de vue ce « bon sens » dans toutes mes décisions.

J'espère que vous vous souviendrez de mon passage avec mes histoires de : trauma crânien, d'oubli de la carte d'identité, déclenchement de l'alarme à la maison d'arrêt, noyade de mon ordinateur, etc..., etc...

Merci également, à Laureen de m'avoir accompagné pendant les entretiens avec les personnes détenues.

Merci, ensuite, à mes parents d'être aussi présents, source d'un très grand et solide soutien. Merci à mes trois frères : Benoît, Guillaume et Thomas. Je suis très fière de faire partie de cette belle, fantastique, fidèle et joyeuse cellule familiale !

Merci à Clément de m'avoir introduite à la famille des TDF : merci à elle, pour son accueil, sa joie, sa folie, ses aventures, sa musicalité, son univers... Merci spécialement à Marion et Anne Marine pour leur présence, leur patience et leur amitié au cours des derniers mois de ce travail : vous avez été d'un très précieux soutien.

Fidèle Lucie, merci, depuis mes débuts parisiens, pour ton discernement, ton écoute et, surtout surtout, tes sages conseils qui m'auront sauvé bien des fois,

Merci à Pauline, pour nos échanges et pour m'avoir éclairé sur certains questionnements au sujet de la santé des personnes détenues. Et merci beaucoup pour ta fine relecture !

Merci à Pierre, ami musicien de toujours et à mes amies parisiennes, Diana et Hélène, d'avoir toujours été là,

Merci à mes co-internes de Santé Publique pour leur présence, leur humour et les échanges sur le sens de notre profession et son vaste champ d'application, en particulier à Lucie, Pierre, Morgane, Delphine et Damien,

Un grand merci à mes copains nantais d'être là depuis que mon parcours a pris une autre tournure : Elsa, Clément, Bush, Gobbey, et puis Sophie. Vous avez contribué à faire ce que je suis aujourd'hui, et vous en suis entièrement reconnaissante.

Et puis Delphine, Anne-Cé, LéChé, Gaëlle, les petites LS,...

Merci aussi à Virginie, Camille et Yanna, du TNT, et à ces beaux moments de culture,

Merci à Mélody Gardot, Marvin Gaye, Paul Kalkbrenner, Nina Simone, la playlist d'Obama, Billie Eilish, Duke Ellington...pour ces moments de « poésie motrice » au cours de ce travail.

et à d'autres, encore...

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	7
I. Contexte	7
1. La santé des personnes détenues en France.....	7
2. Eléments de contexte sur le système pénitentiaire français	9
3. Organisation des soins en milieu pénitentiaire.....	10
4. Présentation du programme carcéral de Médecins du Monde à Nantes	12
II. Justification scientifique du projet de recherche	20
1. Projet du programme carcéral MdM Nantes	20
2. Le concept de « santé perçue ».....	21
3. Justification de l'étude de faisabilité.....	22
4. Présentation du quartier de la Maison d'Arrêt des Femmes du centre pénitentiaire de Nantes ..	22
III. Objectifs de l'étude.....	27
CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES	28
I. Type d'étude.....	28
II. Périmètre géographique.....	28
III. Population de l'étude	28
1. Sélection de la population	28
2. Critères de non inclusion.....	28
IV. Critères d'évaluation	28
1. Critères de jugement de l'objectif principal : la faisabilité de l'étude	28
2. Critères de jugement secondaires.....	29
V. Recueil des données.....	29
1. Caractéristiques sociodémographiques et pénales.....	30
2. Enquête sur la santé perçue	30
3. Entretien semi-dirigé	33

4.	Questions sur la compréhension et l'adaptation des questions posées.....	34
5.	Spécificités des entretiens individuels avec les personnes allophones	34
VI.	Collecte et traitement des données	35
1.	Saisie des réponses de l'enquête sur la santé perçue.....	35
2.	Enregistrement audio et retranscriptions écrites des entretiens semi-dirigés.....	35
VII.	Recueil de l'accord des personnes et des autorités compétentes, confidentialité des données et aspects réglementaires	35
1.	Pré-requis à la mise en place de l'étude.....	35
2.	Aspects règlementaires	35
3.	Modalités d'information et de recueil de l'accord oral des personnes détenues	35
VIII.	Analyses des données.....	36
1.	Analyses statistiques	36
2.	Analyse des données recueillies par les entretiens semi-dirigés	36

CHAPITRE 3 : RESULTATS38

I.	Mise en place et déroulement de l'étude	38
1.	Préalable : phase d'information des personnes détenues à la MAF.....	38
2.	Acceptabilité de l'étude et freins organisationnels.....	38
II.	Description de la population et des résultats de l'enquête sur la santé perçue.....	41
1.	Description de la population étudiée	41
2.	Description des résultats de l'enquête sur la santé perçue	42
3.	Recherche de facteurs associés à la santé perçue	45
III.	Analyses des entretiens semi-dirigés	46
1.	Caractéristiques des participantes et durée des entretiens semi-dirigés.....	46
2.	Résultats de l'analyse thématique transversale.....	50
3.	Résultats des réponses aux questions fermées au sujet de l'impact des quatre thèmes de l'entretien semi-dirigés	78

CHAPITRE 4 : Conclusions et discussions80

I.	Conclusions et discussions des résultats de faisabilité	80
1.	Conclusions sur la faisabilité de la méthodologie d'étude	80
2.	Forces et faiblesses de la méthodologie d'étude choisie	82
3.	Points de vigilance et propositions d'amélioration	85
II.	Conclusions et discussion des résultats aux objectifs secondaires	86
1.	Santé perçue de personnes détenues à la MAF de Nantes.....	86
2.	Perception des personnes détenues à la MAF sur les éléments ayant un impact sur leur santé, au cours de la détention.....	89
III.	Conclusion générale de l'étude et perspectives.....	96
	BIBLIOGRAPHIE.....	98
	LISTE DES ABREVIATIONS	103
	ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DES ETAPES PREALABLES AU DEROULEMENT DES ENTRETIENS INDIVIDUELS (SEPTEMBRE 2018)	105
	ANNEXE 2 : QUESTIONS DU MINI-MODULE EUROPEEN DANS SA VERSION STANDARDISEE ET MODIFIEE POUR NOTRE ETUDE (« MME MODIFIE »).....	106
	ANNEXE 3 : PRESENTATION DU MOS SF-36	107
	ANNEXE 4 : TRAME DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL	108
	ANNEXE 5 : LETTRE D'INFORMATION ADRESSEE AUX PERSONNES DETENUES DE LA MAF	121
	ANNEXE 6 : DOCUMENT D'ACCORD SIGNE ENTRE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE ET MEDECINS DU MONDE	124
	ANNEXE 7 : PRESENTATION DES ANALYSES STATISTIQUES.....	125
	ANNEXE 8 : REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES SCORES DES DIMENSIONS DU MOS SF-36 SELON LES VARIABLES AGE ET TEMPS PASSE EN DETENTION.....	132
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	142
	TABLE DES TABLEAUX.....	143

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

I. Contexte

1. La santé des personnes détenues en France

L'état actuel des connaissances sur les problématiques de santé rencontrées chez les personnes détenues est d'un niveau insuffisant. Cette population présente pourtant un profil démographique spécifique et de nombreuses difficultés sanitaires et sociales.

a. Profil démographique et social de la population carcérale

La population carcérale présente un profil démographique très différent de la population générale.

Du fait de l'allongement des peines et de la durée de vie, il s'agit d'une population vieillissante même si elle reste jeune : selon la Direction de l'Administration Pénitentiaire, au 1^{er} juillet 2018 (1), les personnes détenues étaient âgées de moins de 40 ans pour plus de 70 % d'entre eux.

En outre, il s'agit d'une population très majoritairement masculine, les femmes ne représentant que 3,8% de cette population(2). De plus, les personnes d'origine étrangère représentent une proportion non négligeable de cette population représentant près d'un quart de cette population (3).

Il est largement connu que cette population est issue de milieux défavorisés et présente de nombreuses difficultés sanitaires et sociales (4).

Une enquête nationale sur la santé des personnes entrant en prison a été réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 1997 puis en 2003. Cette enquête retrouvait des problèmes de logement et de couverture sociale fréquents avant l'incarcération : 16,7% des personnes déclaraient notamment avoir un domicile précaire ou être sans domicile, 13,6% ne bénéficiaient d'aucune protection sociale et plus de 60 % d'entre eux n'avaient pas d'activité professionnelle avant leur entrée en prison. De manière plus récente, en 2014, 43,4 % des personnes déclaraient n'avoir aucun diplôme d'après les statistiques du ministère de la Justice (3).

Selon l'enquête de la DREES, il semble également que cette population ait un recours moins fréquent au système de soins : près de six hommes entrants en prison sur dix déclaraient avoir eu au moins un recours au système de soins dans les douze mois précédant leur incarcération, alors que, près des deux tiers de hommes âgés de 18 à 24 ans et de 70 % de ceux âgés de 25 à 54 ans avaient consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédents, en population générale. Cette différence semblait encore plus marquée chez les femmes entrants en prison, avec un peu plus d'une femme sur deux déclarant avoir vu un médecin en consultation ou en visite dans les douze mois précédant son incarcération alors qu'elles étaient neuf sur dix en population générale (5).

Aucune étude n'a été menée récemment, depuis celle de la DREES, en 2003, évaluant l'état de santé et la situation sociale des personnes arrivant en détention.

Cette population cumule donc de nombreuses fragilités sanitaires et sociales la rendant particulièrement vulnérable dans un univers peu propice à la promotion de la santé, alors qu'elle présente des problèmes de santé qui semblent plus fréquents qu'en population générale.

b. Données épidémiologiques relatives à la santé des personnes détenues

Les publications successives du Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe préconisent de considérer la santé en milieu carcéral comme un problème prioritaire de santé publique(6). En effet, la population carcérale présente un état de santé dégradé en comparaison avec la population générale. La mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues apparaît alors 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 curative, préventive et médicosociale.

En France, en 2013, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), à la demande du ministère chargé de la Santé a établi un état des lieux des connaissances relatives à la santé des personnes incarcérées dans les pays occidentaux (7). Ainsi, après avoir réalisé une revue de littérature, les auteurs montrent qu'il n'existe pas, à ce jour de surveillance épidémiologique de la santé en milieu carcéral et que peu d'études épidémiologiques portant sur la santé des personnes en détention ont été réalisées. En outre, hormis l'étude Prévacar (8) sur la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et des traitements de substitution aux opiacés réalisée en 2010, ces études datent de plus de quinze ans .

De plus, ces études ne portent que sur certaines thématiques de santé, s'intéressant soit aux personnes « entrant en détention » (5), soit à une thématique de santé spécifique comme la santé mentale (9), les maladies infectieuses (8) ou les déficiences (10) .

Les auteurs soulignent un manque de données épidémiologiques sur les maladies chroniques en milieu carcéral. Et, les autres thématiques de santé (comme la dermatologie ou la santé buccodentaire), lorsqu'elles sont étudiées, ne font l'objet jusqu'à présent que d'études réalisées localement, à l'échelle d'un établissement ou d'une région pénitentiaire. Il est donc impossible en l'état de pouvoir avancer de résultats significatifs sur ces autres thématiques de santé.

Les données épidémiologiques ainsi disponibles sur la santé des personnes incarcérées rendent compte d'une surreprésentation de nombreuses pathologies au sein de cette population. Ainsi les pathologies les plus fréquemment rencontrées, sont également les plus étudiées : les troubles psychiatriques, les addictions et les maladies infectieuses.

1. Santé mentale et addictions

Selon une enquête nationale menée en 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (9), une proportion largement majoritaire de personnes détenues présentent au moins un trouble psychiatrique (80 % des hommes et 70 % des femmes), la grande majorité cumulant plusieurs troubles. 16 % de la population carcérale étudiée présentait des antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique, avant leur incarcération.

Les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés étaient les troubles anxieux (plus de la moitié des hommes et des femmes détenus dans les établissements enquêtés en métropole en présentaient au moins un), suivis par les troubles thymiques. Presque 18% des personnes détenues présentaient un état dépressif majeur soit 4 à 5 fois le taux en population générale. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution, selon les auteurs de cette enquête, car ils « *montrent qu'un pourcentage élevé de détenus est en état de souffrance psychique, [mais] dans un contexte d'emprisonnement (privation de liberté, de l'environnement familial, de sexualité, etc) cette souffrance psychique ne relève cependant pas nécessairement d'un état pathologique (9)*».

Un quart des personnes détenues de métropole, hommes ou femmes, présentaient un trouble psychotique. 3,8% souffraient d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit 4 fois plus qu'en population générale.

D'après une étude de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), publiée en 2009, la mortalité par suicide en milieu carcéral est 6 fois plus élevée qu'en population générale chez les hommes âgés de 15 à 59 ans. En 2006, la France présentait alors un niveau de suicide parmi les plus élevés d'Europe, avec 20 suicides annuels pour 10 000 personnes détenues entre 2002 et 2006 (11).

Dans l'enquête de la DRESS réalisée en 2003, les données sur les consommations de substances psychoactives des personnes entrantes en prison retrouvaient des consommations plus fréquentes qu'en population générale. Un tiers des nouvelles personnes détenues déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des personnes détenues déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cependant, cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les stupéfiants (5).

2. Maladies infectieuses

On relève en population carcérale une surreprésentation des maladies infectieuses.

Les dernières données sur la prévalence des maladies infectieuses au sein d'une population carcérale, datent de 2010, par l'étude Prévacar (8). Avec des prévalences du VIH à 2,02 % de la population carcérale étudiée et du VHC à 4,8%, ces résultats confirment la prévalence importante de ces pathologies en milieu carcéral, estimées six fois plus importante qu'en population générale (prévalence du VIH était de 0,35% en 2009 et celle du VHC à 0,8% en 2004). Dans 20 % des cas, le dépistage avait d'ailleurs été effectué à l'occasion de l'incarcération en cours.

Ces rares études épidémiologiques françaises montrent qu'il existe donc de nombreuses difficultés de santé en population carcérale. Et, bien qu'il existe un défaut de connaissances sur la santé des personnes détenues (4), plusieurs rapports institutionnels nationaux publiés au cours de ces vingt dernières années, dénoncent des conditions de détention à risque pour la santé de la population incarcérée, population qui présente déjà de nombreux critères de vulnérabilité sociale et sanitaire, à son entrée, et pour laquelle le système de soins disponible reste à parfaire (7,12), malgré les réformes successives depuis 1994 (13,14).

2. Eléments de contexte sur le système pénitentiaire français

a. La population carcérale : effectif et densité carcérale

En France, 183 établissements pénitentiaires, soit 60 000 places opérationnelles¹, accueillent 69 000 personnes détenues (parmi 80 000 personnes mises sous écrou), au 1^{er} janvier 2019 (2). La densité carcérale globale² était alors de 116,5 %.

L'effectif de la population carcérale n'a, cependant, jamais cessé d'augmenter. D'après les séries statistiques publiées par le ministère de la Justice, l'effectif des personnes détenues a augmenté de presque 20 000 personnes ces 20 dernières années, passant de 51 000 à 69 000 personnes incarcérées (15).

¹ Places opérationnelles : nombre de places en fonction de la superficie au plancher (circ. AP8805G B402 du 3 mars 1988, définissant le mode de calcul de la capacité de chaque établissement) et effectivement disponibles.

² Densité carcérale : rapport entre le nombre de personnes détenues et le nombre de places opérationnelles

b. Le parc pénitentiaire : éléments du contexte national

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois grandes catégories, définies selon le régime de détention et les catégories de condamnation : **les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements accueillant des personnes mineures.**

Les maisons d'arrêt

Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes en détention provisoire (ayant le statut de « prévenues ») ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur ou égale à deux ans lors de leur condamnation définitive. En France, 82 MA et 50 quartiers maison d'arrêt situés dans des centres pénitentiaires accueillent ces personnes détenues (16). La grande majorité des personnes détenues sont incarcérées en maison d'arrêt ou en quartier maison d'arrêt (50 000 personnes détenues dans ces établissements au 1^{er} janvier 2019 (1)). La densité carcérale dans ce type d'établissement était de 139,9 % au 1^{er} janvier 2019. Ces établissements sont effectivement ceux qui souffrent habituellement le plus de surpopulation carcérale.

Les établissements pour peine

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent des personnes condamnées définitivement à une peine privative de liberté.

- Les maisons centrales comportent une organisation et un régime de sécurité renforcé. Y sont affectées les personnes condamnées à une longue peine, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable. Il existe 6 établissements et 7 quartiers de centres pénitentiaires, de cette catégorie, au 1^{er} janvier 2018.
- Les centres de détention reçoivent les personnes condamnées à une peine de plus de deux ans, considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. À ce titre, ces établissements ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues. Il existe 25 centres de détention et 40 quartiers en centre pénitentiaire.
- Les centres de semi-liberté et quartiers de semi-liberté, ainsi que les centres pour peines aménagées et les quartiers pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur.

Les centres pénitentiaires sont des établissements de type mixte comprenant au moins deux quartiers accueillant des régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Il y a 53 centres pénitentiaires en France.

Les établissements accueillant des personnes mineures

La spécialisation des lieux de détention se traduit par le fait qu'un mineur, qu'il soit prévenu ou personne condamnée, ne peut être incarcéré qu'au sein d'un quartier pour mineurs d'une maison d'arrêt, d'un établissement pour peine ou de l'un des six établissements pénitentiaires pour mineurs.

3. Organisation des soins en milieu pénitentiaire

L'organisation des soins en prison a connu une évolution importante au cours des deux dernières décennies. Dans le passé, les soins aux personnes détenues étaient dispensés par les services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Le ministère de la Justice assurait et gérait l'ensemble de ces services situés au sein des établissements de détention : installation et aménagement des locaux ; achat des équipements médicaux ; recrutement, rémunération et gestion des personnels médicaux et auxiliaires médicaux.

Les services du ministère chargé de la Santé n'avaient pas compétence pour intervenir en milieu carcéral, à l'exception des actions de prévention et de dépistage de certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles. Les personnes détenues ne bénéficiaient pas de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale (17).

La loi du 18 janvier 1994 (13) a introduit un profond changement par le transfert de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la Santé. Cette réforme est à l'origine de plusieurs modifications, avec :

- le rattachement automatique des personnes détenues au régime général d'assurance maladie de la sécurité sociale ;
- la mise en place dans les établissements pénitentiaires d'unités de consultations et de soins ambulatoires (anciennement appelées UCSA et devenues ensuite « Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire » (USMP)), rattachées à un établissement de santé de référence, pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire ;
- la prise en charge sanitaire des personnes détenues nécessitant une hospitalisation, par le service public hospitalier.

L'objectif de cette réforme est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Cet objectif a été depuis réaffirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009 (18).

Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice³ (19), rédigé conjointement par le ministère de la Justice et le ministère chargé de la Santé, donne une définition des principes d'organisation des soins, réactualisée en 2017 suite aux différentes réformes (13,18,20) :

- une organisation des soins qui repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux ;
- une Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) au sein de chaque établissement pénitentiaire, rattachée à un établissement public de santé de référence et dont la coordination globale est assurée par un seul médecin responsable ;
- le respect des règles professionnelles assurant à la personne détenue le respect de sa dignité et de la confidentialité des soins délivrés.

Depuis 2012, les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP).

Les trois niveaux de soins dispensés aux personnes détenues sont :

- le niveau 1 qui regroupe des soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP : les consultations, les prestations et activités ;
- le niveau 2 qui regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement public de santé de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie ;

³ Les personnes placées sous main de justice sont celles qui, à la suite d'une décision, sont incarcérées ou font l'objet d'une peine alternative à l'incarcération ou de mesures d'aménagement de peine.

- le niveau 3 qui regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements publics de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) et établissement public de santé national de Fresnes, Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), unités pour malades difficiles).

Les différents niveaux de soins sont présentés figure 1, ci-dessous.

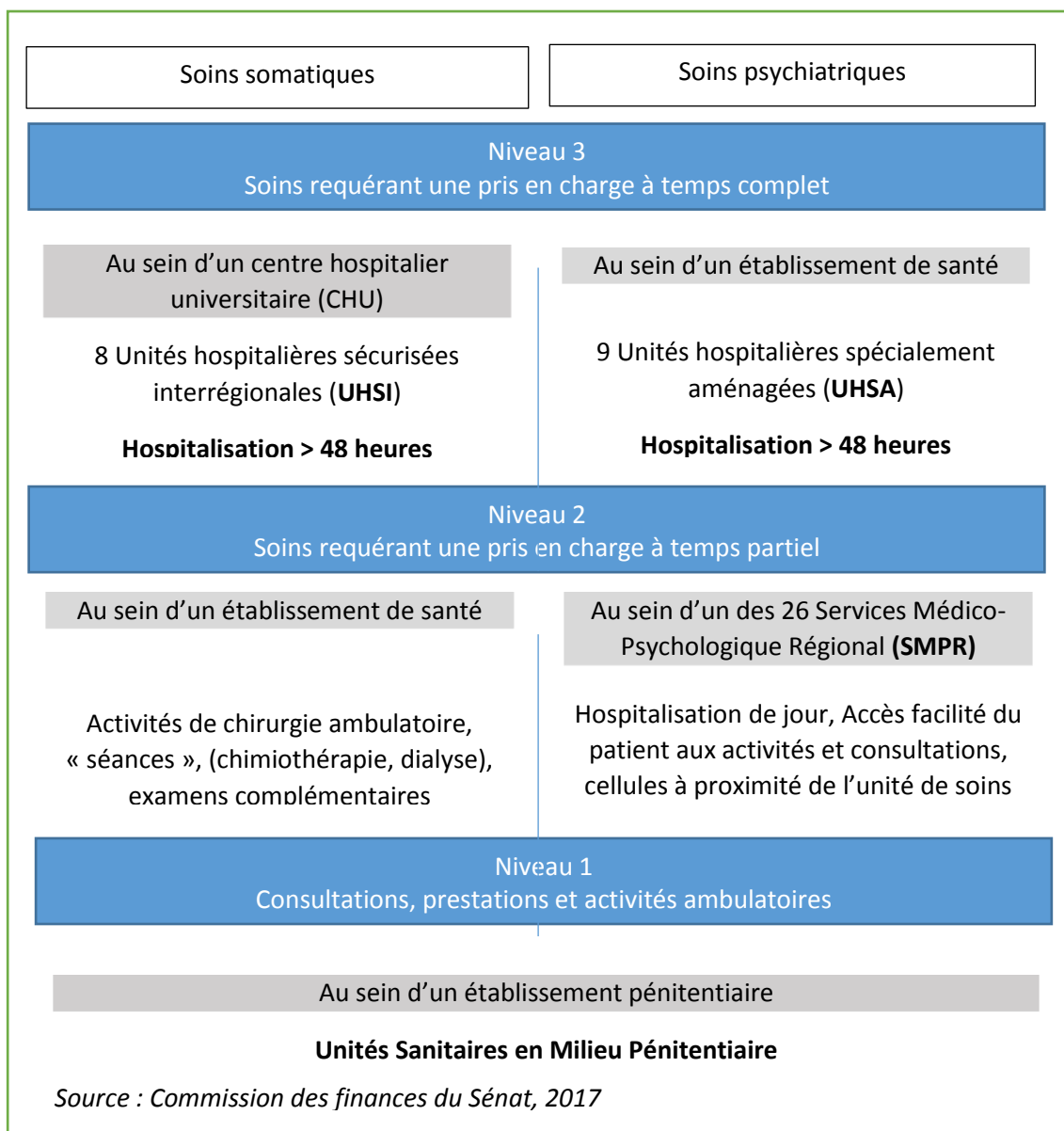


Figure 1 : Organisation des soins en milieu pénitentiaire

4. Présentation du programme carcéral de Médecins du Monde à Nantes

a. L'association Médecins du Monde (MdM)

Présent en France et dans 80 pays, MdM est un mouvement international indépendant de militants actifs.

L'organisation de MdM repose sur des cadres associatifs, des bénévoles en France, des volontaires pour les opérations internationales et une structure permanente salariée.

Les programmes de l'association, en France et à l'international, peuvent être des interventions d'urgence ou des programmes de développement. Ces programmes s'inscrivent dans 5 axes d'action : soutien aux victimes des crises et des conflits, promotion de la santé sexuelle et reproductive, réduction des risques, soins aux populations migrantes et déplacées et la réduction de l'impact de l'environnement sur la santé.

b. Le programme de MdM en milieu carcéral

Depuis 2013, MdM France mène à Nantes un programme en milieu carcéral dont l'objectif est de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes incarcérées au Centre Pénitentiaire de Nantes. Dans cet objectif, l'équipe du programme a souhaité, dès le départ, travailler dans une approche communautaire en santé et en co-construction avec l'ensemble des personnes concernées : les personnes détenues, les équipes médicales et l'administration pénitentiaire.

1. Étapes de définition du projet

Après avoir fixé les modalités d'intervention avec les équipes médicales et l'administration pénitentiaire, une première phase expérimentale du programme a été mise à l'œuvre entre 2015 et 2017 sur la maison d'arrêt des femmes et le centre de détention de Nantes.

Le programme a souhaité associer un volet recherche dès le démarrage afin de mesurer la faisabilité et l'impact d'un tel projet. L'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a suivi le programme sur toute sa phase expérimentale.

A l'issue de cette première phase, un volet recherche mené par l'EHESP a permis de démontrer l'impact favorable de la mise en place d'un tel projet sur la santé des personnes détenues (21). Suite à cette recherche, un projet a donc été co-écrit par l'ensemble des parties impliquées (USMP, administration pénitentiaire, MdM et personnes détenues) pour une période de cinq ans (2018-2022).

2. Objectifs

Le projet défini à l'issue de la première phase du programme se décline autour de 4 objectifs :

- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes détenues sur leur santé ;
- Associer personnel pénitentiaire, soignant et personnes détenues pour un travail commun sur les enjeux de santé ;
- Défendre une prise en charge sanitaire des personnes détenues par le droit commun, équivalente à celle disponible à l'extérieur;
- Instaurer des mécanismes de transfert du projet pour une reprise par le droit commun.

Les modalités d'interventions sont précises et reposent sur des principes fondamentaux.

L'équipe de MdM a dès le démarrage du programme fait le choix de privilégier la démarche communautaire. Elle s'est appuyée sur la posture que les intervenants ont dans les programmes de réduction des risques, valorisant les compétences des individus et travaillant à partir de la réalité de ce que vivent les personnes détenues.

L'équipe travaille en se référant à une conception dynamique de la santé, en cohérence avec la charte d'Ottawa (22).

3. Composition de l'équipe du programme de MdM

L'équipe intervenant dans les différentes actions du programme est constituée de personnes salariées et bénévoles. Tous les membres de l'équipe suivent une formation dispensée par MdM sur la posture, le contexte d'intervention, les techniques d'animation de groupe.

Le responsable bénévole de l'équipe est médecin généraliste et travaille avec trois personnes salariées. Les membres de l'équipe bénévole peuvent avoir des profils variés : médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et non médicaux. Il est aussi proposé aux personnes détenues rencontrées sur les activités du projet de reprendre contact avec l'équipe du programme pour devenir bénévole, si elles le souhaitent, à leur sortie.

4. Principes d'intervention

- **La démarche communautaire**

La **santé communautaire** est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté, avec sa participation active à toutes les étapes. Elle est une mise en œuvre par un groupe associant à la fois, professionnels et population concernée, et dont la priorité est la promotion de la santé.

La **démarche communautaire** peut se définir ainsi : « *Une démarche dans laquelle des personnes, réunies en groupe, à un moment donné et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique et décident de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement, afin de surmonter les obstacles générés par cette problématique* ».

Cette démarche, adoptée par l'équipe, se base sur la mobilisation des personnes détenues, en s'appuyant sur le vécu et la réalité de ce qu'elles vivent, ainsi que sur les difficultés réelles et ressenties, et de les associer, comme tout intervenant, aux réponses à apporter. Les différentes étapes de cette démarche telles qu'elles sont suivies par l'équipe, dans ses différentes interventions, sont présentées figure 2, page 15.

- **Le concept d'empowerment et le pouvoir d'agir**

En complément de la démarche communautaire, basée sur une approche collective, les interventions menées dans le cadre du programme de MdM, peuvent avoir une approche individuelle en faisant appel au concept d'empowerment.

L'empowerment peut se définir par le processus d'acquisition d'un pouvoir pour que l'individu puisse prendre en charge sa propre vie économique, professionnelle, familiale, sociale ... Il s'agit de soutenir les efforts de la personne pour amplifier ou retrouver les capacités d'actions de manière autonome, de développer notamment l'estime de soi et les compétences psychosociales pour favoriser le développement d'un contrôle sur la santé. L'équipe du programme a souhaité adopter cette approche pour toucher ici un groupe de personnes dont le pouvoir n'est pas reconnu.

Dans une approche de santé communautaire, l'empowerment a comme objectif de rendre la communauté capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et de les résoudre afin qu'elle jouisse pleinement de son droit aux services de santé. On peut ainsi parler d'émancipation, individuelle et/ou qui peut permettre de mener une réflexion plus collective.

- **Une conception dynamique de la santé**

Les actions mises en place par l'équipe du programme de MdM se réfèrent à une conception dynamique de la santé, définie dans la charte d'Ottawa : « *Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles,*

et sur les capacités physiques » (22) .Pour avancer vers ces objectifs, il est apparu nécessaire à l'équipe du programme de travailler en réseau, mobilisant alors les partenaires pénitenciers et médicaux.

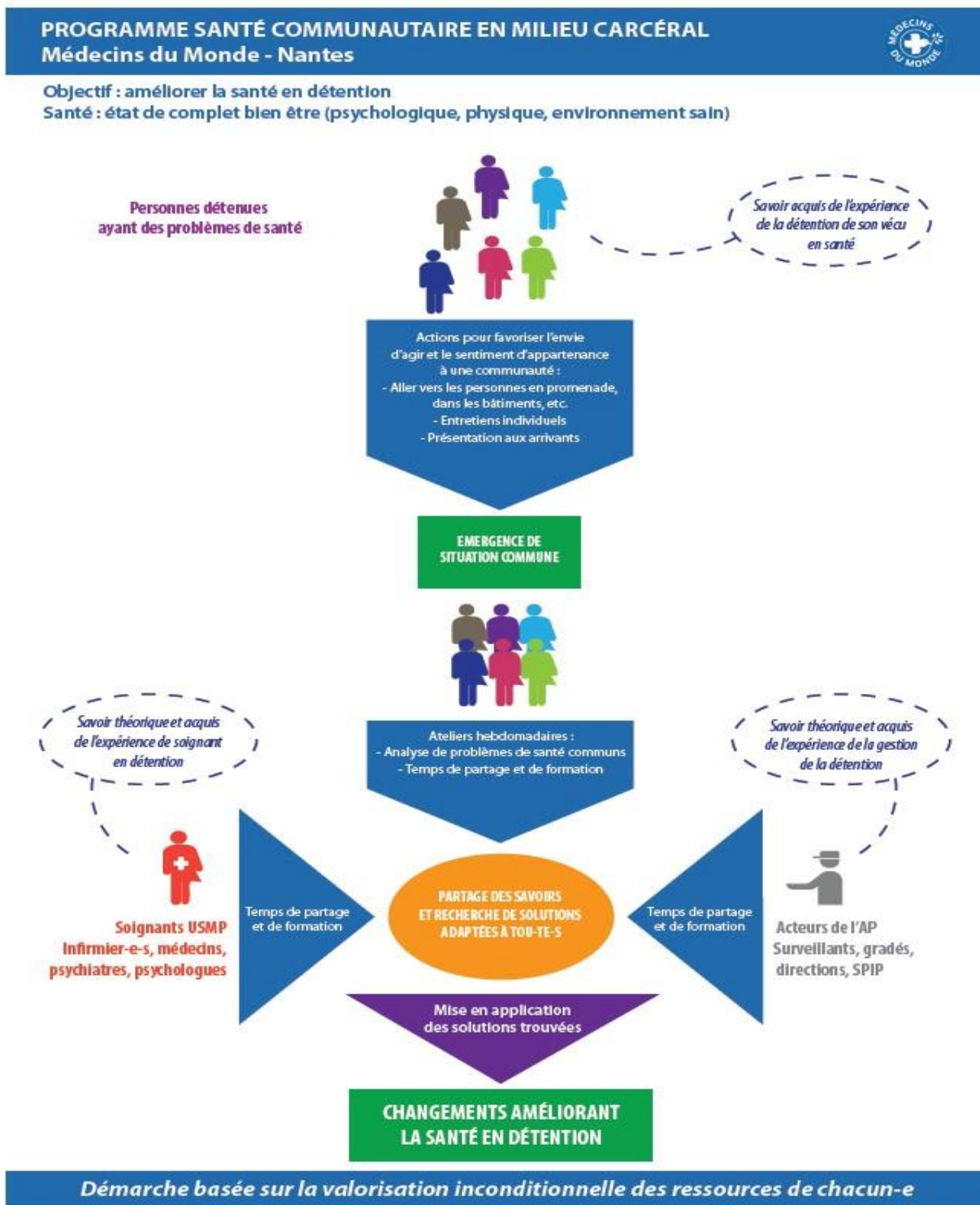


Figure 2 : Schéma de la mise en œuvre de l'approche communautaire en santé sur le programme en milieu carcéral de Nantes

- **L'aller vers**

La démarche d' « aller-vers » utilisée par l'équipe, comporte deux composantes :

- **le déplacement physique**, vers les lieux fréquentés par la personne (étage de détention, cour de promenade, etc.)
- **l'ouverture vers autrui**, vers la personne dans sa globalité, sans jugement et avec respect.

L'objectif, dans le cadre de l'accompagnement santé, est d'établir une relation de confiance, de construire un lien solide et durable de manière à faire émerger une demande et une réponse à celle-ci. L'« aller-vers » est un type d'intervention non directive mais qui est au contraire centrée sur la personne.

- **La réduction des risques (RdR)**

Même si certains sujets abordés au cours des interventions de l'équipe peuvent être liés aux thématiques de la réduction des risques comme la consommation de produits, la sexualité ou le tatouage, le programme en milieu carcéral n'est pas à proprement parlé un programme de réduction des risques d'autant qu'il vise une approche holistique de la santé. En fait, la RdR correspond fait appel à une posture que l'équipe a souhaité adopter dans leurs interventions.

MdM promeut l'approche RdR, largement utilisée notamment pour réduire la transmission du VIH dans les groupes les plus à risque. Cette approche est définie par MdM comme « *une approche globale basée sur la compréhension des risques [qui] s'envisagent globalement en termes de répercussions sanitaires, sociales et économiques, et prennent en compte l'impact de la maladie sur les individus, dans les communautés et dans l'ensemble de la société. La réduction des risques se veut pragmatique et humaine, elle repose sur le non-jugement de l'autre et l'acceptation des différentes pratiques et « modes de vie » des personnes rencontrées* » (23). Selon l'association, les actions de RdR permettent ainsi d'offrir aux personnes bénéficiaires des outils techniques (moyens de prévention, dépistage, traitements) et des connaissances pour renforcer leur capacité à se protéger et à protéger les autres.

5. Interventions et activités mises en place

Les activités du programme carcéral de MdM s'articulent les unes avec les autres. Elles se construisent majoritairement à partir de ce qui émerge lors des ateliers collectifs hebdomadaires dans lesquels les femmes et les hommes détenus partagent leurs préoccupations en matière de santé.

Ces activités se construisent avec les personnes détenues, les équipes médicales et les personnels pénitentiaires. Elles se font en collectif et en individuel et peuvent avoir lieu en salle d'activité de l'établissement pénitentiaire, en cellules et en zone d'hébergement, mais aussi sur la cour de promenade et tous nouveaux lieux proposés par les personnes détenues lorsqu'ils semblent pertinent au regard des objectifs et principes d'intervention.

- **Les ateliers collectifs**

- **Ateliers hebdomadaires avec les personnes détenues à la maison d'arrêt des femmes et au centre de détention :**

Chaque semaine, ont lieu des ateliers collectifs en présence de personnes détenues volontaires, et animés par des intervenants de MdM. Ces groupes de travail hebdomadaires sont les espaces de travail mis en place avec les personnes détenues où peuvent émerger les sujets de santé et où sont travaillées collectivement des solutions adaptées. Comme l'ensemble des actions du programme, ces temps se déroulent dans une démarche communautaire. En fonction de ce qui émerge à travers ces ateliers, plusieurs « chantiers »

peuvent être initiés soit en restant dans ce collectif, soit en créant un groupe restreint, soit en collaboration avec l'unité sanitaire et/ou le SMPR et/ou l'administration pénitentiaire

Les sujets abordés au cours de ces ateliers en par exemple, ont été : le suicide, les extractions médicales, le vivre ensemble, la communication avec les unités de soin ou la création d'outil d'auto-support, les urgences médicales, la permanence des soins, l'étude menée à la maison d'arrêt des femmes, la construction d'un livret pour les arrivants au centre de détention, etc...

L'exemple d'un outil travaillé en atelier collectif sur le sujet du sommeil est présenté figure 3, page 19.

- **Actions collectives communes avec l'équipe médicale des USMP :**

Des actions collectives communes avec l'équipe médicale des USMP sont également mises en place.

L'objectif est de réaliser des actions collectives d'information, de sensibilisation et de prévention sur diverses thématiques (réduction des risques, VIH, alimentation, ...) suite à l'émergence de ces sujets lors des ateliers collectifs. Ces « ateliers santé » étant préparés en amont avec les personnes détenues pour lister l'ensemble des questions qui les préoccupent, ils sont l'occasion de donner une information adaptée au contexte de vie des personnes en détention et de réfléchir à l'adaptabilité des soins et des actes médicaux en prison.

Les sujets abordés au cours de ces ateliers santé, en 2018 étaient notamment : le sommeil, les antalgiques, la santé buccodentaire, le cannabis, les somnifères, etc...

- **Actions collectives avec le personnel de surveillance du centre pénitentiaire de Nantes :**

À ces différentes actions collectives impliquant les personnes détenues et les soignants, s'ajoutent des temps de travail spécifiquement dédié au personnel de surveillance. L'équipe a souhaité travailler avec le personnel de surveillance car, du fait de l'organisation de la détention et de certaines missions d'accompagnement de personnes détenues, le personnel de surveillance est, de fait, amené à être concerné par des enjeux de santé. Des temps de formation destinés à tous les agents du centre pénitentiaire de Nantes ont, par exemple, été construits avec le Centre de Lutte Anti Tuberculose (CLAT) et le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD). Ces formations ont été proposées afin de donner une meilleure connaissance des risques de contamination à une maladie infectieuse dans le cadre de pratiques professionnelles, de mieux connaître les protocoles et ainsi de changer le regard sur la personne détenue. D'autres travaux ont également été menés notamment avec l'équipe dédiée aux escortes lors des extractions des personnes détenues.

• **Les interventions individuelles**

- **Entretiens individuels :**

Des entretiens individuels entre un intervenant de MdM et une personne détenue ont parfois lieu, soit suite à une demande d'une personne détenue, soit sur proposition d'un membre de l'équipe du programme. L'objectif de ces entretiens est de renforcer les compétences des personnes à se saisir des équipes et dispositifs sur place. Ils sont également l'occasion pour les personnes de faire part de sujets de santé difficiles à aborder en collectif.

- **Accompagnements lors des permissions et des extractions médicales :**

Les consultations spécialisées et les soins qui ne peuvent être prodigués au sein des USMP sont réalisés au CHU de Nantes. Pour ces rendez-vous, le déplacement d'une personne détenue se déroule soit lors d'une permission, soit lors d'une extraction médicale. Les personnes qui y sont autorisées peuvent effectivement faire une demande de permission. Sans cette autorisation ou en cas de refus, une extraction médicale doit être mise en place. Il s'agit d'un dispositif de sécurité où la personne est transférée vers le CHU, encadrée

par l'équipe d'escorte, une équipe de surveillants dédiés, nécessitant la mise en place de moyens de contrainte (menottes aux poignets, entraves aux pieds voire ceinture abdominale).

Suite aux difficultés exprimées par les personnes détenues lors des ateliers collectifs, au sujet de ces soins dispensés en externe, et le stress que ces rendez-vous généraient, les personnes détenues ont souhaité promouvoir la permission médicale et mettre en place un accompagnement par des intervenants de MdM.

Les demandes d'accompagnement en extraction sont motivées par les personnes détenues soit par un besoin de réassurance (au regard des moyens visibles de contraintes), soit en raison de souci avec une équipe d'escorte précédente ou pour assurer un rôle de médiation avec le personnel hospitalier.

Ces accompagnements ont été mis en place dans l'objectif de lutter contre le renoncement aux soins dont certains faisaient mention de par les contraintes sécuritaires imposées par les extractions médicales. Ils ont été possibles après un travail mené avec l'équipe d'escorte notamment.

- **Les interventions d'aller-vers**

- **Auprès des personnes arrivant en détention**

Chaque semaine, un binôme composé d'une personne détenue et d'un intervenant de MdM va à la rencontre de celles qui viennent d'arriver sur le site d'incarcération, afin de favoriser la mobilisation de nouvelles personnes sur le programme. La participation des personnes aux activités du programme étant basée sur le volontariat, ces rencontres avec les personnes arrivant en détention, visent à créer un lien de confiance, à faire émerger des sujets de santé et à nommer des difficultés rencontrées en matière de santé, au-delà d'une simple présentation du programme. L'idée de faire se rencontrer les personnes arrivant en détention avec une personne détenue est née de la volonté de rendre les personnes actrices de l'ensemble du projet et de participer à réduire le stress lié à l'incarcération grâce à un accueil fait par les pairs.

- **Auprès des femmes détenues à la maison d'arrêt, au cours des temps de promenade :**

Parallèlement à cette rencontre avec les personnes arrivant en détention, l'équipe intervient également une fois par mois au cours des temps de promenade des personnes détenues. Elle n'a lieu qu'après recueil de l'accord de personnes détenues. Cette action se déroule actuellement uniquement en maison d'arrêt. L'objectif de ces interventions en promenade est de créer un lien de confiance et de proximité et de rencontrer les personnes qui ne viennent pas dans les groupes de travail.

6. Exemples de travaux menés dans le cadre du programme

- **Mise en place d'une activité cuisine :**

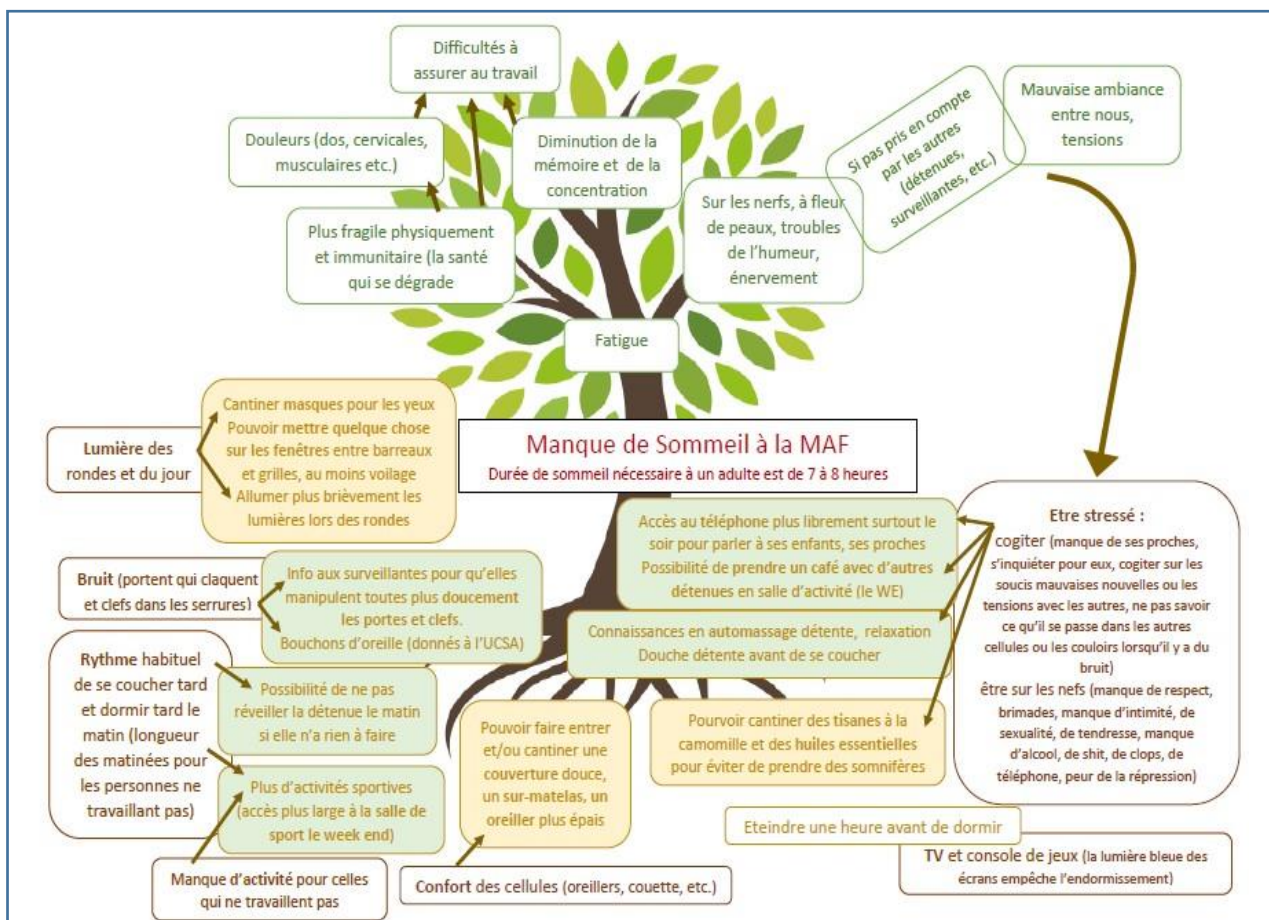
Dans la prolongation d'un travail mené en 2016 sur le suicide, un important chantier a été mené sur la question du vivre-ensemble à la maison d'arrêt des femmes. Un groupe de femmes avait ainsi travaillé sur des propositions pour favoriser le vivre-ensemble. En écho à cette dynamique, les femmes détenues à la maison d'arrêt ont proposé de travailler sur une activité cuisine dont les objectifs étaient d'améliorer le vivre ensemble, rompre l'isolement le week-end et valoriser leurs compétences. Un pré-projet a été construit en sous-groupe puis présenté aux autres femmes lors des ateliers collectifs MdM. Plusieurs allers-retours entre les groupes ont eu lieu afin d'assurer un partage par le plus grand nombre de femmes. Une présentation de ce projet à la direction de l'Administration Pénitentiaire a eu lieu en novembre 2017 qui a donné lieu à l'engagement d'un travail en co-construction impliquant personnes détenues et Administration Pénitentiaire. Des élections ont été organisées sur la MAF afin d'élire des femmes représentantes pour travailler sur la mise en place du projet. La cuisine a été inaugurée durant l'été 2018.

L'activité cuisine permet ainsi à trois groupes différents de femmes détenues à la maison d'arrêt de se réunir dans la cuisine, aménagée pour préparer des repas, trois fois par semaine pendant 2 heures sur l'heure du

repas. Aucune surveillance n'est présente dans la salle pendant l'activité. Chaque personne amène les ingrédients achetés par leurs propres moyens et partagent ensemble ce temps du repas.

- **Construction d'outils d'auto-support : exemple de la demande de rendez-vous médical imagé :**

La « demande de rendez-vous médical imagé » est un outil imaginé par les personnes détenues pour contacter les services de santé en prison. Fort du constat que nombre de personnes détenues ont des difficultés avec l'écrit, elles ont imaginé un outil qui leur permettent de palier à cette barrière qui entrave l'accès aux soins et qui garantisse la confidentialité. Cet outil a été travaillé dans un premier temps entre les personnes détenues puis nous avons invité des membres des équipes de l'USMP et du SMPR à venir réfléchir avec elles, en tant que destinataires de cet outil.



Source : Rapport d'activité de l'année 2017 du programme en milieu carcéral de MdM

Figure 3 : Exemple d'un outil travaillé en atelier collectif autour de la problématique du sommeil (problème/causes/conséquences/solutions) et présenté aux personnels AP et médical par les femmes détenues.

7. Présentation des résultats du volet recherche

Afin d'avoir une analyse extérieure et objectives de ses actions, mais également de mesurer les effets ainsi que les freins et les leviers rencontrés au cours de la phase expérimentale, MdM a souhaité associer un volet recherche à ce programme en milieu carcéral. Pour ce faire, MdM a sollicité l'EHESP dès le lancement du

programme. L'autre objectif visé était de promouvoir la démarche adoptée dans ce programme afin de la diffuser dans d'autres établissements pénitentiaires.

La recherche a été menée par un sociologue de l'EHESP et s'est essentiellement focalisée sur les ateliers collectifs hebdomadaires, considérés comme supports de la démarche communautaire.

Les résultats retrouvent ainsi, globalement des effets favorables du programme du MdM auprès des personnes détenues, en leur permettant notamment : d'acquérir une reconnaissance sociale, des gains d'estime de soi et de confiance en soi, le développement de compétences psycho-sociales et l'acquisition de connaissance santé. Outre ces effets sur les personnes détenues, il semblait également y avoir un impact sur les relations entre le personnel de surveillance et les personnes détenues, améliorées notamment par la démarche de valorisation des rôles de chaque professionnel concerné. De plus, par le choix de travailler aussi avec le personnel soignant où l'équipe de programme intervient, il a été constaté un changement progressif dans les pratiques des professionnels et une autre appréhension des ressources des personnes détenues.

Certaines contraintes ont cependant été soulignées telles que : un travail qui demande un investissement lourd pour les personnes détenues, la nécessité de dégager du temps pour les professionnels de la santé dans un agenda déjà très contraint, et la sollicitation importante du personnel de surveillance pour la mise en place des différentes interventions de l'équipe de MdM.

La recherche a permis de mettre en évidence certains critères à prendre en compte pour les établissements qui souhaiteraient se lancer dans un tel projet. Ces critères sont par exemple, l'accord et le soutien nécessaire de la direction de l'administration pénitentiaire pour la mise en place d'une telle démarche, la présence d'un tiers pour porter la démarche communautaire, l'implication des équipes médicales, la nécessité d'une approche multithématique impliquant un travail avec le personnel pénitentiaire, etc...

Les conclusions de cette recherche, montrant l'impact favorable de la démarche, ont permis de définir un projet de poursuite du programme carcéral de MdM à Nantes sur cinq ans. La définition de ce projet a été établie avec l'ensemble des acteurs concernés (les intervenants de MdM, l'Administration Pénitentiaire, les unités sanitaires et les personnes détenues). À terme, le programme vise à un transfert au droit commun d'un tel projet et à diffuser un modèle d'interventions en promotion de la santé, en milieu carcéral, vers d'autres établissements pénitentiaires.

II. Justification scientifique du projet de recherche

1. Projet du programme carcéral MdM Nantes

Au cours de ses interventions en milieu carcéral, l'équipe du programme carcéral de MdM a été interpellée par de nombreuses problématiques ayant des conséquences sur la santé des personnes détenues. Cependant, ce constat se heurte à l'absence de littérature et a conduit l'équipe du programme carcéral à mettre en place un projet de recherche pour avoir une assise plus scientifique.

Devant l'absence de recherches basées sur l'expression des personnes détenues, la volonté de l'équipe a donc été de mener un projet de recherche portant sur la santé physique et mentale des personnes détenues, ainsi que sur l'impact de la détention sur leur santé, en ayant le souci de partir du point de vue des personnes elles-mêmes.

Selon l'équipe du programme carcéral de MdM, l'intérêt d'un tel projet scientifique est multiple. Il est :

- d'objectiver à l'aide d'une étude scientifique les problématiques soulevées par les personnes détenues et observées par l'équipe du programme carcéral ;
- de nourrir le plaidoyer de MdM et son programme carcéral à Nantes sur les enjeux de santé en prison ;

- d'obtenir des données scientifiques issues de la population ciblée par l'étude.

Pour étudier l'état de santé des personnes détenues, l'équipe responsable du projet de recherche a souhaité utiliser le concept de « santé perçue » ou « santé subjective ».

2. Le concept de « santé perçue »

a. Présentation du concept de « santé perçue »

L'amélioration du niveau de vie dans les sociétés industrielles occidentales au cours du XXe siècle a entraîné une transformation du concept de santé. La santé n'est plus définie comme « l'absence de maladies ou d'infirmités », mais comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » pour reprendre la définition classique de OMS de 1948 (24). En voie de conséquence, la mesure de la santé ne doit donc plus être seulement négative (par la mesure de la mauvaise santé que reflètent la mortalité et la morbidité) mais également positive (par des mesures positives et globales de la santé) (25).

Selon Mildred Blaxter (26), les instruments de mesure de l'état de santé peuvent être classés en 3 catégories différentes :

1. La première répond à un modèle médical ou biologique de la maladie, qui définit un mauvais état de santé comme un écart à une norme physiologique ou psychique.
2. La seconde correspond à un modèle social et fonctionnel, où le mauvais état de santé se définit comme une incapacité à assumer des tâches ou des rôles normaux.
3. Dans la troisième catégorie c'est la mesure de l'état de santé subjectif qui domine, modèle dans lequel la perception de l'individu est privilégiée. Ce qui est relevé dans ce modèle dit subjectif, c'est le ressenti de l'individu, ses symptômes, sa perception physique ou mentale. Il regroupe les indicateurs d'état de santé perçue, les symptômes et les échelles de qualité de vie.

Au cours des années, la santé perçue est devenue une mesure de plus en plus utilisée dans les études épidémiologiques. Il a, en effet, été mis en évidence qu'elle était liée à la morbidité et la mortalité ainsi qu'à la consommation de soins (27–31). Dans un rapport sur l'état de santé des français, publié en 2017, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) reconnaît d'ailleurs l'existence de ce lien avec la mortalité, la consommation de soins et les incapacités diagnostiquées. Elle décrit la « santé perçue » comme indicateur pertinent de l'état de santé et très liée aux autres indicateurs de cet état (32).

La « santé perçue » est notamment utilisée dans plusieurs enquêtes en population générale telles que les études du Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (33), ou l'Enquête santé européenne - Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) mené en France par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) (34). Généralement, elle est mesurée de manière simple par une question générale sur la santé perçue dont les réponses sont réparties en 5 modalités, selon une échelle de Likert, de « très bon » à « très mauvais ». Cette question est parfois complétée par d'autres portant sur la présence de maladie chronique ou de limitation fonctionnelle comme dans le module de trois questions (Mini-Module Européen (MME)) de l'ESPS.

Le recours à la notion de Qualité de Vie Liée à la Santé (QdVLS) est également de plus en plus fréquent dans les mesures subjectives de l'état de santé.

Sa mesure se réalise par le biais de questionnaires et permet d'avoir une mesure plus complète de la santé, portant à la fois sur les champs de la santé physique, mentale et sociale. Le concept de QdVL correspond à la tentative de circonscrire le domaine de la qualité de vie aux effets induits par l'état de santé. Au cœur de ce concept se trouve donc le sujet, ses perceptions et préférences. Les mesures de QdVLS incorporent les

notions de déficiences, de capacités fonctionnelles, de symptômes, ou bien encore de bien-être. Ces questionnaires peuvent être soit spécifique d'une pathologie, soit générique. Parmi les questionnaires génériques les plus utilisés on peut citer le Medical Outcome Study Short Form – 36 health survey (MOS SF-36) (28,35). Ce questionnaire a également été utilisé dans plusieurs enquêtes nationales telles que l'enquête Décennale Santé 2003 menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (28).

b. Données de la littérature sur la santé perçue de personnes détenues

Peu d'études évaluant la santé perçue de personnes détenues ont été retrouvées.

Les rares études menées faisaient appel à l'utilisation d'outils tels que des questionnaires de QdVLS, comme le Nottingham Health Profile (36), l'EQ-5D ou le MOS SF-36 (37,38). D'autres études ont cependant utilisé le MME (39,40). Les objectifs étudiés étaient différents (outil de dépistage de certains troubles mentaux, évaluation de la santé perçue, études de facteurs liés à leur santé perçue,...) mais elles ont mis en évidence une bonne acceptabilité de ces outils auprès d'une personne détenue. Les résultats de ces études, retrouvaient d'ailleurs généralement une dégradation de certaines dimensions de la santé dans cette population.

L'évaluation de la santé perçue parmi une population de personnes incarcérées semble donc avoir été rarement mené, en France et à l'international. Pourtant, ces études montrent que sa mesure permet d'en évaluer l'état de santé.

3. Justification de l'étude de faisabilité

Devant le constat d'une littérature pauvre sur la santé perçue des personnes détenues et sur l'impact de la détention sur leur santé, l'équipe responsable du projet de recherche a souhaité évaluer la faisabilité d'une méthodologie de recherche, choisie pour répondre à ces problématiques.

Nous présentons donc ici une étude de faisabilité, menée au sein du quartier maison d'arrêt des femmes du centre pénitentiaire de Nantes. Afin de comprendre le contexte local dans lequel s'est déroulé l'étude, le fonctionnement d'un établissement pénitentiaire pouvant être très différent d'un lieu à l'autre, les spécificités de la maison d'arrêt des femmes de Nantes sont présentées ci-dessous.

4. Présentation du quartier de la Maison d'Arrêt des Femmes du centre pénitentiaire de Nantes

a. Le centre pénitentiaire de Nantes

Le centre pénitentiaire de Nantes est composé de 3 structures réparties sur 3 sites géographiquement distincts : un centre de détention disposant de 510 places, un quartier maison d'arrêt de 570 places et un centre de semi-liberté de 40 places.

Cet établissement dépend de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Rennes.

L'étude présentée dans ce document s'est déroulée au sein du quartier de la MAF dont les spécificités sont présentées ci-dessous.

b. Le quartier Maison d'Arrêt des Femmes (MAF)

Au 1^{er} janvier 2019, 44 personnes étaient en détention à la MAF d'après les statistiques mensuelle de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (2).

1. Le bâtiment et les cellules accueillant les personnes détenues

La maison d'arrêt de Nantes est un établissement récent. Il a ouvert ses portes en 2012.

La MAF est composée de 40 cellules dont deux sont réservées à l'espace « nurserie », trois à la phase d'accueil des personnes détenues arrivantes et une pour les personnes à mobilité réduite. L'espace « nurserie » accueille uniquement les femmes détenues en fin de grossesse ou les mères ayant des enfants âgés de moins de 18 mois, présents avec elles en cellule. Ces cellules font une taille allant de 10 à 14 m², sauf la cellule hébergeant les personnes à mobilité réduite mesurant 19 m².

A ces cellules s'ajoutent celles du quartier d'isolement (QI) et du quartier disciplinaire (QD) composés de deux cellules chacun.

Les cellules sont équipées d'un lit (ou de deux lits alors superposés), d'une table, d'une ou deux chaises, d'un meuble de rangement, de patères et d'un panneau d'affichage. Il y a également un réfrigérateur et un téléviseur à écran plat, loués par les personnes détenues. Un lavabo, un WC et une douche sont présents dans les cellules.

2. La prise en charge des personnes détenues

• Le régime de détention en maison d'arrêt

En maison d'arrêt, les personnes détenues sont soumises à un régime de détention dit « fermé ». La porte de leur cellule est constamment close. Chaque déplacement au sein de l'établissement doit être accompagné par le personnel et justifié par l'accès à la promenade, l'inscription à une activité ou un rendez-vous (soins, avocats, parloirs, etc.). Lorsqu'elles souhaitent « appeler » une surveillante, elles glissent un papier au niveau de la porte. Les personnes détenues peuvent être enfermées dans leur cellule jusqu'à 22h sur 24, si elles n'ont que l'heure légale de promenade comme occupation par exemple.

• Le personnel pénitentiaire

À la maison d'arrêt des femmes, une équipe dédiée de treize surveillantes font partie du personnel pénitentiaire et ne travaillent que dans ce quartier du centre pénitentiaire. Pendant la journée, cinq surveillantes sont présentes. Cependant, la nuit, les surveillantes présentes n'appartiennent pas toujours à cette équipe dédiée.

• L'accueil des personnes détenues à leur arrivée

A leur arrivée en maison d'arrêt, toutes les personnes incarcérées sont accueillies au quartier dit « des arrivants ».

Il existe deux niveaux de surveillance des « arrivants » incarcérés à la maison d'arrêt :

- une surveillance minimale (trois rondes dans la nuit) ;
- ou une surveillance adaptée en cas de risque suicidaire de deux niveaux ; une ronde toute les deux heures ou toutes les heures, en journée. Et quatre rondes minimum la nuit.

La durée de séjour au quartier des arrivants peut varier en principe de quatre à onze jours.

Les personnes « arrivantes » ne bénéficient pas des mêmes créneaux horaires de promenade et d'activités que les autres personnes détenues.

- **Spécificités des conditions de détention des femmes enceintes**

La MAF dispose d'un espace « nurserie » réservé à l'accueil des femmes enceintes au-delà du dernier trimestre de grossesse ou celles ayant des enfants de moins de 18 mois.

Il est constitué de 2 cellules, une cour de promenade dédiée, 1 salle commune avec une cuisine et équipée de matériel pour les enfants. A partir de 6 mois de grossesse les femmes sont isolées et ont des rythmes différents pour contact avec les autres personnes incarcérées à la MAF pour des raisons de sécurité.

- **Les achats en prison : le système des « cantines »**

La « cantine » est l'unique moyen de procéder à des achats en prison, permettant aux personnes détenues qui disposent de ressources financières d'améliorer leur quotidien. La cantine comprend des denrées d'usage courant pouvant être consommées sans préparation, des produits d'hygiène, des journaux et magazines, le nécessaire pour correspondre (stylos, papier à lettres, enveloppes, timbres), du tabac, etc. La vente de certains produits est interdite, notamment les médicaments qui ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. À la MAF de Nantes, les cantines sont gérées par un prestataire extérieur. Le cycle de vente peut ainsi être confié à une entreprise privée sous le contrôle de l'administration pénitentiaire qui fixe au prestataire un certain nombre d'obligations.

- **La gestion des revenus des personnes détenues :**

La gestion de l'argent appartenant à une personne détenue est sous le contrôle de l'administration pénitentiaire lors de sa mise sous écrou.

Selon les législations, l'argent est placé sur un compte nominatif (interne). Ce compte est alors divisé en 3 parties :

- pécule disponible : c'est la partie du compte que la personne peut utiliser pour acheter des cantines.
- pécule libérable : c'est le pécule qui sera remis à la libération
- pécule parties civiles : c'est la partie qui sert à payer les parties civiles, s'il y en a.

Lorsque l'Administration Pénitentiaire considère qu'une personne détenue ne dispose pas de ressources financières suffisantes. Cette personne reçoit alors systématiquement une somme versée mensuellement sur son pécule disponible à hauteur de 20 euros. Le lavage hebdomadaire de leurs effets personnels et l'abonnement à la télévision est gratuit pour ces personnes.

Sur demande, elle peut aussi bénéficier :

- d'un kit de correspondance ;
- d'un kit hygiène supplémentaire ;
- d'un crédit temps équivalent à 5 euros sur le compte téléphonique (13 minutes de communication) ;
- d'une dotation de vêtements et d'une paire de chaussures.

- **Les moyens de communication avec l'extérieur**

Les moyens de communication disponibles sont les cabines téléphoniques et le courrier.

A la maison d'arrêt des femmes, il y a cinq cabines téléphoniques, nommées « point phone », accessibles du lundi au dimanche de 7h30 à 11h25 puis de 13h30 à 17h25.

- **Les postes de travail disponibles aux femmes détenues à la maison d'arrêt**

Il existe trois postes de formation pour le Certificat d'Aptitude Professionnelle « boulangerie accessibles » aux femmes détenues à la maison d'arrêt. De plus, les personnes détenues peuvent être employées dans le cadre du « service général », à savoir les activités d'entretien et de fonctionnement courant des établissements.

À la MAF, les personnes détenues qui assurent ces fonctions sont appelés « auxiliaires d'étage » (chargées de la distribution des repas, de l'entretien des locaux ou de la buanderie). Des personnes détenues peuvent également être affectées à la boulangerie de la maison d'arrêt.

Un autre poste de travail est disponible en tant que bibliothécaire.

- **Les activités**

De nombreuses activités sont proposées à la MAF, en dehors des activités professionnelles et de formation, telles que : atelier couture, cartonnage, école, accès à une bibliothèque, ... ainsi que des activités culturelles ponctuelles, selon le calendrier établi. Ces activités (théâtre, concerts, ateliers culturels) sont en lien avec l'actualité culturelle de la ville de Nantes.

3. L'organisation des soins à la maison d'arrêt de Nantes

L'USMP du centre pénitentiaire de Nantes dépend du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes. Elle comprend une unité somatique et une unité de santé mentale. L'unité somatique est rattachée au pôle médecine, urgences, soins critiques du CHU. L'unité de santé mentale intégrant un service médico-psychologique régional (SMPR) et un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est rattachée au pôle santé mentale et psychiatrie du CHU.

- **Le personnel soignant de l'USMP**

L'USMP est dirigée par un praticien hospitalier assurant également de manière transversale la responsabilité des soins du centre de détention et de l'établissement pour mineurs. Ce praticien est sous l'autorité fonctionnelle du chef de service des urgences-SAMU-SMUR du CHU de Nantes.

D'après le rapport d'activité de l'USMP, pour l'année 2017, les membres du personnel soignant présents sur la maison d'arrêt, étaient composés de :

- Médecins généralistes ;
- Médecins spécialistes (toutes spécialités confondues hors psychiatrie) ;
- Chirurgiens-dentistes ;
- Assistants dentaires ;
- Infirmiers ;
- Préparateur en pharmacie ;
- Kinésithérapeutes ;
- Manipulateur radio ;
- Agents des services hospitaliers⁴.

⁴ chargés de l'entretien des locaux de l'USMP

En dehors du site de la maison d'arrêt, des pharmaciens et un préparateur en pharmacie à l'établissement de santé font également partie de l'équipe du personnel soignant rattachée à l'USMP.

Pour l'année 2017, le nombre de demi-journées de consultations médicales assurées au sein de l'USMP pour le quartier de la maison d'arrêt étaient alors, selon les spécialités :

- Médecins généralistes : 17 par semaine
- Interne en médecine générale : 6 par semaine
- Chirurgiens dentiste : 13 par semaine
- Orthopédiste : 2 par mois
- Hépatologue : 1 par mois
- Dermatologue : 2 par mois
- Gastro-entérologue : 1 par mois
- ORL : 1 par mois
- Ophtalmologiste : 2 par mois

De plus, selon les besoins et sur rendez-vous des consultations d'endocrinologie, d'anesthésie et d'infectiologie sont réalisées par télé-médecine en visioconférence avec le CHU.

Pour les soins psychiatriques, à Nantes, le SMPR intègre un CSAPA. Le personnel du SMPR et du CSAPA est composé de : médecins psychiatres, psychologues, un cadre de santé, des infirmières et infirmiers, un psychomotricien, une assistante sociale, un musicothérapeute, et de secrétaires médicales. Le SMPR inclut un Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS).

Lors de leur arrivée à la maison d'arrêt, les personnes détenues sont reçues systématiquement en entretien par un infirmier, dans les quarante-huit heures.

Après une primo-évaluation, une offre de soins individualisée est élaborée en équipe pluridisciplinaire et proposée au patient, le plus souvent après une demande spontanée par le patient lui-même, sauf cas d'urgence ou signalement des autres services.

• **Horaires d'ouverture de l'USMP et permanence des soins**

L'USMP reçoit les personnes détenues du lundi au vendredi de 8h à 18h, le samedi de 8h30 à 12h30 avec présence médicale. Une permanence est assurée par la présence d'une infirmière ou d'un infirmier le dimanche matin, de 8h30 à 12h.

En dehors de la présence des médecins sur l'USMP, la permanence des soins est assurée, par convention, avec S.O.S. Médecins, sur régulation par le 15.

Lors de l'arrivée d'une personne à la maison d'arrêt, une visite médicale est systématiquement proposée, selon les obligations légales, dans un délai de quarante-huit heures. Si la personne accepte de se présenter en consultation, le médecin vu lors de cette consultation devient alors le médecin traitant de la personne durant sa détention à la maison d'arrêt.

L'unité de soins en santé mentale comporte des locaux de consultation et un hébergement de jour de vingt places, les consultations du SMPR étant ouvertes aux personnes détenues de 8h30 à 18h du lundi au vendredi.

• **Modalités de demandes de soins par les personnes détenues**

Hors urgence, les demandes de soins par les personnes détenues sont adressées à l'unité sanitaire par courrier interne.

Pour les urgences, aux heures d'ouverture de l'USMP, les appels se font, par un membre du personnel de surveillance, directement sur un numéro dédié, reçus par une infirmière.

- **Les soins extérieurs et les hospitalisations**

Les consultations spécialisées et les soins qui ne peuvent être prodigués au sein des USMP sont réalisés au CHU de Nantes, et les hospitalisations à l'UHSI de Rennes. Pour ces soins extérieurs à la maison d'arrêt, le déplacement d'une personne détenue se déroule à l'aide d'une extraction médicale, un dispositif de sécurité encadré par l'Administration Pénitentiaire. Pour des raisons de sécurité, la date des extractions n'est pas communiquée aux personnes incarcérées. Les personnes détenues sont prévenues le jour même du rendez-vous au CHU, lorsque les surveillants viennent les chercher pour l'extraction.

Lors des extractions médicales, la personne détenue est escortée par une équipe de surveillants et de surveillantes dédiée, et sous des moyens de contrainte définis par le chef d'établissement. Selon le code de procédure pénale, il appartient ainsi au chef d'établissement « *de définir si le détenu doit ou non faire l'objet de moyens de contrainte, et d'en préciser leur nature, soit des menottes, soit des entraves, soit les deux moyens en même temps en considération de la dangerosité du détenu pour autrui ou lui-même, des risques d'évasion, et de son état de santé* » (41)

Nous présentons donc ici une étude de faisabilité, menée au quartier de la MAF de Nantes. Cette approche permettra de définir une méthodologie transposable pour une étude ultérieure, de plus grande ampleur, impliquant, par exemple, les personnes détenues au quartier de la maison d'arrêt des hommes de Nantes.

III. Objectifs de l'étude

Objectif principal : Evaluer la faisabilité de questionnaires associés à des entretiens semi-dirigés auprès de femmes détenues pour décrire l'état de santé perçue de cette population et leur perception des éléments ayant un impact sur leur santé au cours de leur détention.

Objectifs secondaires :

- Décrire la santé perçue d'une population de femmes incarcérées.
- Étudier le lien entre la santé perçue et des indicateurs sociodémographiques et pénaux caractérisant les femmes détenues.
- Recueillir la perception des personnes détenues au sujet des facteurs qu'elles auraient identifiés, comme ayant un impact sur leur santé au cours de leur détention (l'organisation des soins, les relations avec leur entourage « à l'intérieur » (codétenues et surveillantes), leur entourage à l'extérieur et leur environnement matériel de vie par exemple).

CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES

Ce chapitre présente la méthodologie d'étude choisie pour cette étude de faisabilité.

I. Type d'étude

Cette étude est de type transversal descriptif monocentrique.

La méthodologie d'étude est mixte, associant une méthodologie quantitative (questionnaires) à une méthodologie qualitative (entretiens semi-dirigés).

Les données quantitatives issues des questionnaires, sont enrichies par une analyse qualitative de données issues d'entretiens semi-dirigés.

Les données recueillies étaient uniquement déclaratives, provenant exclusivement des personnes détenues.

II. Périmètre géographique

Cette étude de faisabilité est monocentrique et a été menée à Nantes, dans le quartier de la MAF du centre pénitentiaire.

Le faible effectif des femmes incarcérées et l'implantation du programme carcéral de MdM à Nantes dans cet établissement dans ce quartier pénitentiaire, nous ont paru être des éléments importants pour faciliter la mise en place de l'étude.

III. Population de l'étude

1. Sélection de la population

Les personnes susceptibles d'être incluses étaient l'ensemble des personnes détenues à la MAF de Nantes.

2. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- État de santé mentale ou physique jugé incompatible avec la correcte compréhension des questions ;
- Personnes détenues au niveau de l'espace « nurserie » de la MAF ;
- Personnes incarcérées depuis moins de 2 semaines à la MAF.

IV. Critères d'évaluation

1. Critères de jugement de l'objectif principal : la faisabilité de l'étude

Plusieurs critères ont été définis pour évaluer si la méthodologie d'étude choisie pouvait être appliquée sur une population de personnes détenues :

- Acceptabilité des personnes à participer à l'étude et les freins organisationnels :
 - Pourcentage de refus de participation à l'étude ;
 - Pourcentage de sorties d'étude ;
 - Pourcentage de données manquantes aux questionnaires ;
 - Pourcentage de refus de réponse aux questions ;

- Durée moyenne du questionnaire ;
 - Identification des difficultés organisationnelles rencontrées au cours de l'étude ;
 - Recueil du point de vue de l'équipe de l'administration pénitentiaire à la MAF sur le déroulement et l'organisation des entretiens.
- Pertinence des outils méthodologiques utilisés
 - Tester la pertinence des questionnaires soumis ;
 - Tester la pertinence d'une méthodologie qualitative pour le recueil de la perception des personnes sur l'impact de la détention sur leur santé.

2. Critères de jugement secondaires

a. Décrire la santé perçue d'une population de femmes incarcérées

Le critère de jugement de cet objectif était les résultats des réponses aux questions du MME modifié et des scores issus d'un questionnaire de qualité de vie lié à la santé : le MOS SF-36 modifié. Ces questionnaires sont détaillés dans la section « V. Recueil des données », page 32.

b. Etudier le lien entre la santé perçue et des indicateurs sociodémographiques et pénaux caractérisant les femmes détenues

Le critère de jugement de cet objectif est l'étude du lien des réponses aux questions portant sur la santé perçue avec certaines caractéristiques sociodémographiques et pénales des participantes.

c. Recueil de la perception des personnes détenues au sujet des éléments qu'elles auraient identifiés comme ayant un impact sur leur santé au cours de leur détention.

Pour répondre à cet objectif, des données portant sur l'impact de la détention sur la santé des personnes détenues ont été recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, et analysés selon une méthodologie de recherche qualitative.

V. Recueil des données

Les données étaient recueillies lors d'entretiens individuels avec les personnes détenues. Ils étaient menés par une seule enquêtrice, soit une interne en santé publique en stage au sein du programme carcéral de MDM, soit une bénévole de ce programme. Il n'y avait pas de surveillante présente pendant l'entretien.

Avant le début des entretiens, les deux enquêtrices avaient travaillé ensemble, encadrées par une intervenante de l'équipe salariée du programme de MDM, de façon à se former à la même méthodologie d'entretien.

Si nécessaire, la présence d'un interprète anglais ou espagnol était possible à la demande de la personne détenue.

Les entretiens ne devaient durer qu'une heure environ et ont été menés dans une salle d'activité de MAF.

La trame de l'entretien a été testé au cours d'entretiens semi-dirigés auprès de trois hommes détenus au Centre de Détention de Nantes afin de l'ajuster et d'estimer le temps moyen nécessaire à son déroulement. Ces entretiens n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des résultats.

La trame de l'entretien individuel est présentée en annexe 4, page 108.

Les entretiens individuels se déroulaient en plusieurs parties :

- 1) Collecte d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques et pénales des participantes ;
- 2) Réalisation de l'enquête sur la santé perçue ;
- 3) Réalisation d'un entretien semi-dirigé portant sur la perception des éléments ayant un impact sur leur santé physique et mentale, au cours de la détention à la MAF.

1. Caractéristiques sociodémographiques et pénales

Cette partie de l'entretien est présentée dans la partie « Caractéristiques sociodémographiques et liées à la détention » de la trame de l'entretien individuel (annexe 4, page 108).

Ces caractéristiques permettaient de décrire la population interrogée :

- Âge ;
- Participation à une activité professionnelle avant leur incarcération ;
- Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) ;
- Langue utilisée pendant l'entretien ;
- Temps passé en détention à la MAF au moment de l'entretien (en mois) ;
- Statut dit de « prévenue » ou de « condamnée » ;
- Participation à une activité professionnelle pendant leur détention ;
- Épisodes antérieurs d'incarcération ;
- Séjour en quartier disciplinaire ou d'isolement dans les 2 semaines précédant l'étude ou non ;
- Incarcération dans un autre établissement avant d'être transférée à la MAF.

2. Enquête sur la santé perçue

L'ensemble des questions choisies, pour cette partie de l'entretien individuel, sont issues de questionnaires standardisés (MME et MOS SF-36) largement utilisés dans la littérature, associées à des questions construites par l'étude.

Ces questions sont présentées dans la partie « Perception de sa santé physique et mentale » de la trame de l'entretien (annexe 4, page 108).

a. Questions du MME modifié

Les premières questions de cette partie de l'entretien sont issues d'un module standardisé de trois questions : le Mini-Module Européen (34).

Le MME est un ensemble de questions interrogeant sur la perception de trois aspects de la santé :

- Santé perçue ;
- Présence de maladies chroniques ;
- Présence de limitations fonctionnelles.

La version standardisée du MME est présentée en annexe 2, page 106, ainsi que la version modifiée pour l'étude.

Adaptations du MME pour notre étude :

Pour notre questionnaire, la troisième question du MME standardisé a été modifiée. En effet, cette question nécessitait de se projeter dans un milieu dit « habituel », elle ne pouvait donc pas être posée à des personnes incarcérées dont les activités quotidiennes sont restreintes de toute liberté.

Elle a donc été reformulée ainsi :

« *Est-ce que vous vous sentez limitée, depuis au moins 6 mois, dans vos mouvements ou dans vos déplacements à cause d'un problème de santé physique ou mental ?* ».

Les modalités de réponse ont été conservées.

Deux questions ont ensuite été ajoutées :

- Si la personne déclarait avoir une limitation dans ses déplacements (question 3 du MME modifié), la nature du problème de santé responsable de ces limitations était abordée.
- La survenue d'un problème de santé aigu au cours des 4 semaines précédant l'entretien était recueilli.

b. Questions issues du questionnaire de qualité de vie lié à la santé : le MOS SF-36

La partie suivante du questionnaire est issue d'un questionnaire de qualité de vie liée à la santé, le *Medical Outcome Study Short Form – 36 health survey*, composé de 36 questions dans sa version standardisée (35).

Ce questionnaire explore huit dimensions de la santé : l'activité physique, les limitations dues à un problème de santé physique, les douleurs physiques, l'état de santé perçu de manière générale, la vitalité, la santé sociale, la santé psychique, les limitations dues à un problème de santé psychique, et l'évolution de la santé perçue.

Les différentes dimensions de la santé perçue explorées dans le MOS SF-36 sont présentées dans le tableau I page 32.

Pour chaque dimension, un score de 0 à 100 est calculé selon un algorithme défini, référencé dans le Manuel de l'utilisateur. Plus le score est proche de la valeur 100, plus l'état de santé est meilleur pour cette dimension : par exemple, pour la dimension « douleurs physiques » (dimension **BP**), un score élevé indique l'absence ou peu de douleurs.

A partir des scores obtenus pour ces huit dimensions, deux scores résumés peuvent être calculés :

- Le score résumé physique (PCS pour Physical Composite Score) ;
- Le score résumé mental (MCS pour Mental Composite Score) (35).

Tableau I : Principales dimensions explorées par le questionnaire MOS SF-36

Dimensions explorées		Résumé du contenu
Symboles	Nom des échelles	
PF	Activité physique / Physical Functioning	Mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques modérés et importants.
RP	Limitations dues à l'état physique / Role limitations relating to physical health	Mesure l'intensité de la gêne dans les activités quotidiennes, mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
BP	Douleurs physiques / Bodily pain	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
GH	Santé perçue / General health	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie.
VT	Vitalité / Vitality	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
SF	Vie et relations avec les autres / Social functioning	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
MH	Santé psychique / Mental health	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être.
RE	Limitations dues à l'état psychique / Role limitations relating to mental health	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.
HT	Evolution de la santé perçue / Health transition	Evolution de la santé perçue comparée à un an avant.

Source : Leplège et al (35)

Adaptations du MOS SF-36 pour notre étude :

Deux questions de la version originale du MOS SF-36 standardisée ont subi des modifications.

- 1) La question portant sur la perception de l'état de santé général du MME a été considérée comme équivalente à la question portant sur l'état de santé générale du MOS SF-36 (Q1 du MOS SF-36). Cependant, l'échelle de réponse à cette question est différente de celle du MME :

Modalités MME :

« Très bon »	« Bon »	« Assez bon »	« Mauvais »	« Très mauvais »
--------------	---------	---------------	-------------	------------------

Modalités MOS SF-36 :

« Excellente »	« Très bonne »	« Bonne »	« Médiocre »	« Mauvaise »
----------------	----------------	-----------	--------------	--------------

Ainsi, le score portant sur l'état de santé général (score **GH** issu de la question 1 du MOS SF-36), a été calculé, en ajoutant 1 à la réponse de la question 1 MOS SF-36 (nommé score **bis GH** pour notre étude). Ce point a été validé par un expert en statistiques.

- 2) Une dimension de la santé perçue a été modifiée afin d'être adaptée au contexte de l'étude. Il s'agit de la question portant sur la dimension « évolution de la santé perçue » (dimension **HT**) du questionnaire standardisé.

Sa formulation standardisée est :

« Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? »

Cette dimension a donc été évaluée par deux questions adaptées au contexte de la détention :

- **« Comment a évolué votre état de santé physique depuis votre arrivée à la MAF de Nantes ? »**
- **« Comment a évolué votre état de santé mental depuis votre arrivée à la MAF de Nantes ? »**

Les modalités de réponses étaient :

« Très défavorablement »

« Défavorablement »

« Ni défavorablement, ni favorablement »

« Favorablement »

« Très favorablement »

L'ensemble des questions du MOS SF-36 modifié est présenté partie B. de la trame de l'entretien en annexe 4, page 108.

3. Entretien semi-dirigé

La trame de l'entretien semi-dirigé est présentée dans la partie « Déterminants de santé et détention » de la trame de l'entretien (annexe 4, page 108 **Erreur ! Signet non défini.**).

Une fois l'ensemble des questions de l'Enquête sur la santé perçue posées, l'enquêtrice menait un entretien semi-dirigé avec la participante.

La trame de l'entretien semi-dirigé a été élaborée de façon à laisser les participantes s'exprimer librement sur leur vécu et leur perception des éléments ayant un impact sur leur santé physique et mentale, au cours de leur détention à la MAF.

Si besoin, des questions de relance, ouvertes, étaient posées aux participantes en lien avec quatre thèmes différents :

- L'organisation des soins à la maison d'arrêt ;
- L'environnement matériel de vie ;
- L'entourage « à l'intérieur », représenté distinctement par les autres personnes détenues (les codétenues) et l'équipe des surveillantes ;
- L'entourage à l'« extérieur ».

A la fin de l'entretien semi-dirigé, cinq questions fermées étaient posées au sujet de l'impact des quatre thèmes précédents.

A titre, d'exemple, concernant de l'organisation des soins, la question était formulée ainsi :

« Est-ce que vous considérez que les soins donnés à la maison d'arrêt de Nantes ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

Les modalités de réponse étaient :

« Très favorable »	« Favorable »	« Pas d'impact »	« Défavorable »	« Favorable »
--------------------	---------------	------------------	-----------------	---------------

4. Questions sur la compréhension et l'adaptation des questions posées

À la fin de l'ensemble de l'entretien individuel, trois questions étaient posées aux participantes afin de recueillir leur avis sur la compréhension et l'adaptation des questions au contexte carcéral.

Les questions étaient formulées ainsi :

- *« Est-ce que le vocabulaire et les formulations utilisés vous ont paru clairs et adaptés ? »*
- *« Les questions étaient-elles adaptées à la vie quotidienne en prison ? »*

Les modalités de réponse étaient binaires pour ces deux premières questions (« Oui » ou « Non »).

Ensuite, une question ouverte était posée aux participantes, si elles avaient refusé de répondre à au moins une question de l'entretien :

- *« Pour quelles raisons n'avez-vous pas répondu à certaines questions ? »*

L'enquêtrice devait alors noter sur la trame écrite de l'entretien les éléments de réponse donnés par la participante.

5. Spécificités des entretiens individuels avec les personnes allophones

L'ensemble des documents écrits destinés aux personnes détenues allophones ont été traduits en anglais, espagnol et roumain, y compris la trame de l'entretien individuel. Il était proposé aux personnes allophones de mener l'entretien en anglais, en espagnol ou en roumain. Un interprète espagnol ou roumain était sollicité, si besoin.

VI. Collecte et traitement des données

1. Saisie des réponses de l'enquête sur la santé perçue

Les réponses de l'enquête sur la santé perçue étaient recueillies sur un support papier, lors de l'entretien individuel puis saisies de façon anonyme dans une base de données à l'aide du logiciel Excel[®]. Cette base était sécurisée par un mot de passe.

2. Enregistrement audio et retranscriptions écrites des entretiens semi-dirigés

Le contenu de l'entretien semi-dirigé était enregistré à l'aide d'un dictaphone, après accord oral des participantes, puis retranscrits de façon anonyme par écrit.

Les enregistrements ont été détruits une fois les retranscriptions écrites des entretiens semi-dirigés terminées.

VII. Recueil de l'accord des personnes et des autorités compétentes, confidentialité des données et aspects règlementaires

1. Pré-requis à la mise en place de l'étude

Avant de débiter l'étude à la MAF, l'accord écrit du directeur du Centre Pénitentiaire de Nantes a été obtenu après validation orale de la DISP de Rennes.

Le protocole de cette étude a été validé auprès de la Direction Santé et Plaidoyer et du Service Juridique de MdM.

Les modalités organisationnelles de l'étude ont été définies après un travail de réflexion mené entre l'équipe du programme de MdM, une interne en santé publique menant une partie des entretiens et une personne membre de l'administration pénitentiaire, responsable des activités de la maison d'arrêt de Nantes.

2. Aspects règlementaires

Cette recherche relevant du domaine des sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé, elle n'est pas soumise à la loi Jardé. Elle reste cependant conforme à la méthodologie de référence relative au traitement des données à caractère personnel, mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement de la personne concernée (MR-003).

3. Modalités d'information et de recueil de l'accord oral des personnes détenues

a. Phase d'information de la population ciblée par l'étude

Avant de procéder au recrutement des personnes détenues volontaires et éligibles pour participer à l'étude, une phase d'information préalable a été réalisée.

Une fois l'équipe des surveillantes de la MAF informée par l'administration pénitentiaire, plusieurs temps d'échanges et d'information orale des personnes détenues ont eu lieu, à la MAF, lors de deux ateliers collectifs hebdomadaires du programme de MdM, au sujet de l'étude.

Les personnes détenues ont ensuite reçu une information écrite sous forme d'affiches placées dans les coursives ainsi qu'à l'aide d'une lettre d'information distribuée au cours d'un repas. La lettre d'information est présentée en annexe 6, page 121.

b. Phase de recueil de la non opposition des personnes détenues volontaires

La non opposition des personnes détenues éligibles et volontaires pour participer à l'étude a été recueillie au moment d'un atelier de MdM ainsi qu'au cours d'un porte-à-porte aux cellules des femmes non présentes à cet atelier. Lors de cette étape, l'équipe s'assurait oralement, au préalable, de la correcte information reçue par les personnes sur les principes de l'étude.

Avant de débiter les entretiens individuels, l'enquêteur s'assurait de la bonne compréhension des informations reçues par la personne. L'accord oral leur était de nouveau demandé avant le début de l'enregistrement audio de l'entretien semi-dirigé.

VIII. Analyses des données

Cette section présente les étapes d'analyses des méthodologies quantitative et qualitative.

1. Analyses statistiques

Les analyses ont été faites à l'aide des logiciels Excel® et Biostatgv®.

a. Données descriptives de la population et de l'enquête sur la santé perçue

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées sur les données sociodémographiques et pénales de la population, sur les questions du MME modifié et sur les scores du MOS SF-36 modifié, , calculés selon le Manuel de l'utilisateur (35).

Les réponses à la question 1 du MME modifié ont été dichotomisées en « Bon état de santé » et « Mauvais état de santé », pour l'analyse.

b. Facteurs associés à la santé perçue

Des analyses utilisant des modèles univariés (tests de Fisher, Kruskal Wallis et Mann Whitney) ont été utilisées pour l'étude de facteurs associés aux résultats sur la santé perçue (seuil de significativité inférieur à 5 %).

2. Analyse des données recueillies par les entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés enregistrés ont été retranscrits manuellement par 3 personnes différentes dont l'une était une des enquêtrices et 2 étaient des secrétaires médicales externes à l'équipe de recherche. Les retranscriptions ont été réalisées à l'aide de logiciels tels qu'Express Scribe®.

L'analyse de l'ensemble des entretiens retranscrits a été réalisée manuellement selon une méthode d'analyse de contenu, après codage des éléments du texte en thématiques différentes. La codification du texte a été faite de manière déductive, en partant des thématiques de relance de notre trame d'entretien, mais également de manière inductive, en codant les éléments du texte répondant aux objectifs.

Au sein de chaque thématique, des catégories et des sous-catégories ont ensuite été identifiées. Le logiciel Excel® a été utilisé pour organiser cette analyse thématique.

Cette étape a été réalisée par la même personne qui avait également mené une partie des entretiens et participé à leur retranscription.

Après avis auprès d'une personne de MdM, anthropologue, chercheuse en sciences sociales, les retranscriptions écrites des entretiens avec les personnes allophones n'ont cependant pas été réalisées.

En effet, le niveau linguistique trop faible rendait une expression de ces participantes difficilement compréhensible lors de l'écoute des enregistrements. Cette difficulté d'expression pouvait alors modifier les idées retrouvées et leur compréhension. Cependant la personne ayant procédé à l'analyse de l'ensemble des entretiens semi-dirigés a aussi écouté les entretiens des personnes allophones et noté les idées qu'elle a pu comprendre. Les idées alors comprises sont noté dans les résultats des analyses des entretiens semi-dirigés de manière indépendante.

Les cinq questions fermées posées à la fin de l'entretien semi-dirigé ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives.

CHAPITRE 3 : RESULTATS

I. Mise en place et déroulement de l'étude

L'ensemble des modalités de mise en place de l'étude a été défini en étroite collaboration avec l'Administration Pénitentiaire afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'établissement.

1. Préalable : phase d'information des personnes détenues à la MAF

La chronologie des étapes d'information et de recueil de la non opposition des personnes détenues est présentée en annexe 1, page 105.

La lettre d'information écrite a été adressée à l'ensemble des personnes détenues lors de la distribution au d'un repas, le 11 septembre 2018.

2. Acceptabilité de l'étude et freins organisationnels

a. Nombre de non oppositions recueillies

Le recueil oral de non opposition auprès des personnes détenues, éligibles, a eu lieu le 17/09/2018.

À cette date, l'administration pénitentiaire déclarait que 45 personnes étaient en détention à la MAF de Nantes, 4 détenues n'étant pas éligibles (2 accueillies en « nurserie », 1 en quartier d'isolement, 1 considérée comme non interrogeable par l'Administration Pénitentiaire).

Toutes les personnes détenues étaient incarcérées depuis plus de 2 semaines à la date du 17/09/2018.

Sur les 41 personnes alors éligibles, 34 personnes ont accepté de participer à l'étude (83 % des personnes éligibles).

b. Organisation du déroulement des entretiens individuels avec l'Administration Pénitentiaire

La planification des entretiens avec les personnes détenues volontaires a été organisée avec la surveillante chargée des activités des personnes détenues de la maison d'arrêt, selon le planning des participantes.

Un document écrit de « convocation » leur a été distribué lors d'un repas, détaillant la date et l'heure de l'entretien, fixées avec la surveillante.

c. Participant·es exclues

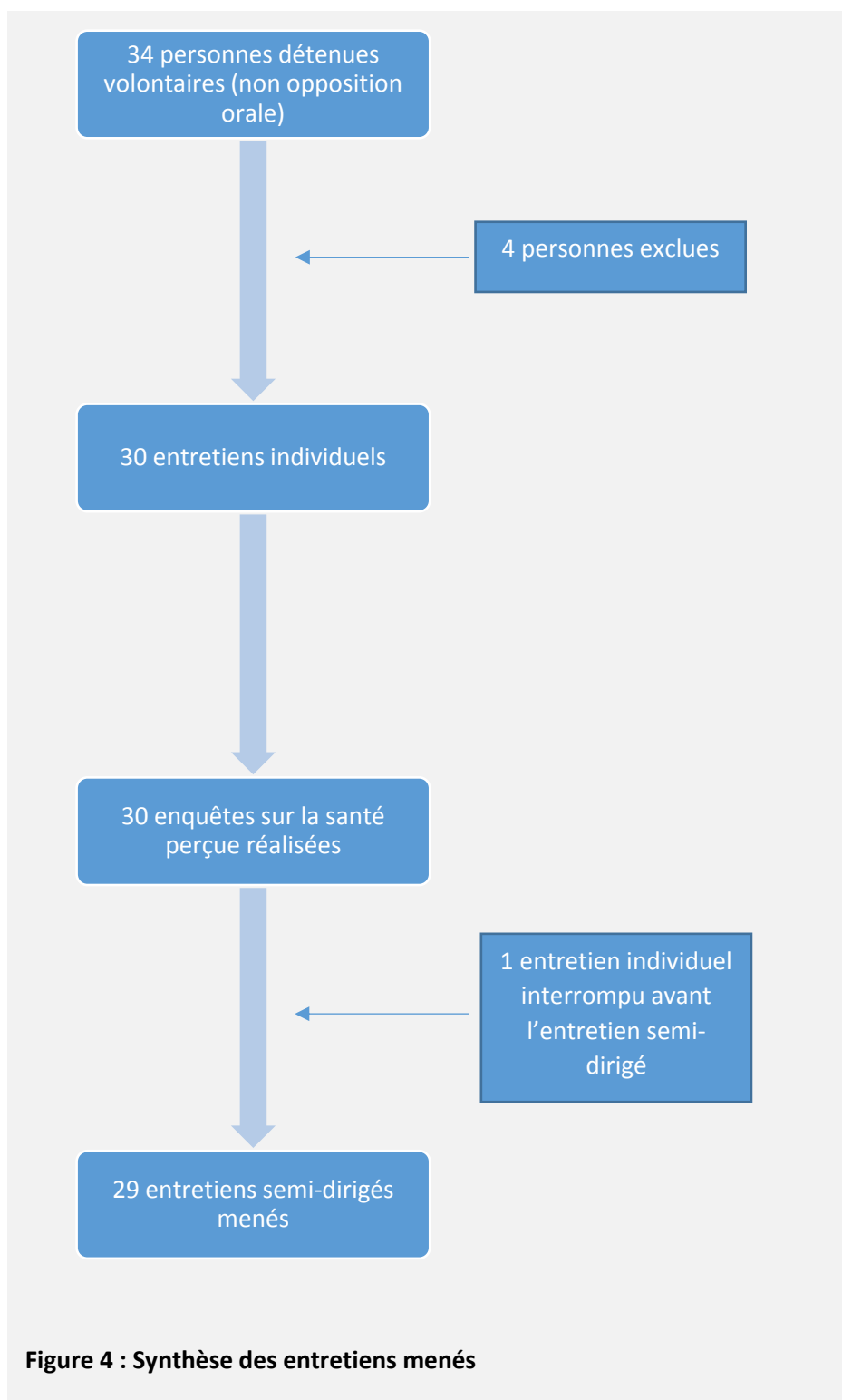
Parmi les 34 participant·es, 4 ont été exclues de l'étude :

- Deux personnes ont refusé de participer aux entretiens ;
- Deux autres personnes ont été exclues pour des raisons linguistiques. Il s'agissait de personnes allophones pour lesquelles les difficultés de compréhension ont été considérées comme trop importantes pour mener l'entretien.

Ces 4 participant·es représentaient 11,7% de l'effectif total des participant·es.

Au total, 30 participant·es ont répondu à l'enquête sur la santé perçue, 29 aux entretiens semi-dirigés. En effet, un entretien a dû être interrompu avant le début de l'entretien semi-dirigé à cause d'un rendez-vous de la participant·e, non connu de l'Administration Pénitentiaire au moment de la planification des entretiens.

La synthèse sur l'effectif des participant·es aux entretiens individuels est présentée en figure 4, page 39



d. Participant·es ayant nécessité un interprétariat et personnes allophones

Quatre entretiens ont été menés en anglais par une des enquêtrices et un entretien, en présence de l'interprète espagnol. Aucun n'a été réalisé en présence de l'interprète roumain. Un entretien a demandé à l'enquêtrice d'utiliser un vocabulaire espagnol.

Il y avait donc 5 personnes allophones parmi les 30 participant·es.

e. Participation aux entretiens individuels

1. Recueil des caractéristiques sociodémographiques et pénales

Les 30 participantes ont répondu à toutes les questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques et pénales.

2. Participation à l'enquête sur la santé perçue

Les 30 participantes ont répondu à toutes les questions posées sur la santé perçue (43 questions). Seules 9 réponses de 4 participantes n'ont pas pu être analysées (réponse = « ne sait pas », au MOS SF-36 modifié) soit 0,7 % des données de l'enquête.

3. Participation aux entretiens semi-dirigés

Parmi les 29 entretiens semi-dirigés menés, 2 personnes ont refusé d'être enregistrées et 1 fichier audio d'un enregistrement n'a pas été retrouvé, suite à une erreur d'utilisation du dictaphone. Vingt-six entretiens ont donc été enregistrés après accord oral des participantes.

f. Lieu et déroulement des entretiens

Les entretiens individuels se sont tous déroulés dans une salle d'activité de la MAF où l'enquêtrice était seule avec la participante. La durée moyenne de l'ensemble de l'entretien individuel était d'une heure environ :

- La durée de l'enquête sur la santé perçue a été estimée en moyenne à une quinzaine de minutes.
- La durée des 26 entretiens semi-dirigés enregistrés était en moyenne de 35 minutes. Le plus court a duré 9 minutes et le plus long 86 minutes.

g. Réponses aux questions de faisabilité

Vingt-sept participantes (93,1%) ont trouvé clairs et adaptés le vocabulaire utilisé et les formulations des questions de l'ensemble de l'entretien individuel, et 25 ont répondu qu'elles étaient adaptées au contexte de la vie quotidienne en prison.

Les résultats sont présentés tableau II, ci-dessous.

Tableau II : Résultats des questions de faisabilité

	Effectifs (N = 29)		Pourcentages
Q21 : « Est-ce que le vocabulaire et les formulations utilisés vous ont parus clairs et adaptés ? »	Oui	27	93,1%
	Non	0	0,0%
	NSP	0	0,0%
	NR	2	6,9%
Q22 : « Les questions étaient-elles adaptées à la vie quotidienne en prison ? »	Oui	25	86,2%
	Non	0	0,0%
	NSP	2	6,9%
	NR	2	6,9%

II. Description de la population et des résultats de l'enquête sur la santé perçue

1. Description de la population étudiée

Les données descriptives des participantes (caractéristiques sociodémographiques et pénales) sont présentées dans les tableaux III et IV, page 42.

a. Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes interrogées étaient plutôt jeunes avec une moyenne d'âge de 33,9 ans et une médiane de 31 ans. La personne la plus jeune était âgée de 20 ans et la plus âgée de 53 ans.

Une personne sur trois était sans **activité professionnelle** (N = 6) et 2 sur 3, issues des **catégories socioprofessionnelles** dont le niveau de diplôme est le moins élevé (11 employées et 7 ouvrières), avant leur incarcération.

Les participantes pour lesquelles l'entretien a été **mené en anglais ou en espagnol** représentaient 20% de l'effectif de la population de l'étude.

b. Caractéristiques pénales

La moitié des personnes ont déclaré avoir un **statut pénal** dit de « prévenue » (N = 14) et l'autre moitié le statut de « condamnée » (N = 16).

Une grande majorité des participantes ont déclaré n'avoir **aucun antécédent d'incarcération antérieure (N = 21)**.

Seules 2 personnes avaient été **transférées** d'un autre établissement pénitentiaire avant d'être incarcérées à la MAF.

Deux participantes sur trois (N = 20) ont déclaré avoir une **activité professionnelle en détention** le jour de l'entretien.

Le **temps passé en détention à la MAF** des 30 personnes interrogées étaient en moyenne de 12,6 mois (médiane à 4,5 mois, temps minimum à 1 mois et temps maximum à 49 mois) au moment de l'étude.

Aucune des personnes interrogées n'avait séjourné en **quartier disciplinaire ou en quartier d'isolement** au cours des 4 semaines précédant l'entretien.

Tableau III : Description des variables quantitatives caractérisant la population de l'étude (N = 30)

<i>Variables quantitatives</i>	Moyenne (médiane)	Min	Max
Âge (en années)	33,9 (31,0)	20	53
Temps passé en détention le jour de l'entretien (en mois)	12,6 (4,5)	1	49

Tableau IV : Description des variables qualitatives caractérisant la population de l'étude (N = 30)

<i>Variables qualitatives</i>	Effectifs	Pourcentages
Caractéristiques sociales		
Personnes ayant déclarées avoir une activité professionnelle avant leur détention		
	24	80,0%
Catégorie socio-professionnelle		
Employées	11	36,7%
Ouvrières	7	23,3%
Autres personnes sans activité professionnelle	6	20,0%
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	4	13,3%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2	6,7%
Professions Intermédiaires	0	-
Retraitées	0	-
Agricultrices exploitantes	0	-
Caractéristiques liées à leur détention		
Personne déclarant avoir une activité professionnelle à la MAF		
	20	66,7%
Statut pénal		
Condamnées	16	53,3%
Prévenues	14	46,7%
Déclaration d'un séjour en quartier disciplinaire ou en quartier d'isolement au cours des 4 semaines précédant l'entretien		
	0	-
Antécédent d'incarcération		
Non	21	70,0%
Oui	9	30,0%

2. Description des résultats de l'enquête sur la santé perçue

a. Résultats du MME modifié.

Les résultats sont présentés dans les tableaux V et VI, pages 43.

- **Santé perçue**

Parmi les 30 personnes qui ont répondu aux questions, 13 personnes ont déclaré avoir un bon état de santé (modalités « Très bon » ou « Bon ») soit 43% de l'effectif de la population d'étude.

- **Déclaration de maladies chroniques**

La grande majorité des participantes ont déclaré avoir un problème de santé chronique (70 %).

- **Déclaration de limitations dans ses déplacements, liées à un problème de santé**

Deux participantes sur trois ont déclaré être limitées, dans leurs déplacements à cause d'un problème de santé. Parmi celles-ci, 6 participantes (20,0 % de l'ensemble des participantes) ont déclaré être fortement limitées.

Parmi les 20 participantes ayant déclaré une limitation dans leurs déplacements, près de la moitié (N = 9) ont répondu que c'était à cause d'un problème de santé uniquement physique, un quart à cause d'un problème de santé physique et mentale (N = 5).

- **Survenue d'un problème de santé aigu au cours des 4 semaines précédant l'entretien**

Plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré avoir eu un problème de santé aigu au cours des 4 semaines précédant l'entretien (53,3 %).

Tableau V : Distribution des réponses aux questions du Mini-Module Européen modifié dans la population d'étude

	Effectifs (N = 30)	Pourcentages	Intervalle de confiance à 95%
1. Perception de son état de santé général			
Très bon	3	10,0%	[-0,7% ; 20,7%]
Bon	10	33,3%	[16,5% ; 50,2%]
Assez bon	9	30,0%	[13,6% ; 46,4%]
Mauvais	7	23,3%	[8,2% ; 38,5%]
Très mauvais	1	3,3%	[-3,1% ; 9,8%]
2. Déclaration de maladie chronique			
Oui	21	70,0%	[53,6% ; 86,4%]
Non	9	30,0%	[13,6% ; 46,4%]
3. Déclaration d'une limitation dans ses déplacements			
Oui, fortement limitée	6	20,0%	[5,7% ; 34,3%]
Oui, limitée, mais pas fortement	14	46,7%	[28,8% ; 64,5%]
Non, pas du tout limitée	10	33,3%	[16,5% ; 50,2%]

Tableau VI : Distribution des réponses aux questions ajoutées au MME modifié

Questions ajoutées au MME modifié	Effectifs	Pourcentages	Intervalle de confiance à 95%
Parmi celles qui ont déclaré avoir une limitation dans leurs déplacements :			
« Si oui, est-ce à cause d'un problème de santé physique, mental ou les deux ? »			
Physique	9	45,0%	[23,2% ; 66,8%]
Mental	6	30,0%	[9,9% ; 50,1%]
Physique et mental	5	25,0%	[6,0% ; 44,0%]
Total	20	100,0%	-
Q4 : « Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous eu une maladie ou un problème de santé aigu, intense ou gênant ? »			
Oui	16	53,3%	[35,5% ; 71,2%]
Non	13	43,3%	[25,6% ; 61,1%]
Total	30	100,0%	-

b. Résultats des scores du MOS SF-36 modifié

Les résultats dans la population d'étude des moyennes des scores de chaque dimension explorée par le MOS SF-36 modifié sont présentés dans le tableau VII ci-dessous.

La moyenne du score la plus faible est celle de la dimension « santé psychique » (MH) (score MH : moyenne = 38,0, médiane = 36,0, IC 95 = [31,4 ; 44,5]) et la plus élevée est retrouvée pour la dimension « activité physique » (score PF : moyenne = 82,5, médiane = 90,0 avec IC 95 = [75,0 ; 90,1]). La moyenne des scores résumés des participantes sont de 48,8 pour la santé physique est de 33,6 pour la santé mentale.

Tableau VII : Résultats aux scores du MOS SF-36 modifié dans la population d'étude

		Moyenne (médiane)	Intervalle de confiance à 95%	Min	Max
Score bis GH	<i>Santé perçue</i>	51,4 (53,5)	[42,7 ; 60,0]	5,0	97,0
Score PF	<i>Activité physique</i>	82,5 (90,0)	[75,0 ; 90,1]	6,3	100,0
Score RP	<i>Limitations dues à l'état physique</i>	55,0 (50,0)	[39,7 ; 70,3]	0,0	100,0
Score BP	<i>Douleurs physiques</i>	54,0 (51,0)	[42,4 ; 65,6]	10,0	100,0
Score VT	<i>Vitalité</i>	42,3 (37,5)	[33,4 ; 51,3]	0,0	90,0
Score SF	<i>Vie et relation avec les autres</i>	63,8 (62,5)	[51,8 ; 75,8]	0,0	100,0
Score RE	<i>Limitations dues à l'état psychique</i>	54,4 (66,7)	[40,6 ; 68,3]	0,0	100,0
Score MH	<i>Santé psychique</i>	38,0 (36,0)	[31,4 ; 44,5]	4,0	73,3
Score PCS	<i>Score résumé santé physique</i>	48,8 (47,7)	[44,5 ; 53,1]	25,6	67,3
Score MCS	<i>Score résumé santé mentale</i>	33,6 (33,5)	[29,3 ; 37,9]	9,4	53,1

c. Perception de l'évolution de la santé physique et mentale

Les résultats obtenus aux deux questions posées sur l'évolution de la santé perçue sont présentés dans le tableau VIII, page 45. Nous avons également interrogé les participantes sur l'évolution de leur état de santé physique et mentale depuis le début de leur détention à la MAF.

Ainsi, près de 6 femmes sur 10 (56,7%) ont déclaré que leur état de santé physique a évolué très défavorablement ou défavorablement depuis leur arrivée à la MAF. La même proportion de participantes a déclaré une évolution défavorable ou très défavorable de leur santé mentale.

Seule une femme n'a pas su se prononcer (réponse « ne sait pas ») à la question sur l'évolution de son état de santé mentale.

Tableau VIII : Distribution des réponses aux questions sur l'évolution de la santé perçue

	Effectifs (N = 30)	Pourcentages	Intervalle de confiance à 95%
Evolution de leur état de santé physique depuis leur arrivée à la MAF			
Très défavorablement	3	10,0%	[-0,7% ; 20,7%]
Défavorablement	14	46,7%	[28,8% ; 64,5%]
Ni défavorablement, ni favorablement	8	26,7%	[10,8% ; 42,5%]
Favorablement	3	10,0%	[-0,7% ; 20,7%]
Très favorablement	2	6,7%	[-2,3% ; 15,6%]
NSP	0	0,0%	-
Evolution de leur état de santé mentale depuis leur arrivée à la MAF			
Très défavorablement	8	26,7%	[10,8% ; 42,5%]
Défavorablement	10	33,3%	[16,5% ; 50,2%]
Ni défavorablement, ni favorablement	7	23,3%	[8,2% ; 38,5%]
Favorablement	2	6,7%	[-2,3% ; 15,6%]
Très favorablement	2	6,7%	[-2,3% ; 15,6%]
NSP	1	3,3%	[-3,1% ; 9,8%]

3. Recherche de facteurs associés à la santé perçue

a. Facteurs associés aux résultats du MME modifié

Les résultats des analyses étudiant les facteurs associés aux résultats du MME modifié sont présentés dans les tableaux XV à XXI, en annexe 7, page 125.

Facteurs associés à la santé perçue (tableaux XV à XVII) :

Les résultats des analyses ne retrouvaient que l'âge comme facteur significativement associé à la santé perçue ($p = 0,026$). Ainsi, la moyenne d'âge des personnes se percevant en bon état de santé était plus jeune que celles qui se percevaient en « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé.

Lorsque l'on séparait l'échantillon selon la médiane de l'âge, on pouvait ainsi observer que parmi les 50% les plus jeunes plus de la moitié (56,3%) déclaraient avoir un bon état de santé alors qu'il n'y avait qu'une personne sur 4 qui le déclarait parmi les 50% les plus âgées de l'échantillon.

Facteurs associés à la déclaration de maladie chronique (tableaux XVIII et XIX) :

Comme pour la santé perçue, seul l'âge semblait être associé à la présence de problèmes de santé chronique dans notre échantillon. La moyenne d'âge était significativement plus élevée chez les personnes ayant déclaré la présence de maladie chronique.

Facteurs associés à la déclaration d'une limitation dans ses déplacements (tableaux XX et XXI) :

Les analyses en univarié ne mettaient pas en évidence de facteur associé à une limitation des déplacements.

Cependant, l'âge semblait être lié à la déclaration d'une limitation dans leur mobilité de manière quasi significative ($p = 0,066$). La fréquence de déclaration d'une limitation dans leur mobilité à cause d'un problème de santé augmentait donc avec l'âge, parmi les participantes interrogées.

Dans notre population, aucune autre caractéristique que l'âge n'était significativement associée aux résultats du MME modifié.

b. Facteurs associés aux scores du MOS SF-36 modifié

Les résultats des analyses étudiant les facteurs associés aux dimensions explorées par le MOS SF-36 modifié sont présentés dans le tableau XXII de l'annexe 7, page 125.

Il n'a pas été retrouvé de liens significatifs entre une des caractéristiques descriptives de notre échantillon et les valeurs des scores des huit dimensions du MOS SF-36 modifié.

Pour l'étude de l'association de l'âge et du temps passé en détention (variables quantitatives) avec les scores du MOS SF-36 modifié, des représentations graphiques ont été réalisées. Elles sont présentées en annexe 8, page 132. Celles-ci ne montrent pas de relation d'allure linéaire entre l'âge, le temps passé en détention et les moyennes des scores des huit dimensions, ainsi que celles des scores résumés de santé physique et mentale (scores PCS et MCS).

Cependant, les valeurs du coefficient de corrélation de Spearman retrouvent un lien linéaire moyen négatif, entre le score résumé de santé physique et l'âge (coefficient égal à -0,4) puis le temps passé en détention (coefficient égal à -0,4) avec des valeurs quasi significatives ($p = 0,06$). Il n'existe donc pas de liaison significative entre ces deux variables et les scores résumés de santé physique et mentale, mais, dans l'échantillon de l'étude, ces deux scores avaient tendance à diminuer avec l'âge et le temps passé en détention à la MAF chez les participantes.

Les résultats des valeurs des coefficients de corrélation de Spearman sont présentés dans le tableau XXIII, page 131.

c. Analyses avec ajustement

Devant les résultats de ces premières analyses et le faible effectif de notre échantillon, nous n'avons pas réalisé d'analyses de comparaison des résultats avec ajustement sur certaines variables à l'aide de modèles multivariés.

III. **Analyses des entretiens semi-dirigés**

1. **Caractéristiques des participantes et durée des entretiens semi-dirigés**

Deux enquêtrices ont mené les entretiens. Elles sont désignées par les lettres « C » et « L ».

- L'enquêtrice « C » a mené 16 entretiens semi-dirigés enregistrés, d'une durée moyenne de 44 minutes (le plus court a duré 18 minutes et le plus long 86 minutes).
- L'enquêtrice « L » a mené 10 entretiens semi-dirigés enregistrés, d'une durée moyenne de 21 minutes (le plus court a duré 9 minutes et le plus long 38 minutes).

Parmi ces 26 entretiens semi-dirigés menés et enregistrés, la retranscription écrite des discours des participantes et l'analyse des verbatim n'a été finalement réalisée que pour 21 enregistrements audio obtenus.

En effet, 5 participantes étaient allophones parmi les 26 entretiens semi-dirigés enregistrés.

Cependant, certains éléments soulevés par ces participantes nous semblaient pertinents et importants à retenir dans notre rapport. Les idées retenues, après une écoute de leurs enregistrements, ont été collectées, indépendamment des 21 entretiens semi-dirigés retranscrits et analysés.

La synthèse des entretiens semi-dirigés obtenus et retranscrits sont présentés dans la figure 5, page 47.

Les caractéristiques des 26 participantes aux entretiens semi-dirigés enregistrés sont résumées dans les tableaux IX à XI, page 48. Elles présentent des profils très variés les uns des autres, avec des personnes dont

l'âge peut s'étendre de 20 à 53 ans, issues de milieu sociaux différents (CSP). Elles pouvaient avoir déjà vécu un épisode d'incarcération antérieurement pour quelques-unes d'entre elles et elles pouvaient être en situation de détention provisoire (« prévenues ») ou connaissaient déjà la durée de la peine définitive qu'elle devait effectuer (« condamnées »). De plus, qui avaient déjà été incarcéré précédemment, alors que pour d'autres ce n'était pas le cas.

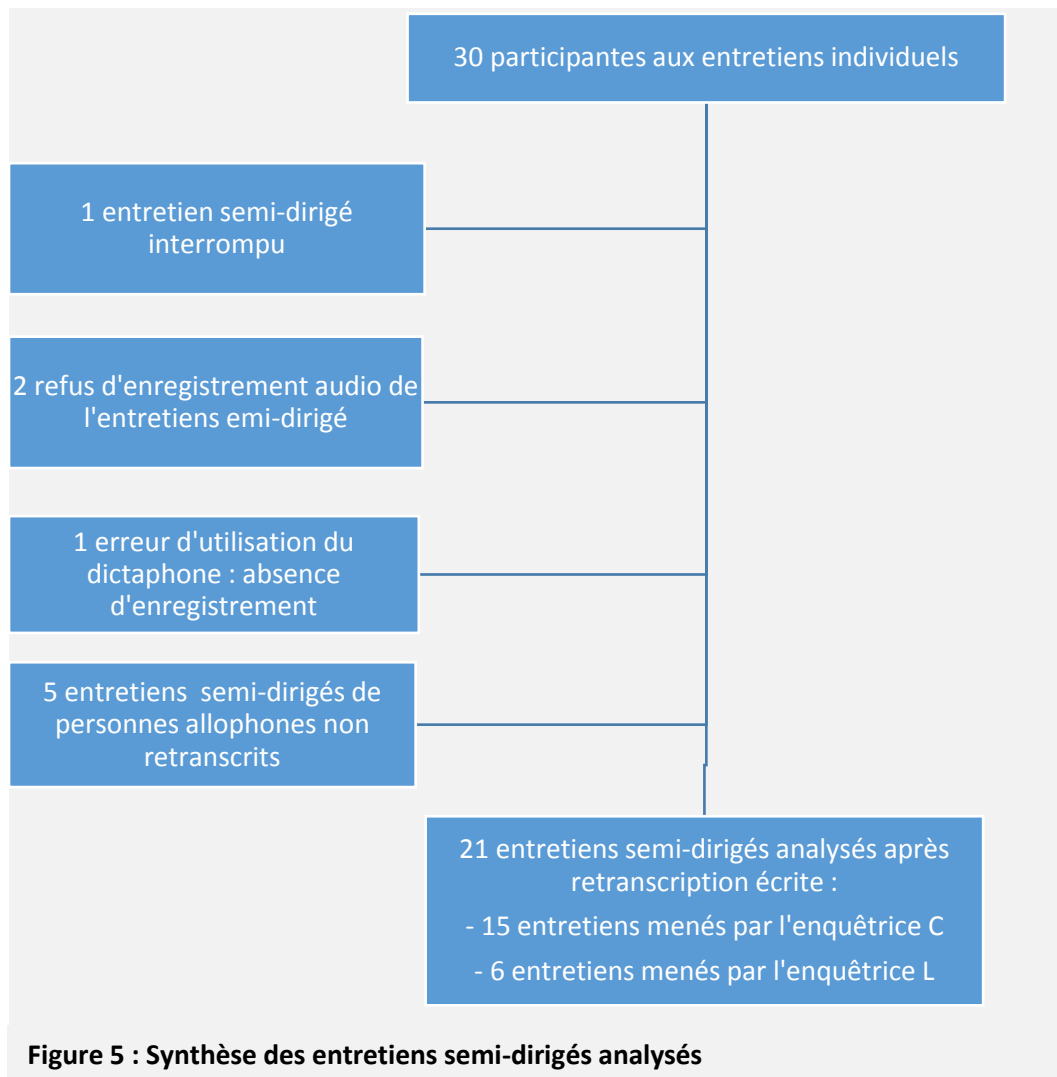


Tableau IX : Participantes aux entretiens semi dirigés menés et enregistrés par l'enquêtrice C

num identifi*	age*	prof MAF*	act pro av MAF*	CSP*	incar ant*	statut*	temps MAF*	transf*	temps total*	durée entretien SD*
1C	26	oui	oui	CSP6	non	condamnée	3	non	NA	22
2C	45	non	oui	CSP5	non	prévenue	27	non	NA	27
3C	51	oui	oui	CSP5	non	condamnée	3	non	NA	41
4C	23	oui	oui	CSP5	oui	prévenue	9	non	NA	18
5C	40	oui	oui	CSP6	non	prévenue	21	non	NA	41
7C	20	oui	non	CSP8	non	prévenue	23	non	NA	25
9C	46	oui	oui	CSP6	non	prévenue	15	non	NA	56
10C	31	oui	oui	CSP6	oui	condamnée	5	non	NA	41
11C	47	oui	non	CSP8	non	condamnée	3	non	NA	67
14C	53	oui	oui	CSP3	non	prévenue	32	non	NA	68
16C	22	non	oui	CSP6	non	condamnée	2	non	NA	28
17C	33	oui	non	CSP8	oui	prévenue	3	non	NA	33
18C	22	oui	oui	CSP5	non	condamnée	4	non	NA	33
19C	48	oui	non	CSP8	oui	condamnée	23	non	NA	49
20C	27	oui	oui	CSP3	non	prévenue	21	non	NA	71

Tableau X : Participantes aux entretiens semi dirigés menés et enregistrés par l'enquêtrice L

num identifi*	age*	prof MAF*	act pro av MAF*	CSP*	incar ant*	statut*	temps MAF*	transf*	temps total*	durée entretien SD*
1L	51	oui	oui	CSP2	non	prévenue	28	non	NA	38
2L	26	non	oui	CSP5	oui	condamnée	4	non	NA	19
3L	25	non	non	CSP8	non	condamnée	49	non	NA	24
4L	28	oui	oui	CSP5	non	prévenue	3	non	NA	18
11L	42	oui	oui	CSP5	oui	condamnée	2	non	NA	17
13L	43	non	oui	CSP5	non	condamnée	4	non	NA	28

Tableau XI : Participantes allophones dont les entretiens semi-dirigés n'ont pas été analysés

num identifi*	age*	prof MAF*	act pro av MAF*	CSP*	incar ant*	statut*	temps MAF*	transf*	temps total*	durée entretien SD*
21C	38	oui	oui	CSP5	non	condamnée	28	non	NA	86
6L	20	non	oui	CSP5	non	condamnée	2	non	NA	9
7L	23	oui	oui	CSP5	non	prévenue	15	non	NA	24
8L	31	oui	non	CSP8	non	condamnée	18	non	NA	19
12L	31	non	oui	CSP2	non	prévenue	2	oui	NR	17

Légendes des tableaux IX à XI

***num identif** = numéro d'identification de la participante à l'entretien semi-dirigé

***age** = âge de la participante

***prof MAF** = participation à une activité professionnelle ou non au cours de la détention à la maison d'arrêt

***act pro av MAF** = activité professionnelle ou non avant la détention

***CSP** = catégorie socio-professionnelle.

CSP1= Agriculteurs exploitants / CSP 2 = Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / CSP3 = Cadres et professions intellectuelles supérieures / CSP4 = Professions intermédiaires / CSP5 = Employés / CSP6 = Ouvriers / CSP7 = Retraités / CSP8 = Autres, sans activité professionnelle

***incar ant** = au moins un antécédent d'incarcération antérieure déclarée par la participante.

***statut** = statut pénal de « prévenue » ou « condamnée » le jour de l'entretien individuel.

***temps maf** = temps passé en détention à la maison d'arrêt (en mois)

***transf** = participante transférée d'un établissement pénitentiaire avant son arrivée à la maison d'arrêt

***temps total** = en cas de transfert : temps total passé en détention au moment où se déroule l'entretien individuel (en mois)

***durée entretien SD** = durée de l'enregistrement de l'entretien semi-dirigé (en minutes)

2. Résultats de l'analyse thématique transversale

Les 5 thématiques abordées par les participantes, sur relance de l'enquêtrice, étaient :

- Les soins à la MAF
- L'environnement matériel de vie
- L'entourage représenté par les codétenues
- L'entourage représenté par les surveillantes
- L'entourage représenté par la famille et les amis

Les autres thématiques abordées spontanément par les participantes étaient :

- Le travail en prison
- Les activités possibles à la MAF
- L'arrivée en prison
- Les impacts de la détention sur la santé mentale et physique ainsi que les impacts de l'enfermement et la mise à l'écart de la société du « dehors »
- Les conditions de détention durant la nuit

Dans chaque thématique, plusieurs catégories ont été identifiées lors de l'étape du codage des textes retranscrits, qui seront développées ci-dessous.

Comme expliqué précédemment, les idées retenues lors des écoutes des entretiens semi-dirigés de participantes allophones seront citées à la fin de chacune des thématiques traitées.

a. Les soins à la MAF

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique des soins à la MAF sont :

- **La qualité des soins dispensés à la maison d'arrêt**
- **L'accès aux soins**
- **Le suivi médical**
- **Les soins psychiques**
- **La prise en charge dentaire**
- **La relation soignant-patient**
- **Les médicaments reçus**
- **Les extractions médicales**

1. La qualité des soins dispensés à la maison d'arrêt

Les opinions des participantes sur la qualité des soins dispensés par les soignants à la maison d'arrêt étaient divergentes, quel que soit la fréquence de leurs contacts avec le personnel soignant.

Certaines exprimaient ainsi une **satisfaction** sur les soins reçus :

2C	« J'ai toujours été bien prise en charge », « moi ça s'est toujours bien passé »
19C	« moi j'estime qu'on a un super service qu'ce soit l'UCSA ou qu'ce soit le SMPR »
11L	« J'ai été entendu sur toutes mes demandes, j'ai eu des conseils, le traitement adéquat et tout va bien. »

A l'opposé, d'autres semblaient **insatisfaites** des soins dispensés, et critiquaient certains épisodes de prises en charge reçues au cours de leur détention.

Certaines critiques émises par des personnes détenues ne semblaient pas attribuables au contexte carcéral. Par exemple une participante n'avait plus confiance au personnel soignant et remettait en question leurs compétences, suite à l'absence de diagnostic posé pour un problème de santé : « *Et...eux, ils savaient même pas diagnostiquer c'que j'ai eu. Du coup, à la final j'y suis plus allé.* » (4C). Perte de confiance qui a entraîné un refus de recours aux soins.

D'autres critiques émises sur les soins semblaient liées au contexte. Une participante jugeait ainsi que la prise en charge médicale des personnes détenues était inégale par rapport au « dehors » à cause de l'organisation complexe des soins dispensés à l'extérieur, entraînant des retards de prise en charge, voire des prises en charge négociées avec la personne détenue en fonction de sa date de sortie, pour qu'elles fassent les soins nécessaires, une fois dehors : « *je pense que la durée d'la détention pour eux, est importante. C'est-à-dire qu'ils te posent la question d'savoir combien d'temps t'es là? si...si, tu leur dis effectiv'ment, qu't'es là pour 2-3 ans, j'pense que là [...]. bon. bah, essayez d'faire les soins à l'extérieur, quoi. [...] je pense que vraiment c'qui doit les gêner dans tout ça [...] ce sont les extractions.* » (11C).

Pour une autre participante, le contexte de la détention éveillait une méfiance et pouvait alors être un frein de recours aux soins : « *m'faire ausculter...heu en prison heu [...] Nan. Je peux pas, j'ai pas envie, j'ai pas confiance.* » (18C).

2. L'accès aux soins

• Les délais de prise en charge médicale sur site

Les participantes considéraient les délais de rendez-vous, avec les équipes soignantes sur site, de manière très différente. Certaines semblaient satisfaites et trouvaient les délais plutôt **courts** :

1C	« [...] l'UCSA non par contre j'ai un bon suivi quand j'ai quelque chose heu.... 'fin..., j'suis tout de suite reçue [...] »
2C	« [...] l'UCSA m'a...m'a fait voir un « dermato » rapidement », « quand j'suis arrivée j'avais mes lentilles, j'avais pas mes lunettes ... pour l' « ophtalmo » ça a été très vite, j'ai eu mes lunettes très rapidement »
19C	« Après c'est mes problèmes de santé [...] : je sais qu j'f'ais un mot j'suis reçue...dans la journée même hein. [...] Mais heu ici ils m'font pas attendre quoi »
3L	« On peut appeler directement mais en fait nous on doit écrire pour avoir un rendez-vous tout ça, ça peut aller très vite, dès le lendemain ou deux jours après [...] »

Une personne semblait également satisfaite de la rapidité de la prise en charge reçue pour des **soins urgents** : « *Ouais j'ai vu un méd'cin ici et eux ils ont... après ils ont dit faut aller lui faire un doppler à l'hôpital. Pour être sûr. Et ça s'est fait dans les jours...dans les 2 jours après, quoi.* » (2C).

Mais, comme pour la qualité des soins reçus, les opinions étaient **divergentes** et d'autres participantes jugeaient les délais de prise en charge sur site, parfois trop **longs** :

4C	« j'avais rendez-vous à l' « ophtalmo » ! Mais depuis tout c'temps-là, là...j'attends. »,
5C	« pis les rendez-vous-les rendez-vous à l'UCSA c'est trop long ! c'est-c'est trop-trop long, c'est... [...] »
10C	« [...] on n'est pas forcément prises tout d'suite en urgence, ou quoi. », « J'trouve que niveau santé, c'est pas pris assez vite. »
2L	« [...] ben j'ai dû attendre 2 semaines avant qu'on me reçoive et pourtant j'avais écrit »

- **Les causes de difficultés d'accès aux soins**

La nécessité de **passer par une correspondance écrite** avec les unités sanitaires pour toute demande de soins semblait représenter une cause d'allongement des délais de prise en charge médicale : « *on est obligées d'écrire, de faire un mot, de dire le pourquoi du comment qu'on veut aller voir le méd'cin [...] c'est trop long!* » (5C), « *faut vraiment qu'j'voie l'UCSA, et bin faut écrire! ça veut dire faut écrire, ça veut dire qu'ils voient le mot que le lendemain matin. [...] on est vu par personne, on...le mot passe que l'lend'main!* » (10C).

L'autre frein à un accès aux soins était le **manque de moyens humains** des unités sanitaires. Malgré un isolement géographique de la MAF des autres bâtiments sur le site de la maison d'arrêt, les participantes avaient connaissance de l'effectif important des hommes incarcérées sur les autres bâtiments du site, et considéraient alors qu'en conséquence, les moyens humains des unités sanitaires étaient insuffisants au regard d'une demande potentiellement importante :

4C	« <i>mais apparemment l'ophtalmo il doit voir tout l'monde et il est tout seul. Donc c'est pas d'sa faute. »</i>
14C	« <i>Oui c'est vrai, les délais sont méga longs, parc'qu'ils sont pas assez nombreux [...] par manque de moyens, par manque de personnels [...] ils sont pas suffisamment.. »</i>
2L	« <i>Je pense qu'il manque de personnel parce qu'il y a les hommes aussi parce qu'on est avec les hommes aussi, les hommes ils sont six...cents et nous on est cinquante ! »</i>

Les horaires de travail des personnes détenues, au cours de la détention, semblait également être en conflit avec les **disponibilités des médecins**, selon une participante : « *Comme moi, j'travaille, bah...ils m'mettent des horaires un peu...Genre 14h30. ou...le matin, à 9H-8h30. Mais...c-à c't'heure là 'y a pas d'méd'cins. En fait. »* (14C)

- **Les compétences des infirmières et infirmier remises en cause comme porte d'entrée de l'USMP**

Certaines participantes remettaient en cause **l'organisation de l'accueil** des personnes par les USMP et notamment les compétences des infirmières et des infirmiers comme première porte d'entrée avec les unités sanitaires : « *bah ...c'est pas diagnostiqué! A chaque fois elles (les infirmières) savent pas c'que j'ai donc heu ça sert à rien!*»(14C), « *tu écris à la MAF en disant que je voudrais voir un médecin. On te fait voir une infirmière. Et l'infirmière te donne ce qu'ils ont. Et ils te font même pas voir un méd'cin. »* (17C).

- **Délais des prises en charge à l'extérieur**

Concernant les rendez-vous pour des examens complémentaires ou des consultations médicales avec de spécialistes non disponibles sur site, les participantes trouvaient les **délais trop longs** : « *je devais faire une IRM rapidement. Juin. ils l'ont pré-prévu qu'en octobre. je n'ai pas encore de dates [...] et même à l'extérieur, si faut opérer des « algus valgus » [hallux valgus]. Bon bah tu...tu mets pas 3 mois.»* (11C), « *Moi je suis arrivée ici au mois de mai 2016 et j'avais une échographie à faire... enfin une mammographie à faire en juillet 2016. Quand je suis arrivée ici, je l'ai signalé à l'UCSA et j'ai eu ma mammographie en juillet 2018 »* (1L).

3. Le suivi médical

Les participantes jugeaient le suivi médical par les soignants sur le site de la maison d'arrêt, **de bonne qualité** :

1C	« <i>le SMPR et l'UCSA ça va. Par contre j'trouve il y a bon suivi.</i> »
2C	« <i>«il [médecin psychiatre du SMPR] s'arrange pour que j'voie quelqu'un du SMPR quand même si j'ai un rendez-vous mais qu'avant j'ai...bah j'ai une crise de larmes ou j'suis pas bien [...] Donc heu j'trouve que c'est quand même bien fait.</i> »
9C	« <i>franchement j'ai eu un bon suivi heu...médical. », « et c'est tou-jours les mêmes médecins qui-qui suivent. [...] Donc heu ça c'est bien. »</i>
10C	« <i>[...] ils m'ont pas lâché. ouais. [...] Même si ils comprennent pas, tant qu'il y a la fièvre, ils m'lâchent pas. », « j'suis contente d'avoir le rendez-vous. c'est un bon suivi. j'ai [médecin psychiatre du SMPR] et [assistante sociale du SMPR] ils sont très bien tous les deux. »</i>

4. Les soins psychiques

Les prises en charge proposées par ce dispositif de soins psychiatriques semblaient importantes pour les participantes. Elles semblaient **satisfaites des soins psychiques reçus** et jugeaient, par exemple, que cela leur permettait de regagner confiance en elles ou d'avoir des espaces d'écoute, où leur parole était autorisée et respectée.

11C	« <i>alors le SMPR moi ça s'passe très bien. j'ai heu...j'vois un psychologue qui est...très bien », "c'est super. ils-ils font des activités à côté. », « J'ai t'jours-j'ai senti tout d'suite que heu...il ferait tout pour m'donner heu...les moyens. »</i>
13L	« <i>je vais aux groupes de parole et ça m'aide beaucoup.</i> », « <i>Ça me fait sortir de la prison en quelque sorte », « [...] et tout le monde s'écoute et ça c'est... on se sent respecté déjà. »</i>

L'écoute par les équipes soignantes ne semblait, cependant, pas toujours être à la hauteur de la souffrance ressentie. Une participante avait ainsi été déçue par une proposition de prise en charge médicamenteuse par un soignant qui lui était paru inadaptée face à une détresse majeure et des idées suicidaires clairement exprimées : « *[...] il [médecin psychiatre du SMPR] nous donne des médicaments, c'est juste pour dormir et voilà, pour devenir des légumes ou je sais pas quoi ... [...], j'essaie de parler de mes problèmes tout ça, quand je suis pas bien, des fois je voulais me pendre, il m'a reçue le lendemain en me disant : « prenez ça, des somnifères ça va vous calmer » et tout ça... »* (3L)

- **Bénéfices des séances de psychothérapie**

Certaines participantes avaient un suivi régulier par un soignant, psychiatre ou psychologue du SMPR. Elles y trouvaient beaucoup de bénéfices à suivre ces séances de psychothérapie.

Par exemple, cela permettait d'entamer **un travail de réflexion sur soi** et les raisons de son incarcération, pouvant être jugée comme injustes et causes d'une souffrance extrême : « *Ça m'a permis de comprendre certaines choses. Moi, mon parcours, d'accepter aussi ma...condamnation en quelque sorte hein, d'la comprendre », « j'l'ai comprise avec le temps mais j'ai eu du mal à le comprendre ouais et ça c'est grâce heu...au SMPR »* (1C).

Une autre personne témoignait du travail proposé par les soignants sur la **gestion des émotions** qui l'avait aidé à ne pas sombrer dans une forme de « folie » ou à ne pas se laisser envahir par ses émotions : « *bah le*

SMPR c'est...c...franchement si 'y avait pas ça j'pense que j'aurais pété un plomb depuis longtemps, oui. [...] parc' que ouais ça m'a permis de...d'apprendre à gérer mes émotions » (20C).

Pour d'autres, les séances étaient des espaces où elles pouvaient **se confier** et partager leurs souffrances, et considéraient ces séances comme des moments **d'apaisement** :

1L	"Pour moi c'est un soutien. C'est des personnes (les soignants de l'UCSA et du SMPR) de confiance auprès de qui je peux me confier »
4L	« Ah moi ça me fait beaucoup de bien. A chaque fois que je vais chez ma « psy », quand je reviens on dirait que je suis allée chercher des forces, une puissance. »
13L	« Moi je vois un psychologue et [...] il va essayer de...de...de m'apaiser. [...] Moi, ça me libère et ça m'évite de péter des câbles (rires). »

Cependant certaines personnes avaient émis des réserves sur les **bénéfices au long terme** de séances de psychothérapie, telles qu'elles sont proposées à la MAF. Notamment à cause du temps de ces séances jugé trop court : « c'est...20 min [durée de ses séances de psychothérapie], [...] c'est super court [...] je peux pas amorcer un travail de fond » (14C), « ça [les séances de psychothérapie] nous permet de nous soulager sur l'instant, mais après ça recommence, [...] » (2L).

- **Intérêt d'une psychothérapie cependant remis en cause**

Sans remettre en question la qualité des soins proposés et les compétences des soignants, quelques personnes ne trouvaient pas d'intérêt à avoir une prise en charge psychiques ou avaient des difficultés à se confier à une personne inconnue ou à un professionnel :

4C	« ha c'est des psychologues, j'peux pas les voir! j'les aime pas eux. J'aime pas quand on...m'contredit parc'qu'i' connaissent pas ma vie! i' connaissent pas ma vie, sincèrement. Moi, j'connais ma vie eux ils la connaissent pas.»
5C	« parc'que j'y allais tous les 15 jours mais bon heu...j'avais pas grand chose à raconter quoi. Pis moi j'parle pas comme ça [...] ça met du temps avant que... j'me confie heu... »
7C	« c'est tout c'qui est...psy j'ai du mal [...] c'est pour ça qu'j'ai arrêté d'y aller », « c'est vraiment moi heu...le délire [...] de raconter ma vie, j'sais pas quoi »
18C	« j'aime pas trop raconter ma vie à quelqu'un que j'connais pas »

Leurs représentations sur les psychothérapies et les professionnels pouvaient aussi représenter un frein de recours à ces thérapies : « c'que c'est l'effet qu'ce soit un psy ou quoi, donc heu...c'que j'me dis qu'voilà c'est pour les folles » (5C).

5. La prise en charge dentaire

Les soins dentaires semblaient régulièrement être le **seul contact** que les participantes pouvaient avoir avec les unités sanitaires : « Moi quand j'vais à l'UCSA c'est pour les dentistes » (7C).

Les participantes appréciaient la **qualité des soins** dentaires dispensés à la maison d'arrêt et notamment la proposition systématique d'un bilan buccodentaire : « oui, c'est rassurant, parc'que...j'me dis heu...par exemple si demain j'ai mal aux dents, j'vais pas rester heu... quinze jours avec un mal de dent, quoi. » (2C), « y a juste le dentiste, j'ai rien à dire. pour mes dents » (4C), « ...j'ai trouvé ça bien, parc'que moi au dentiste

heu...de moi-même j'y vais juste pour l'détar-l'détartrage. et au bilan ils ont vu qu'j'avais des caries » (7C) [en parlant d'un bilan systématique proposé annuellement par la dentiste des USMP], « (...) j'ai un très bon suivi au niveau du dentiste depuis qu'j'suis là c'est super. » (10C)

6. La relation soignant(s)-patient

Les contacts avec les équipes soignantes des USMP étaient **appréciés** des participantes. Elles ajoutaient qu'elles avaient le **sentiment d'être respectée** par les soignants :

1L	« Pour moi c'est un soutien. C'est des personnes [les soignants de l'USMP] de confiance auprès de qui je peux me confier »
20C	« les infirmières que j'ai croisé ou les médecins ils étaient...bien - bienveillants heu...heu...j'avais pas l'impression d'être en prison en fait j'avais pas l'impression [...] », « parc' que ouais en général elles [les infirmières] me mettent en confiance »
2L	« Par contre, ils [soignants des USMP] sont sympathiques, on ne peut pas dire le contraire ! »

7. Les médicaments reçus

• Initiation d'un traitement psychotrope

Une pathologie, somatique, ou mentale, peut être diagnostiquée à l'occasion de la détention. Une participante s'exprimait ainsi sur la prise en charge thérapeutique initiée après le diagnostic d'un trouble psychiatrique. Celle-ci semblait partagée et ambivalente vis-à-vis du traitement **psychotrope** administré : elle reconnaissait la nécessité de le suivre, tout en critiquant la lourdeur de ce traitement et ses effets secondaires : « [...] mais bon c'est vrai qu'ça embête heu ici j'ai beaucoup d'médicaments. Parc'que j'suis...ils m'ont diagnostiquée [...] donc heu...j'ai pas mal de médicaments à c'niveau là ça m'gêne un peu. », « Et ici bah, j'en ai besoin. J'en ai besoin, ouais. », « ça [son traitement médicamenteux] m'fait p't-être du bien heu...mental'ment mais heu j'suis heu...j'ai une addiction aux médicaments. Du coup. » (2C)

• Des antalgiques limités

Les participantes dénonçaient le recours inadapté et limité aux antalgiques de palier 1 par les soignants pour la pris en charge médicamenteuse des douleurs, y compris quand l'intensité des douleurs ressenties pouvait être importante :

20C	« Parc' que la plupart du temps quand on a des p'tites douleurs ou même quand on a des grosses douleurs j'me rappelle quand j'ai commencé à avoir mal au dos. Bin...doliprane. »
2L	« Ils en donnent facilement DAFALGAN® euh pour tout, pour tout. »

8. Les extractions médicales

Le sujet des extractions médicales étaient l'objet de nombreuses critiques.

• Le vécu de cette procédure

Les personnes détenues ayant été extraites de la maison d'arrêt pour des soins externes, témoignaient d'une procédure pouvant être très **mal vécue voire traumatisante** : « bah l'extraction c'est pas évident, oui ! [...] c'était quand même un choc j'trouve émotionnel » (1C), « voilà. Les extractions. [...] là c'est beaucoup plus compliqué. » (14C)

Ces opérations pouvaient être les uniques moments où les participantes sortaient de la prison, mais il s'agissait finalement d'un moment bouleversant, leur rappelant leur condition de personne « enfermée » et séparée de leur entourage : « *Parce qu'on a un bout d'extérieur [...] sans l'voir. 'fin ouais, c'est assez difficile* » (1C).

C'était également une procédure qui pouvait être humiliante, où elles pouvaient se sentir l'objet des **regards** des personnes croisées à l'extérieur. Encadrées par un dispositif de sécurité parfois imposant, elles avaient eu la sensation de provoquer la peur chez les autres personnes : « *et c'est vrai qu'on avait l'impression qu'j'étais un peu... là pour des gros... délits [...] les gens m'regardaient heu...bizarrement quand même* » (1C), « *Vous arrivez dans un lieu, public, où 'y a des gens de part et d'autre et vous attendez !* » (14C).

- **Les mesures de sécurité et règlementaires mises en place**

L'autre critique, autour de cette procédure, concernait les mesures de sécurité mises en place qu'elles jugeaient **démesurées** et parfois définies de manière **arbitraire** :

1C	« <i>fin pour moi c'était pour des faits graves qu'on allait avec les menottes en extraction</i> », « <i>c'est un peu...un dispositif un peu lourd</i> », « <i>'fin ma première extraction c'était avec des menottes, maintenant non, ma dernière mais c'est quand même heu gênant ouais je trouve heu on est quand même escortée, c'est pas facile ouais</i> »
14C	« <i>de l'arbitraire parc'que, heu comment dire [pause] je-je sais pas comment est leur-faite leur classification</i> », « <i>toutes les extractions auparavant n'ont jamais été faites avec ce genre de trucs ! [...]</i> »
19C	« <i>personnellement j'l'ai très mal vécu parce que j'vous dis pendant 9 mois! on me mettait que les menottes ! [...]</i> et du jour au lendemain j'ai eu l'droit à menottes et entraves »
20C	« <i>même dans la, dans la...dans la, dans l'bloc opératoire heu j'avais quand même les entraves aux pieds. ça j'ai mal-j'les quand même [...]</i> [...] j'trouve que c'était inutile en fait. »

Cette incompréhension sur la réglementation et la définition des moyens de contrainte appliqués pouvait rendre d'autant plus difficile le vécu de l'extraction. Ce qui posait surtout des difficultés aux personnes détenues était le **port des entraves aux pieds**, parfois dénoncées de manière virulente par les participantes : « *C'est surtout les entraves. Alors, LA, c'est horrible* » (9C), « *Donc première fois je sais pas c'que c'est, on vous met des trucs aux pieds, des chaînes aux pieds. Vous pouvez pas marcher!* », « *C'est quelque chose de, traumatisant, ça fait un mal-mal aux pieds* » (14C)

Parfois, lorsqu'un soin nécessitait une extraction, cela pouvait amener les personnes à **refuser** de se rendre au rendez-vous : « *j'ai r'fusé une intervention. Je n'y suis pas allée. [...] à cause de conditions de...d'extraction. [...] elle m'dit « bah oui 'y a « double entrave » » j'dis « j'y vais pas ».*» (14C).

- **Deux éléments modifient la relation médecin-malade : le statut de « détenue » et le dispositif de sécurité**

Les participantes déploraient également une relation avec le médecin, perturbée par le dispositif de sécurité, avec un regard du soignant qui semblait déjà influencé par leur statut de « détenue » :

10C	« bah j'ai eu l'impression heu...que heu...[...] celle qui s'occupait de moi, l'infirmière là-bas heu...était très froide avec moi.. [...] peut-être parc'que je suis une détenue, justement? [...] elle disait "c'est bon pour moi" et en plus elle laisse la porte grande ouverte alors qu'j'avais le jean baissé et tout »
14C	« quelqu'un qui est harnaché comme ça! [...] bah il se d'mande! il se d'mande et du coup 'y a plus de (s'interrompt) c'est-la relation est faussée entre patient heu et, et-et médecin »

- **Présence d'une surveillante au cours des soins**

Les participantes dénonçaient ensuite la présence d'un surveillant au cours des soins reçus ou pendant une consultation médicale, allant à l'encontre du respect de la **confidentialité** des soins :

14C	« Je trouve que c'est pas forcément bien que la surveillante [...] reste dans l'cabinet quel que soit votre pathologie, le médecin qu'vous voyez, j'pense que, en terme de secret médical c'est...absolument faussé. On n'est pas libre de...d'échanger...avec le praticien comme vous voudriez »
19C	« la surveillante qu'était dans le bureau du docteur, avec moi. Alors le secret professionnel il est où là-dedans ? »

- **Le rôle des surveillants de l'escorte**

Parfois, les surveillants de l'équipe d'escorte pouvaient être un élément de soutien et permettait une **réassurance** de la personne détenue au cours de l'extraction :

1C	« j'avais une surveillante qui m'a quand même été à l'écoute. »
20C	« c'était vraiment heu...l'attitude des surveillants qu'étaient avec moi en fait qui m'ont...qui m'ont me mettre mal à l'aise en fait [...] que la première fois la surveillante bon elle a essayé de...de me cacher les...les menottes avec ma veste et tout.»

9. Idées émises par les personnes allophones sur l'organisation des soins

Ce qui semblait ressortir des écoutes des entretiens des 5 personnes allophones concernait surtout les difficultés d'accès aux soins :

- Deux personnes témoignaient de **difficultés de communication** avec les soignants pour des raisons linguistiques (21C et 12L). L'une d'entre elles rapportait également la situation de sa codétenue, d'origine mongole et qui ne parlait aucune autre langue que l'espagnol. Cela rendait difficile voire impossible pour elle de communiquer avec les soignants alors qu'elle semblait souffrir de problèmes de santé.
- Deux participantes jugeaient également les **délais** de réponse des unités sanitaires (8L) ou de prise en charge insatisfaisants (21C)

Elles ont aussi abordé la problématique des traitements reçus : 2 ont ainsi critiqué le traitement antalgique proposé (12L), limité à la seule prescription de Paracétamol, parfois insuffisants contre leurs douleurs (21C).

b. L'environnement matériel de vie

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique de leur environnement matériel de vie sont :

- **Le cadre matériel de vie : bâtiment et locaux**
- **S'installer dans sa cellule**
- **Les repas fournis**
- **Acheter et payer ses produits du quotidien en prison**
- **Les moyens de communication avec l'extérieur**
- **Un environnement comportant des facteurs de stress**

1. Le cadre matériel de vie : bâtiment et locaux

La plupart des participantes déclaraient être **satisfaites** de l'état des locaux et de la qualité de leur entretien.

Un tel cadre de vie ne correspondait, d'ailleurs, pas aux **représentations** qu'elles pouvaient avoir de la vie en prison, y compris pour celles qui avaient déjà été incarcérées dans d'autres établissements pénitentiaires :

2C	« Moi j'ai vu des reportages sur les prisons Rennes [...]. Et heu j'me suis aperçu qu'ç'avait pas, qu'c'est pas conçu pareil, quoi. », « [...] »
7C	« on vit mieux en détention dans une prison comme celle-là que...dans une prison comme à-à [nom d'une ville]. »

Elles appréciaient notamment la **propreté** des locaux et la façon dont était aménagée leur cellule :

2C	« C'est heu niquel, c'est propre heu...fonctionnel, quoi. », « bon, voilà, on change les poubelles tous les...tous les...tous les jours. on nous change les draps tous les 15 jours. Heu nan niveau...hygiène faut pas... »
5C	« C'est quand même assez spacieux [...] après on a tout, quoi on a la télé, l'frigo, le placard, [...] on a l'impression d'être dans un p'tit studio quoi. »
7C	« les locaux, ils sont propres hein. la prison elle est récente hein. »
9C	« c'est une détention qu'est propre »
17C	« j'ai tout dans la cellule et, je suis très à l'aise. »
11L	« En comparant avec d'autres (établissements pénitentiaires), ici je trouve que c'est bien, c'est propre »

Les participantes insistaient régulièrement sur la présence de la **douche à l'intérieur des cellules**, qu'elles considéraient inhabituel en prison, et trouvaient qu'il s'agissait d'une **chance** : « Oui bien sûr, le fait d'avoir la douche en cellule, c'est un confort [...] Pouvoir se laver tous les jours, pas attendre que l'on nous ouvre la porte pour aller se laver un certain nombre de fois par semaine... du point de vue moral et physique c'est sûr que c'est un plus » (11L), « une, t'as la douche. Deux, t'as les toilettes. » (5C), « dans la prison où j'étais avant 'y avait pas d'douche dans la cellule » (17C).

Elles semblaient également surprises de la qualité et la régularité de l'entretien de leur linge : « bon, voilà, on change les poubelles tous les...tous les...tous les jours. On nous change les draps tous les 15 jours. Heu nan niveau...hygiène faut pas... », « Mais heu...nan bah niveau linge, pareil, on a la buanderie, not' linge on nous l'rend lavé et plié heu. » (2C), « fin not' petit linge. On a la lav'rie heu...bon bah ça va on n'est pas non plus heu...j'm'attendais à nett'ment pire hein » (11C)

Certaines allaient même jusqu'à qualifier leurs conditions d'accueil à la MAF comme **luxueuses**, comme s'il s'agissait d'un **privilège** : « *On est en prison ! ON est, dans une cellule propre c'est...l'Milton hein !* » (19C), « *C'est l'hôtel ! (rires)* » (4L)

Ces conditions d'accueil semblaient ainsi atténuer le poids de l'enfermement : « *ici à Nantes c'est heu je dirais t'es en prison mais t'es pas en prison.* » (17C).

Cependant, certaines déploraient quelques aspects de leurs conditions matérielles de vie, par exemple sur la qualité de la **literie** et les douleurs de dos au réveil qu'elles attribuaient au matelas : « *le mat'las [...] c'est catastrophique on a toutes mal au dos.* » (7C), « *Les matelas ça me fait mal au dos.* » (4L), « *Le matelas ! j'avais pas mal au dos, mais là je commence à avoir heu... enfin c'est plus des courbatures.* » (13L)

D'autres, encore, dénonçaient une eau des douches trop **calcaire** et responsable d'une dégradation de l'état de leurs cheveux et de leur peau : « *l'eau elle est calcaire* », « *mais après heu...je sais pas si ça a un impact heu... au niveau d'la santé.* », « *ça m'a bousillé les ch'veux* » (7C), « *parc' que l'eau elle est hyper calcaireuse* », *ici. [...] du coup ça assèche la peau. [...] ouais. ça m'fait des boutons...des p'tites irritations.* » (18C).

2. S'installer dans sa cellule

Même si la cellule était leur lieu quotidien de vie, certaines refusaient de **la reconnaître comme un « chez soi »**, et de s'y installer. Ces participantes ne comprenaient pas quand d'autres personnes détenues aménageaient cet espace : « *moi, j'comprends pas, j'avais l'impression de rentrer dans la cellule t'as l'impression de rentrer dans un studio, quoi. dans un appartement quoi. [...] parc'que 'y en a certaines qui décorent leur cellule comme heu...comme chez elles* », « *parc'que j-j-ai-j'suis pas chez moi!* » (9C).

...alors que d'autres finissaient par accepter ce nouveau lieu de vie et faisait en sorte d'aménager leur cellule pour la rendre plus agréable : « *voilà on s'dit qu'on veut pas-on veut pas s'installer mais...après heu...(s'interrompt) [...] pour moi c'est...c'est le naturel qui revient au galop parce que j'suis quelqu'un qui heu...j'ai besoin d'avoir mes p'tites affaires en fait.* », « *donc on essaye de bin...avec c'qu'on a de...de transformer pour avoir en fait, un quotidien, un peu...agréable.* » (20C).

3. Les repas fournis

La **qualité** des repas distribués par la MAF était **critiquée** par les participantes. Elles la jugeaient peu variée et de mauvais goût. Certaines **refusaient** même de consommer les repas fournis : « *L'alimentation heu...c'est souvent un peu la même chose* » (2C), « *Beaucoup trop souvent les mêmes produits, heu...ouais nan. c'est pas-c'est pas hyper varié.* » (14C), « *La nourriture. Elle est pas bonne. On mange moins, ici. [...] c'est pas mangeable.* » (18C), « *C'est toujours les mêmes trucs, ... je mange plus, j'aime pas trop leurs repas* » (3L). Pour certaines, cela avait d'ailleurs entraîné une perte de poids.

Mais d'autres considéraient qu'elles ne pouvaient pas se plaindre sur ce qui leur était fourni :

19C	« <i>On a...une alimentation qui est TRES correcte. Heu...Vous-vous pouvez pas avoir faim, ici, c'est pas possible.</i> »
11L	« <i>mais je trouve que l'on a bien à manger, on ne va pas mourir de faim.</i> »

4. Acheter et payer ses produits du quotidien en prison

Le système d'achat par les cantines était souvent abordé par les participantes. En effet, pour plusieurs raisons « cantiner » et acheter des produits autres que ceux fournis par l'établissement, semblaient être une **nécessité** au quotidien.

Selon les participantes, la possibilité d'accéder à d'autres produits apparaissait essentiellement comme un moyen **d'améliorer « l'ordinaire »** et de pallier à la qualité de ce qui leur était fourni par l'institution, surtout pour les produits alimentaires : « *J'essaye quand même de cuisiner pour manger mieux* » (2L), « *On n'a pas l'choix hein on est obligées d'cantiner* », « *j'fais bon bah j'peux pas manger la nourriture* » (20C), « *Bah...oui on est obligées [de cantiner] [...] Heu le papier toilette, le shampoing, le gel douche le...* » (5C)

Acheter et consommer des produits venant de l'extérieur semblait leur offrir une possibilité de **se rapprocher de leur vie du « dehors »** : « *c'est quand même un peu de dehors qui rentre un peu dans la prison donc voilà on est contents* » (20C).

« Acheter » apparaissait même naturel, motivé par **le refus de se faire entretenir par une institution** : « *bah moi j'trouve ça normal [de cantiner]. 'fin dehors on s'fait pas nourrir* » (7C)

Les idées reçues et les représentations des personnes du « monde libre » qu'elles avaient entendu au sujet de la prise en charge des personnes détenues étaient, d'ailleurs, jugées injustes, au regard de ce qu'elles se retrouvaient à devoir payer et acheter au quotidien : « *on dit qu'la prison on est logées gratuit mais heu...faut qu'les gens ils arrêtent de...'fin de dehors! Faut qu'les gens ils disent pas qu'on est logées gratuit heu...nan! la télé on la paye, le frigo on l'paye. on paye nos soins, on paye le coiffeur, on paye heu l'esthéticienne heu...on veut des chaussures, bah faut qu'on les achète.* » (5C).

Quelques personnes ont, cependant soulevé certaines limites aux achats et aux produits accessibles par ce système de « cantines ».

Par exemple, du fait d'un contexte règlementaire contraignant et limitant les produits disponibles, certaines trouvaient alors **l'offre bien insuffisante** : « *bah les soucis d'cantine c'est (souffle) c'est quand tu commandes des trucs et qu't'as pas des fois!* », « *et parfois on n'a-on n'a pas c'qu'on...c'qu'on a cantiné... [...] ou alors il manque de l'argent, ou alors il manque de...des aliments...* » (5C), « *Certains produits qui sont parapharmaceutiques, donc du coup on n'a pas accès à ça ici. [...] Mais même quand tu cantines ça ne vient pas, il faut cantiner un mois avant* » (4L).

Les participantes jugeaient également les **tarifs** appliqués aux produits disponibles, **élevés** et pouvait représenter un frein d'accès à ces produits : « *En plus, ils nous prennent 10 % dessus! Sur les cantines.* » (5C), « *Rien que pour cantiner tout ce qui est fruits et légumes, moi qui à [...] je trouve que c'est quand même très cher, on arrive facilement à 20 € et on a rien quoi !* » (2L), « *Mais heu c'est pareil c'est 40 € et tout ce qui va avec. Vous en avez pour 70 € en tout hein : 40 euros la plaque, 12 euros la poêle, 8 euros la casserole. Donc tout le monde n'a pas heu...n'a pas cet argent-là.* » (12L).

5. Les moyens de communication avec l'extérieur

Les conditions d'accès à une communication avec l'extérieur semblaient **comporter des freins importants** pour les participantes.

Le système de plannings et de rendez-vous pour pouvoir passer un **appel téléphonique** était notamment remis en question. Certaines jugeaient alors les **créneaux disponibles trop rares et trop courts**, et **insuffisant** le nombre de cabines téléphoniques : « *c'est une cabine, et...faut toujours prendre rendez-vous pour les téléphones... [...] tu t'dis qu'tu peux parler 10 min et heu...après faut qu'tu raccroches parc' que faut qu'tu*

laisses la place aux autres, quoi.[...] franch'ment c'est énervant » (5C), « le téléphone, t'es obligé de téléphoner demain matin ou alors demain à 15 heures quand tu seras en promenade » (4L)

L'autre frein évoqué par les participantes était le **tarif élevé** des appels téléphoniques et l'accès alors rendu impossible pour les personnes détenues n'ayant pas de ressources financières :

5C	« Ça on le paye aussi. [...] et quand t'as pas d'argent bah...c'est pas bon. »
4L	« le téléphone il coûte trop cher ! trop trop cher ! »
11L	« Pour avoir ma famille une fois par jour, tous les jours, je mets 50 euros chaque semaine, donc ça fait un budget de 200 euros par mois, pour quelqu'un qui ne travaille pas... je préfère téléphoner que me nourrir correctement. »

L'autre moyen de communication avec l'extérieur évoqué par les participantes était la **correspondance écrite**. Cependant, aucune participante n'utilisait ce moyen pour communiquer avec leurs proches car elles jugeaient en effet, **trop longs** les délais d'envoi et de réception des courriers : « Le courrier ici je trouve qu'il met un peu de temps, maintenant c'est pas tous les jours mais bon... normalement ça met deux jours parce que moi j'suis condamnée donc c'est de la poste à ici, quoi, et une fois j'ai reçu une lettre 12 jours après, alors qu'elle est partie de Nantes en lettre prioritaire. » (2C)

Ces difficultés à maintenir un lien avec l'extérieur semblaient être une source de frustration et de souffrance pour les femmes détenues, d'autant plus quand elles souhaitent préserver un lien d'une certaine régularité.

6. Un environnement comportant des facteurs de stress

De manière générale, l'environnement de vie semblait marqué par de nombreux facteurs de stress. Les participantes se plaignaient de la difficulté à pouvoir trouver des moments de calme à cause du **bruit permanent et des lumières régulièrement allumées** par le personnel de surveillance la nuit. Elles rapportaient ainsi une impossibilité de trouver des moments de répit. Ces facteurs de stress, environnementaux, semblaient en grande partie être à l'origine d'une grande fatigue voire d'un épuisement pour certaines.

La nuit pouvait être un moment très angoissant, notamment par les cris et le bruit provenant d'autres cellules, signe d'une souffrance aiguë d'une femme détenue. Cela générait de l'inquiétude et de l'angoisse

Non autorisées à pouvoir mettre des rideaux aux fenêtres de leur cellule, certaines participantes se plaignaient de la lumière des spots de la cour pendant la nuit :

1C	« ils allument la lumière... c'est... la sécurité mais c'est fatiguant [...] c'est des bruits tout l'temps d'barreaux, les « clac-clac », [...] ça m'affecte beaucoup moi... les bruits de porte, de clefs », « on est fatigué et... à bout d'nerfs », « on peut pas forcément, en détention...être au calme »
2C	« parc'que entendre les portes qui claquent toute la journée, des clefs... »
1L	« Et on n'a jamais de silence, ni dans la cellule, ni sur la cour, ni au travail, on n'a jamais une seconde de silence. », « Nous, on a une fenêtre, on n'a pas de store pour la fermer la fenêtre. [...] Donc la lumière c'est gênant. », « j'entends dans les autres cellules, y a les filles qui pleurent, y a les filles qui se battent... »

2L	« Le bruit, des fois des filles qui s'énervent, les détenues, des fois elles s'énervent contre la porte ! [...] On se dit : « mais qu'est-ce qui se passe encore ? »
----	--

Les participantes témoignaient également du sentiment d'oppression et du manque d'activité physique à cause du **cadre physique imposé** : « T'sais quand t'as l'habitude d'être dehors, enfin j'veux dire moi j'marchais beaucoup...heu... [...] l'tour de la cours, en une demi-heure tu fais pas heu » (3C), « Bah les-les grillages... les cages...et tout ça j'aime pas du tout [...] c'est angoissant» (9C), « les...barreaux rien que de les voir en fait ça...en fait j'crois ça, ça mine mon moral en fait. [...] ça t'renvoie à l'enfermement. » (20C)

7. Idées émises par les personnes allophones sur l'environnement matériel de vie

Les idées émises par les personnes allophones semblaient rejoindre ce qui a été analysé dans les discours des participantes francophones. Ainsi, une participante témoignait de la difficulté à trouver des moments de calme. DeuxN participantes ont également parlé des douleurs du dos attribuées au matelas.

c. L'entourage représenté par les codétenues

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique de l'entourage représenté par les codétenues sont :

- **Des relations de qualité variable**
- **Le sujet de la violence**
- **Attitude adoptée envers les codétenues**

1. Des relations de qualité variable

Les participantes jugeaient les relations différentes selon les personnes, les affinités qu'elles ont entre elles, mais, quel que soit la nature de ces relations, elles pouvaient avoir un impact majeur sur le vécu de leur détention : « Bien sûr, ça a un impact énorme les détenues, énorme. » (19C)

En effet, au début de leur incarcération, le simple fait de se retrouver avec d'autres personnes partageant leur situation pouvait les rassurer. Mais, avec le temps, certaines témoignaient de l'installation d'une méfiance envers les autres personnes détenues : « C'est difficile d'être avec des gens heu... parc'qu'on les connaît pas forcément, donc heu au début on voit tout beau, tout rose et heu... après j'trouve que ouais par moment, 'y a des gens qui vous tirent dedans » (1C), « mais bon, c'est bon, j'me suis fait avoir 2-3 fois, c'est bon, quoi. [...] je m'protège... » (19C).

Certaines décrivaient d'ailleurs des relations marquées par des **rapports de force** où l'intérêt individuel prédomine :

11C	« ici de toute façon tu as des rapports de force. [...] Et (s'interrompt) les femmes entre elles se font pas d'cadeau.»
14C	« malheureusement 'y a aussi beaucoup d'individualisme [...] on est dans une-dans un microcosme où, où personne n'a choisi d'être là. ous sommes là avec différentes cultures, différents-on vient d'différents horizons, différentes heu [...] mais on est obligées d'cohabiter.»

Cependant, certaines règles implicites semblaient exister comme le respect des « daronnes », c'est-à-dire les plus âgées : « Pis j'fais partie des mamies alors heu...des « daronnes ». Comme elles disent. On touche pas les

« daronnes ». » (9C), « [...] bon bah les-les-les anciennes ! bien sûr.[...] oui pis rapid'ment on nous fait confiance ! » (11C).

- **Un soutien pour certaines**

Pour une partie des participantes, les codétenues représentaient un soutien et une **aide** à supporter leur détention. Elles avaient construit des relations de **confiance** et d'amitié avec d'autres femmes détenues et parfois celles-ci étaient les seules à pouvoir donner des réponses quand elles avaient des questions au sujet de leur incarcération :

5C	« Ça va, qu'y a les autres pour te... pour te r'booster un p'tit peu quoi. », « 'fin on s'soutient les unes les autres, quoi. »
10C	« j'suis en double et ça s'passe bien avec ma co-dét'nue. (...) en plus on est dans les mêmes démarches actuellement. »
17C	« parc'que... 'y a d'autres filles qui sont passées par là qui me...vont m'expliquer. »
2L	« Si si ... les détenues, quand on n'est pas bien, il y en a qui sont là pour nous, même au niveau de la cantine, des fois on a des petites choses, il y en a qui font des gâteaux qu'elles nous passent, [...]. Donc oui c'est un impact positif. »

Certaines préféraient d'ailleurs **partager leur cellule** avec une autre femme détenue, ne supportant pas l'enfermement et l'isolement en cellule : « moi j'pète un plomb toute seule. [...] être avec quelqu'un c'est-ça t'fait... penser à autre chose! » (18C),

Partager sa cellule et se confier à une autre personne était parfois une solution pour soulager des situations de souffrance intense : « j'étais pas bien je voulais faire une connerie, du coup ils m'ont mis avec quelqu'un la nuit et je trouve ça bien [...] C'est une détenue comme moi qui peut me comprendre » (3L).

- **Garder ses distances**

Certaines participantes, au contraire, choisissaient, volontairement, de garder leurs distances avec les autres personnes détenues pour plusieurs raisons. Elles l'expliquaient par exemple par la **Crainte de construire une relation forte** avec une personne dont elle pourrait être ensuite séparée lors de la « sortie » de prison de cette détenue :

3C	« les filles tu vois t'es avec une « co » (co-détenue), elle part, après, ça fait mal au cœur »
9C	« 'fin je prends certaines heu...distances quoi heu. Parc' que je sais que heu...tôt ou tard 'y en a une qui va partir [...] »

D'autres préféraient en rester à une relation de « cohabitation » et se protéger en gardant leurs distances. Par **Crainte de se sentir manipulée**, elles étaient devenues **méfiantes** envers les autres femmes détenues :

3C	« J'veux pas m'mettre dans un clan...parc'que j'vois que...les clans 'y a toujours des problèmes ça finit toujours par des prises de tête entre les filles »
11C	« alors que les co-dét'nues déjà heu moi j'fais pas confiance. aux co-dét'nues. », « c'est impressionnant comme les amitiés peuvent se faire et les inimitiés se font »

19C	« j'sais pas comment expliquer, on est souvent déçue. », « mais bon, c'est bon, j'me suis fait avoir 2-3 fois, c'est bon, quoi. [...] je m'protège... » « Moi j'suis...j'mets des barrières maintenant. [...] c'est moi-même qui m'met de barrières. »,
13L	« Donc c'est pour ça que moins vous dites des choses de c'que vous entamez, mieux c'est, on vous bourre pas la tête, donc pas de désillusion »

...Mais elles n'étaient pas pour autant dans une posture de rejet de l'autre : « j'suis pas isolée du tout, j'parle à tout l'monde, moi, houlala! », « Tout l'monde me parle, je parle à tout l'monde... » (19C), « j'les écoute mais... [...] j'garde tout pour moi [...] c'est à-dire j'parle pas sur les autres » (9C), « j'parle avec tout l'monde hein par contre [...] » (3C)

Certaines préféraient s'isoler des autres et demander à **être seule en cellule** :

3C	« j'préfère être toute seule, j'ai besoin d'avoir des moments où ...de solitude heu, à moi quoi. »
9C	« parc'qu'on s'voit pas... forcément...tout l'temps. On s 'croise.[...] Donc heu...c'est ça qu'est bien c'est très bien. [...] »

Une participante, qui avait déjà été incarcérée dans d'autres établissements, soulignait d'ailleurs que, chose rare, l'administration avait respecté et honoré son souhait d'être seule en cellule : « [...] pour moi c'est vraiment capital d'être seule [...] c'était mon souhait en entrant. Et ça c'est pareil, dans les autres prisons, c'est chose rarissime. » (11C)

Une seule participante justifiait cette distance avec les autres détenues par le fait qu'elle ne voulait pas être affiliée à une population dont elle rejetait les représentations affiliées aux personnes incarcérées : « C'est pas mon milieu hein. Les toxicos, les infanticides, les meur...les vraies meurtrières heu c'est pas...c'est pas mon milieu. j'sors pas, moi. J'sors pas beaucoup. », « J'me sens isolée, quoi. Mais j'm'isole moi-même, j'peux pas m'plaindre hein, j'suis pas rej'tée », « j'arrive pas à m'faire une raison, j'm'y habitue pas. » (2C)

- **Les codétenues, source de souffrance**

Les relations avec les codétenues pouvaient mener à des situations de **harcèlement, de mépris et de rejet** source d'un profond mal-être. La seule solution de fuite possible étant l'isolement en cellule aggravant alors un état de souffrance psychique marquée :

1C	« ça m'affecte énormément, ouais [...] certaines filles, elles sont dures »
11C	« et pis...ici, t'as pas d'fuites. t'as pas d'possibilité d'fuite. [...] alors heu les filles qui vont très mal ou qui sont pas fortes qu'est-qu'est-ce qu'elles font? et bah elles sortent plus en prom'nade. »
1L	« Et elle m'a harcelée dans la cellule... m'a harcelée ! »
4L	« j'ai eu droit à toutes les humiliations, avec toutes ces détenues, là ! »

2. Le sujet de la violence

La grande majorité des participantes ont évoqué le sujet de la violence en prison. Elles parlaient à la fois de l'exposition à une violence tournée **vers les autres** mais surtout **envers soi**. Elles témoignaient de **conflits** d'une brutalité qui les avaient bouleversés. Cette crainte quotidienne de la survenue d'un conflit semblait d'ailleurs provoquer un **sentiment d'insécurité** :

3C	« plus les conflits qui s'passent entre les autres détenues [...] ça mine quoi, ça », « j'vois hier 'y a eu une dispute heu les filles en train d'se menacer [...] »
9C	« j'ai assisté à des bagarres! c'est épouvantable, entre filles hein! »
14C	« c'est les...c'est les conflits qui peuvent heu qui peut arriver n'importe quand [...] j'suis toujours dans l'appréhension que, que-qu'éclate heu...quelque chose, oui. »
4L	« il y a eu des personnes qui se sont battues très très violemment et c'est une image qui m'a beaucoup choquée»

Les participantes traitaient également souvent de la souffrance des autres détenues pouvant mener à une **violence tournée vers soi**, telle que les tentatives de suicide ou les cris et les bruits qu'elles peuvent entendre la nuit dans les autres cellules. Voir une personne en souffrance entraînaient alors un sentiment d'impuissance n'ayant parfois aucun échange possible entre elles : « nous on s'sent impuissants, à part la consoler...[...] quand t'entends les chaises voler, tu dis « tiens, quelqu'un qu'a eu une mauvaise nouvelle comment ça va s'passer, est-c'qu'elle va dormir la nuit, est-ce qu'elle va faire une bêtise » » (5C), « c'est important parc'qu'une fille qui va pas bien) 'y a toujours des risques hein en détention » (14C).

3. Attitude adoptée envers les codétenues

Quand elles se retrouvaient face à des personnes en souffrance, les attitudes et les attentions adoptées entre elles étaient très variables d'une personne à l'autre.

Par empathie ou marquées par des situations de tentatives de suicide déjà vécue au cours de leur détention, certaines, adoptaient une **attitude d'écoute et d'attention, quasiment « maternelle »**, envers les autres femmes détenues. Elles devenaient généralement des confidentes, avec cette volonté d'accompagnement et de présence pour l'autre :

5C	« après, on essaye de...d'écouter d'où ça vient, de quelle cellule ça-que ça vient, tu vois.»
14C	« bah j'materne un peu »
20C	« j'aime vraiment aider les autres donc quand j'vois quelqu'un qu'est pas bien...tout d'suite bin j'essaye d'savoir si j'peux l'aider »
1L	« Moi, je suis quelqu'un qui va vers tout le monde. [...] On laisse pas les gens tout seul. »

Cela leur faisait ressentir un **sentiment d'utilité**, comme de mise à profit de leur détention pour être présente et au service de l'autre, en dirigeant son attention vers celles chez qui elles vont percevoir une souffrance : « j'ai besoin qu'cette détention ait un sens. et j'ai besoin que-qu'elle soit UTILE.[...] et qu'ça aboutisse à des choses. Tous ces projets que l'on met en place-toujours dans l'même sens-du vivre ensemble ! » (14C), « j'ai vraiment, ce besoin-là de...de m'sentir utile en fait. [...] d'être là pour quelqu'un d'autre ouais.[...] ça m'permet moi de tenir en fait. » (20C).

4. Idées émises par les personnes allophones sur l'entourage représenté par les codétenues.

Les idées émises par les personnes allophones étaient également très discordantes mais en lien avec ce que les participantes francophones exprimaient.

Elles disaient pouvoir trouver un soutien auprès des autres détenues (8L et 12L) alors que d'autres semblaient exprimer un sentiment de souffrance profonde provoqué par l'attitude des autres détenues envers elle (7L).

Une autre participante préférerait garder ses distances mais elle trouvait insupportable d'assister au mal-être d'autres détenues et disait essayer d'être attentive à ces personnes (21C).

d. L'entourage représenté par les surveillantes

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique de l'entourage représenté par les surveillantes sont :

- **Les surveillantes, unique interlocutrice pour toute demande**
- **L'attitude attentive des surveillantes de la MAF**
- **Nature des relations avec les surveillantes**
- **Impact de l'attitude des surveillantes**
- **Empathie envers les surveillantes**

1. Les surveillantes, unique interlocutrice pour toute demande

L'équipe des surveillantes dédiée à la MAF représentent le seul autre entourage avec qui les personnes détenues partagent leur quotidien. Au-delà d'un rôle de « surveillance », ces surveillantes sont leur seul interlocuteur pour toute **demande** des personnes détenues, qu'elles soient adressées à l'administration pénitentiaire ou à l'USMP, par exemple. De plus, pour chacun de leurs **déplacements**, les personnes détenues doivent être accompagnées d'une surveillante et contrôlent la fermeture et l'ouverture des portes de leur cellule.

Conscientes de ce rôle des surveillantes, les participantes témoignaient de cette contrainte, majeure, et de l'anxiété parfois issue de cette situation de dépendance aux surveillantes qui n'avaient pas toujours de réponses à leur demande :

1C	« Faut qu'elle demandent à un...chef de détention ou...donc ça prend du temps », « c'qui est triste c'est qu'les surveillantes elles ont aucun impact », « On a beau leur dire, leur raconter, bah forcément, elles ont pas d'grade au-dessus [...] elles peuvent rien faire de plus »
5C	« heurus'ment qu'y a certaines surveillantes qui sont là aussi pour bouger au niveau des papiers...pour bouger au niveau des SPIP...pour avoir le parloir...[...] »
11C	« final'ment c'est elles qui r'présentent la prison! [...] tu n'vois qu'elles ! », « ...il t'arrive un truc,[...] tu n'as à faire qu'aux surveillantes! c'est elles qui viennent te chercher, c'est elles qui te ramènent en cellule ! »

2. L'attitude attentive des surveillantes de la MAF

Les détenues appréciaient l'attitude des surveillantes dédiée à la MAF, qu'elles jugeaient attentives. Certaines soulignaient même **l'importance** que cette écoute de la part des surveillantes pouvait avoir dans les moments difficiles :

1C	« ça m'aide quand même quand elles [les surveillantes] sont à l'écoute »
10C	« j'trouve qu'on est beaucoup plus écoutées aujourd'hui. »

20C	« Alors qu'avec nos surveillantes c'est heu...elles nous connaissent quoi. elles sont empathiques...elles savent quand on va pas bien »
1L	« Les surveillantes qui sont à l'écoute, les surveillantes quand ils voient qu'on est pas bien, ils viennent nous parler », « C'est important pour moi »
3L	« je suis souvent pas très bien, et les surveillantes elles prennent leur temps de venir nous voir, de parler avec nous et même d'appeler l'UCSA c'est une bonne équipe ici »

3. Nature des relations avec les surveillantes

Les participantes appréciaient le **respect mutuel** présent dans les relations qu'elles avaient avec l'équipe dédiée des surveillantes à la MAF. La notion de respect semblait importante pour elles. Cette attitude respectueuse semblait leur permettre d'être considérée par les surveillantes autrement que comme personne réduite à son statut de « détenue ». Les relations humaines et non uniquement de « surveillante-surveillée » semblaient primordiales pour les participantes et les aidaient à ne pas aggraver ce sentiment de « déshumanisation » dû à l'incarcération :

1C	« J pense que c'était hyper important...fin qu'elle soit à l'écoute, qu'elle m'accompagne », « changé ma...mon extraction heu... c'est qu'j'ai une personne à l'écoute »
2C	« Elles m respectent, j les respecte. C'est des échanges de bons procédés. », « si ça va pas bah.... Par exemple elles finissent ses repas et elle revient m parler. Parc'qu'elle est pas obligée, c'qu'ils sont pas obligés d'faire. », « à c niveau-là je...moi j suis bien traitée ici [...] »
5C	« après elles font leur boulot donc heu si t'es correcte heu...j pense qu'elles sont correctes aussi. »
7C	« les surveillantes ici, franch'ment elles sont bien. », « tant que...les surveillantes heu tant qu'on est correctes avec elles, elles sont correctes avec nous, elles sont pas compliquées. »
19C	« on a nos caractères elles ont LEUR caractère aussi hein! franchement au niveau des surveillantes, la personne avec qui j vous dis qu ça passe moins bien - moi j'en ai une - mais, il y a un respect. »
11L	« Oui bien sûr, c'est très important quelqu'un qui... voilà on a une demande on est entendu, on a un sourire ou un bonjour ou un bonsoir, c'est capital pour son bien être personnel ! »

L'attention des surveillantes était un moyen, selon les participantes, de pallier à la **crainte de tomber dans l'oubli**, due à l'emprisonnement : « Si on est tout l temps dans la cellule sans qu personne ouvre la porte on s dit en fait on est des oubliées quoi et, au moins des p tits passages [...] » (1C)

Pour certaines détenues, à la MAF, les surveillantes de cette équipe représentaient même un **soutien** et une **aide** à supporter la détention :

2C	« elles [les surveillantes] ...prennent le temps d'rev'nir me voir, de discuter avec moi dans la cellule [...] on voit bien qu'elles se, qu'elles s'intéressent à ... mon cas, quoi. »
5C	« y a certaines surveillantes aussi, qui sont là aussi pour...pour t'rebooster, pour parler, elles prennent le temps [...] ça s'voit qu'elles ont pas QUE le rôle des surveillantes en train là d'fermer les portes »
7C	« quand ça va pas, les surveillantes elles sont là pour heu essayer de parler avec nous »

11C	« moi je te...cache pas que...elles [les surveillantes] m'aident beaucoup. »
-----	--

Certaines participantes jugeaient même qu'elles avaient des **relations de confiance** avec l'équipe des surveillantes de la MAF :

9C	« là bah toutes les surveillantes me connaissent...elles m'ont confiance. »
20C	« j'arrive à avoir heu...une certaine relation de confiance avec les surveillantes. », « certaines surveillantes qui viennent de chez les hommes, parc'que c'est pas les mêmes rapports. [...]. Alors qu'avec nos surveillantes c'est heu...elles nous connaissent quoi. »

4. Impact de l'attitude des surveillantes

Les surveillantes représentant un entourage avec qui les personnes détenues sont en permanence en interaction, leur attitude et leur humeur semblaient avoir un **impact très fort** sur les personnes détenues :

1C	« quand elles sont pas à l'écoute c'est... plus difficile. Donc heu... on est obligées de supporter plus ou moins les humeurs des gens »
11C	« 'fin j'ai mis en place le "bonjour comment allez-vous?" et bah c'est vachement sympa d'en-d'entendre heu... « ça va et vous? » [...] ça change tout. [...]. », « c'est tout con mais c'est un sourire qu-qui va tenir toute la journée, quoi ! »
20C	« souvent qu'à la voir on sait qu'on va passer une bonne journée même si on est en prison, quoi [...] dès l'matin à 7h on sait à...l'ouverture de la porte en fait.»

Deux participantes jugeaient cependant que la qualité des relations avec les surveillantes avait une **influence** sur la façon dont celles-ci **prenaient en charge** les personnes détenues :

14C	« ça peut être très conflictuel justement de par la relation parc'que...parc' que tout dépend d'elles »
18C	« bah, cette personne il l'aime bien elle va lui d'mander un truc il va l'faire. mais une personne qu'il va un peu moins apprécier avec qui il va avoir un peu plus de différends bah...il va pas... »

5. Empathie envers les surveillantes

La plupart des participantes témoignaient d'une empathie envers le travail des surveillantes, qu'elles qualifiaient de difficile :

1C	« c'est pas l'premier boulot qu'j'ferai », « On est quand même en détention, il y a énormément de choses heu... qui sont difficiles à vivre ici »
2C	« j'me mets aussi à la place des surveillantes, parc' que c'est vrai qu'il y en a qui leur manque de respect. »
9C	« les surveillantes elles sont fatiguées et tout donc [...] ha ça je respecte hein, 'fin j'veux dire elles font du boulot hein quand même! »

11C	« elles font quasiment tout! 'fin un chef au début un entretien au début, pis après tu vois qu'elles! »
14C	« moi j'arrive à comprendre, leur boulot qu'est pas simple »
19C	« ...elle aussi elle a...des supérieurs hein ! Elle peut pas faire c'qu'elle veut hein. [...] c'est des êtres humains aussi hein ! [...] et puis c'est pas toujours évident non plus »

6. Idées émises par les personnes allophones sur l'entourage représenté par les surveillantes

Deux personnes allophones semblaient satisfaites des relations avec les surveillantes.

L'une d'elle témoignait aussi d'une empathie envers le travail de surveillante, en parlant de « partage de la détention ».

e. L'entourage représenté par la famille et les amis

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique de l'entourage représenté par la famille et les amis sont :

- **Impact de l'incarcération sur la relation avec son entourage familial**
- **L'entourage familial proche comme source de maintien en vie**
- **Les moyens pour préserver le lien avec son entourage à l'extérieur**

1. Impact de l'incarcération sur la relation avec son entourage familial

L'incarcération semblait avoir des conséquences sur les liens familiaux de nature différente.

Certaines participantes témoignaient plutôt d'un **abandon** de l'entourage lors d'une incarcération : « J'te dis heu...tout l'monde m'a laissé tomber. » (3C), « parc' qu'ils m'ont...bah en général quand tu rentres en prison soit les gens ils restent soit ils s'barrent [...] » (18C).

Mais ce qui marquait les personnes détenues était surtout la grande **souffrance** engendrée par la **séparation** de leurs proches :

1C	« mon conjoint et mon fils le vivent très très mal », « en c'moment, là, ouais il est, il en peut plus quoi », « et j'ai pas d'parloir [...] c'est un déchirement, franchement, pour nous 3 quoi »
2C	« j'pleure souvent hein [...] ouais...de pas être avec ma famille, de pas être avec des gens que...que j'côtoie d'habitude...»
10C	« ça fait un peu mal au cœur. et heu...j'entame mon cinquième mois et j'l'ai [son fils] vu qu'une seule fois pour l'instant. »

Les femmes détenues, mères de famille, témoignaient des conséquences de la **rupture du lien maternel** chez leurs enfants et de la souffrance engendrée. Le mal-être de leurs enfants générant alors une grande angoisse et un sentiment profond d'impuissance :

1C	« c'était un choc aussi pour mon fils, (suite à une permission familiale où elle lui a rendu visite) la nuit d'après il a pas dormi »
3C	« moi, étant ici...elle (sa fille) a commencé à partir. Donc une fois, 2 fois, 3 fois. Elle est passée au juge des enfants », « ça allait pas parc'que ...parc'que ma fille était...était dans la rue et que heu... j'étais les plombs, quoi, par rapport à ça »

De manière générale, dès qu'elles avaient écho d'un problème affectant leurs proches, elles disaient d'ailleurs se sentir parfois **impuissantes** :

1C	« <i>fin qu'ce soit mon p'tit garçon, mon conjoint et moi, ouais c'est...ça a un impact sur moi [...] J'me sens vraiment impuissante</i> »
4C	« <i>quand on apprend c'qui s'passe dehors on est...un peu énervées</i> »

L'une d'entre elles exprimait le sentiment de peur de perdre sa place au sein de la cellule familiale : « [...] *de se sentir heu...pas mise à l'écart de se sentir heu... d'avoir sa place dans sa famille et tout* » (20C)

2. L'entourage familial proche comme source de maintien en vie

L'entourage familial représentait parfois le seul pilier qui les faisait tenir pour les participantes :

2C	« <i>Mais heu nan ma famille elle est là. Et si elle était pas là, bah j's'rais plus là.</i> »
5C	« <i>mes filles c'est-c'est ma vie</i> »
7C	« <i>parc'que c'est-c'est, 'fin moi personnellement c'est eux qui m'tiennent. C'est eux qui m'tiennent la tête heu en dehors de l'eau</i> »
1L	« <i>C'est un grand soutien. J'appelle mes enfants trois fois par jour. Mes enfants, c'est important pour moi</i> »
2L	« <i>Le positif c'est quand j'arrive à joindre au téléphone mon conjoint, qu'on est le mercredi [...] avoir les proches ça « rebooste » [...] Oui plus que sur le reste.</i> »
16C	« <i>Oui le parloir, la famille, c'est sûr que si je n'avais pas de parloir, ça ne serait pas pareil.</i> »

La **responsabilité ressentie envers leur famille** les empêchait de tomber dans une souffrance profonde qui pouvait mener à cette destruction de soi :

1C	« <i>si j'prends pas l'positif heu... la détention, bah...j'serais déjà plus là. Donc vu qu'j'suis maman, qu'j'suis re-enceinte, bah c'est ma grossesse qui m'canalise</i> »
5C	« <i>parc'qu'elles [ses filles] seraient pas là heu...j's'rais pas là au jour d'aujourd'hui en train d'vous parler</i> »
2C	« <i>Ils avaient peur que je me... [...] que j'me suicide ou je n'sais quoi. Chose que...je n'ferai jamais par rapport à mes enfants. si j'suis là c'est grâce à eux [ses enfants], quoi</i> »
19C	« <i>c'est mes enfants ! Sinon ça ferait longtemps que...j'aurais mis fin à mes jours.[...] [même si] Je suis pas suicidaire.</i> »

3. Les moyens pour préserver le lien avec son entourage à l'extérieur

Les **parloirs** semblaient très importants pour préserver un contact physique avec leurs proches. Cependant, certains éléments soulevés par les participantes, rendaient **difficile** leur mise en place.

Par exemple, l'éloignement géographique les dissuadait souvent de demander à leur famille ou leurs amis de se déplacer pour les voir : « *les frustrations quand votre famille vient, viennent de loin. Et qu'pour une connerie on en a recalé parc'qu'il avait oublié d'vider toutes ses poches et tout ça, c'est-j- parfait'ment insupportable* » (14C), « *j'ai une fille [...] Je...lui ai interdit. Je lui ai demandé de n'pas prendre de...parloir [...] trop de...fric, trop d'fatigue pour heu s'voir 2h de parloir maxi, non* » (19C)

Une personne évoquait la notion de "parloirs fantômes", qui semble être un terme utilisé pour parler des parloirs annulés le jour même ou au dernier moment, pour des raisons qui pouvaient être dues aux contraintes réglementaires. Ces annulations de dernière minute généraient alors une grande angoisse et donnaient un caractère incertain au déroulement effectif des parloirs : « *« parloir fantôme », ça veut dire la personne peut pas vous voir. Vous avez pas votre parloir il était prévu mais il est annulé, "parloir fantôme" [...] comme si la personne, genre, était pas v'nu. Alors bien sûr qu'ça vous affecte parc'que vous vous êtes préparé* » (14C)

4. Idées émises par les personnes allophones sur l'entourage représenté par la famille et les amis

Trois personnes allophones disaient être dans l'impossibilité de contacter leur famille, soit par décision du magistrat, soit par manque de ressources financières. Le témoignage bouleversant d'une de ces personnes montrait la grande détresse dans laquelle les personnes détenues pouvaient se retrouver.

f. Le travail en prison

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique du travail en prison sont :

- **Les avantages à avoir une activité professionnelle au cours de la détention**
- **Un accès difficile aux postes de travail**

1. Les avantages à avoir une activité professionnelle au cours de la détention

Avoir une activité professionnelle au cours de leur détention semblait avoir de nombreux bénéfices et constituer un élément essentiel pour **structurer le quotidien**. Au-delà de les aider à voir le temps passer plus vite, travailler leur permettait de sortir de leur cellule et **éviter l'isolement**. Le poste de travail occupé constituait une activité essentielle pour « occuper l'esprit » et éviter de ruminer et de se focaliser sur des pensées négatives :

4C	« <i>mais...ça fait passer l'temps</i> », « <i>'y en a i'sont là tout'la journée, ils galèrent ! ils s'ennuient et leur peine à eux, elle passe plus lent'ment qu'la mienne !</i> »
5C	« <i>Les semaines elles passent beaucoup plus vite. Depuis qu'j'suis là franchement j'ai même pas vu heu...</i> », « <i>Pis ça (son travail à la boulangerie) m'permet d'oublier pis d'éviter d'penser quoi. 'fin d'ruminer</i> »
9C	« <i>Pis du fait que j'travaille là, maint'nant, c'est vital pour moi de...travailler</i> », « <i>donc ça m'permet de-de faire heu...mon rythme de...de travail [...] donc je sais que-le matin j'me lève, je-je sais pourquoi</i> »

10C	« si j'travaille pas, si j'reste en cellule [...] j'vais commencer à broyer du noir [...] la détention étant déjà...quelque chose de difficile. [...] si on n'arrive pas à ...s'sortir l'esprit, à...s'occuper l'esprit... ! »
-----	--

Le second bénéficiaire semblait être **financier**. Avoir un travail en prison constituait la seule source de revenus pour la plupart, avec les mandats cash que leur envoyaient leurs proches, de l'extérieur, et leur permettait ainsi de « cantiner » :

5C	« [...] et puis surtout question financ'ment »
7C	« j'travaille surtout pour pas faire payer mes parents, mais oui ça m'sert à cantiner. »
9C	« mon rythme heu de...de travail... ça permet aussi d'cantiner. »
10C	« même si j'arrive à m'faire envoyer d'argent d'dehors, heu...l'autonomie. de gagner son propre argent, ici. »

2. Un accès difficile aux postes de travail

Cependant les participantes témoignaient d'une difficulté à accéder à un poste de travail, à cause d'un **nombre insuffisant** de postes : « mais comme on n'est que 8 à... avoir la-d'la chance d'avoir ce poste-là, toute la journée on est...là-bas. Du lundi au vendredi. » (4C), « Oui j'ai demandé à travailler [...] mais bon il n'y a pas assez de place » (11L)

3. Idées émises par les personnes allophones sur le travail en prison

Peu de personnes allophones ont parlé du travail. Probablement parce que certaines ne pouvaient y avoir accès, sans que les raisons n'aient été évoquées. Une participante (21C), admettait le travail comme un moyen de faire passer le temps plus vite. Pour elle, le travail était très important pour avoir un budget lui permettant de payer le téléphone afin d'appeler ses proches. Elle s'estimait d'ailleurs chanceuse d'avoir un travail devant le nombre de poste, rare pour les femmes incarcérées à la MAF.

Une autre participante témoignait de difficultés financières liées à son incarcération : sa seule source de revenus possible était la rémunération obtenue de son travail effectué en prison. Elle semblait épuisée par son travail mais ne pouvait l'arrêter, car elle courait le risque de perdre son logement à l'extérieur, où logeaient ses enfants.

g. Activités possibles à la MAF

Les **catégories** identifiées au sujet de la thématique du travail en prison sont :

- **Un accès difficile aux activités proposées**
- **Les bénéficiaires à pouvoir participer à une activité**
- **La nécessité de participer à ces activités**

1. Un accès difficile aux activités proposées

En ce qui concerne les activités non professionnelles, proposées à la MAF, les participantes ont soulevé quelques difficultés d'accès. Par exemple, les **horaires** de travail et le **nombre limité** de places disponibles semblaient rendre difficile l'accès aux activités :

10C	« depuis qu'je suis en formation pro. [...] Heu.... on n'a plus...accès aux ateliers thérapeutiques »
20C	« arrivée ici on t'dit bah non heu...votre niveau scolaire fait que bin vous pouvez pas avoir accès à certains trucs [...] en fait, j'sais pas comment expliquer mais le fait de pas ne pas pouvoir s'épanouir intellectuellement en fait», « vu que j'travaille à la bibliothèque j'ai que l'samedi en fait pour a-pour avoir accès à la...musclation. au créneau « muscu ». »
11L	« avec la formation on n'a plus le droit à rien après. On est sur le planning de formation donc même s'il n'y a pas formation, on n'a pas le droit d'aller sur les autres créneaux. »

2. Les bénéfices à pouvoir participer à une activité

Participer à une activité, qu'elle soit de loisirs, culturelle ou éducative, semblait leur donner une occasion de **se rapprocher de la vie de dehors** selon les participantes. Cela représentait un moment d'**évasion mentale**, qui permettait de se concentrer sur autres choses que leurs inquiétudes liées à leur incarcération, leurs proches,...: « Si si quand je peux je vais à la couture [...] Ça me fait un peu souffler, je me pose sur autre chose, je me concentre sur autre chose. Dans ma cellule j'y arrive plus par le biais des magazines ou quoi que ce soit ou des livres » (11L), « plus d'occupations, ici! [...] plus heu...bah justement d'se sentir heu...une vie un peu plus normale, d'avoir des activités qu'on f'rait dehors aussi [...] de sortir de...de...de la cellule et pis heu... » (10C), « ...la cuisine (atelier cuisine) ça a monté aussi, c'est pareil, ça nous évade [...] le fait de passer une demi-heure entre nous heu...on n'est plus en prison, quoi! » (5C).

Les activités sportives permettaient, par exemple, **d'apaiser** des émotions accumulées au quotidien : « Je fais 2 à 3 heures de musclation par semaine, le vendredi et le lundi. Le vendredi pour évacuer la tension que j'ai accumulé toute la semaine » (13L)

Les activités proposées étaient aussi une occasion et un espace où elles se sentaient **valorisées** en tant qu'être humain, et non seulement comme personne « détenue » et sous la sanction d'une société et d'une institution : « ça m'donne toujours la même importance que-ça m'donne...la même importance - la même considération qu'à l'extérieur [...] C'est pas parce que je suis en prison que je suis une merde. En gros c'est ça. » (13L)

...ou de développer des **compétences** et des savoir-faire : « j'ai appris à coudre ici...j'fais du...cartonnage j'ai fait plein d'cadres photo des boîtes...ce genre de choses. » (20C)

3. La nécessité de participer à ces activités

Malgré un accès qui semblait difficile, la possibilité de participer à une activité culturelle, de loisir ou éducative était important pour la plupart d'entre elles. Tout d'abord, il leur semblait **primordial** et nécessaire d'avoir une occupation. S'occuper l'esprit permet d'éviter les ruminations des pensées, et d'avoir l'esprit

focalisé sur des idées négatives. Comme une peur de tomber dans la folie à force de cogiter. Cela rendait alors les samedis et dimanches insupportables car elles n'avaient pas d'activités possibles (sauf l'atelier cuisine le samedi) les week-ends :

20C	« vraiment j'ai vraiment besoin d'être heu d'être occupée [...] ça s'voit pas comme ça mais sinon oui je pète un câble (rires) [...] parce que les week-ends franchement, 'y a rien à faire. [...]»
1L	« le week-end c'est très long, le samedi le dimanche, on n'a pas de sport, aucune activité, on reste enfermées dans la cellule, on a la promenade, dès fois quand il fait froid on sort pas »
3L	« l'enfermement me ronge [...] je regarde la télé [...] je me dis « je suis en train de louper tout ça »
16C	« Oui rester dans la cellule 22 heures sur 24, c'est pas le top, donc c'est bien qu'il y ait l'école et tout ça.[...] Ah oui ! si on n'a pas d'occupation c'est sûr que le moral il est à zéro. »

4. Idées émises par les personnes allophones sur les activités possibles à la MAF

Une seule participante allophone (21C) s'était exprimée au sujet des activités proposées à la MAF.

Elle témoignait ainsi des bénéfices d'avoir des activités où elle a pu, par exemple, apprendre la couture. Elle insistait sur la notion d'isolement en cellule, les week-ends, journées pendant lesquelles il n'y avait pas d'activités organisées.

h. L'arrivée en prison

1. Des personnes en état de choc

Les participantes décrivaient cette période comme une phase où elles se sont senties si perdues et bouleversées que, pour certaines, elles avaient adopté une attitude mutique et d'isolement. L'incarcération pouvait être brutale et alors, vécue de manière d'autant plus violente. Elles évoquaient la notion de perte de tout repère et la difficulté à s'adapter à un nouvel environnement de vie où toute liberté est restreinte :

5C	« dès qu'j'suis arrivée ouais, 'c'que j'connaisais pas l'monde « incarcéral », j'me suis dit « holala j'suis tombée où ? » »
9C	« par'cque c'est...au départ ça a été heu...très dur pour moi, c'est que... (s'interrompt) pendant 3 mois j'parlais pas. », « Parc'que j'suis arrivée vraiment en catastrophe. sans vêtements, rien, [...] j'comprendais pas c'qui...c'qui m'arrivait quoi [...] je réalisais pas! »
11C	« moi je suis perdue [à son arrivée]. [...] il faut tout d'suite . que tu apprennes très vite plein de [...] logos. SMPR c'est quoi. vous allez à l'UCSA. C'est quoi? T'assimiles plein d'trucs. »
20C	« parc'que...j'étais arrivée j'étais vraiment...perdue en fait., », « parc'qu'au début j'parlais pas. [...] Nan. j'parlais pas même quand j'avais un problème j'parlais pas. », « j'arrivais pas à orienter voilà j'arrivais pas »

2. Idées émises par les personnes allophones sur l'arrivée en prison

Une seule participante a évoqué son arrivée à la maison d'arrêt. Elle témoignait également de cet état de souffrance intense avec la notion de vécu brutal et violent de l'incarcération.

i. Les impacts de la détention sur la santé mentale et physique ainsi que les impacts de l'enfermement et la mise à l'écart de la société du « dehors »

Les **catégories** identifiées au sujet de cette thématique sont :

- **La rumination permanente de pensées négatives**
- **Les moyens et méthodes d' « évasion mentale »**
- **Les conséquences constatées de l'enfermement sur leur état de santé**
- **Un quotidien contrôlé par une institution**

1. La rumination permanente des pensées

Pour les participantes, l'enfermement les conduisait à une rumination permanente de pensées négatives, générant une anxiété permanente et des troubles du sommeil, entraînant une grande fatigue et un certain épuisement. Sans autre occupation que l'isolement en cellule, parfois, elles se retrouvaient face à ces pensées, avec la crainte de perdre le contrôle et la maîtrise de soi :

1C	« j'me rumine beaucoup [...] donc heu du coup j'suis fatiguée physiquement, ouais j'ai du mal à dormir »
5C	« le soir heu...au moment des fermetures si la surveillante elle nous dit « bah tiens demain c'est parloir avocat ». Tu vas t'poser plein d'questions, bon bah ton moral il en prend un coup. »
20C	« [...] à me...à me tourner la tête et puis à penser à des choses, avoir des idées bizarre et puis heu, en fait c'est un cercle vicieux en fait.»
11L	« je ne lis plus, parce que j'y arrive plus. [...] La concentration en fait, un manque de concentration tout simplement. »
16C	« j'arrive pas à dormir [...]. C'est pas que j'arrive pas à dormir, c'est que ici on pense trop, on est trop pensif le soir [...] Je me dis « qu'est qu'ils sont en train de faire dehors en ce moment ? ils sont où, ils font quoi, avec qui ? » »

2. Les moyens et méthodes d' « évasion mentale »

Il semblait vital pour les participantes de pouvoir fuir ces moments de rumination des pensées et la souffrance causée par l'enfermement. Elles évoquaient la difficulté à se « maintenir » en vie et à éviter de sombrer dans une forme de destruction :

1C	« Mais on apprend à avoir du recul ici », « c'est soit on s'canalise, on apprend à gérer ses émotions ou soit bah on est...vers le bas mais ça m'arrive souvent »
2C	« fin c'est la prison hein. T'façon ça sert à ça hein. Ça sert à ça hein, ça sert à...à isoler les gens et à leur faire heu...à leur faire comprendre heu [petite pause] c'qui s'est passé quoi. Mais moi je sais c'qui s'est passé, donc voilà. Moi j'trouve ça...c'est dur »

5C	<i>« Pour ma part, pour l'instant heu...j'ai pas pété les plombs. Pour l'instant. j'prends sur moi déjà. (râcle la gorge) il faut, on n'a pas l'choix . », « T'es vite déprimée, t'es vite heu tu t'retrouves toute seule, tu-tu, tu restes dans-dans ta cellule à déprimer... »</i>
3L	<i>« je veux plus rester en cellule, parce que je peux plus, l'enfermement me ronge », « Déjà de moins voir les journées passer, au moins ça va passer vite et être occupée à ne pas penser à mes problèmes, toujours à la même chose, à ma peine. »</i>

3. Les conséquences constatées de l'enfermement sur leur état de santé

Leur détention pouvait conduire à une dégradation de leur état de santé, essentiellement mental.

Ce qui semble être très prégnant étaient les signes d'anxiété ou d'angoisse de fond, ressenties de façon permanente.

Les participantes expliquaient cela par la crainte quotidienne d'une situation de violence, que ce soit envers soi ou chez les autres, comme cela a été évoqué, ou par la crainte d'une déception ou d'un refus suite à une demande ou au sujet de toute procédure pénale. Il y avait également l'inquiétude ressentie pour leurs proches, dont elles se retrouvaient parfois sans nouvelle ou, du moins, difficilement : *« J'ai remarqué des fois on s'prend des... sacrées claques heu sans s'y attendre donc heu ouais j'suis énormément angoissée »* (1C)

Sur le plan psychique, du fait de l'enfermement, l'isolement et l'inoccupation, certaines témoignaient d'une perte d'énergie et d'un sentiment de perte de réactivité dans la prise de décision : *« je pense cognitivement on a tendance à perdre nos mots, je pense qu'on est trop enfermé ! on a du mal à réfléchir [...]. J'ai l'impression des fois que le fait de chercher ses idées, des fois j'ai l'impression de perdre mes mots ou d'avoir un temps de réaction qui est plutôt lent, moins rapide qu'avant. »* (2L).

Sur le plan somatique, les participantes se plaignaient régulièrement de troubles du sommeil :

1C	<i>« fin déjà j'dors pas beaucoup »</i>
2L	<i>« Non, ce n'est pas ça qui altère mon sommeil. C'est le stress ! »</i>
16C	<i>« j'arrive pas à dormir [...]. C'est pas que j'arrive pas à dormir, c'est que ici on pense trop, on est trop pensif le soir [...] moi en tout cas personnellement j'arrive pas parce que je pense à trop de choses. [...] Je me dis « qu'est qu'ils sont en train de faire dehors en ce moment ? ils sont où, ils font quoi, avec qui ? »</i>

Une participante se plaignait également de la dégradation de son état dentaire : *« Depuis que j'suis ici, j'ai les dents qui s'déchaussent. »* (3C)

4. Un quotidien contrôlé par une institution et perte d'autonomie

La notion de dépendance à une institution et aux personnes qui la représentent était régulièrement évoquée. Les participantes soulevaient ainsi plusieurs conséquences de cette vie devenue dépendante d'une entité institutionnelle. Par exemple quelques-unes parlaient de situations d'attente dans lesquelles elles pouvaient se retrouver, de manière permanente :

3C	« <i>mais du coup j'ai pas d'C.M.U. [Couverture Mutuelle Complémentaire] donc heu j'ai toujours pas mes lunettes. Donc là, j'attends... le...le SPIP (Services pénitentiaires d'insertion et de probation) heu... »</i> , « <i>Voilà, faut pas être pressé. »</i> »
9C	« <i>on reste heu bloquée entre 2 portes. [...] Et puis bah là...on attend que... que la surveillante vienne nous chercher. [...] c'est long parc'que...y a...y a rien, c'est 4 murs [...] heu...comme ça, on est debout... »</i> »
18C	« <i>c'est lent. [...] faut toujours demander...faut toujours attendre, attendre, attendre, attendre...ça apprend la patience la prison »</i> »
3L	« <i>je suis enfermée dans une pièce de 9 m2 et j'attends que les temps de pause. »</i> »

Une personne a soulevé la difficulté d'alerter en cas d'urgence et la crainte d'être sanctionnée si elles utilisaient le bouton d'alarme d'une manière qui pourrait être considérée comme inadaptée. La consigne donnée pour alerter les surveillantes semblait d'ailleurs peu précise : « *On a un bouton d'alarme. Faut quand même spécifier dans nos cellules. Toutes ! Mais la 1ère chose qu'on nous dit! Au niveau des surveillantes, [...] on nous dit « vous évitez d'appuyer sur le bouton ». [...] c'est une alarme. Faut aller vraiment très très mal. »* (11C)

Cette perte d'indépendance peut être rapprochée celle de la perte d'autonomie et de responsabilisation de soi, évoquée par les participantes. Elles témoignaient également de la notion d'infantilisation entraînée par cette perte d'autonomie :

2C	« <i>d'être dépendante de... des gens... de-de... de leur clefs, quoi. »</i> »
9C	« <i>parc'que...on s'habitue trop justement à être heu servi, avoir le linge propre heu...et tout ça mais...une fois dehors. on s retrouve tout seul.»</i> »
10C	« <i>on se sent DEJA automatiquement, on n'est plus autonome! [...] j'ai l'impression qu'tout c'que j'ai su faire à 18 ans, moi-même toute seule! heu d'être obligée, 'fin là à 30 ans, de...oui! un retour en arrière et en d'mandant maint'nant »</i> »
2L	« <i>Le stress, il est dû à l'envie de sortir et on ne sait pas forcément quand, on est un peu tributaire de l'administration pénitentiaire, tributaire des surveillantes, On n'a pas la main, on n'a pas d'autonomie. Moi, je me sens infantilisée ! »</i> »

5. Idées émises par les personnes allophones au sujet de l'arrivée en prison

Deux participantes allophones ont parlé de la difficulté à communiquer à cause des barrières linguistiques, entraînant un sentiment d'isolement et d'impuissance d'autant plus marqué, lors de leurs premiers jours de détention.

Ces participantes évoquaient également l'anxiété profonde et ressentie en permanence, avec une rumination des pensées négatives les entraînant dans un cercle vicieux dont elles ne semblent pas réussir à sortir, accentuant cette anxiété.

j. Les conditions de détention la nuit

Pendant la nuit, les personnes interrogées ressentait un sentiment d'isolement et d'insécurité important. En effet, les moyens d'alerter en cas d'urgence, en période nocturne, semblaient imprécis et, sanctionnée en cas d'usage considéré comme inadapté, elles n'osaient pas recourir au bouton d'alarme. À cela s'ajoutait un sentiment d'isolement après le départ de l'équipe des surveillantes de jour, dénonçant le manque de personnel pendant la nuit : « *Donc je te dis, il vaut mieux éviter. Qu'il t'arrive quoi qu'il soit. à partir de...de 18h le soir. [...]. Parc' que tu n'as personne.* », « *bah 'y a des moments où c'est pas possible, tu prends la même angoisse [...] quand les crises commencent à 22h* » « *la nuit 'y a personne quoi. [...] faut pas compter heu...et c'est une détresse de...de voir quelqu'un pendant 2 jours, souffrir [...] et personne ne bouge, quoi!* » (11C), 14 C, parlant d'une autre personne détenue lui ayant témoigné des idées suicidaires : *Et moi j'fais comment avec ça? Toute la nuit. Dans ma cellule, je fais comment?* » (14C)

3. Résultats des réponses aux questions fermées au sujet de l'impact des quatre thèmes de l'entretien semi-dirigés

Les enquêtrices clôturaient l'entretien semi-dirigé par cinq questions fermées interrogeant les participantes sur la façon dont elles qualifiaient l'impact sur leur santé des cinq thématiques correspondant aux questions de relances (Soins à la maison d'arrêt de Nantes, Environnement matériel de vie, Entourage représenté par les codétenues, Entourage représenté par les surveillantes et Entourage représenté par la famille et les amis).

Les résultats sont présentés dans le tableau XII, ci-dessous.

La réponse « pas d'impact » est la plus fréquente concernant les soins à la maison d'arrêt de Nantes, l'environnement matériel de vie et l'entourage représenté par les codétenues (respectivement 37,9%, 34,5% et 27,6% des 29 participantes aux entretiens semi-dirigés). Concernant l'entourage représenté par les surveillantes, les participantes ont répondu le plus fréquemment (41,4%) qu'elles avaient un impact « favorable ». L'entourage représenté par la famille et les amis avait un impact « très favorable » pour 41,4% des participantes.

Tableau XII : Distribution des réponses aux cinq questions portant sur l'impact de cinq thématiques

	Effectifs (N = 29)	Pourcentages
Les soins à la maison d'arrêt de Nantes		
Très défavorable	0	0,0%
Défavorable	3	10,3%
Pas d'impact	11	37,9%
Favorable	10	34,5%
Très favorable	3	10,3%
NSP	2	6,9%
NR	0	0,0%
Environnement matériel de vie		
Très défavorable	2	6,9%
Défavorable	7	24,1%
Pas d'impact	10	34,5%
Favorable	6	20,7%
Très favorable	1	3,4%
NSP	2	6,9%
NR	1	3,4%
Les codétenues		
Très défavorable	3	10,3%
Défavorable	4	13,8%
Pas d'impact	8	27,6%
Favorable	6	20,7%
Très favorable	2	6,9%
NSP	5	17,2%
NR	1	3,4%
Les surveillantes		
Très défavorable	0	0,0%
Défavorable	1	3,4%
Pas d'impact	9	31,0%
Favorable	12	41,4%
Très favorable	3	10,3%
NSP	3	10,3%
NR	1	3,4%
L'entourage (famille, amis)		
Très défavorable	3	10,3%
Défavorable	5	17,2%
Pas d'impact	4	13,8%
Favorable	4	13,8%
Très favorable	12	41,4%
NSP	0	0,0%
NR	1	3,4%

CHAPITRE 4 : Conclusions et discussions

I. Conclusions et discussions des résultats de faisabilité

Cette étude cherchait à évaluer la faisabilité d'une méthodologie, choisie dans le but d'étudier plusieurs problématiques concernant la santé des personnes détenues à l'aide de données recueillies uniquement auprès de personnes détenues.

La méthodologie choisie était mixte : à la fois quantitative à l'aide d'un enquête évaluant la santé perçue des personnes détenues sous la forme de questionnaires, et qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés pour recueillir la perception des personnes sur les éléments ayant un impact sur leur santé, au cours de la détention.

1. Conclusions sur la faisabilité de la méthodologie d'étude

Deux catégories de critères d'évaluation avaient été définies pour évaluer la faisabilité de la méthodologie d'étude :

a. Acceptabilité de l'étude et freins organisationnels

La méthodologie choisie présente de bons résultats en termes d'acceptabilité.

Avec un taux de participation des personnes détenues supérieur à 80 % de la population incarcérée à la MAF (83% des personnes détenues éligibles), le jour du recrutement, cette étude a bénéficié d'une forte participation des personnes détenues. Par la suite très peu de participantes ont été sorties d'étude (2 refus et 2 annulations d'entretien) et seule une participante n'a pas pu participer à l'ensemble de l'entretien individuel, interrompu avant le déroulement de l'entretien semi-dirigé, suite à un rendez-vous initialement non prévu.

L'organisation et le déroulement des entretiens individuels n'ont donc pas rencontré de difficultés majeures.

Les participantes ont accepté de répondre à toutes les questions posées au cours des deux premières parties de l'entretien individuel (recueil des caractéristiques et enquête sur la santé perçue), aucune question ne leur a paru sensible et le taux de données manquantes aux questions de l'enquête sur la santé perçue était très faible. Ces résultats témoignent d'une bonne acceptabilité des questions posées au cours de ces 2 parties de l'entretien.

La durée courte du questionnaire et la collecte des questions sous la forme d'hétéro-questionnaires, peuvent expliquer en partie ces résultats.

Toutes les participantes ont, ensuite, accepté de participer aux entretiens semi-dirigés, mais, du fait des difficultés d'interprétariat avec les personnes allophones, seules 21 entretiens semi-dirigés ont pu être retranscrits sur les 29 qui ont été menés.

Les personnes ont, néanmoins, répondu en grande majorité qu'elles trouvaient les questions, posées au cours de l'ensemble de l'entretien individuel, claires et adaptées (27 participantes sur 30) et qu'elles étaient adaptées au contexte de la vie quotidienne en prison (25 participantes sur 30).

b. Pertinence des outils utilisés : enquête sur la santé perçue et entretiens semi-dirigés

Les outils utilisés au cours des entretiens ont permis de répondre aux objectifs secondaires de l'étude. et de recueillir la perception des personnes détenues sur les éléments qui impactent leur santé au cours de la détention.

1. Questionnaire construit pour l'enquête sur la santé perçue

L'ensemble des questions choisies pour cette partie de l'entretien individuel étaient issues du MME et du MOS SF-36, questionnaires standardisés et déjà utilisés dans plusieurs études nationales (27,28,33,34). Ces questionnaires ont été, en partie, adaptés au contexte de l'étude, et des questions, construites pour cette étude, y ont été ajoutées, afin de recueillir des éléments complémentaires.

Les réponses à l'ensemble de ces questions nous ont permis de dresser un état des lieux de l'état de santé perçue des femmes détenues ayant participé à l'étude.

Le MME et le MOS SF-36 étaient effectivement pertinents pour l'étude de la santé perçue des personnes interrogées, pour plusieurs raisons.

- **Recours au MME**

Le MME présente plusieurs avantages : la simplicité de son utilisation et la comparaison possible des résultats de l'étude avec ceux d'une étude menée à l'échelle nationale (34). Il avait également déjà été utilisé lors de certaines études menées auprès d'une population incarcérée, en France (40), et aux Etats-Unis (39), témoignant d'une utilisation possible de ce questionnaire auprès de cette population.

- **Recours au MOS SF-36**

Le MOS SF-36 est un questionnaire de QdVLS. Il existe de nombreux questionnaires de ce type, évaluant la santé perçue (ou santé subjective) des personnes interrogées, dont certains ont été utilisés dans des études françaises.

On peut citer par exemple le Nottingham Health Profile, le profil de Santé de Duke, le Whoqol 26, et le MOS SF-36 (42). Le MOS SF-36 a été choisi, dans cette étude, pour la diversité des dimensions de la santé perçue qu'il permettait d'étudier. Il s'agit également d'un questionnaire disponible en plusieurs langues ce qui permettait de l'utiliser auprès de personnes anglophones et hispanophones. Le MOS SF-36 avait déjà été utilisé auprès d'une population incarcérée, en Grèce (37) et en Angleterre (38), avec des tests de validité du questionnaire favorables à une fiabilité de ce questionnaire en population carcérale. Cependant, ces tests de validité ne concernaient que les versions anglaise et grecque du questionnaire.

En outre, le MOS Sf-36 a déjà été utilisé dans des études menées en population générale, en France (28). L'accès aux résultats de cette étude, publiés dans un article comparant l'évolution de la qualité de vie liée à la santé en France entre 1995 et 2003 (28), permettait de confronter les résultats obtenus, avec ceux la population générale.

Cependant, aucune étude n'a encore été réalisée utilisant ce questionnaire de qualité de vie auprès d'une population incarcérée, en France, preuve du caractère novateur de l'étude menée à la MAF de Nantes.

2. Entretiens semi-dirigés

Les données recueillies à l'aide des entretiens semi-dirigés faisaient appel à une méthode d'analyse qualitative.

Issue des sciences sociales, la méthode de recherche qualitative a comme objectifs l'exploration et la compréhension d'un phénomène à partir de l'expérience des personnes interrogées. Pour cela, elle fait appel à l'analyse du discours des personnes, recueilli à l'aide d'entretiens. Ces entretiens permettent une expression libre des personnes interviewées, parfois à l'aide de questions de relances lorsqu'ils sont semi-dirigés, de l'individu. L'analyse, du discours alors obtenu, a pour but de saisir le sens que ces personnes donnent à leurs actes, leur vécu ou leurs pratiques, par exemple.

Ce choix méthodologique nous semblait donc la plus appropriée pour recueillir la perception que les personnes ont des éléments ayant un impact sur leur santé au cours de la détention. L'objectif visé n'était pas de recueillir des informations chiffrées, mais de soulever des problématiques, liées aux éléments ayant un impact sur la santé au cours de la détention des personnes interrogées. Aucun travail de recherche récent n'a été mené à partir du point de vue des personnes concernées. Seul l'ouvrage d'un médecin psychiatre publiée en 1991, rapportait une large réflexion sur les conditions de vie d'hommes détenus et leurs conséquences sur les pathologies les plus fréquemment retrouvées en prison, en conjuguant deux approches : celle d'un médecin exerçant en prison depuis une vingtaine d'années associée à la parole de mille hommes entrants en prison (43).

La méthodologie qualitative adoptée permettait donc d'en avoir une première approche exploratoire.

Les résultats de participation et de réponse aux entretiens, conçus pour l'étude, montrent donc une forte volonté de participer et une bonne acceptabilité des entretiens, par la population ciblée, tels qu'ils ont été menés, à l'aide d'outils pertinents pour répondre aux objectifs prédéfinis.

Cependant, différents aspects de la méthodologie adoptée doivent être discutés et des propositions d'amélioration doivent être faites pour une étude envisagée ultérieurement.

2. Forces et faiblesses de la méthodologie d'étude choisie

a. Participation à l'étude et implantation de l'équipe du programme de MdM à la MAF

Initiée et encadrée par l'équipe du programme carcéral de MdM, cette étude de faisabilité a largement bénéficié de l'implantation de l'équipe à la MAF de Nantes.

En effet, présente depuis plusieurs années dans ce quartier pénitentiaire, l'expérience du terrain et les liens établis avec l'Administration Pénitentiaire et les personnes détenues par l'équipe du programme, ont largement facilité la mise en place de l'étude. Cependant, un travail préalable mené avec l'Administration Pénitentiaire pour la définition des modalités organisationnelles de l'étude était évidemment nécessaire. Cela a permis de fixer une organisation qui ne perturbe pas le fonctionnement de l'établissement, et sollicite au minimum le personnel de surveillance de la maison d'arrêt.

L'implantation du programme de MdM à la MAF peut également expliquer la forte participation des personnes détenues à cette étude, sensibilisées aux problématiques liées à leur santé au cours des interventions de MdM.

Cependant, la participation des personnes interrogées, aux activités mises en place par MdM, n'a pas été collectée. Une des limites de cette étude est donc la difficulté à pouvoir apprécier l'influence de la participation des personnes interrogées aux actions de MdM, sur les résultats obtenus aux entretiens individuels avec les participantes.

b. Choix des critères d'inclusion et de non inclusion

1. Les critères de non inclusion choisis

Les personnes incarcérées depuis moins de 2 semaines et les personnes détenues accueillies dans l'espace « nurserie » n'ont pas été incluses dans cette étude.

Nous avons choisi de ne pas inclure ces personnes incarcérées depuis moins de 2 semaines pour deux raisons :

1) Personnes hébergées au quartier des arrivantes :

Les femmes incarcérées à la MAF sont systématiquement hébergées au quartier des arrivantes pendant 7 jours habituellement. Durant ces premiers jours d'incarcération, les conditions de détention sont différentes de celles des autres personnes détenues.

2) La notion de « choc carcéral » :

L'arrivée en détention est une période de stress majeur pour les personnes incarcérées, d'autant plus si elles le sont pour la première fois (dites « primo-incarcérées »). Celles-ci peuvent présenter des troubles psychiques importants tels que des crises d'angoisse avec déréalisation, dépersonnalisation et idées suicidaires... liés à leur arrivée en détention et connus sous le nom de « choc carcéral ». Cet état de choc semble avoir une durée qui dépend de plusieurs facteurs (première incarcération ou non, personnalité de l'individu, contexte dans lequel s'est organisée l'incarcération de la personne,...) (44).

D'après un des médecins psychiatres du SMPR du Centre Pénitentiaire de Nantes, interrogé lors de la préparation de cette étude, l'initiation d'une prise en charge psychique d'une personne nouvellement incarcérée est, d'ailleurs, initiée généralement un mois après l'arrivée d'une personne en détention, considérant que ce délai était, au minimum, nécessaire à la personne pour prendre ses repères.

La présence de ces troubles psychiques, au début de leur détention, chez les personnes interrogées pouvait donc entraîner un biais majeur de réponse aux questions sur la perception de leur santé.

Pour limiter ce biais tout en évitant d'exclure un effectif trop important de personnes éligibles, nous avons choisi de manière arbitraire de ne pas interroger les personnes détenues depuis moins de 2 semaines à la MAF. Les personnes détenues en maison d'arrêt ne sont effectivement accueillies dans ces établissements que pendant des durées de peine courtes, le délai de 2 semaines a donc été choisi de façon à ne pas exclure un effectif trop important.

Ces critères de non inclusion nous permettaient d'inclure une part importante des personnes détenues à la MAF et d'avoir une population d'étude dont les conditions de détention semblaient homogènes. Ils limitaient le risque de biais de réponse qui pouvait être lié aux conditions de détention sur la perception de l'impact de la détention sur leur santé.

2. L'inclusion des personnes allophones

Les personnes détenues de nationalité étrangère représentant une part non négligeable de la population carcérale en France, il paraissait important de recueillir des données sur la santé perçue de ces personnes ainsi que sur leur perception des éléments qui avaient un impact sur leur santé durant leur détention. Il a donc été fait le choix de ne pas exclure les personnes détenues sur des critères ethniques ou linguistiques.

Cependant, des difficultés ont été rencontrées au cours des étapes de la collecte et de l'analyse des données recueillies auprès de personnes allophones.

En effet, pour certaines participantes, il s'est avéré que le choix de la langue dans laquelle était mené l'entretien ne correspondait pas à leur langue maternelle et le niveau linguistique était insuffisant.

c. Données recueillies et outils utilisés

1. Caractéristiques sociodémographiques et pénales recueillies

Les caractéristiques recueillies ont permis d'avoir de nombreuses informations sur les participantes. De plus, elles permettaient de prendre en compte certains facteurs associés à la perception de sa santé, identifiés dans la littérature.

Des études scientifiques menées en population générale ont notamment identifié des biais sociodémographiques de déclaration de l'état de santé perçu. L'âge, le genre, et le milieu social mesuré par la catégorie socio-professionnelle (27,45). Les personnes interrogées dans cette étude n'étant que des femmes, les caractéristiques recueillies étaient l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des personnes avant leur incarcération.

Le recueil de ces caractéristiques permettait également d'avoir un profil sociodémographique de la population d'étude.

Cependant, la formulation des questions utilisées pour le recueil de l'activité professionnelle avant leur détention et de la CSP sont apparues inadaptées.

En effet, la CSP recueillie doit correspondre à la dernière profession exercée, ce qui ne s'est pas révélé être le cas lorsque l'enquêtrice demandait si la personne avait une activité professionnelle avant son incarcération. Par exemple, certaines déclaraient qu'elles n'avaient pas d'activité professionnelle (donc les enquêtrices ont considéré que cela correspondait à la catégorie « Autres, sans activité professionnelle » des CSP) mais en discutant un peu plus, elles précisaient qu'elles avaient effectivement eu auparavant une activité professionnelle, suspendue temporairement pour différentes raisons.

2. Entretiens semi-dirigés

Une des forces de cette étude repose surtout sur l'aspect novateur du recours d'une méthodologie qualitative auprès de personnes détenues. Rares sont les études récentes explorant le point de vue de femmes incarcérées sur leur santé. Aucune étude qualitative, publiée dans la littérature, n'a été menée en France. Seule une thèse d'exercice de médecine générale recueillant la perception des personnes détenues sur le seul sujet des soins dispensés en prison, a été menée auprès d'une telle population en 2014 (46). Une étude britannique a traité du même sujet en Focus Groups auprès de 37 femmes détenues en 2008 (47).

La richesse des résultats obtenus de l'analyse des entretiens semi-dirigés repose également sur la diversité des profils des participantes, que ce soit en termes d'âge, de statut pénal, de temps passé en détention.

Cette méthodologie de recherche présentait, toutefois, quelques faiblesses.

Cette étude était une première expérience pour les personnes de l'équipe de recherche qui menaient les entretiens et les analyses.

L'écart important, des moyennes des durées des entretiens semi-dirigés, entre les 2 enquêtrices (22 minutes versus 44 minutes) est probablement le reflet d'une différence dans la manière de diriger les entretiens.

De plus, au cours de l'entretien semi-dirigé, les enquêtrices ont probablement influencé les réponses des participantes, les interrogeant parfois de manière trop directive. Lors de l'analyse, il était alors parfois difficile de dégager un sens pour certaines idées émises dans le discours des participantes, l'expression des idées n'étant souvent pas aboutie.

La question de l'impact de la détention sur leur santé pouvait paraître imprécise pour les personnes interrogées, ce qui a donné lieu à des réponses très variées et une difficulté à obtenir une saturation des données lors du codage des discours retranscrits. Cela peut probablement expliquer pourquoi les personnes donnaient essentiellement des éléments en lien avec leur santé mentale.

Il a été également difficile d'arriver à une saturation des données, car, lors de l'étape du codage du texte au moment de l'analyse, de nombreux codes, isolés, n'ont pas pu être classés au sein d'une catégorie.

L'étape de l'analyse a d'ailleurs été menée par une seule personne. Une triangulation des données, par la confrontation de ces résultats avec ceux qu'une autre personne aurait obtenus, aurait pu renforcer la qualité et la validité de l'analyse du discours des personnes interrogées.

Devant ces réflexions apportées à la méthodologie utilisée, voici des propositions d'amélioration et des recommandations pour une étude ultérieure.

3. Points de vigilance et propositions d'amélioration

Pour une étude ultérieure certaines améliorations doivent être apportées à la méthodologie. Des points de vigilance doivent également être soulignés.

a. Aspects organisationnels

Les conditions de détention et le fonctionnement des établissements pénitentiaires sont très différents d'un établissement à l'autre, voire d'un quartier pénitentiaire à l'autre, y compris dans une même zone géographique. Les modalités organisationnelles de mise en place de l'étude sont donc difficilement transposables d'un établissement à l'autre et doivent être redéfinies et discutées avec les membres de l'administration pénitentiaire.

Une étape d'information, orale puis écrite, devra être organisée, à la fois auprès du personnel de surveillance et des personnes détenues, de façon à favoriser l'adhésion de ces personnes au projet de recherche.

b. Définition des critères d'inclusion

Lors de la définition des critères d'inclusion, si la volonté d'inclure les personnes non francophones est préservée alors il faudra prévoir une traduction des documents écrits destinés à ces personnes ainsi qu'un interprétariat lors des entretiens, dans les langues maternelles des personnes interrogées.

c. Recueil des caractéristiques

Des propositions d'amélioration doivent être portées pour le recueil des caractéristiques individuelles des participantes :

- Ajouter le recueil de variables telles que :
 - nationalité ou ethnie ;
 - en cas de condamnation : la durée de la peine, en cas de condamnation définitive.

- Modifier la formulation de la question pour le recueil de :
 - la catégorie socio-professionnelle :
Par exemple : « *A quelle catégorie socio-professionnelle correspond la dernière profession que vous avez exercée ?* » ;
 - l'activité professionnelle au moment de l'incarcération :
Par exemple : « *Aviez-vous une activité professionnelle à l'extérieur, le jour de votre incarcération ?* ».

d. Enquête sur la santé perçue

Pour l'étude la santé perçue, le MME ou le MOS SF-36 peuvent être utilisés.

Cependant, en cas d'utilisation du MOS SF636, celui-ci devra être soumis à de tests statistiques de validité évaluant sa fiabilité, la validité de sa mesure et sa sensibilité au changement, en population carcérale.

e. Étude de la perception des éléments ayant un impact sur la santé des personnes détenues

En cas de recours à une méthodologie qualitative, recueillant, certaines améliorations doivent être apportées :

- Les personnes menant les entretiens semi-dirigés doivent être formées à cette méthode d'entretien et conduire les entretiens de la manière la plus homogène possible ;
- Préciser les problématiques abordées et les questions posées au cours de l'entretien ;
- En cas d'entretiens prévus avec des personnes allophones, il faudra prévoir un interprétariat des échanges dans la langue maternelle de la personne interrogée, pour permettre une compréhension des discours obtenues et une interprétation correcte des idées ;
- Des entretiens collectifs avec les personnes interrogées en entretien individuel pourraient être mis en place. En effet, l'entretien individuel permet de se sentir plus libre de parler et de se confier, et l'entretien collectif d'approfondir des idées émises au cours des entretiens individuels. La parole collective peut, également, avoir une portée plus significative.

II. Conclusions et discussion des résultats aux objectifs secondaires

1. Santé perçue de personnes détenues à la MAF de Nantes

a. Résultats parmi les 30 participantes

Ces participantes présentaient un état de santé qui semblait dégradé : seules 13 personnes sur 30 ont déclaré être en bon état de santé et plus du deux tiers, avoir une maladie chronique. Ces résultats sont d'autant plus marquants qu'ils sont retrouvés chez des personnes d'âge moyen jeune.

Les dimensions de la santé explorées dans le MOS SF-36 semblaient cohérentes avec ce constat. Les participantes présentaient ainsi un score élevé à la dimension « activité physique », qui pourrait être lié à l'âge jeune des personnes, alors qu'elles présentaient une santé mentale d'un score plutôt bas.

Les résultats des scores des huit dimensions étaient cependant très étendus, reflet d'une hétérogénéité de la réponse des participantes sur la perception de leur santé.

b. Comparaison avec la santé perçue en population générale, en France

- Résultats du MME

L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est une enquête par sondage en population générale pilotée depuis 1988 par l'IRDES tous les deux ans auprès d'environ 8 000 ménages et 22 000 personnes. L'ESPS est un outil de connaissance de l'état de santé de la population, de sa couverture maladie et de ses comportements en matière d'accès aux soins. Au cours de la dernière vague de cette enquête, en 2014, les questions du MME ont été utilisées (34).

Les résultats aux deux premières questions du MME, obtenus auprès de la population générale de sexe féminin, âgée de plus de 15 ans, ont été confrontés avec ceux obtenus dans l'étude menée à la MAF. Des tests statistiques n'ont pu être réalisés pour mesurer les différences observées mais on peut noter une tendance. Ainsi, un bon état de santé semblait moins souvent déclaré, parmi les participantes, qu'en population générale de sexe féminin (43 % versus 68% des femmes) et les participantes déclaraient presque

deux fois plus souvent la présence d'une maladie chronique. Ces résultats semblent être en faveur d'un état de santé déclaré, moins bon, parmi les participantes de l'étude à la MAF, qu'en population générale, d'autant plus que les participantes ont une moyenne d'âge jeune.

Ils sont présentés dans le tableau XIII, ci-dessous.

Tableau XIII : Résultats du MME dans l'étude menée à la MAF de Nantes et en population générale féminine en 2014

	étude MAF de Nantes	enquête EHIS- ESPS
	% (N = 30)	% pondérés ⁵ (N = 8160)
Q1 : Distribution de l'état de santé déclaré		
Très bon	10,0%	23,0 %
Bon	33,3%	44,7 %
Assez bon	30,0%	24,8 %
Mauvais	23,3%	6,5 %
Très mauvais	3,3%	1,1 %
Q2 : Personnes de 15 ans ou plus se déclarant atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé chronique		
Femme	70,0%	38,2 %

Source : Célant et al.

- **Résultats du MOS SF-36**

Concernant les réponses des participantes au MOS SF-36 modifié, les résultats des scores ont été confrontés à ceux de l'enquête Décennale Santé menée par l'INSEE en 2003. Il s'agit de l'enquête nationale la plus récente utilisant le MOS SF-36 (28).

Conduite tous les dix ans par l'INSEE, cette enquête couvre un large champ de questions relatives à la santé. La dernière vague, menée en 2002-2003, dispose d'un contenu relatif à la santé perçue par l'utilisation du MOS SF-36 sous forme d'auto-questionnaires soumis en population générale.

Les moyennes des scores de notre échantillon ont tendance à être très inférieures à ceux qui ont été retrouvés en population générale, chez des femmes âgées de 18 à 54 ans, en 2003 dans l'enquête Décennale Santé de l'INSEE. Les écarts semblent notamment très importants concernant le score de « santé mentale » et les scores de « limitations dues à l'état psychique ». Il n'est pas possible de porter des conclusions statistiques sur les différences qui ont tendance à se dégager entre les différentes études. Mais ces tendances sont probablement le témoin d'un état de santé perçue, dégradé chez les participantes de l'étude menée à la MAF, par rapport à la population générale.

⁵ Les poids de sondage initiaux sont repondérés par un calage sur marges permettant d'assurer une bonne représentativité sur plusieurs variables d'intérêt.

Présentation d'une étude menée en Angleterre parmi une population de femmes détenues :

Une étude publiée en 2005 soumettant le questionnaire du MOS SF-36 a été réalisée par E. Plugge et al(38) au sein d'une population de femmes incarcérées en milieu « fermé » dans un établissement en Angleterre. L'objectif de cette étude était d'explorer l'intérêt de l'utilisation du MOS SF-36 chez les femmes en détention. Il s'agissait d'une étude monocentrique et les personnes détenues répondaient par un auto-questionnaire aux questions du MOS SF-36. Les résultats retrouvaient un faible taux de retour du questionnaire (60% de personnes éligibles) mais des scores de santé perçue globalement témoins d'un état de santé dégradé par rapport à ce qui était retrouvé en population générale, en Angleterre.

Le tableau XIV, ci-dessous, présente les résultats retrouvés dans l'étude menée à la MAF de Nantes ainsi que ceux de l'Enquête Décennale Santé de 2003 ainsi que ceux de l'étude menée en Angleterre en 2005 par E. Plugge et al (38).

Tableau XIV : Moyennes des scores du MOS SF-36 modifié parmi la population d'étude et du MOS SF-36 parmi la population générale féminine (Enquête Décennale Santé, source : E. Audureau et al.) et parmi une population de personnes détenues en Angleterre (E. Plugge et al.)

Scores des dimensions	Dimension évaluée	Etude MAF de Nantes	Enquête Décennale santé, 2003	Enquête Angleterre 2005
		participant.es à l'étude à la MAF de Nantes	Femmes âgées de 18 à 54 ans, en population générale	Femmes incarcérées dans un établissement pénitentiaire
		Moyennes	Étendue des moyennes (min – max)	Moyennes
Score bis GH	Santé perçue	51,4	66,0 – 72,1	57,5
Score PF	Activité physique	82,5	83,3 – 92,7	82,9
Score RP	Limitations dues à l'état physique	55,0	81,9 – 88,4	74,8
Score BP	Douleurs physiques	54,0	69,1 - 78,1	67,0
Score VT	Vitalité	42,3	55,5 – 57,2	48,7
Score SF	Vie et relation avec les autres	63,8	78,6 – 79,3	56,0
Score RE	Limitations dues à l'état psychique	54,4	79,4 – 80,6	70,9
Score MH	Santé psychique	38,0	63,2 – 65,5	57,9

2. Perception des personnes détenues à la MAF sur les éléments ayant un impact sur leur santé, au cours de la détention

a. Résultats principaux de l'analyse des entretiens semi-dirigés

Pour mieux appréhender la façon dont se sont déroulés les entretiens avec les femmes détenues qui ont accepté de participer, il faut rappeler que la situation de « détenue » a pu influencer l'expression de ces femmes. En effet une vie en détention est une vie privée de toute liberté, y compris celle de la parole, comme le rapporte le Dr Gonin dans son ouvrage (48), notamment.

Parfois, les femmes interrogées ne s'autorisaient pas à porter des critiques, comme si leur place de personne « sanctionnée » par une société ne leur autorisait pas cette légitimité : l'expression « *Faut pas se plaindre* » ressortait régulièrement dans leurs discours. Cette notion a très probablement influencé leur liberté d'expression, mais il est difficile a posteriori de savoir de quelle façon.

Cependant, elles se sont exprimées sur de nombreux aspects de la détention et leurs conséquences sur leur santé, physique et mentale. L'analyse de leurs discours a tenté de faire ressortir des éléments qui permettaient de se rapprocher au mieux d'une compréhension de leur vécu de la détention, et de ce qui semblait impacter leur santé au cours de leur détention. Les éléments qui semblaient avoir un impact important sur le vécu et la santé des personnes au cours de leur détention sont présentés ci-dessous.

1. Les conséquences de l'enfermement et de la mise à l'écart de la société du « dehors »

Le propre de la prison est d'isoler un individu « nuisible à la société ». Lieu d'enfermement, la prison gère ces individus et les fait vivre à l'écart de « l'autre société ». Même si une « humanisation » des conditions de détention depuis la moitié du XIXe siècle a été observée, il n'en reste pas moins que la prison conserve une organisation dont la vocation est de s'immiscer au maximum dans le quotidien des personnes détenues afin de les contenir le plus efficacement possible. Il en résulte deux effets principaux : les frustrations et humiliations quotidiennes par son caractère contraignant, et la coupure radicale avec le monde extérieur (49).

Ces effets, responsables d'une souffrance psychique des personnes incarcérées, ont d'ailleurs été largement décrites par les femmes détenues à la MAF de Nantes, interrogées dans cette étude.

• Une anxiété permanente et une rumination des pensées

Les femmes interrogées dans cette étude ont témoigné des conséquences de l'incarcération, l'enfermement et la rupture avec la société dite « du dehors ». Cette situation était responsable d'une anxiété de fond, permanente et une souffrance psychique profonde, clairement ressenties et exprimées au cours des entretiens. Les femmes en expliquaient les différentes raisons.

Ce qui a été fréquemment évoqué était cette rumination des pensées négatives, non productive, épuisante, due à l'isolement en cellule. En France, en maison d'arrêt, les personnes incarcérées peuvent ainsi passer jusqu'à 22 heures sur 24 enfermées dans leur cellule, lorsqu'elles n'ont aucune autre occupation que les 2 heures quotidiennes en promenade.

Les sources d'inquiétude sont nombreuses en détention, et majorent ces ruminations et cette anxiété de fond : celles qui concernent l'évolution de l'incarcération, les différentes étapes judiciaires et l'attente du procès (pour les personnes « prévenues », notamment), les demandes faites auprès de l'administration pénitentiaire dont la réponse est espérée les histoires de leurs proches à l'extérieur, la survenue de conflits...

Toutes ces sources d'inquiétude et d'angoisses, pourraient d'ailleurs expliquer les résultats très bas retrouvés aux scores de santé mentale du MOS SF-36 modifié chez les participantes de l'étude.

- **Perte d'autonomie et sentiment d'infantilisation**

Les participantes ont exprimé le sentiment d'infantilisation, causé par une vie dépendante du fonctionnement d'une institution et du personnel qui la représente au quotidien, alors chargé de leur surveillance.

La notion d'une vie contrôlée par une institution les plaçait en permanence dans une situation d'attente, pour toutes leurs demandes. Ces situations d'attentes étaient source d'une angoisse quotidienne du fait de l'incertitude de la réponse, quelques fois jamais obtenue. Cette réponse étant fournie par leur seul interlocuteur disponible représenté par le personnel de surveillance, lui-même soumis à une hiérarchie qu'il doit rigoureusement respecté.

Ce fonctionnement entraînait alors une perte d'autonomie, à l'origine d'un sentiment de déresponsabilisation voire d'infantilisation des personnes détenues.

- **Rupture des liens familiaux et sociaux**

La rupture des liens familiaux et sociaux, imposée par l'incarcération, était à l'origine d'une souffrance extrême des personnes détenues. Cette souffrance pouvait être alors majorée lorsque ce lien avec l'entourage « à l'extérieur » était difficile à maintenir, voire impossible, soit à cause de ressources financières insuffisantes, rendant toute communication téléphonique inaccessible, soit pour des raisons judiciaires, quand les autorités interdisaient à une personne détenue tout contact avec l'extérieur.

- **Le « choc » de l'incarcération**

Les participantes ont largement évoqué la période de l'arrivée en détention et du moment de l'incarcération, vécus comme un véritable traumatisme. Ce qu'elles ont décrit fait d'ailleurs écho à la notion de « choc carcéral », tableau de troubles psychiatriques largement identifiés dans la littérature (44).

Les conséquences de l'incarcération sont donc telles qu'elle place la personne dans une situation de souffrance psychique importante et peuvent expliquer les troubles mentaux fréquemment retrouvés en population carcérale (9).

Dans ce contexte de vie, privée de toute liberté, les femmes interrogées ont identifié des éléments liés à leurs conditions de détention à la maison d'arrêt qui pouvaient avoir des conséquences favorables ou défavorables sur leur état de santé.

2. Les conditions de détention à la MAF de Nantes : éléments ayant un impact favorables sur leur santé

La notion d'« occupations » semblaient vital pour les femmes interrogées : ces occupations pouvant être permises par l'accès à un poste de travail, aux formations professionnelles proposées ou toute autre activité non professionnelles (culturelles, loisirs, manuelles, etc...). Le travail en prison était d'ailleurs un sujet important : avoir un poste de travail structurait leur quotidien, leur offrait un moyen de fuir l'isolement en cellule et présentait l'avantage d'avoir des ressources financières. Les rémunérations alors touchées étaient surtout utilisées pour acheter de quoi améliorer leur ordinaire.

L'éventail des activités proposées à la MAF de Nantes semblaient ainsi satisfaire les participantes, leur offrant alors des moments d'« évacion mentale », les rapprochant de leur vie du « dehors »

Certaines activités leur offrait également des moments de valorisation de soi, où elles pouvaient se sentir une personne à part entière, et non seulement une personne réduite à son statut de « détenue », et donc sanctionnée par la société du « dehors ».

Toute activité qui les sort de l'isolement en cellule leur permettait de fuir les moments de ruminations de leurs inquiétudes et de toute autre pensée négatives. Ces moments d'« évasion mentale » peuvent aussi se faire dans le cadre des ateliers de groupes proposés par le SMPR.

En ce qui concerne, plus spécifiquement, les conditions matérielles de leur accueil et de leur prise en charge, les femmes interrogées semblaient surprises de l'hygiène et la propreté des locaux, contrairement à leurs représentations des prisons, qualifiant leur accueil, parfois, de luxueux. Cela ressortait clairement quand elles abordaient la présence de la douche dans leur cellule, qu'elles considéraient comme un « confort ».

Certains éléments matériels pouvaient effectivement avoir des effets néfastes sur leur santé physique (mal de dos dû à la literie, eau des douches asséchant la peau et le cuir chevelu) mais leurs plaintes étaient plutôt rares, de la part des participantes, au sujet de l'aspect matériel des locaux et de spécifiquement de l'aménagement de leur cellule.

3. Les conditions de détention à la MAF de Nantes : éléments ayant un impact défavorable sur leur santé

Certains éléments liés à leurs conditions de détention, semblaient avoir un impact défavorable important pour les femmes détenues à la MAF.

Les participantes déploraient le manque de poste de travail disponible, d'autant plus quand il s'agissait de leur seule source de revenus. Certaines témoignaient d'ailleurs de situations financières devenues précaires du fait de l'incarcération : la seule source possible de ressources financières en prison étant l'occupation d'un poste de travail et l'argent envoyée par leur famille, elles pouvaient se retrouver à être dans l'impossibilité de : contacter régulièrement leur famille, s'alimenter correctement refusant parfois de consommer les repas fournis par l'établissement

En lien avec leurs conditions matérielles de vie, les facteurs de stress liés à leur environnement semblaient fréquents, pouvant majorer une fatigue physique due à l'anxiété de fond ressentie, tels que le bruit permanent dû à la résonance des murs du bâtiment, amplifiant chaque son, par exemple lors de l'ouverture-fermeture des portes et des grilles, ou lors de tout déplacement d'une personne.

L'alimentation était aussi un point important de discussion : sa qualité était régulièrement l'objet de critiques des participantes, qui rapportaient même parfois le refus de consommer certains repas, pouvant alors entraîner une perte de poids

Les femmes interrogées ont surtout abordé l'importance du maintien du lien avec leurs proches. Elles exprimaient ce sentiment de responsabilisation ressentie envers leur famille, unique raison de ne pas perdre le contrôle de soi et de se maintenir en vie. Maintenir un lien avec leur famille était donc primordial pour les aider à supporter la détention. Cependant, les moyens de communication disponibles aux personnes détenues semblaient présentés de nombreuses difficultés : tarifs élevés des appels téléphoniques, délais longs pour les correspondances écrites, parfois soumis à des règles de sécurité pouvant dissuader les personnes détenues de demander à leur famille de se déplacer.

Un élément important de leur vie en détention était l'accès au système des cantines, leur permettant l'achat de produits venant de l'extérieur. Les cantines leur permettaient de se rapprocher de leur vie du dehors et surtout d'améliorer leur quotidien et de moins se sentir « entretenue » par une institution, c'est-à-dire par la société du « dehors ». Cependant, l'accès à l'achat de ces produits était difficile par leurs tarifs, trop élevés, et l'offre limitée par les contraintes réglementaires.

4. L'entourage à l'« intérieur »

L'entourage à l'intérieur semblait avoir des conséquences majeures sur leur vécu de la détention.

Les personnes incarcérées partagent leur quotidien avec un entourage « imposé » et avec qui les relations sont de nature différentes : les codétenues et l'équipe des surveillantes dédiées à la MAF.

Les relations avec les codétenues étaient qualifiées de façon très variable d'une participante à l'autre : elles pouvaient représenter un soutien et une aide, quelques fois primordiale pour supporter la détention, mais être aussi une cause de souffrance, rendant insupportable tout contact avec les autres personnes détenues. La seule solution alors adoptée semblait être l'isolement en cellule, risquant d'aggraver le mal-être déjà causé par l'incarcération en soi.

Leurs relations avec les surveillantes, de l'autre côté, étaient marquées d'un respect mutuel et, pour certaines, les surveillantes étaient les seules personnes auprès de qui elles se confiaient. Au-delà de leur rôle de surveillance, elles pouvaient représenter un véritable soutien dans leur vécu de la détention. Ces résultats peuvent être interprétés avec prudence, car le discours des participantes, au sujet de la qualité de leurs relations avec les surveillantes, a pu être influencé par un phénomène de désirabilité sociale. Les enquêtrices étaient régulièrement en contact avec les surveillantes pendant la période des entretiens. Les femmes détenues ont donc pu avoir la crainte d'une communication de ce qu'elles disaient lors des entretiens, aux surveillantes de la MAF.

Ce qui avait un impact majeur sur leur vie en détention, était l'exposition à la violence, à la fois tournée vers les autres, et tournée vers soi, avec la crainte permanente que ne survienne un conflit entre personnes ou la tentative d'un suicide chez une personne. Cette appréhension permanente créant alors un sentiment d'insécurité, d'autant plus marqué pendant la nuit. Les femmes témoignaient effectivement d'une réponse généralement non systématique de la part du personnel de surveillance, pendant la nuit, lorsqu'une femme détenue manifestait ouvertement des signes de détresse intense (chaises qui volent, coups contre les murs, cris,...) et qui parvenaient jusqu'à leur cellule.

5. Spécificités des soins disponibles et de leur organisation à la MAF de Nantes

L'organisation des soins en prison n'est pas définie de la même manière qu'à l'extérieur.

La qualité des soins n'était pas clairement critiquée, et les femmes détenues à la MAF étaient satisfaites de leur relation avec les soignants, des soins dentaires dispensés ainsi que des soins psychiques disponibles auprès du SMPR.

Les séances de psychothérapie dispensées par le SMPR, pour celles qui avaient souhaité suivre ces soins, étaient souvent évoquées par les participantes comme des opportunités de soins, présentant plusieurs bénéfices : en plus d'être un espace où elles pouvaient se confier, un travail de réflexion sur soi pouvait être initié. Cependant, elles jugeaient l'effet bénéfique insuffisant, et temporaire.

Les soins disponibles étaient cependant l'objet de quelques critiques.

Ainsi, les freins d'accès à un premier contact avec l'équipe soignante de l'USMP étaient : les modalités écrites de demandes de soins non urgents, potentiellement à l'origine d'un allongement des délais de rendez-vous, le manque de moyens humains au regard d'une demande et de besoins potentiellement importants et des horaires de travail des personnes détenues en conflit avec les horaires de consultation médicale.

Quand elles avaient des contacts avec les unités sanitaires ou des prises en charge fréquentes, les femmes témoignaient cependant d'un suivi médical par les soignants, de bonne qualité.

Les soins externes et les extractions médicales étaient source de nombreuses et vives critiques de la part des femmes interrogées.

Les extractions sont généralement la seule façon de pouvoir obtenir les soins qui ne peuvent être dispensés au sein de la maison d'arrêt. Cette procédure était signalée comme responsable d'un retard potentiel de soins à cause de la complexité de leur organisation : leur planification doit être organisée en fonction, à la fois, du planning de rendez-vous du CHU de Nantes mais aussi de la disponibilité de l'équipe d'escorte, pouvant allonger les délais de rendez-vous. Cette organisation pouvait expliquer les discours de certaines femmes interrogées sur les délais qu'elles jugeaient trop longs pour avoir des rendez-vous externes.

Mais ces opérations étaient également très mal vécues par les personnes détenues, ce qui a amené une femme à refuser de se présenter à un rendez-vous.

Ce qui était dénoncé par les femmes étaient : des mesures de sécurité démesurées et définies de manière arbitraire, des moyens de contrainte humiliant (entraves aux pieds, notamment), la rupture de la confidentialité médicale lorsqu'une surveillante était présente au cours de l'examen ou la consultation médicale. Elles dénonçaient également une procédure humiliante du fait d'un dispositif attirant les regards de personnes croisées à l'extérieur.

Les éléments ayant un impact notable sur la santé des personnes détenues, liés aux conditions de prise en charge des femmes détenues et à l'organisation des soins à la MAF, peuvent être placés au regard de la littérature actuelle, existante, concernant les personnes détenues, en France.

b. Comparaisons avec la littérature

Aucune étude n'a encore mené d'analyse de l'impact des conditions de détention sur la santé des personnes détenues, en partant du point de vue des personnes détenues elles-mêmes. De nombreux rapports institutionnels, publiés autour des années 2000, dénonçaient des conditions d'incarcération portant atteinte à la dignité des personnes (17,50,51), Depuis, d'autres publications ont continué à émettre des critiques sur ce sujet (52–54).

1. Les conditions de détention

- Le maintien du lien familial :

« *Le maintien des liens familiaux, condition fondamentale de la réinsertion des personnes placées sous main de justice et de la prévention de la récidive, est une des principales missions de l'administration pénitentiaire qui l'exerce en collaboration avec les collectivités territoriales et ses partenaires* » d'après le ministère de la Justice. Pourtant, comme le rapportent les femmes interrogées à la MAF, les moyens mis à disposition pour maintenir ce lien avec leurs proches comportent de nombreuses limites.

Ainsi, l'Observatoire Internationale des Prisons (OIP), dans un article récemment publié, rapportait les conditions difficiles dans lesquelles se déroulent parfois les visites des proches des personnes détenues, aux parloirs (55). Il citait ainsi la difficulté et le délai avant d'avoir un permis de visite pour les proches qui en font la demande, les différents contrôles à franchir pour les familles et le coût engendré en cas d'éloignement géographique du lieu de détention de la personne incarcérée.

Le difficile accès aux téléphones était également rapporté par les femmes détenues à la MAF. Actuellement, une réflexion a été débutée sur l'installation possible de téléphones en cellule et le ministère de la justice a ainsi lancé, en 2018, un appel d'offres afin d'installer des téléphones dans les cellules de l'ensemble des prisons françaises, hors quartiers disciplinaires (56).

- **Le travail en prison :**

Ce que rapportaient les femmes détenues à la MAF au sujet de la thématique du travail en prison est retrouvé dans d'autres publications. Ainsi, un sociologue ayant mené plusieurs enquêtes auprès d'hommes incarcérés, sur le sujet du travail en détention, établissait un bilan similaire : les postes de travail étant une denrée rare (une personne détenue sur trois en Maison d'Arrêt, plutôt une sur deux, voire deux sur trois, dans les établissements pour peine, comme les Centres de détention ou les Maisons centrales), le travail en détention permet de structurer son quotidien et de vivre au plus près de la condition (passée et à venir) de personnes en liberté.

Or, Le droit du travail ne s'applique pas au travail des personnes détenues, et celui-ci est entièrement régi par le droit pénal. Mais le Code de procédure pénale exclut toute possibilité de contractualisation entre un détenu et un employeur. Il interdit aussi toute forme de représentation et d'expression collective auprès des employeurs ou de l'administration pénitentiaire. Le SMIC ne s'applique pas et les rémunérations s'élèvent en moyenne à 254 euros par mois pour un emploi au service général (57).

L'OIP dénonce les conséquences de telles conditions de travail. Car, sans contrat de travail, les personnes détenues sont privées de tous les droits afférents : pas d'indemnité en cas de chômage technique, ni d'arrêt maladie ou d'accident du travail, absence d'encadrement ferme de la durée du travail, pas de jour de repos garanti, ni de revenu minimum respecté, etc... (58)

Mais, comme le rapportent les femmes détenues à la MAF, le travail reste l'une des seules sources de revenus pour les détenus, malgré les faibles rémunérations. Or, avoir un peu d'argent, c'est pouvoir améliorer l'ordinaire, louer un téléviseur, s'acheter quelques denrées, moins peser sur ses proches et surtout sortir de la dépendance totale.

- **Etat des locaux des prisons et conditions matérielles de vie en France :**

Les nouveaux locaux de la maison d'arrêt de Nantes semblent rompre avec ce qui est connu de l'état des bâtiments des prisons, en France. Celui-ci a régulièrement été dénoncé comme « vétustes », les personnes détenues étant accueillies dans des conditions d'hygiène « dégradantes » selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) (17) et un autre, du Sénat, publiés en 2001 (51). Plus récemment, dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice de médecine générale (46), des hommes incarcérés à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces témoignaient, en 2014, notamment du manque d'hygiène et de la vétusté des locaux de cet établissement.

Les bâtiments de la MAF ont été construits selon de nouvelles normes d'architecture des prisons, définies dans la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 prévoyant la construction de nouveaux bâtiments (20). D'après les discours des femmes détenues à la MAF, cette loi pourrait témoigner d'une volonté politique d'améliorer les conditions d'accueil des personnes détenues.

Les participantes revenaient souvent, par exemple, sur le sujet de l'accès à une douche en cellule, à la MAF, considérant qu'il s'agissait là d'un « confort ». En effet, ce n'est pas le cas de tous les établissements pénitentiaires : en France, la fréquence des douches varie en fonction de la structure de l'établissement. Les douches peuvent être communes pour les établissements anciens et donc en accès limité (plusieurs fois par jour à plusieurs fois par semaine) ou individuelles dans les cellules pour les établissements récents (12). De plus, en 2014, la Cour des Comptes mettait en évidence les carences en matières d'hygiène encore très préoccupantes, au sein des bâtiments de construction ancienne (57% des prisons ont été construites avant 1920) : absence d'eau chaude et de douche dans les cellules (les détenus ne pouvant prendre une douche que 3 fois par semaine), présence de nuisibles, mauvaise isolation, etc...

Le discours des femmes détenues à la MAF sur leurs conditions d'hygiène et d'accueil ne serait probablement pas retrouvé chez des personnes détenues dans d'autres établissements pénitentiaires..

- **Le système d'achats par les cantines**

Même si le système d'achats par les cantines permet effectivement d'améliorer l'ordinaire, les femmes détenues à la MAF ont émis de nombreuses critiques sur ce système. Dénonçant la hauteur des tarifs, et le nombre limité de produits disponibles à l'achat, elles témoignaient d'un fonctionnement défectueux des cantines, pourtant déjà dénoncé, car ces critiques avaient déjà été émises en 2015 et rapportées au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) lors de son passage à Nantes (59).

Les conséquences de ce système d'achats par les cantines avait été soulevées, dès les années 2000, par une commission du Sénat : « *celui qui dispose d'un pécule important pourra donc améliorer sensiblement ses conditions de détention, alors que l'indigent devra se contenter du minimum mis à sa disposition par l'administration pénitentiaire.* » (51). Selon cette commission, l'administration pénitentiaire avait inventé ce système d'achats pour améliorer les conditions matérielles de détention, sans augmenter la dépense publique. Mais les prix élevés de la cantine peuvent créer des tensions au sein de la population carcérale, à cause des inégalités de richesses que ce système d'achats peut engendrer en prison.

2. Organisation des soins

Malgré de nombreuses réformes ces dernières années, l'organisation des soins en prison présente encore de nombreuses limites, soulignées par les femmes interrogées à la MAF.

Le manque de moyens humains, qu'elles ont évoqué, peut être placé au regard de ce que publiait le Cour de Comptes, en 2014, dans son rapport public annuel (60). Dans ce rapport, la Cour des Comptes évaluait, vingt ans après, le dispositif de soins en milieu carcéral depuis la loi de 1994. Selon elle, l'offre de soins ambulatoire en prison restait très hétérogène, selon les régions, malgré une augmentation du personnel soignant. Cette inégalité territoriale de l'offre de soin était expliquée, en partie, par le manque d'attractivité de l'exercice en prison, eu égard notamment aux contraintes résultant des règles applicables en détention. Ce constat fait, sur la difficulté à attirer les professionnels de santé, est partagé par le Sénat, dans un rapport plus récent (52).

La Cours des Comptes critique également les règles de fonctionnement et de sécurité des prisons, qui rendent de plus en plus difficile l'accès aux soins dans un contexte de surpopulation carcérale. S'il existe, par exemple, des boîtes aux lettres relevées par le personnel de santé dans nombre de prisons, lorsque cela n'est pas le cas, la demande écrite déposée par le détenu pour obtenir un rendez-vous médical peut ne pas parvenir à l'unité sanitaire. Le fort taux d'absentéisme aux consultations médicales, estimé entre 10 à 30 %, peut s'expliquer en partie par le fait que la personne détenue n'a pas été informée de l'horaire de son rendez-vous ou qu'elle a rencontré des difficultés pour rejoindre l'unité sanitaire.

- **Extractions médicales :**

L'impact des contraintes sécuritaires sur l'organisation des soins semblait évident en ce qui concerne les soins externes et les extractions médicales, dans le discours des femmes interrogées à la MAF. Celles-ci dénonçaient les mesures de sécurité fixées de manière arbitraire et des moyens de contrainte parfois appliqués de manière démesurée, amenant à des conditions d'extractions humiliantes pour les personnes détenues.

C'est la circulaire du 18 novembre 2004 de l'administration pénitentiaire relative à l'organisation des escortes des détenus qui définit les différents niveaux de surveillance, pour toute extraction. Cependant même au niveau de surveillance le plus faible, le menottage fait partie des possibilités. Les moyens de contraintes sont donc appliqués systématiquement, avec un port des entraves fréquemment imposé, quelles

que soient la personnalité et la dangerosité des personnes détenues (61). Ces conditions d'extractions amènent, alors, souvent les personnes détenues à refuser les soins externes (60).

Selon le Comité Consultatif National d'Éthique (CNCE), dans son avis sur la santé et la médecine en prison (16), « ces pratiques constituent incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant ».

- **La confidentialité pendant les soins**

Même si le *Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues* spécifie que « Quel que soit le niveau de surveillance retenu, le chef d'escorte doit veiller à ce que les mesures de sécurité mises en œuvre n'entravent pas la confidentialité des soins ». Pourtant, les participantes dénonçaient la présence d'une surveillante pendant le rendez-vous médical ou les soins donnés, justifiée par des raisons de sécurité.

Un rapport du Sénat, en 2017, partageait ce constat en ajoutant d'autres éléments rencontrés en détention qui rendaient difficile le respect du secret médical : une configuration des locaux sanitaires ne permettant pas de préserver l'intimité de la personne, présence de surveillants dans la salle de soins ou lors des examens médicaux, distribution des médicaments en cellule à la vue de tous permettant d'identifier les personnes bénéficiant d'un traitement spécifique, carence d'interprétariat professionnel pour les personnes détenues étrangères ou absence de mise en relation directe du détenu et du médecin par téléphone en cas d'urgence (52).

Ces résultats et les nombreux rapports et études institutionnels publiés ces dernières années montrent que de nombreuses améliorations doivent être faites concernant les conditions de détention et l'organisation des soins en prison, en France.

III. Conclusion générale de l'étude et perspectives

La santé des personnes détenues est un problème de santé publique selon l'OMS, mais peu de recherches ont porté sur cette population et il n'existe pas de système de surveillance épidémiologique des problèmes de santé à ce jour des personnes détenues, en France.

Le sens de la peine privative de liberté et la fonction de l'emprisonnement est définie du point de vue législatif dans l'article 130-1 du Code pénal, créée par la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. stipulant ainsi que « *afin de protéger la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonctions : 1° de sanctionner l'auteur de l'infraction ; 2° de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion* » (62).

Dans ce contexte, Geneviève Guérin du Haut Conseil de la Santé Publique écrivait en 2003, que la privation de liberté ne doit, toutefois, pas détruire la santé d'un individu : « *Selon la loi en effet, la détention ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir. Le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture ou au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre.* » (54) Alors, entre logique sécuritaire et logique sanitaire, il semble encore difficile aujourd'hui de faire respecter ce droit.

Il est pourtant largement admis que la population carcérale est une population vulnérable, dont l'état de santé est fragilisé par cette précarité qui précède l'incarcération. La mise en détention rompt les liens sociaux et favorise les troubles psychologiques.

Les conditions de détention sont régulièrement dénoncées par les associations militant pour le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées, comme Ban public ou l'OIP (63). Les mobilisations protestataires autour de conditions de détention jugées « indignes » ont atteint leur acmé dans le débat public national en 2000, lors de la parution du témoignage du médecin-chef d'un des plus gros établissements de France (64). Très médiatisé, l'ouvrage de Véronique Vasseur a amené le Parlement à se saisir du problème par le biais de deux commissions d'enquête parlementaire qui ont qualifié l'état des prisons d'« humiliation pour la République », selon les termes du rapport d'enquête sénatorial (50,51). Les instances internationales elles-mêmes ont stigmatisé la situation des prisons françaises. Le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux personnes détenues. Ces critiques répétées ont conduit à la création, en 2008, d'un CGLPL.

Devant l'ensemble de ces constats, pour assurer aux personnes détenues la même qualité et continuité des soins qu'en population générale et afin d'améliorer leur prise en charge et leur santé, le ministère chargé de la Santé avait ainsi mis en place un plan national d'actions stratégiques portant sur la « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » (65).

La santé des prisonniers est donc indiscutablement un problème de santé publique, pourtant l'état de santé des personnes détenues et les effets de la détention sur leur santé sont encore méconnus et peu étudiés dans le domaine de la recherche.

Le monde de la recherche doit développer des études sur la santé des personnes détenues.

Cette étude de faisabilité montre qu'il est possible de mener une étude, en partant du point de vue des personnes détenues, premières personnes concernées, sur le sujet de leur santé et des impacts de la détention sur leur santé.

Une réflexion sera conduite par l'équipe du programme carcéral de MdM à Nantes pour une étude ultérieure de plus grande ampleur à la maison d'arrêt des hommes.

Les résultats de cette étude seront restitués à la MAF de Nantes, auprès des femmes détenues et du personnel de surveillance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistiques trimestrielles des personnes détenues - Mouvements au cours du 2e trimestre 2018 - Situation au 1er juillet 2018 [Internet]. Direction de l'Administration Pénitentiaire - Bureau des statistiques et des études; 2018 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_MF_07_18.pdf
2. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France : situation au 1er janvier 2019 [Internet]. Direction de l'Administration Pénitentiaire - Bureau des statistiques et des études; 2019 janv [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2019.pdf
3. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015 [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire; 2015 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf
4. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay A-E. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014 [cité 4 juin 2018] p. 94. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger>
5. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Résultats [Internet]. mars 2005 [cité 23 mai 2018];(386). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
6. Health in Prisons, a WHO guide to the essentials in prison health. :198.
7. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay A-E. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. nov 2013 [cité 23 mai 2018];35-36. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9219
8. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. 11 juill 2013;18(28).
9. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. 21 août 2006;6:33.
10. Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Population. 2005;60(1):71-98.
11. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Popul Sociétés. déc 2009;(462).
12. Chemlal K, Echard-Bezault P, Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention [Internet]. Saint-Denis: Inpes; 2014 [cité 1 juin 2018] p. 228. (Santé en action). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1545.pdf>
13. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
14. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. 2009-1436 nov 24, 2009.
15. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire; 2014 mai [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF
16. Les chiffres clés de la Justice 2018 [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire; 2018. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/justice-chiffres-cles-2018.pdf

17. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation [Internet]. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2001 [cité 5 juin 2018] p. 196. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000176.pdf>
18. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. 2009-1436 nov 24, 2009.
19. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - guide méthodologique [Internet]. Paris: Ministère de la Justice / Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017 [cité 10 août 2018] p. 459. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf
20. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
21. Le Grand E. Programme expérimental milieu carcéral Nantes. Focus sur les ateliers collectifs. Médecins du Monde (2015-2017). EHESP; 2018 avr p. 83.
22. de la Santé OM. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In: Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario). 1986.
23. La réduction des risques [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/reduction-des-risques-rdr>
24. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. In: Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. New York; 1946. p. 100.
25. Leplège A, Debout C. Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. Rech Soins Infirm. 2007;(88):18-24.
26. Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. Health inequalities in European countries. Gower Aldershot. 1989;199-230.
27. Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2008;(1):29-47.
28. Audureau E, Rican S, Coste J. Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995-2003. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. févr 2013;22(1):13-26.
29. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. mars 1997;38(1):21-37.
30. Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. Int J Epidemiol. avr 1996;25(2):259-65.
31. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. J Gen Intern Med. mars 2006;21(3):267-75.
32. Fourcade N, von Lennep F, Isabelle G, Bourdillon F, Luciano L, Sylvie R. L'état de santé de la population en France [Internet]. DREES; 2017 [cité 31 mai 2018] p. 436. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
33. Baromètre santé 2017. Questionnaire. [Internet]. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017 p. 53. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/>

34. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
35. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36 : manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Editions Estem; 2001. 155p.
36. Blanc A, Lauwers V, Telmon N, Rougé D. The Effect of Incarceration on Prisoners' Perception of Their Health. *J Community Health*. 1 oct 2001;26(5):367-81.
37. Togas C, Raikou M, Niakas D. An Assessment of Health Related Quality of Life in a Male Prison Population in Greece Associations with Health Related Characteristics and Characteristics of Detention. *BioMed Res Int* [Internet]. 2014;2014. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100399/>
38. Plugge E, Fitzpatrick R. Assessing the health of women in prison: a study from the United Kingdom. *Health Care Women Int*. janv 2005;26(1):62-8.
39. Yu SV, Sung H-E, Mellow J, Koenigsmann CJ. Self-Perceived Health Improvements Among Prison Inmates: J Correct Health Care [Internet]. 4 janv 2015 [cité 31 mai 2018]; Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1078345814558048>
40. Gandon V, Outh-Gauer S, Chariot P. The health of female arrestees in police cells: A descriptive study. *J Forensic Leg Med*. 1 juill 2018;57:86-90.
41. Code de procédure pénale - Article 717-3. Code de procédure pénale.
42. Le Grand E. Propositions d'un corpus d'indicateurs répondant à l'objectif 3 du P.R.S.P. « Améliorer la qualité de vie ». EHESP; 2006.
43. Gonin D. La Santé incarcérée ; médecine et conditions de vie en détention. L'Archipel; 1991.
44. Trouvé I, Touitou D. Les effets pathogènes du milieu carcéral. *Rev Infirm* [Internet]. mars 2013 [cité 1 juin 2018];62(189). Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/803080/article/les-effets-pathogenes-du-milieu-carceral>
45. Pisarik J, Rochereau T. État de santé des Français et facteurs de risque - Premiers résultats de l'Enquête santé européenne- Enquête santé et protection sociale 2014. QES IRDES [Internet]. mars 2017 [cité 29 mai 2018];(223). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>
46. Keller M, Ploton N. Vécu et perception des soins en milieu carcéral: étude qualitative auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2014.
47. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2008;58(554):630-6.
48. Chauvenet A. Dr Daniel Gonin : La Santé incarcérée ; médecine et conditions de vie en détention. *Sci Soc Santé*. 1992;10(1):135-8.
49. Lestage C. La prise en charge psychiatrique des détenus, une nécessité difficile à mettre en œuvre [Internet]. Agen; 2006 [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikisource.org/wiki/La_Prise_en_charge_psychiatrique_des_d%C3%A9tenus#Conclusion.

50. Mermaz L, Floch J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises [Internet]. Paris: Assemblée nationale; 2000 [cité 5 juin 2018] p. 893. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>
51. Hiest J-J, Cabanel G-P. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France [Internet]. Paris: Sénat; 2000 [cité 5 juin 2018] p. 775. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4491.pdf>
52. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues. Sénat; 2017 juill p. 76.
53. CCNE. avis du CCNE n°94 - La santé et la médecine en prison [Internet]. 2006 [cité 1 juin 2018] p. 48. Report No.: 94. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>
54. Guerin G, Robert P, Picherie E. La santé en prison. Actual Doss En Santé Publique. 2003;44:17-54.
55. Le maintien des liens familiaux [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/le-maintien-des-liens-familiaux-12006.html>
56. Prisons : le ministère de la justice va installer un téléphone dans chaque cellule. 2 janv 2018 [cité 6 avr 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/01/02/prisons-le-ministere-de-la-justice-va-installer-un-telephone-dans-chaque-cellule_5236607_1653578.html
57. Guilbaud F. Travailler quand on est détenu : un support pour mieux vivre la détention ? Rhizome. 2018;1(67):62-7.
58. Prisons OI des. Travail en prison : la servitude organisée [Internet]. oip.org. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/travail-en-prison-la-servitude-organisee/>
59. Rapport de visite du quartier maison d'arrêt du centre pénitentiaire de Nantes [Internet]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté; 2015 mars [cité 30 janv 2019] p. 129. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/06/Rapport-de-visite-du-quartier-maison-darr%C3%AAt-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Nantes-Loire-Atlantique.pdf>
60. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables. La Cour des Comptes; 2014 févr.
61. Rapport d'activité 2012 [Internet]. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté; 2012. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf
62. Code pénal - Article 130-1. Code pénal.
63. « Les États généraux de la condition pénitentiaire : l'engagement sur parole » – Observatoire International des Prisons [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/publication/les-etats-generaux-de-la-condition-penitentiaire-lengagement-sur-parole/>
64. Vasseur V. Médecin chef à la prison de la santé. Recherche Midi; 2012.
65. Plan d'actions stratégiques 201-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. [Internet]. Paris: Ministère de la santé et de sports ; Ministère de la justice et des libertés; 2010 p. 86. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

Autres ouvrages et articles consultés :

- Frédéric B, Kivits J, Voléry I, Schrecker C. L'analyse qualitative en santé. In: Balard F, Fournier C, Winance M, éditeurs. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin; 2016 [cité 4 mars 2019]. p. 165-83. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01573574>

LISTE DES ABREVIATIONS

CNCE : Comité Consultatif National d’Ethique

CFPD : Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculose

CP : Centre pénitentiaire

CPIP : Conseiller pénitentiaire d’insertion et de probation

CPP : Code de procédure pénale

CRIAVS : Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Catégorie socio-professionnelle

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

DISP : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

ETP : Equivalent Temps Plein

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

INED : Institut National d’Etudes Démographiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

JAP : Juge d’application des peines

MAF : Maison d’arrêt des femmes

MC : Maison Centrale

MdM : Médecins du Monde

MME : Mini-Module Européen

MOS SF-36 : Medical Outcome study Short Form – 36 health survey

NHP : Nottingham Health Profile

OIP : Observatoire International des Prisons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIC : Poste d'Information Centralisé

QD : Quartier disciplinaire

QdVLS : qualité de vie liée à la santé

QI : Quartier d'isolement

RdR : Réduction des Risques

SMPR : service médico-psychologique régional

SPIP : Services pénitentiaires d'insertion et de probation

UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

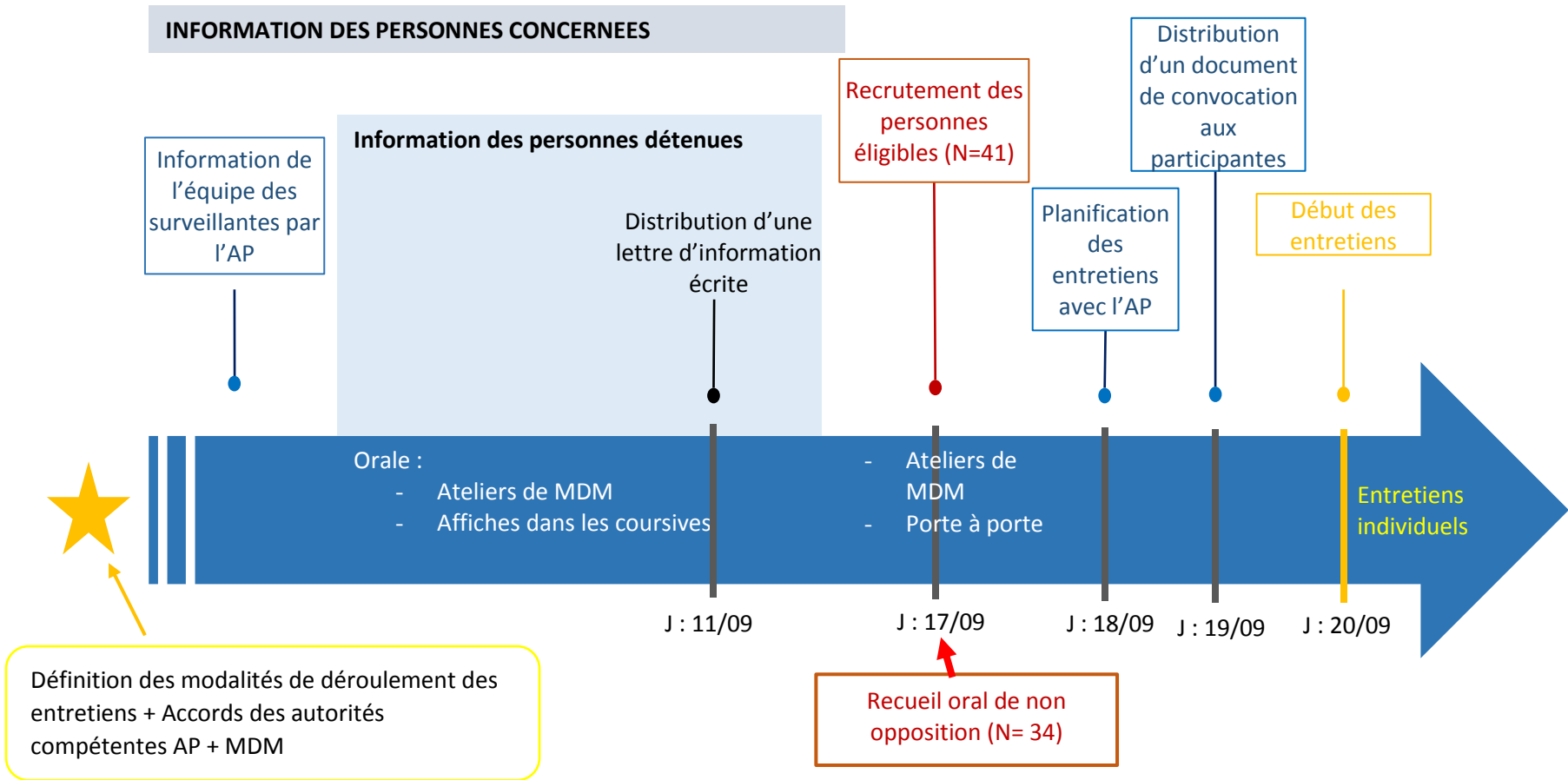
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USMP : Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC : Virus de l'Hépatite C

ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DES ETAPES PREALABLES AU DEROULEMENT DES ENTRETIENS INDIVIDUELS (SEPTEMBRE 2018)



ANNEXE 2 : QUESTIONS DU MINI-MODULE EUROPEEN DANS SA VERSION STANDARDISEE ET MODIFIEE POUR NOTRE ETUDE (« MME MODIFIE »)

Questions du Mini-Module Européen standardisé	Questions du Mini-Module Européen modifié pour l'étude
1. Comment est votre état de santé en général ?	1. Comment est votre état de santé en général ?
2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé, qui soit chronique ou de caractère durable ?	2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé, qui soit chronique ou de caractère durable ?
3. Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?	3. Est-ce que vous vous sentez limitée, depuis au moins 6 mois, dans vos mouvements ou dans vos déplacements à cause d'un problème de santé physique ou mental?
	3bis. Si oui, est-ce à cause d'un problème de santé physique, mental ou les deux ?
	4. Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous eu une maladie ou un problème de santé aigu, intense ou gênant

ANNEXE 3 : PRESENTATION DU MOS SF-36

Tableau I : Principales dimensions explorées par le questionnaire MOS SF-36

Dimensions explorées		Résumé du contenu
Symboles	Nom des échelles	
PF	Activité physique / <i>Physical functioning</i>	Mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques modérés et importants.
RP	Limitations dues à l'état physique / <i>Role limitations relating to physical health</i>	Mesure l'intensité de la gêne dans les activités quotidiennes, mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
BP	Douleurs physiques / <i>Bodily pain</i>	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
GH	Santé perçue / <i>General health</i>	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie.
VT	Vitalité / <i>Vitality</i>	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
SF	Vie et relations avec les autres / <i>Social functioning</i>	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
MH	Santé psychique / <i>Mental health</i>	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être.
RE	Limitations dues à l'état psychique / <i>Role limitations relating to mental health</i>	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.
HT	Evolution de la santé perçue / <i>Health transition</i>	Evolution de la santé perçue comparée à un an avant.

Source : Leplège et al. (35)

Enquête

Etudier la perception de la santé des personnes détenues à la MAF de Nantes

GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL (vouvoiement)

Date :

MATIN

APRES-MIDI

Prénom de l'enquêteur : _____

Prénom de l'interprète : _____

N° identifiant de la participante : _____

Entretien en français : oui / non

Accord oral de la participante : oui / non

Points importants à traiter par l'enquêteur avec la personne interrogée avant le début de l'entretien

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à notre enquête.

Le questionnaire débutera par une série de questions fermées avec des échelles puis on vous proposera d'exprimer ce que vous voudrez sur l'impact de la détention sur votre santé.

Ré-insister sur certains points :

Vous êtes **libre de répondre ou non** aux questions. Celles-ci sont **posées sans jugement** de ce que vous répondrez.

Ce que vous direz au cours de cet entretien restera **confidentiel et anonyme**.

Prenez le temps de répondre à toutes les questions, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

L'entretien durera une heure.

Est-ce que vous êtes d'accord pour que **j'enregistre cet entretien et que je prenne des notes** ?

Tout sera détruit une fois l'enquête terminée.

Les premières questions sont **personnelles** mais je ne vous demanderai aucune information sur ce qui vous a amené à être incarcérée et sur la nature des problèmes de santé que vous pourriez avoir.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET LIEES A LA DETENTION

« Je vais vous demander quelques renseignements sur votre situation personnelle »

« Ces informations nous seront utiles lors de l'analyse des résultats afin de voir si, en fonction de certaines caractéristiques liées à votre situation personnelle, vous répondez différemment. »

Quel âge avez-vous ?		
Exercez-vous une activité professionnelle en détention ?	OUI	NON
Exerciez-vous une activité professionnelle avant votre incarcération ?	OUI	NON
Si oui : quelle activité professionnelle exercez-vous ? -----		
<i>Sélectionner parmi (fait par l'enquêteur en fonction de la profession donnée) :</i>		
<i>Agriculteurs exploitants</i>		
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>		
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>		
<i>Professions intermédiaires</i>		
<i>Employés</i>		
<i>Ouvriers</i>		
<i>Retraités</i>		
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>		
Avez-vous déjà été en détention avant cet épisode ?	OUI	NON
Etes-vous prévenue ou condamnée ?	Prévenue	Condamnée
Depuis combien de temps êtes-vous incarcérée à la MAF de Nantes ?	→ durées à convertir en mois	
Etiez-vous dans un autre établissement avant d'arriver à la MAF ?	OUI	NON
Si oui, dans ce cas, depuis combien de temps au total êtes-vous incarcérée ?	→ durées à convertir en mois	
Ces 4 dernières semaines, avez-vous été amenée à passer du temps au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement ?	OUI	NON
Si OUI combien de temps ?	→ durées à convertir en jours	

« Merci pour ces renseignements, cela nous sera vraiment utile pour l'enquête. »

PERCEPTION DE SA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

« Les questions qui suivent portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

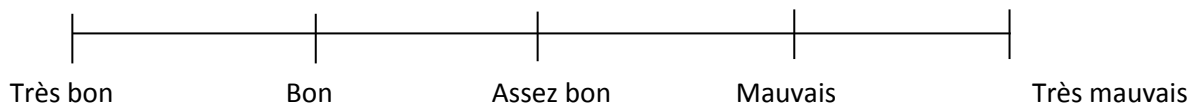
Définition de la notion de Santé : « Nous définissons la santé au sens de pas seulement l'absence de maladie mais la santé comme le bien être au niveau physique (du corps) ou mental (dans sa tête). Elle comprend également les capacités que vous avez pour maintenir cet état de santé. »

Veillez répondre à toutes ces questions et si vous ne savez pas très bien répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation »

(Consignes pour l'enquêteur : ne pas proposer les modalités « Ne sait pas » ou « refus » spontanément)

A. Questions du mini-module européen

1. Comment est votre état de santé en général ?



Ne sait pas

Refus

2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé, qui soit chronique ou de caractère durable ? (c'est-à-dire présent depuis longtemps (définition médicale pour certaines pathologies = présente depuis plus de 3 mois))

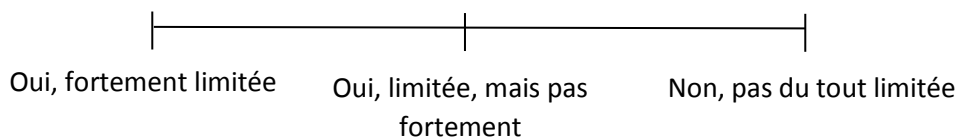
Oui

Non

Ne sait pas

Refus

3. Est-ce que vous vous sentez limitée, depuis au moins 6 mois, dans vos mouvements ou dans vos déplacements à cause d'un problème de santé physique ou mental?



Ne sait pas

Refus

3bis. Si oui, est-ce à cause d'un problème de santé physique, mental ou les 2? Physique et/ou Mental

4. Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous eu une maladie ou un problème de santé aigu, intense ou gênant ?

Oui

Non

Ne sait pas

Refus

B. Questions issues du SF-36

! Consigne pour l'enquêteur : ne pas proposer les modalités « Ne sait pas » (NSP) ou « refus » spontanément pour l'ensemble des questions

5. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours/ vie courante. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel.

	Oui, beaucoup limitée	Oui, un peu limitée	Non, pas du tout limitée	NSP	Refus
a. Efforts physiques importants : courir, faire du sport.					
b. Efforts physiques modérés : déplacer une table, passer le balai.					
c. Soulever et transporter des sacs lourds (bardât, cantines).					
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.					
e. Monter un seul étage par l'escalier.					
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.					
g. Marcher plus d'un kilomètre à pied ou marcher plus de 15 minutes.					

h. Marcher plusieurs centaines de mètres ou marcher 5 à 10 minutes.					
i. Marcher une centaine de mètres ou marcher 1 à 3 minutes.					
j. Prendre une douche ou s'habiller.					

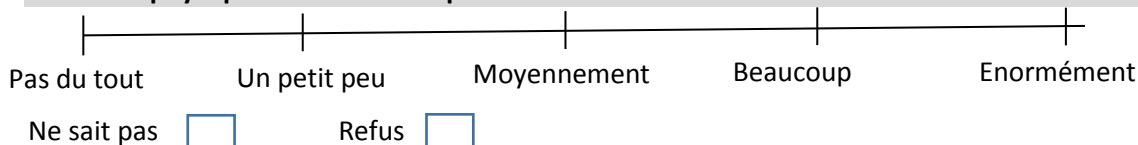
6. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,...

	OUI	NON	NSP	Refus
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou aux activités que vous menez?				
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?				
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?				
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?				

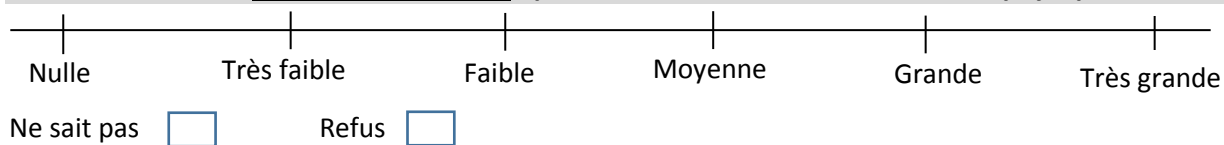
7. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée),...

	OUI	NON	NSP	Refus
a. Avez-vous réduit le temps passé au travail, ou à d'autres activités?				
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?				
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?				

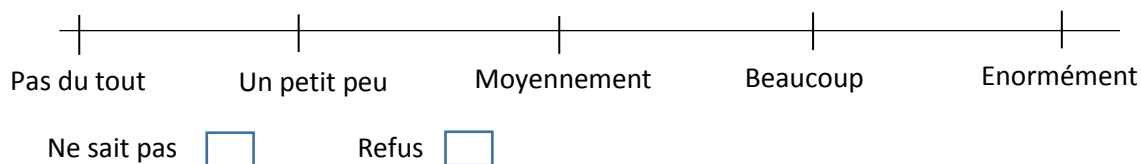
8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure (ou « à quel point ») est-ce que votre état de santé physique ou mental ont perturbé vos relations avec les autres ?



9. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?



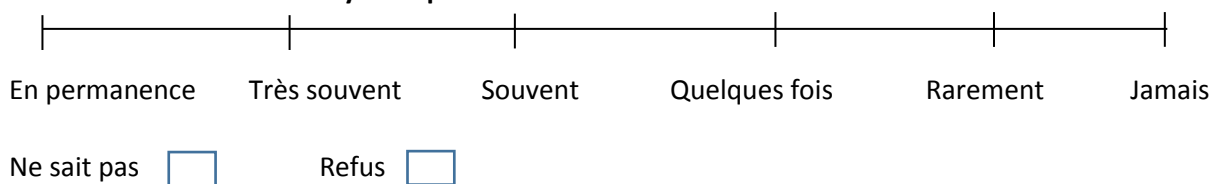
10. Au cours des 4 dernières semaines dans quelle mesure (ou « à quel point ») vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou les activités que vous menez?



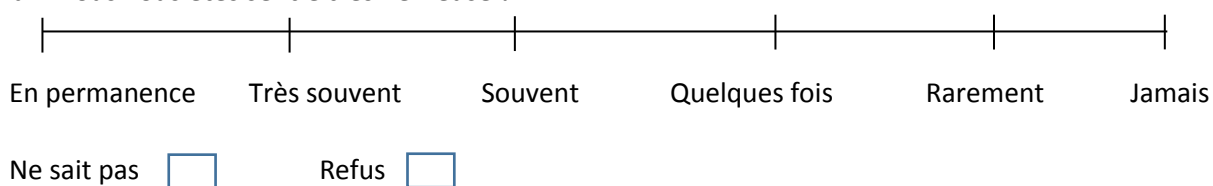
11. Ces 9 questions portent sur comment vous vous êtes sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

Pour l'enquêteur : Dire à la personne que l'on va donner une liste de 9 sentiments pour lesquels on va lui demander de se positionner en termes de fréquence

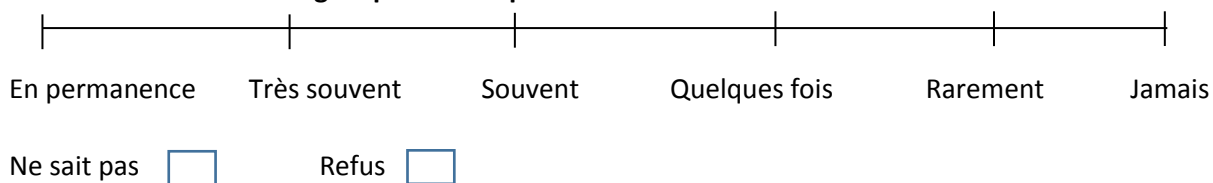
a. Vous vous êtes sentie dynamique?



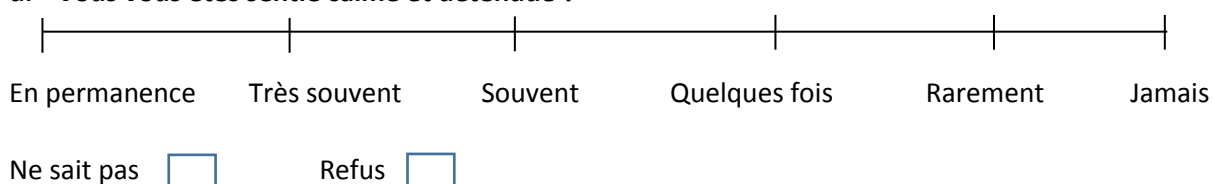
b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?



c. Vous étiez si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?



d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?



e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

f. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

g. Vous vous êtes sentie épuisée ?

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

h. Vous vous êtes sentie heureuse ?

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

12. Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre relation avec les autres ?

En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais

Ne sait pas Refus

13. Indiquez pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas?

a. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

|-----|-----|-----|-----|
Totalem^{ent} vrai Plutôt vrai Je ne sais pas plutôt fausse Totalem^{ent} fausse

Refus

b. Je me porte aussi bien que n'importe qui

|-----|-----|-----|-----|
Totalem^{ent} vrai Plutôt vrai Je ne sais pas plutôt fausse Totalem^{ent} fausse

Refus

c. Je m'attends à ce que mon état de santé se dégrade

|-----|-----|-----|-----|
Totalem^{ent} vrai Plutôt vrai Je ne sais pas plutôt fausse Totalem^{ent} fausse

Refus

d. Je suis en excellente santé

|-----|-----|-----|-----|
Totalem^{ent} vrai Plutôt vrai Je ne sais pas plutôt fausse Totalem^{ent} fausse

Refus

C. Perception de l'évolution de sa santé au cours de la détention

« A présent, je vais vous poser des questions sur la façon dont votre état de santé a évolué depuis votre incarcération »

Consigne pour l'enquêteur : ici, la personne ne doit pas se projeter sur les 2 dernières semaines mais depuis le début de sa détention.

! Consigne pour l'enquêteur : ne pas proposer les modalités « Ne sait pas » (NSP) ou « refus » spontanément pour l'ensemble des questions

14. « Comment a évolué votre état de santé physique depuis votre arrivée à la MAF de Nantes ? »

Très défavorablement | Défavorablement | Ni défavorablement, ni favorablement | Favorablement | Très favorablement

Ne sait pas

Refus

14bis. Si la personne a été incarcérée dans un autre établissement puis transférée à la MAF, lui demander également : « **Comment a évolué votre état de santé physique depuis le début de votre détention ?** »

Très défavorablement | Défavorablement | Ni défavorablement, ni favorablement | Favorablement | Très favorablement

Ne sait pas

Refus

15. « Comment a évolué votre état de santé mental depuis votre arrivée à la MAF de Nantes ? »

Très défavorablement | Défavorablement | Ni défavorablement, ni favorablement | Favorablement | Très favorablement

Ne sait pas

Refus

15bis. Si la personne a été incarcérée dans un autre établissement puis transférée à la MAF, lui demander également : « **Comment a évolué votre état de santé mentale depuis le début de votre détention ?** »

Très défavorablement | Défavorablement | Ni défavorablement, ni favorablement | Favorablement | Très favorablement

Ne sait pas

Refus

DETERMINANTS DE SANTE ET DETENTION

A. Identification des facteurs ayant un impact sur sa santé : partie semi-directive

« Nous avons terminé la partie questionnaire, maintenant nous voudrions vous laisser vous exprimer librement sur votre expérience à la maison d'arrêt de Nantes et plus particulièrement que vous nous parliez de l'ensemble des éléments qui pour vous impactent ou ont impacté votre santé physique et psychologique en négatif ou positif au cours de votre détention.

Avant de démarrer est-ce que vous pourriez me reformuler la définition de la notion de santé avec vos mots et en fonction de ce que je vous ai donné comme définition tout à l'heure ?

Les soins à la maison d'arrêt

Pourriez-vous me dire ce que vous pensez des soins (je veux dire par là l'UCSA et le SMPR) que vous recevez ici ?

Questions de relance pour l'enquêteur si nécessaire :

- Et voyez-vous des éléments pouvant avoir un effet positif/négatif ?
- Que pensez-vous de l'organisation des soins ?
- Comment s'est passé votre premier contact avec les soignants ? Et les contacts qui ont suivis ?
- Est-ce que votre détention a changé votre fréquence de recours aux soins ? Par exemple, allez-vous plus souvent ou moins souvent voir un médecin, un dentiste, un spécialiste... qu'à l'extérieur ?
- Comment expliqueriez-vous ce changement ?

Identifiez-vous d'autres éléments en lien avec les soins disponibles à la MAF qui pourraient avoir un impact sur votre santé ?

Thèmes qui peuvent être abordés (relances) =

« Que pensez-vous de...? »

- Accès aux soins / Renoncement
- Qualité des soins
- Confidentialité
- Distribution des médicaments

Environnement matériel de vie

Pouvez-vous me dire si votre état de santé physique puis mental se trouve influencé par vos conditions matérielles de vie?

Cadre de vie = les locaux (établissement, cellules), le quotidien rythmée par les horaires de promenade, d'activités, de repas, etc... et vos conditions matérielles (linge, livre, alimentation, literie etc.).

Questions de relance pour l'enquêteur si nécessaire :

- Pourriez-vous me dire exactement l'effet que ça a sur votre santé (physique et/ou psychique) ? Exemple d'effet sur les besoins physiologiques : déséquilibre alimentaire, manque de sommeil, problème d'hygiène.
- Qu'est-ce que ça provoque sur votre état psychique et/ou physique ?
- Et voyez-vous des éléments pouvant avoir un effet positif/négatif ?
- Reposer les éléments du cadre de vie non abordé par la personne, par exemple : En quoi l'organisation de la détention impacte votre santé en positif ou négatif ?

Identifiez-vous d'autres éléments en lien avec vos conditions matériels qui pourraient avoir un impact sur votre santé ?

Thèmes qui peuvent être abordés (relances) =

« *Que pensez-vous de...?* »

- Conditions matérielles de vie avec :
 - o Locaux (cellule)
 - o Literie
 - o Linge
 - o Hygiène : Douches, sanitaires
 - o Alimentation
- Vie en détention où sont imposés des rythmes pour les différentes activités (horaires des repas, horaires des promenades, etc...)
- Travail

L'entourage

Pouvez-vous me dire si votre état de santé physique puis mental se trouve influencé par votre entourage (famille, amis)?

Questions de relance pour l'enquêteur si nécessaire :

- *Pourriez-vous me dire exactement l'effet que ça a sur votre santé (physique et/ou psychique) ? Par exemple : soutien morale ? source d'angoisse ?*
- ***Qu'est-ce que ça provoque sur votre état psychique et/ou physique ?***
- ***Et voyez-vous des éléments pouvant avoir un effet positif/négatif ?***

Pouvez-vous me dire si votre état de santé physique puis mental se trouve influencé par vos codétenues ?

Questions de relance pour l'enquêteur si nécessaire :

- *Pourriez-vous me dire exactement l'effet que ça a sur votre santé (physique et/ou psychique) ?*
- ***Qu'est-ce que ça provoque sur votre état psychique et/ou physique ?***
- ***Et voyez-vous des éléments pouvant avoir un effet positif/négatif ?***

Pouvez-vous si votre état de santé physique puis mental se trouve influencé par les surveillantes ?

Questions de relance pour l'enquêteur si nécessaire :

- *Pourriez-vous me dire exactement l'effet que ça a sur votre santé (physique et/ou psychique) ?*
- ***Qu'est-ce que ça provoque sur votre état psychique et/ou physique ?***
- ***Et voyez-vous des éléments pouvant avoir un effet positif/négatif ?***

Identifiez-vous d'autres éléments de votre détention qui pourrait avoir un impact sur votre santé ?

B. Qualification de l'impact sur la santé de certains déterminants de santé à la maison d'arrêt de Nantes (échelles)

Nous allons maintenant finir ce questionnaire en vous posant 5 questions. Nous allons reprendre les thèmes abordés avant (soins, conditions de vie, entourage) et nous allons vous demander de vous positionner sur une échelle.

« Pourriez-vous me dire si, pour vous, pour chacun des éléments suivants, l'impact pour votre santé est plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

1. Les soins à la maison d'arrêt de Nantes

« Est-ce que vous considérez que les soins donnés à la maison d'arrêt de Nantes ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

Très défavorable Défavorable Pas d'impact Favorable Très favorable

Ne sait pas

Refus

2. Environnement matériel de vie:

« Est-ce que vous considérez que vos conditions et votre environnement/cadre matériels de vie (tels que : les locaux, l'alimentation fournie, les douches, les toilettes,...) à la maison d'arrêt de Nantes ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

Très défavorable Défavorable Pas d'impact Favorable Très favorable

Ne sait pas

Refus

3. Les codétenues en détention

« Est-ce que vous considérez que vos codétenues à la maison d'arrêt de Nantes ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

Très défavorable Défavorable Pas d'impact Favorable Très favorable

Ne sait pas

Refus

4. Les surveillantes en détention

« Est-ce que vous considérez que les surveillantes à la maison d'arrêt de Nantes ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »

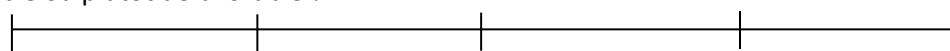
Très défavorable Défavorable Pas d'impact Favorable Très favorable

Ne sait pas

Refus

5. L'entourage (famille, amis)

« Est-ce que vous considérez que les personnes de votre entourage (amis, famille) ont pour vous un impact plutôt favorable ou plutôt défavorable ? »



Très défavorable Défavorable Pas d'impact Favorable Très favorable

Ne sait pas

Refus

Je vous propose de clôturer l'entretien, est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous auriez souhaité aborder?

FAISABILITE DU QUESTIONNAIRE

« A présent, nous souhaitons savoir ce que vous avez pensé de cet entretien. Je vais vous poser 3 questions courtes. »

21. Est-ce que le vocabulaire et les formulations utilisés vous ont parus clairs et adaptés ?

Oui

Non

Ne sait pas

22. Les questions étaient-elles adaptées à la vie quotidienne en prison ?

Oui

Non

Ne sait pas

23. Pour quelles raisons n'avez-vous pas répondu à certaines questions ? (question ouverte)

« Merci d'avoir répondu à toutes nos questions. »

Pour l'enquêteur : évoquer les focus groups et dire à la personne que, une fois l'ensemble des entretiens individuels terminés, nous reviendrons vers elles pour organiser des entretiens collectifs avec celles qui souhaiteraient y participer.

ANNEXE 5 : LETTRE D'INFORMATION ADRESSEE AUX PERSONNES DETENUES DE LA MAF

Nantes, le ____/2018



Lettre d'information pour la participation à une enquête portant sur la perception que les personnes détenues à la MAF de Nantes ont de leur santé.

Chargée d'enquête

Nom : Claire FESQUET – interne de santé Publique – CHU de Nantes

Service : Délégation régionale en Pays de la Loire de Médecins du Monde

Adresse : 33 rue Fouré, 44000 Nantes

Téléphone : 02 40 47 36 99

Responsable de la recherche

Nom : Médecins du Monde

Adresse : 33 rue Fouré, 44000 Nantes

Téléphone : 02 40 47 36 99

Madame,

Nous vous proposons de participer à une enquête qui s'intéresse à ce que vous pensez de votre santé aujourd'hui.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête et votre décision sera sans conséquence sur le déroulement de votre séjour à la MAF.

Nous vous demanderons préalablement votre accord oral pour la participation à cette enquête.

Tout ce que vous nous direz au cours de l'enquête sera anonyme et confidentiel. Il ne sera pas possible de vous identifier à partir des informations recueillies.



L'enquête a pour objectif d'évaluer comment vous percevez votre état de santé physique et mental aujourd'hui. Elle vise également à recueillir votre point de vue sur les éléments que vous avez identifié comme ayant un impact (positif et/ou négatif) sur votre santé pendant votre détention à la maison d'arrêt des femmes (MAF).

Cette enquête a été organisée sous la responsabilité de l'association Médecins du Monde (Mdm).

Mdm intervient auprès des personnes détenues à la maison d'arrêt des femmes (MAF) et au Centre de Détention homme (CD) de Nantes. Mdm travaille avec les personnes détenues sur les sujets concernant leur santé.

L'équipe de Mdm s'interroge sur les conséquences (positives ou négatives) que peut avoir la détention sur la santé des personnes. Actuellement peu d'études portent sur cette question.

Les personnes composant l'équipe responsable de la recherche sont:

- les membres de l'équipe du programme milieu carcéral de Mdm à Nantes
- une étudiante en médecine du CHU de Nantes (en formation dans la recherche en santé)

La recherche consistera à interroger des personnes détenues à la MAF sous forme d'entretiens individuels et collectifs.

Il n'y aura qu'un seul entretien individuel par personnes participant à l'enquête. Cet entretien durera une heure environ. Il se déroulera avec un seul membre de l'équipe d'enquête.

Il vous sera ensuite proposé de participer à un groupe de discussion pour des entretiens collectifs qui dureront 1h30 environ.

Les questions de l'entretien individuel porteront sur plusieurs choses:

1. Il y aura en premier lieu, des questions personnelles pour étudier des éléments pouvant influencer des réponses que vous donneraient par la suite.

✓ Concernant votre détention à la MAF, nous vous demanderons certaines informations :

- depuis combien de temps vous êtes incarcérée à la MAF ;
- si vous avez été transférée d'un autre établissement ou non ;
- si vous avez le statut dit de « prévenue » ou de « condamnée » ;
- si vous avez dû aller au quartier d'isolement ou au quartier disciplinaire au cours de votre détention à la MAF,

2. En second lieu, nous vous poserons plusieurs questions sur votre état de santé physique et mental,
3. Enfin, nous terminerons l'entretien en vous demandant de nous dire ce qui, au cours de votre détention à la MAF, a un impact (positif ou négatif) sur votre santé.

Cette recherche ne modifiera pas votre prise en charge au sein de la MAF ni les conditions d'accès aux soins auxquels vous avez droit.



Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités de l'étude.

Toute information vous concernant et recueillie pendant la recherche sera traitée de façon confidentielle et ne sera en aucun cas partagée avec l'AP ou les Unités Sanitaires (USMP ou SMPR). Afin de garantir la confidentialité de vos données, elles seront anonymisées et il sera impossible de vous identifier à partir des données recueillies.

Les résultats de l'enquête pourront vous être transmis si vous le souhaitez et un bilan oral sera organisé auprès de l'ensemble des personnes détenues de la MAF. Un rapport d'enquête donnant les résultats globaux sera partagé avec l'AP et les unités sanitaires.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré et nous prendrons également des notes écrites. L'enregistrement audio et les prises de notes seront détruits une fois l'enquête terminée.

La personne qui vous a proposé de participer à la recherche pourra répondre à toutes vos questions.

ANNEXE 6 : DOCUMENT D'ACCORD SIGNE ENTRE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE ET MEDECINS DU MONDE



Protocole d'accord entre Médecins du Monde et le Centre pénitentiaire de Nantes pour réalisation d'une enquête au sein du quartier maison d'arrêt des femmes



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

A compter du 17 septembre 2018 et pour une durée de trois mois, l'association Médecins du Monde (MdM) est autorisée à réaliser une enquête au quartier maison d'arrêt des femmes de Nantes. L'accord de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire a été préalablement recueilli.

Cette enquête a pour objectif d'étudier la perception que les personnes détenues ont de leur santé. Madame Claire FESQUET, interne de santé publique en stage chez Médecins du Monde, réalisera cette enquête sous la supervision de Madame Marie HORNSPERGER, coordinatrice du programme de MdM en milieu carcéral.

Cette enquête est placée sous la responsabilité légale de MdM. Elle implique la personne humaine sans pour autant entrer dans le champ d'application de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012.

MdM déclare s'engager à respecter la réglementation en vigueur et répondre aux exigences de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. La mise en œuvre d'une collecte irréversiblement anonyme de données exonère des formalités à accomplir auprès de la CNIL. Ainsi, toutes les données collectées dans le cadre des entretiens réalisés avec les personnes détenues interrogées seront anonymisées.

Les résultats de l'enquête n'ont pas vocation à être publiés dans une revue scientifique. Ils pourront néanmoins être utilisés par Médecins du Monde sur des documents partagés avec des partenaires ainsi que par Claire FESQUET dans le cadre d'une recherche accessible au milieu universitaire.

Préalablement à toute utilisation, le rapport d'enquête sera transmis à l'administration pénitentiaire qui pourra ainsi exercer son droit de regard.

Une phase de bilan entre Médecins du Monde et la direction de l'établissement se tiendra au mois d'octobre 2018 afin de déterminer les suites à donner à cette enquête.

Les personnes détenues seront informées de cette enquête par lettre d'information et seront libres d'accepter ou de refuser d'y participer.

La méthodologie de l'enquête ainsi que les trames d'entretien sont exposées en annexe.

A Nantes, le 31 / 08 / 18

Pour Médecins du Monde
Katell Olivier – Coordinatrice Régionale Pays de Loire

MEDECINS DU MONDE
33, rue Fouré - 44000 NANTES
Tél. 02 40 47 38 99
Fax 02 51 82 38 09

Pour l'Administration Pénitentiaire
André Breton – directeur du Centre Pénitentiaire de Nantes

LE DIRECTEUR
A. BRETON

ANNEXE 7 : PRESENTATION DES ANALYSES STATISTIQUES

I. Recherche de facteurs associés à la santé perçue

1. Résultats concernant le MME Modifié

Facteurs associés à la santé perçue

Tableau XV: Associations entre la santé perçue et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude

Variables qualitatives	Bon état de santé (N = 13)		Mauvais état de santé (N = 17)		p	OR	IC95
	N	%	N	%			
Langue utilisée pendant l'entretien							
français	12	50,0%	12	50,0%	0,196		
espagnol ou anglais	1	16,7%	5	83,3%		4,76	[0,44 ; 255,2]
Activité professionnelle avant leur détention							
Oui	10	41,7%	14	58,3%	1,000		
Non	3	50,0%	3	50,0%		0,72	[0,08 ; 6,56]
Catégorie socioprofessionnelle							
Employées	6	54,5%	5	45,5%			
Ouvrières	3	42,9%	4	57,1%			
Autres, sans activité professionnelle	3	50,0%	3	50,0%			
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	1	25,0%	3	75,0%			
Cadres et professions intellectuelle supérieures	0	0,0%	2	100,0%			
Professions intermédiaires	-	-	-	-			
Retraitées	-	-	-	-	NC		
Agricultrices exploitantes	-	-	-	-		-	-
Antécédent d'incarcération							
Oui	4	44,4%	5	55,6%	1,000		
Non	9	42,9%	12	57,1%		1,06	[0,17 ; 6,67]
Statut pénal							
Prévenues	7	50,0%	7	50,0%	0,713		
Condamnées	6	37,5%	10	62,5%		1,64	[0,31 ; 9,08]
Activité professionnelle au cours de leur détention							
Oui	8	40,0%	12	60,0%	0,705		
Non	5	50,0%	5	50,0%		0,68	[0,11 ; 4,03]
Transférées							
Oui	0	0,0%	2	100,0%	NC		
Non	13	46,4%	15	53,6%			

*p < 0,05

Tableau XVI : Association entre la santé perçue et les variables quantitatives descriptives de la population d'étude.

Variables quantitatives	Bon état de santé (N = 13)		Mauvais état de santé (N = 17)		p
	Moyenne	Min - Max	Moyenne	Min - Max	
Age	29,3	20 - 45	37,4	20 - 53	0,026*
Temps passé en détention	13,0	2 - 49	12,2	1 - 32	0,570

*p<0,05

Tableau XVII: Santé perçue et structure d'âge de la population d'étude

Echantillon divisé en 2 groupes selon la médiane de l'âge de l'ensemble de l'échantillon (médiane = 31 ans)	Participant·es dont l'âge est inférieur à la médiane (N = 16) Moyenne d'âge = 25,7 ans		Participant·es dont l'âge est supérieur à la médiane (N = 14) Moyenne d'âge = 43,3 ans	
	N	%	N	%
Santé perçue				
Bon état de santé	9	56,3%	4	25,0%
Mauvais état de santé	7	43,8%	10	62,5%

Facteurs associés à la déclaration de maladie chronique

Tableau XVIII : Association entre la déclaration de maladie chronique et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude

Variables qualitatives	Oui (N = 21)		Non (N = 9)		p	OR	IC95
	N	%	N	%			
Langue utilisée pendant l'entretien							
français	17	70,8%	7	29,2%	1,000		
espagnol ou anglais	4	66,7%	2	33,3%		1,21	[0,09 ; 10,94]
Activité professionnelle avant leur détention							
Oui	16	66,7%	8	33,3%	0,637		
Non	5	83,3%	1	16,7%		0,411	[0,01 ; 4,67]
Catégorie socioprofessionnelle							
Employées	7	63,6%	4	36,4%			
Ouvrières	4	57,1%	3	42,9%			
Autres, sans activité professionnelle	5	83,3%	1	16,7%			
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	3	75,0%	1	25,0%			
Cadres et professions intellectuelle supérieures	2	100,0%	-	0,0%			
Professions intermédiaires	-	-	-	-	NC		
Retraitées	-	-	-	-			
Agricultrices exploitantes	-	-	-	-			
Antécédent d'incarcération							
Oui	8	88,9%	1	11,1%	0,210		
Non	13	61,9%	8	38,1%		4,70	[0,47 ; 244,94]
Statut pénal							
Prévenues	8	57,1%	6	42,9%	0,236		
Condamnées	13	81,3%	3	18,8%		0,32	[0,04 ; 2,02]
Activité professionnelle au cours de leur détention							
Oui	14	70,0%	6	30,0%	1,000		
Non	7	70,0%	3	30,0%		1	[0,12 ; 6,64]
Transférées							
Oui	1	50,0%	1	50,0%	NC		
Non	20	71,4%	8	28,6%		-	-

*p<0,05

Tableau XIX : Association entre la déclaration de maladie chronique et les variables quantitatives descriptives de l'échantillon

Variables quantitatives	Oui (N = 21)		Non (N = 9)		p
	Moyenne (Médiane)	Min - Max	Moyenne (Médiane)	Min - Max	
Age	36,4	20 - 53	28,0	20 - 45	0,021*
Temps passé en détention	12,9	1 - 49	11,8	2 - 27	0,946

*p < 0,05

Facteurs associés à la déclaration d'une limitation dans ses déplacements

Tableau XX : Association entre la déclaration d'une limitation dans ses déplacements et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude.

Variables qualitatives explicatives	Oui, fortement limitée (N = 6)		Oui, limitée, mais pas fortement (N = 14)		Non, pas du tout limitée (N=10)		p	
	N	%	N	%	N	%		
Langue utilisée pendant l'entretien								
français	5	20,8%	10	41,7%	9	37,5%	0,575	
espagnol ou anglais	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%		
Activité professionnelle avant leur détention								
Oui	5	20,8%	13	54,2%	6	25,0%	0,145	
Non	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%		
Catégorie socioprofessionnelle								
Employées	2	18,2%	6	54,5%	3	27,3%	NC	
Ouvrières	1	14,3%	4	57,1%	2	28,6%		
Autres, sans activité professionnelle	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%		
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%		
Cadres et professions intellectuelle supérieures	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%		
Professions intermédiaires	-	-	-	-	-	-		
Retraitées	-	-	-	-	-	-		
Agricultrices exploitantes	-	-	-	-	-	-		
Antécédent d'incarcération								
Oui	2	22,2%	6	66,7%	1	11,1%		0,368
Non	4	19,0%	8	38,1%	9	42,9%		
Statut pénal								
Prévenues	4	28,6%	6	42,9%	4	28,6%	0,368	
Condamnées	2	12,5%	8	50,0%	6	37,5%		
Activité professionnelle au cours de leur détention								
Oui	4	20,0%	9	45,0%	7	35,0%	0,849	
Non	2	20,0%	5	50,0%	3	30,0%		
Transférées								
Oui	1	16,7%	1	7,1%	0	0,0%	NC	
Non	5	83,3%	13	92,9%	10	100,0%		

*P < 0,05

Tableau XXI : Association entre la déclaration d'une limitation dans ses déplacements et les variables quantitatives descriptives des participantes.

Variables quantitatives	Oui, fortement limitée (N = 6)		Oui, limitée, mais pas fortement (N = 14)		Non, pas du tout limitée (N=10)		p
	Moyenne	Min - Max	Moyenne	Min - Max	Moyenne	Min - Max	
Age	42,2	31 - 51	33,0	20 - 53	30,2	20 - 43	0,066
Temps passé en détention	12,2	2 - 27	10,6	1 - 32	15,5	2 - 49	0,750

*p < 0,05

2. Résultats concernant le MOS SF-36

Tableau XXII : Mesure de l'association entre les scores du SF36 et les caractéristiques de la population d'étude

Moyenne des scores	Variables qualitatives														
	Langue utilisée pour les entretiens		p	Activité professionnelle avant leur détention		p	Antécédent d'incarcération		p	Statut pénal		p	Activité professionnelle au cours de leur détention		p
	Français	Anglais ou Espagnol		Oui	Non		Oui	Non		Prévenue	Condamnée		Oui	Non	
score bisGH	51,8	49,5	0,678	48,7	61,8	0,194	49,8	52,0	1,000	49,9	52,6	0,588	52,6	49,0	0,659
score PF	84,4	75,0	0,169	82,7	81,9	0,550	79,6	83,8	0,746	80,0	84,8	0,168	82,1	83,5	0,719
score RP	55,2	54,2	0,978	57,3	45,8	0,498	55,6	54,8	0,981	57,1	53,1	0,744	51,3	62,5	0,475
score BP	54,3	52,5	0,914	54,8	50,8	0,724	52,4	54,6	0,794	57,8	50,4	0,429	49,4	62,7	0,343
score VT	43,6	35,8	0,499	41,7	45,0	0,697	46,1	40,7	0,555	38,2	45,9	0,288	39,5	48,0	0,366
score SF	61,6	75,2	0,559	62,0	70,8	0,478	59,7	65,6	0,811	58,0	69,2	0,353	61,9	68,1	0,774
score RE	55,6	50,0	0,727	51,4	66,7	0,376	48,1	57,1	0,574	59,5	50,0	0,505	58,3	46,7	0,426
score MH	40,5	28,0	0,131	37,8	38,8	1,000	40,8	36,8	0,318	33,0	42,4	0,150	36,4	41,2	0,453
score PCS	48,7	49,1	0,857	49,4	46,7	0,716	47,9	49,2	0,825	49,1	48,5	0,963	47,3	51,9	0,313
score MCS	34,0	31,9	0,684	32,5	37,7	0,283	34,4	33,2	0,699	32,4	34,8	0,734	33,2	34,5	0,885

*p<0,05

Tableau XXIII : Mesures de l'association entre les scores du SF36 et les variables quantitatives

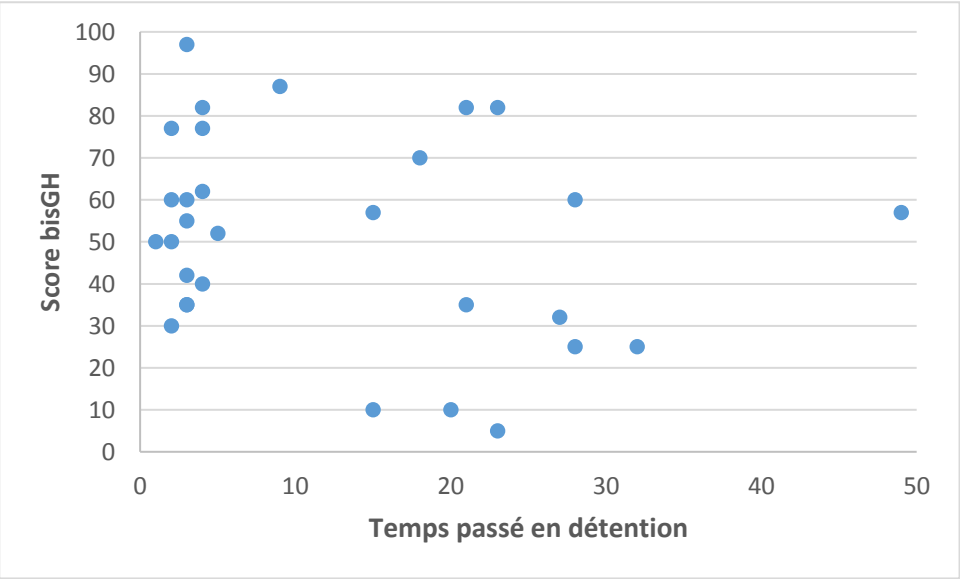
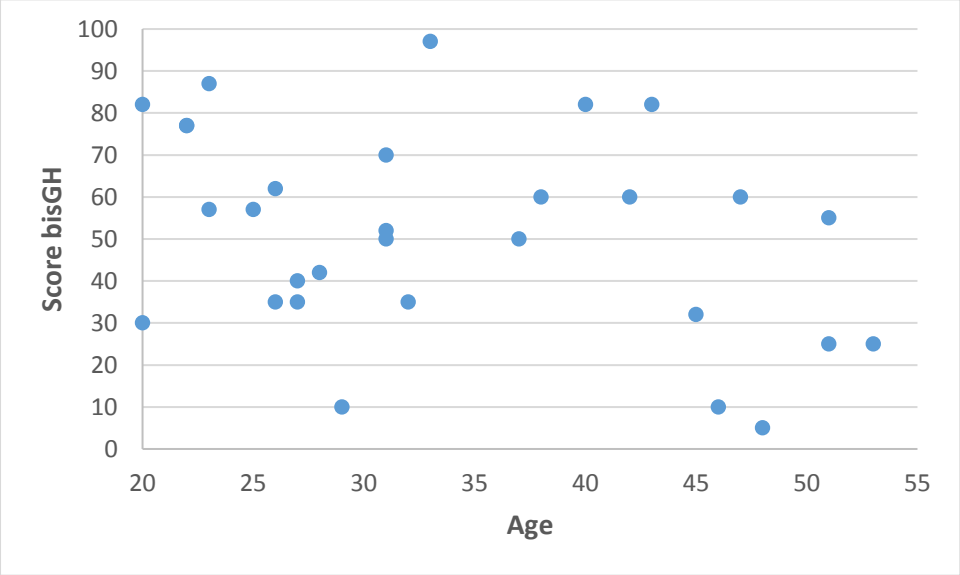
Valeurs du coefficient de corrélation de Spearman

Moyenne des scores	Age	Valeurs du coefficient de corrélation de Spearman		
			Temps passé en détention	
		p		p
score bisGH	-0,3	0,087	-0,2	0,354
score PF	-0,3	0,139	-0,1	0,589
score RP	-0,3	0,180	-0,1	0,450
score BP	-0,3	0,094	-0,3	0,132
score VT	-0,2	0,310	-0,1	0,610
score SF	0,0	0,966	-0,1	0,534
score RE	0,0	0,887	0,0	0,999
score MH	-0,1	0,700	-0,1	0,700
score PCS	-0,4	0,060	-0,4	0,058
score MCS	0,0	0,959	-0,1	0,660

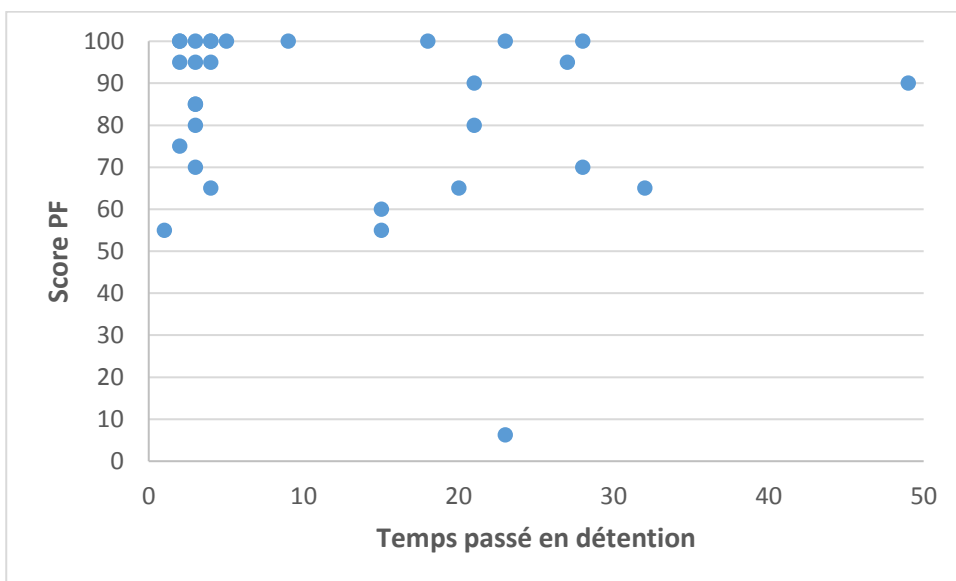
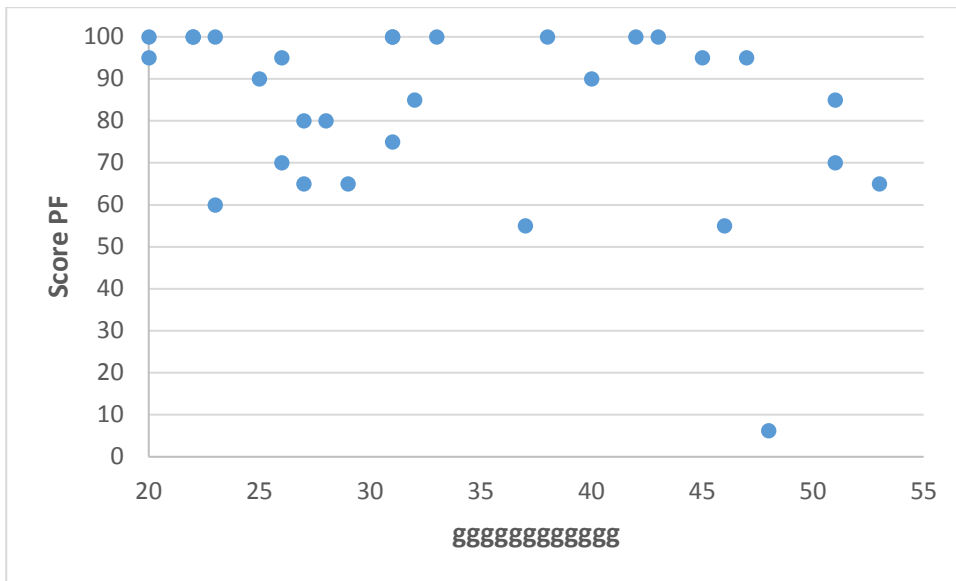
*p<0,05

ANNEXE 8 : REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES SCORES DES DIMENSIONS DU MOS SF-36 SELON LES VARIABLES AGE ET TEMPS PASSE EN DETENTION

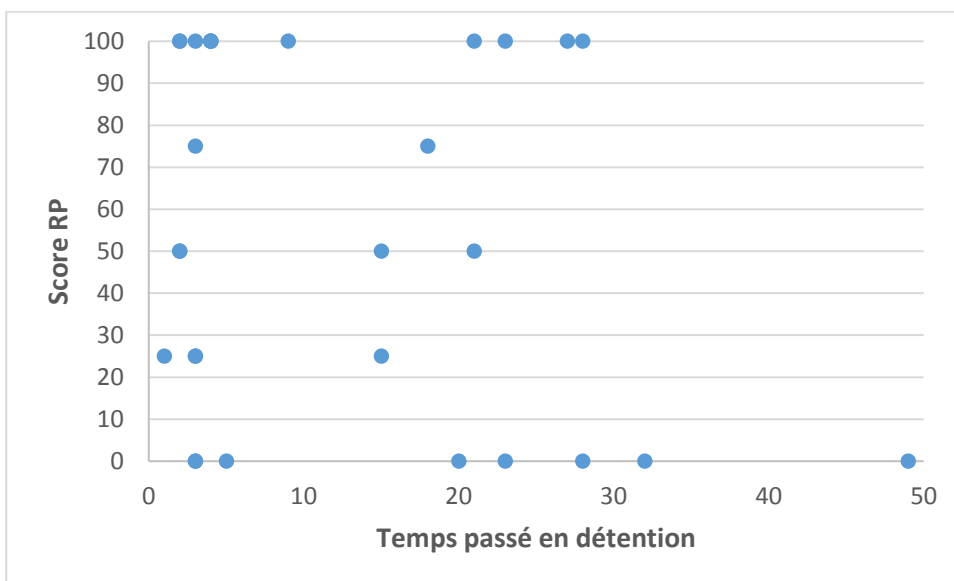
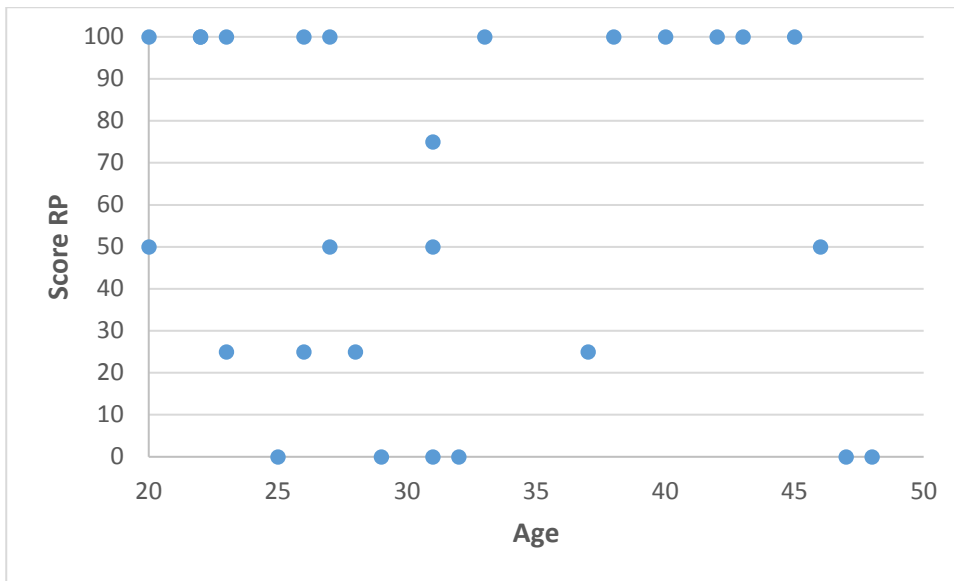
Score bisGH



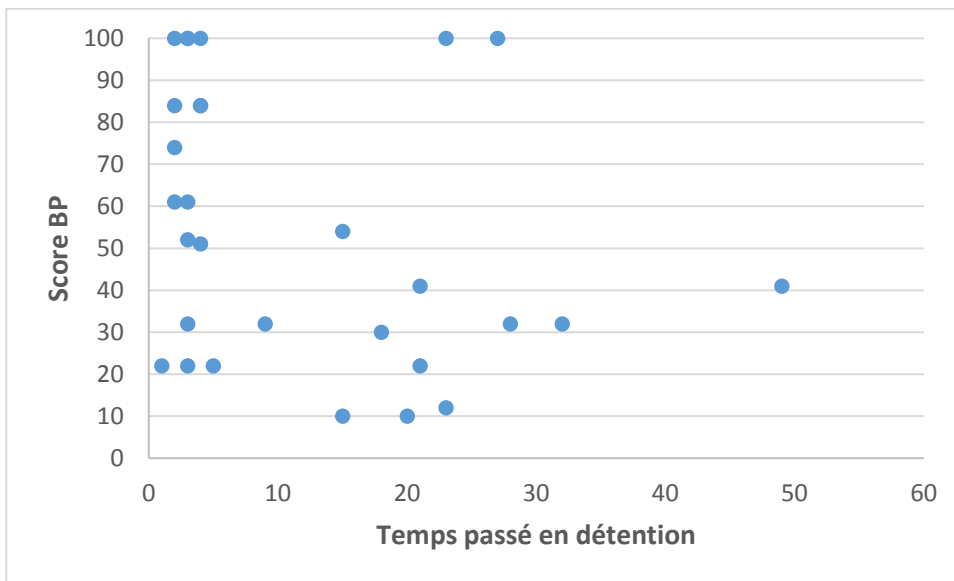
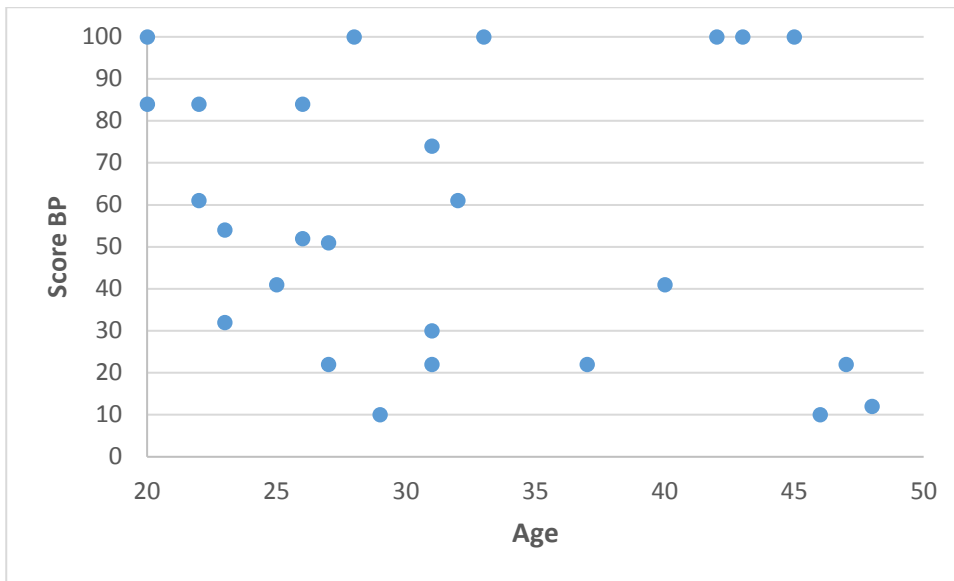
Score PF



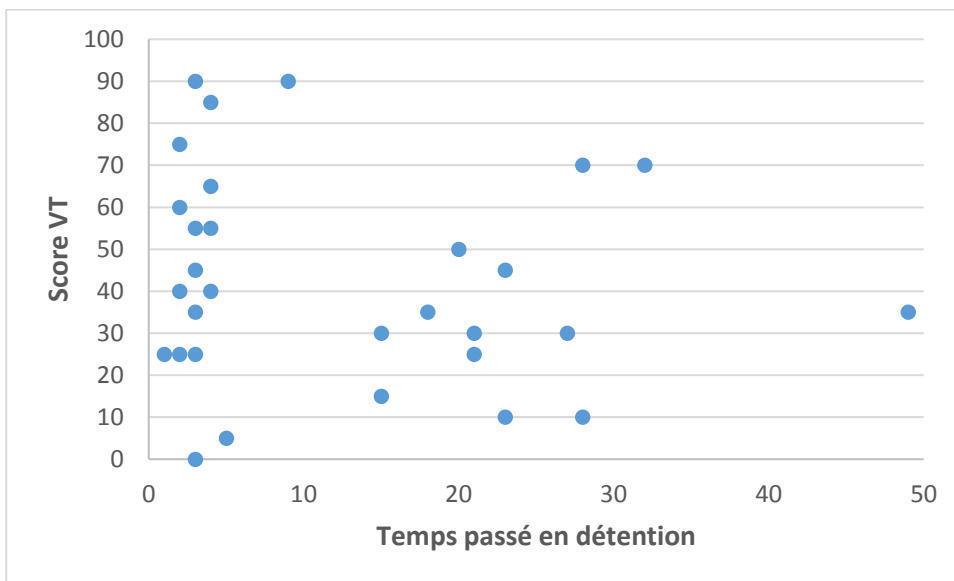
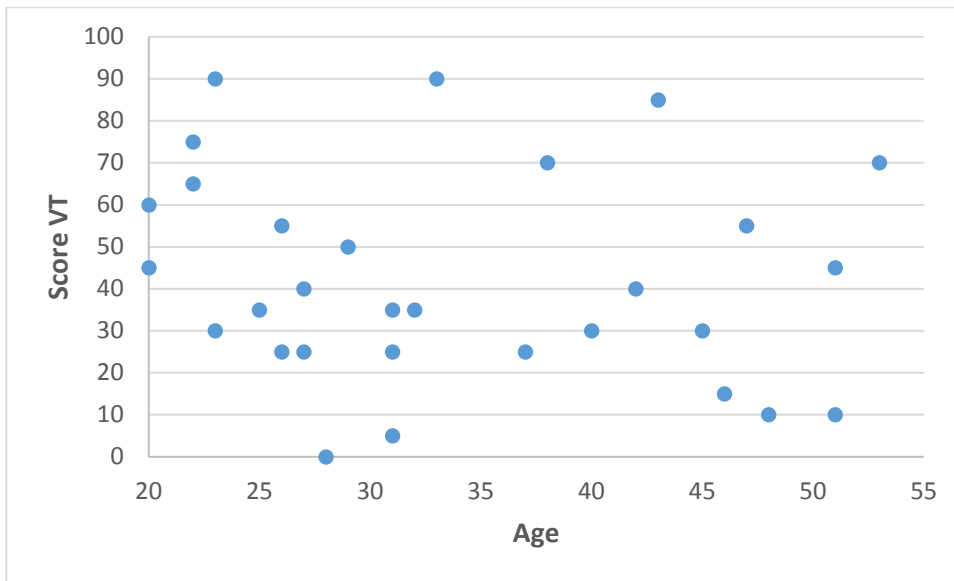
Score RP



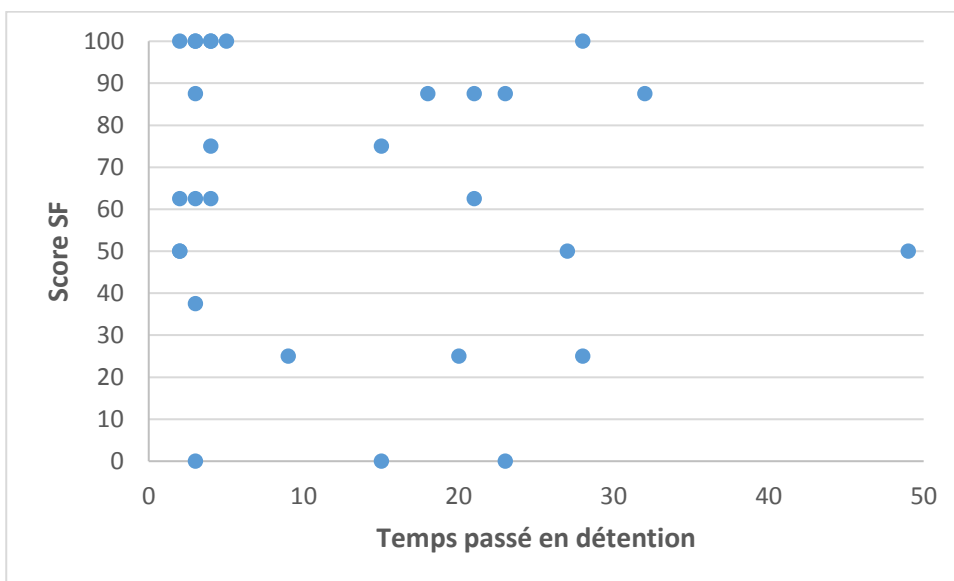
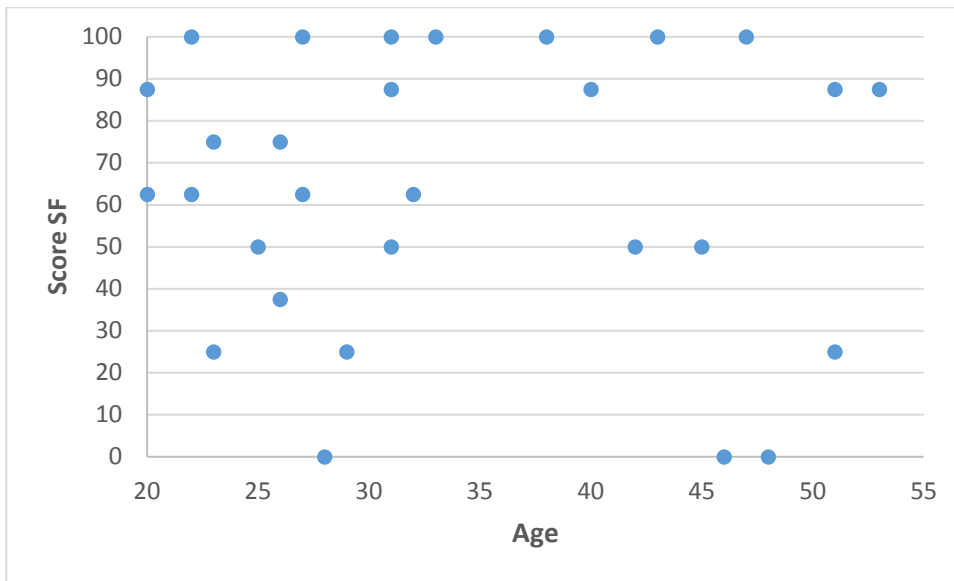
Score BP



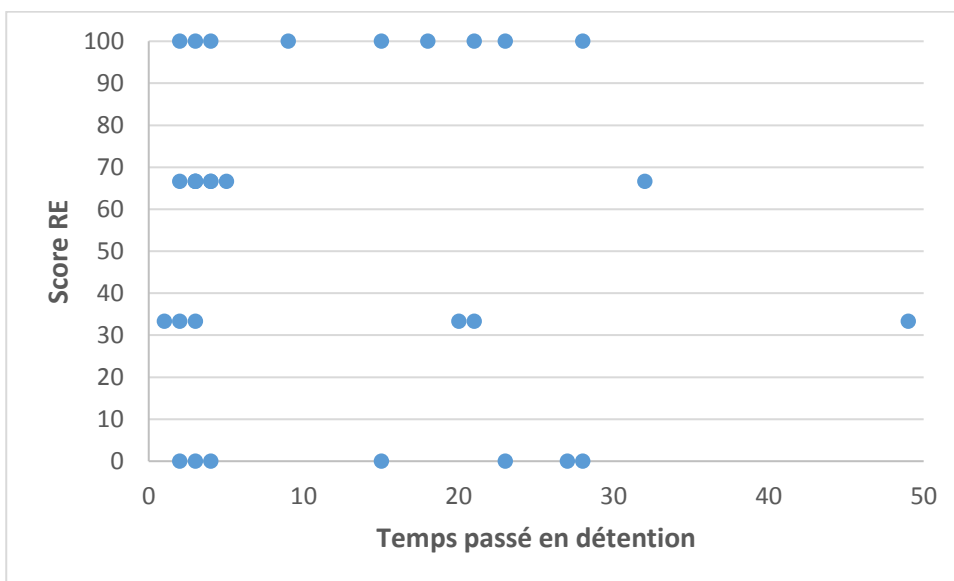
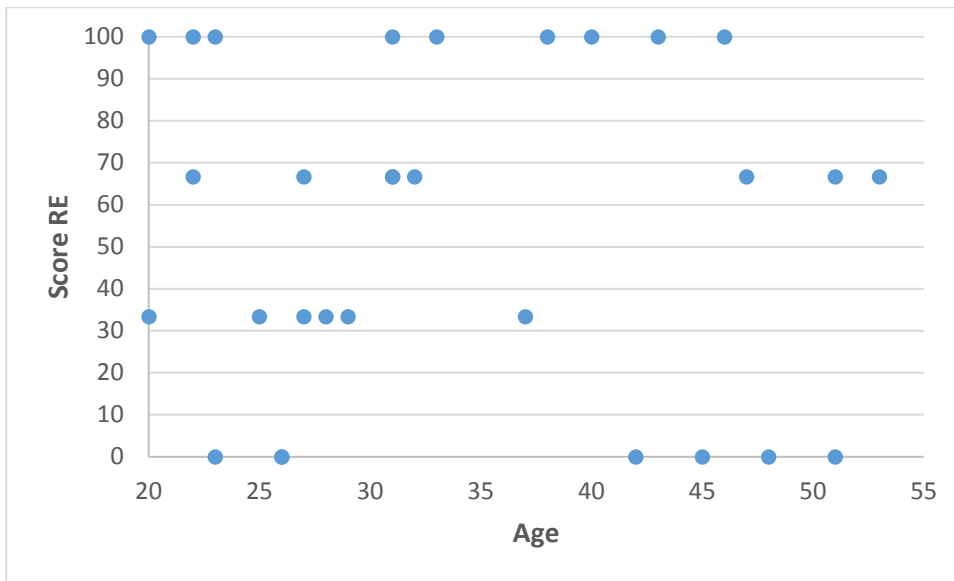
Score VT



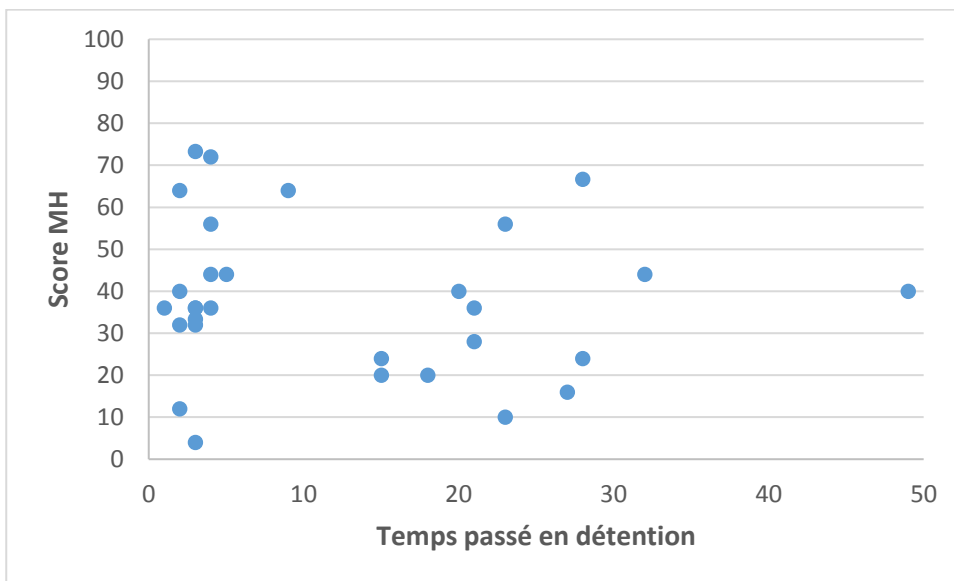
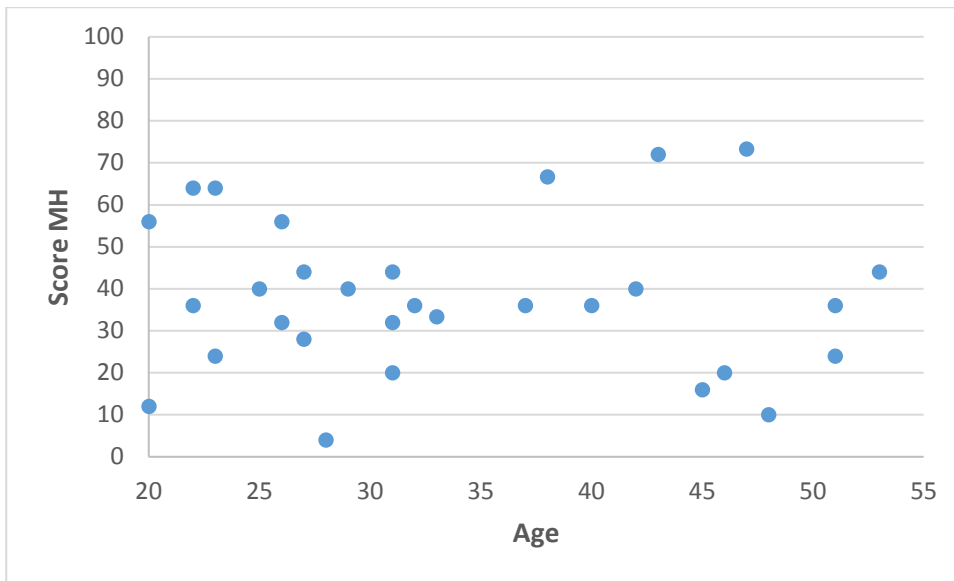
Score SF



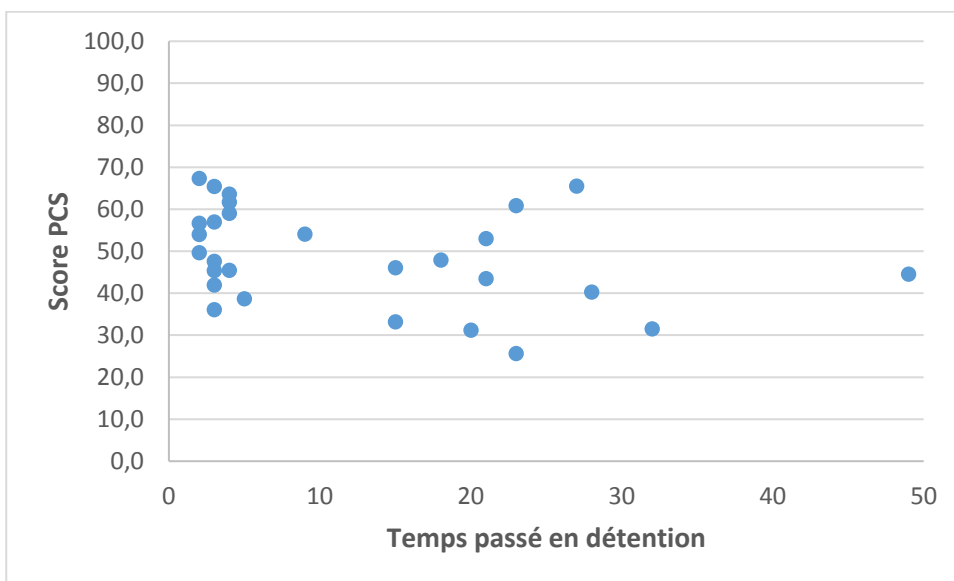
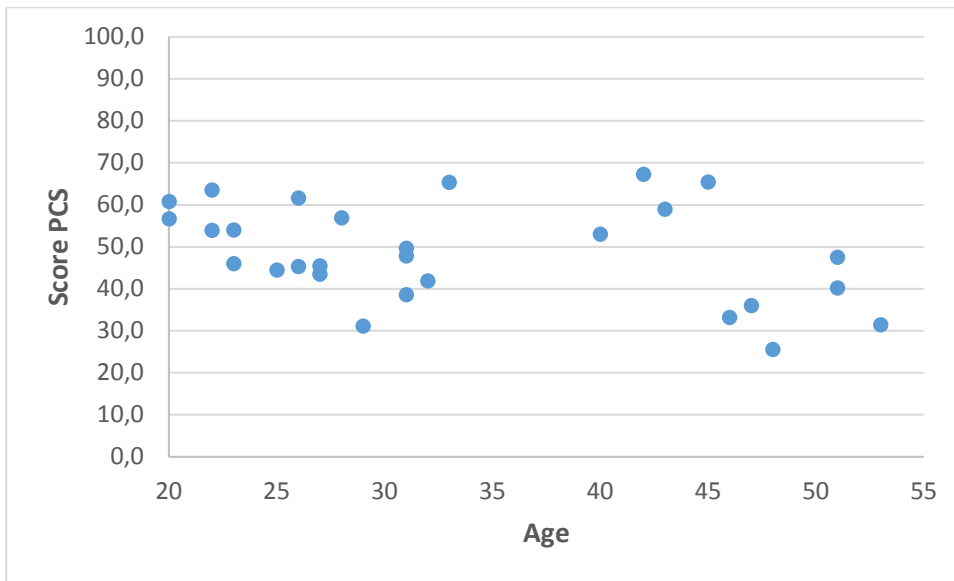
Score RE



Score MH



Score PCS



Score MCS

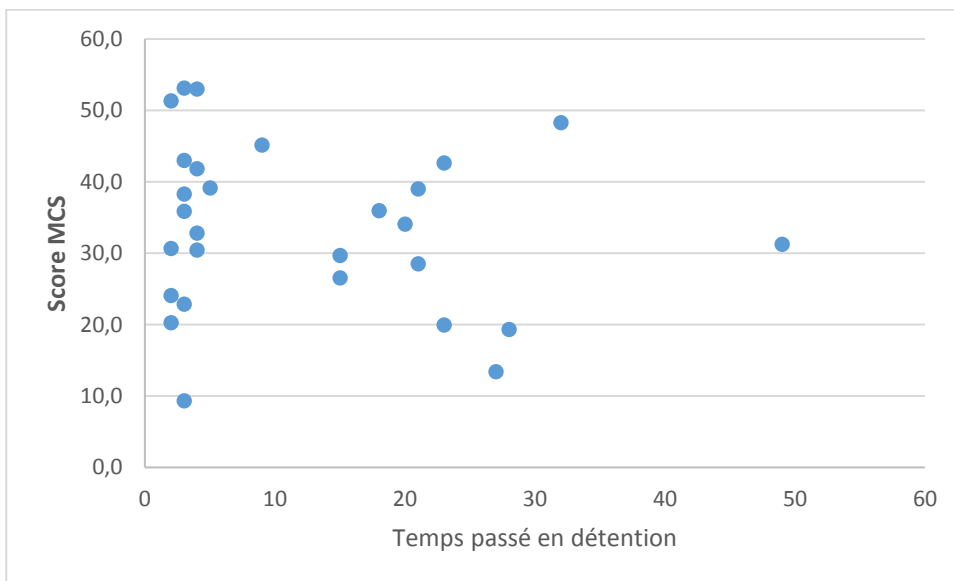
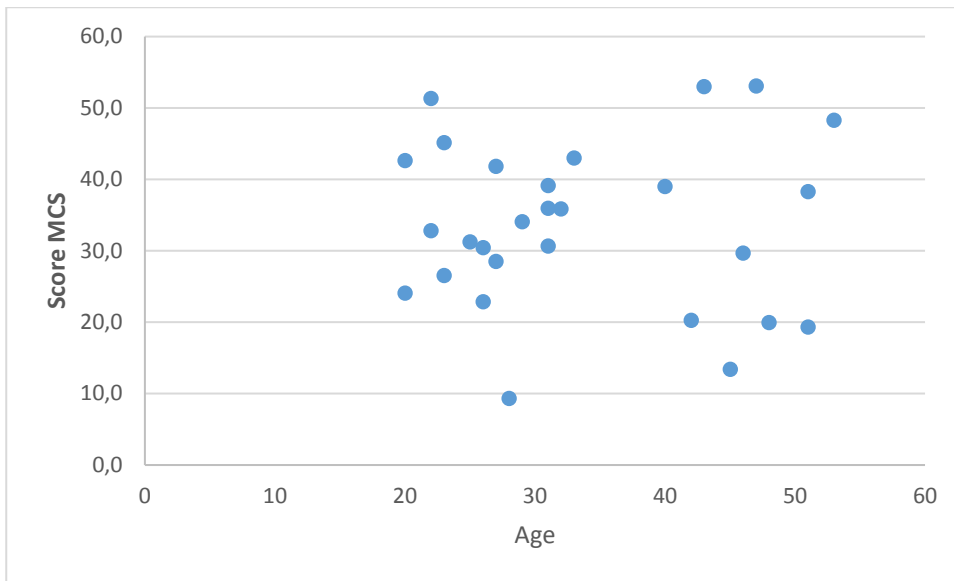


TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Organisation des soins en milieu pénitentiaire	12
Figure 2 : Schéma de la mise en œuvre de l'approche communautaire en santé sur le programme en milieu carcéral de Nantes	15
Figure 3 : Exemple d'un outil travaillé en atelier collectif autour de la problématique du sommeil (problème/causes/conséquences/solutions) et présenté aux personnels AP et médical par les femmes détenues.	19
Figure 4 : Synthèse des entretiens menés	39
Figure 5 : Synthèse des entretiens semi-dirigés analysés	47

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Principales dimensions explorées par le questionnaire MOS SF-36	32
Tableau II : Résultats des questions de faisabilité	40
Tableau III : Description des variables quantitatives caractérisant la population de l'étude (N = 30)	42
Tableau IV : Description des variables qualitatives caractérisant la population de l'étude (N = 30)	42
Tableau V : Distribution des réponses aux questions du Mini-Module Européen modifié dans la population d'étude	43
Tableau VI : Distribution des réponses aux questions ajoutées au MME modifié	43
Tableau VII : Résultats aux scores du MOS SF-36 modifié dans la population d'étude	44
Tableau VIII : Distribution des réponses aux questions sur l'évolution de la santé perçue	45
Tableau IX : entretiens semi dirigés menés par l'enquêtrice C	48
Tableau X : Participantes aux entretiens semi dirigés menés et enregistrés par l'enquêtrice L	48
Tableau XI : Participantes allophones dont les entretiens semi-dirigés n'ont pas été analysés	48
Tableau XII : Distribution des réponses aux cinq questions portant sur l'impact de cinq thématiques	79
Tableau XIII : Résultats du MME dans l'étude menée à a MAF de Nantes et en population générale féminine en 2014	87
Tableau XIV : Moyennes des scores du MOS SF-36 modifié parmi la population d'étude et du MOS SF-36 parmi la population générale féminine (Enquête Décennale Santé, source : E. Audureau et al.) et parmi une population de personnes détenues en Angleterre (E. Plugge et al.)	88
Tableau XV: Associations entre la santé perçue et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude	125
Tableau XVI : Association entre la santé perçue et les variables quantitatives descriptives de la population d'étude.	126
Tableau XVII: Santé perçue et structure d'âge de la population d'étude.....	126
Tableau XVIII : Association entre la déclaration de maladie chronique et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude.....	127
Tableau XIX : Association entre la déclaration de maladie chronique et les variables quantitatives descriptives de l'échantillon.....	128
Tableau XX : Association entre la déclaration d'une limitation dans ses déplacements et les variables qualitatives descriptives de la population d'étude.	128
Tableau XXI : Association entre la déclaration d'une limitation dans ses déplacements et les variables quantitatives descriptives des participantes.	129
Tableau XXII : Mesure de l'association entre les scores du SF36 et les caractéristiques de la population d'étude	130
Tableau XXIII : Mesures de l'association entre les scores du SF36 et les variables quantitatives	131

Vu, le Président du Jury,

Madame le Professeur Leïla MORET

Vu, les Directeurs de Thèse,

Docteur BOLO Paul
01- GÉNÉRALISTE Conventionné
80 Rue de la Ville en Pierre
44000 NANTES
RPPS 10002511771

Madame le Docteur Christine BOBIN-
DUBIGEON, et Monsieur le Docteur Paul BOLO

Vu, le Doyen de la Faculté,

Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : FESQUET

PRENOM : CLAIRE

Santé perçue des personnes détenues et perception des éléments ayant un impact sur leur santé au cours de la détention :

Etude de faisabilité à la maison d'arrêt des femmes de Nantes

INTRODUCTION : Issue d'une population vulnérable et accueillie dans un environnement peu propice à la promotion de la santé, la population carcérale présente de nombreux problèmes de santé, encore méconnus. Médecins du Monde à Nantes a donc souhaité monter un projet de recherche sur la santé des personnes détenues. **OBJECTIFS** : Étudier la faisabilité d'une méthodologie mixte pour établir un état des lieux de la santé perçue de personnes détenues et recueillir leur perception des éléments ayant un impact sur leur santé. **MÉTHODE** : Cette étude transversale descriptive monocentrique, a eu lieu à la maison d'arrêt des femmes (MAF) de Nantes sous forme d'entretiens individuels, divisé en deux parties : enquête sur la santé perçue des participantes, à partir d'un hétéro-questionnaire puis entretien semi-dirigé recueillant la perception des personnes détenues. Toutes les personnes détenues ont été incluses sauf celle incarcérées depuis moins de deux semaines et les personnes détenues dans l'espace « nurserie ». **RÉSULTATS** : Avec 30 participantes aux entretiens (34 personnes volontaires sur 41 personnes détenues éligibles puis 4 personnes sorties d'étude), la méthodologie d'étude choisie a bénéficié d'une forte participation des personnes détenues, et d'une bonne acceptabilité des questions posées lors des entretiens. Les résultats retrouvaient un état de santé général et un score de santé mentale du MOS SF-36 chez les participantes qui semblaient dégradés par rapport à la population générale de sexe féminin (43% des femmes déclaraient avoir un « bon » état de santé contre 68 % des femmes en population générale, en 2014 et moyenne du score « santé mentale » du MOS SF-36 à 38,0 sur 100, versus 64,5 sur 100 en population générale féminine, en 2003). A la MAF ce qui a un impact important sur la santé des personnes détenues sont : l'enfermement et l'isolement, les difficultés au maintien du lien familial, les « occupations » par le travail et les activités, les conditions matérielles de vie, la violence, l'organisation des soins externes et les extractions médicales. **DISCUSSION** : Sous réserve d'améliorations, cette méthodologie d'étude peut être mise en place pour une étude ultérieure de plus grande ampleur, après une définition des modalités organisationnelles avec les institutions. L'intérêt d'une telle étude a été démontré.

Mots clés :

Prison, étude de faisabilité, état de santé, évaluation d'impact sur la santé, santé subjective