



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales  
Année Universitaire 2017/2018

## **Mémoire**

pour l'obtention du

### **Certificat de Capacité en Orthophonie**

# **Évaluation des besoins en soins orthophoniques en milieu pénitentiaire**

**présenté par *Anne HAUVESPRE***

**Née le 11/07/1973**

Présidente du Jury : Madame Der Azarian Mélanie, orthophoniste

Directrice du Mémoire : Madame Dufour Frédérique, praticien hospitalier

Co-directrice du Mémoire : Madame Vidal-Giraud Hélène, orthophoniste

Membre du jury : Madame Fioleau Lydie, orthophoniste

## Remerciements

À Mélanie DER AZARIAN,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de mon mémoire, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Lydie FIOLEAU,

vous me faites l'honneur de participer au jury de mon mémoire. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Frédérique DUFOUR,

Je te remercie de m'avoir proposé de diriger ce mémoire et d'avoir été mon relais à l'intérieur de la prison pour mes nombreuses demandes de précisions.

À Hélène VIDAL-GIRAUD,

Je te remercie d'avoir accepté de me suivre dans ce projet avec élan et enthousiasme.

Merci à toutes les deux pour votre soutien constant et vos nombreuses relectures et conseils avisés.

À l'équipe de l'UCSA et de l'unité locale d'enseignement,

Je vous suis reconnaissante de m'avoir, chacun à votre manière, soutenue, accueillie, aidée et accompagnée tout au long de ce projet. Il n'aurait pu se faire sans vous.

Aux personnes détenues qui ont accepté ma présence lors des consultations pour que je puisse découvrir le fonctionnement du soin en prison et à celles qui ont accepté de participer à cette étude.

Aux différents professionnels qui ont accepté de confier leurs paroles à mon micro. J'espère ne pas avoir déformé leur pensée.

Et enfin à tous les autres discuteurs, relecteurs et auteurs qui ont nourri cette réflexion.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

### **Engagement de non-plagiat**

Je, soussignée Anne Hauvespre, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Mellionec

Le 16 juin 2018

Signature:

# Table des matières

Remerciements.....	1
Engagement de non-plagiat.....	1
Liste des abréviations.....	1
1. Introduction.....	1
2. Cadre théorique.....	3
2.1 La population carcérale : des adultes (dont beaucoup de très jeunes) et quelques mi- neurs.....	3
2.1.1 Démographie.....	3
2.1.2 Sociologie.....	3
2.1.3 La santé des personnes détenues.....	4
2.1.4 Une population privée de liberté de déplacement.....	5
2.2 L'orthophonie en détention.....	10
2.2.1 La présence de troubles.....	10
2.2.2 Une réactivité différente selon les pays.....	12
3. Méthodologie.....	15
3.1 Élaboration de normes.....	15
3.1.1 Choix des troubles pouvant concerner les patients adultes ou adolescents.....	16
3.1.2 Recherche des données épidémiologiques.....	16
3.2 Enquête spécifique via les médecins et les enseignants.....	17
3.2.1 Recrutement des sujets.....	17
3.2.2 Recueil des données.....	17
3.2.3 Analyse.....	19
3.3 Consultation d'informateurs clés.....	19
3.3.1 Recrutement des sujets.....	19
3.3.2 Recueil des données.....	20
3.3.3 Analyse.....	20
4. Résultats.....	21
4.1 Tentative d'élaboration de normes.....	21
4.1.1 Troubles développementaux.....	21
4.1.2 Troubles acquis.....	23
4.1.3 Troubles neurodégénératifs.....	24
4.2 Enquête spécifique via les médecins et les enseignants.....	25
4.3 Entretiens.....	26
4.3.1 Description.....	26

4.3.2 La population carcérale.....	28
4.3.3 Le monde de la prison.....	29
4.3.4 Quelques expériences vécues.....	31
4.3.5 Partenariats.....	33
4.3.6 Vous avez dit orthophonie ?.....	35
4.3.7 Des troubles repérés.....	35
4.3.8 Création d'une consultation d'orthophonie fixe.....	38
4.3.9 Des relais extérieurs.....	40
4.4 Synthèse des résultats.....	40
5. Discussion.....	41
5.1 Objectif initial : évaluation des besoins en soins orthophoniques.....	41
5.2 Résultats supplémentaires : la mise en place d'une consultation d'orthophonie.....	45
5.3 Limites.....	47
5.4 Perspectives.....	48
6. Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51
Index des annexes.....	59

## **Index des illustrations**

Figure 1: Schéma méthodologique.....	15
--------------------------------------	----

## **Index des tableaux**

Tableau 1: Tableau récapitulatif des troubles et pathologies pris en charge en orthophonie et de leurs prévalences respectives dans la population (les données sont arrondies à l'unité près). .....	25
Tableau 2: Nombre d'individus repérés en fonction des lieux de détention.....	26
Tableau 3: Nombre d'individus repérés en fonction des troubles.....	26
Tableau 4: Thèmes abordés au cours des entretiens.....	27

## Liste des abréviations

AVC : accident vasculaire cérébral  
CHU : centre hospitalier universitaire  
EPM : établissement pénitentiaire pour mineurs  
EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes  
FALC : Facile à lire et à comprendre  
HAS : haute autorité de santé  
MtoF : transition sexuelle d'homme vers femme (male to female)  
ORL : oto-rhino-laryngologiste  
PFP : paralysie faciale périphérique  
RCSLT : royal college of speech and language therapists  
SMPR : service médico-psychologique régional  
SNC : système nerveux central  
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation  
TDAH : troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité  
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires  
VADS : voies aéro-digestives supérieures

# 1. Introduction

La loi du 18 janvier 1994 vise l'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues (Guérin, 2003) notamment en affiliant tous les détenus au régime général de la sécurité sociale et en déplaçant la gestion des soins de l'administration pénitentiaire à l'administration hospitalière. Les personnes détenues sont ainsi censées avoir accès à des soins équivalents à ceux de la population générale.

L'orthophonie qui est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013) aurait dû être concernée par ces nouvelles dispositions. Pourtant elle ne fait pas partie des soins facilement accessibles en détention. (Rogations, 2009 ; Blondet & Guiraud, 2014 ; Goubin, communication personnelle, 2016).

On peut relier ce constat au fait que l'orthophonie est une profession relativement jeune dont le champ d'action est encore en pleine expansion et dont les représentations par le public sont très partielles. Contrairement à ce que laisse transparaître son nom, elle ne s'occupe pas que d'améliorer la prononciation. Elle s'intéresse au langage et à la communication dans toutes leurs dimensions. De même, l'orthophonie ne concerne-t-elle pas que les enfants. Comme le rappelle Rondal (2007), « l'empan d'âges couvert par l'orthophonie correspond pratiquement à la vie entière ». Cette évolution est en lien direct avec les progrès qu'ont connus des disciplines telles que la psycholinguistique et la neurologie.

Chez l'adulte, on retrouve une prise en charge pour des séquelles de troubles développementaux (dysphasie, retard de langage, troubles articulatoires, troubles de la communication (pragmatique), troubles de la fluence), des troubles acquis (traumatismes crâniens, maladies encéphaliques, accidents vasculaires cérébraux, tumeurs entraînant aphasia et autres troubles cognitivo-linguistiques) et des troubles neuro-dégénératifs.

Rivière (2002) relève que les prescripteurs (au sens large, par cela il entend parents, enseignants, médecins, psychologues) sont quasiment absents pour les adolescents et les adultes. Personne ne pense à l'orthophonie. Pourtant même si la plasticité cérébrale est moindre chez les adultes, elle reste présente (Schiffmann, 2001). Elle est à la base de tous nos processus d'apprentissage. De plus, bien que l'orthophonie soit encore une discipline jeune sans chaire universitaire, des études ont montré l'efficacité de la prise en charge (Cash, Cash & Potocka, 2012). Notamment pour les domaines qui ne connaissent pas de périodicité critique tels que la sémantique, la pragmatique et l'élaboration discursive pour le langage oral

ainsi que tout ce qui concerne le langage écrit (Rondal, 2007).

Parmi la population adolescente et adulte, il est une population particulière dont on parle peu : la population carcérale. C'est pourquoi nous avons choisi de centrer notre travail sur cette population.

Après avoir fait connaissance avec les spécificités de la population pénitentiaire, l'objectif de cette étude est d'évaluer les besoins en soins orthophoniques en combinant trois approches différentes de santé publique : l'élaboration de normes à partir de données de la littérature, une étude spécifique au sein des établissements pénitentiaires de l'agglomération nantaise et une série d'entretiens auprès de professionnels intervenant en détention.

La confrontation des résultats des trois approches nous permettra de contrebalancer les limites de chacune d'elles afin de proposer une évaluation des besoins en soins orthophoniques qui puisse nourrir une réflexion sur l'opportunité de créer des consultations d'orthophonie en milieu carcéral.

## **2. Cadre théorique**

### **2.1 La population carcérale : des adultes (dont beaucoup de très jeunes) et quelques mineurs**

#### **2.1.1 Démographie**

En France, le taux de personnes incarcérées est en augmentation depuis 25 ans. Cependant il reste relativement stable si on le compare à la tendance internationale (Marin, 2017). Il tourne autour de 100 personnes pour 100.000 habitants soit 0,1 % de la population.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le nombre de personnes écrouées est de 78796. 87 % de ces personnes sont détenues. Ce sont majoritairement des hommes. Les femmes ne constituent que 3,6 % de la population carcérale.

La grande majorité des personnes détenues sont des adultes entre 18 et 60 ans avec une répartition sensiblement égale entre la tranche 18-30 ans et la tranche 30-60 ans. Les personnes détenues de plus de 60 ans représentent 4 % de la population carcérale.

En France, il n'y a pas d'âge minimum de responsabilité pénale, mais il existe une loi qui fixe la nature des sanctions et peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs en fonction de leur âge au moment des faits. Ainsi un jeune peut être condamné à une peine d'emprisonnement à partir de 13 ans révolus. Les mineurs représentent 1 % de la population carcérale.

Le temps moyen d'incarcération était en 2014 de 10,3 mois (Ministère de la justice, 2016). Pour les détentions provisoires, il est de 4,4 mois. La durée moyenne des peines est de 11,5 mois (Observatoire international des prisons, 2017). Ce qui peut expliquer un nombre annuel de personnes mises sous écrou plus grand que le nombre de personnes en détention à un moment donné. En 2016, il y a eu 96 358 nouvelles mises sous écrou et 92 479 levées d'écrou (Direction de l'administration pénitentiaire, 2017c).

#### **2.1.2 Sociologie**

Cassan, Toulmon et Kensey (2000) et De Bruyn et Kensey (2014) rapportent que les milieux défavorisés sont surreprésentés dans la population carcérale. 13 % se déclarent ou sont repérés comme illettrés et 16 % sont sans domicile fixe ou en hébergement précaire. Ils ont souvent quitté le domicile familial jeunes : 14 % avant 15 ans, 80 % avant 21 ans ce qui est plus tôt que la moyenne nationale. 14 % d'entre eux n'ont jamais travaillé et 1 sur 2 déclare être ou

avoir été ouvrier contre 1 sur 3 dans la population générale.

Cette concentration de personnes appartenant aux franges défavorisées et marginalisées de la population n'est pas à mettre en lien avec le fait que ces personnes commettraient plus de délits et crimes que le reste de la population. En effet, il s'opère tout au long de la chaîne pénale, une sélection négative. Une personne qui a un emploi et un logement stables sera considérée comme présentant plus de garantie de présentation et moins de risques d'atteintes à l'ordre public. Une peine de prison ferme sera donc moins fréquemment prononcée contre elle (Bouagga, 2015).

### **2.1.3 La santé des personnes détenues**

Pour de nombreuses pathologies, la prévalence dans la population carcérale est supérieure à celle dans la population générale. Les auteurs expliquent cela par deux facteurs : l'appartenance à des populations à risque et les conditions de détention (Godin-Blandeau, Verdout, & Develay, 2013).

En 2015, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires sont chargées d'évaluer le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice (Branchu et al., 2015). Les données sont issues de la consultation des fiches médicales remplies lors de la consultation d'entrée. Cette fiche médicale d'entrée renseigne les données suivantes : caractéristiques socio-démographiques, conduites addictives, pathologies somatiques et psychiques, traitements en cours, examens complémentaires et/ou soins envisagés. Aucun item ne concerne les capacités cognitives et les troubles de langage.

La synthèse générale fait état de besoins de santé importants mais qui demeurent insuffisamment documentés. Cette situation peut s'expliquer par le manque d'intérêt de l'opinion publique pour la prison, de ce fait les choses mettent beaucoup de temps à évoluer. Si toutes les unités sanitaires en détention émanent d'établissements de soin, les habitudes en terme de dossiers médicaux et remontée des données sont très variables d'une unité à l'autre. La loi prévoit que tous les dossiers médicaux soient informatisés mais c'est loin d'être le cas partout en France.

La dernière enquête date de 2003. Cette enquête menée dans les établissements pénitentiaires à l'occasion de la consultation médicale d'entrée nous donne les informations suivantes : si 8 entrants sur 10 sont jugés en bon état de santé général, la population carcérale présente des caractéristiques qui la différencient de la population générale. Ils ont en moyenne un plus

faible accès aux soins : 44 % n'ont eu aucun contact avec le système de soin dans les 12 derniers mois et 13,6 % n'ont pas de protection sociale alors qu'ils déclarent plus de comportements à risque, plus d'addictions et plus de troubles mentaux (Mouquet, 2005). Seuls 1,7 % sont jugés en très mauvais état de santé mais cela est proportionnellement plus que dans la population générale. 53 % ont besoin de soins dentaires dont 6 % en urgence.

Fauchille (2016) présente l'expérimentation d'un outil de surveillance de l'état de santé des entrants qui a été menée sur la région Picardie. Il s'agit de remplir la fiche médicale d'entrée sur un site web protégé afin de permettre la centralisation des données. Si des améliorations sont encore à apporter notamment en ce qui concerne la précision de certains items sur la santé mentale, les premiers résultats semblent positifs et le système devrait se déployer dans d'autres régions.

D'autre part, on observe un vieillissement de la population carcérale (Brillet, 2013) avec un risque accru de déclin cognitif (Combalbert et al., 2017).

#### **2.1.4 Une population privée de liberté de déplacement**

##### 2.1.4.1 Les lieux d'incarcération

En France, on distingue plusieurs types de lieux d'incarcération (Direction de l'administration pénitentiaire, 2007). Il y a d'abord les maisons d'arrêt où sont détenues les personnes prévenues en détention provisoire, les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans et les condamnés en attente d'une place dans les établissements pour peine. La durée moyenne des peines étant de 10 mois, la plupart des détenus ne connaîtront que ce type d'établissement (Bouagga, 2015).

Les établissements pour peine sont eux de trois types : les maisons centrales pour les longues peines et les détenus présentant des risques qui sont axées sur la sécurité, les centres de détention qui reçoivent les détenus condamnés à des peines de plus de deux ans et pour lesquels l'objectif de réinsertion est mis en avant et les centres de semi-liberté.

Enfin il existe 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) répartis sur le territoire et un établissement public de santé national à Fresnes (EPSNF).

La plupart des maisons d'arrêt sont en sureffectif allant parfois jusqu'à un taux d'occupation de 255% (Direction de l'administration pénitentiaire, 2017b). Des cellules initialement prévues pour une personne accueillent deux voire trois détenus. Les détenus surnuméraires dorment sur des matelas par terre. Selon la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires français déléguée par le sénat, c'est bien parce

que le flux de détenus est extrêmement important, environ de 2 fois le nombre de places, que l'on évite l'explosion (Hyst & Cabanel, 2000). Dans le même temps, ce flux de population rend difficile toute réforme car les professionnels travaillent en permanence dans l'urgence (Bouagga, 2015).

#### 2.1.4.2 Les missions de l'administration pénitentiaire

Le service public pénitentiaire assure une double mission : la surveillance des personnes placées sous main de justice et la préparation de leur réinsertion via les personnels de surveillance et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) (Direction de l'administration pénitentiaire, 2007). Cette mission de réinsertion est relativement récente. Elle a été initiée par la loi du 22 juin 1987 et s'est concrétisée par la loi du 24 novembre 2009 (Hazan, 2017).

#### 2.1.4.3 Le soin en détention

L'un des corollaires de la privation de liberté de circuler est la privation de liberté de choisir son médecin et la manière dont on est soigné.

Depuis 1994, la prise en charge de la santé des personnes détenues n'est plus confiée à l'administration pénitentiaire mais à l'administration hospitalière. L'objectif est de permettre à chaque détenu d'avoir accès aux mêmes médecins et plateau technique que le reste de la population. Alors que jusque-là les détenus perdaient leurs droits à la sécurité sociale, ils sont au contraire maintenant tous affiliés au régime général à leur entrée en prison (Guérin, 2003).

##### 2.1.4.3.1 *Organisation : les textes réglementaires*

En prison, comme à l'extérieur, les soins concernant la santé physique et la santé mentale sont séparés (Ministère de la santé et de la protection sociale & Ministère de la justice, 2004).

Les soins somatiques courants sont assurés par une unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) qui dépend du centre hospitalier de proximité<sup>1</sup>. L'UCSA comprend a minima des médecins, des infirmiers, des secrétaires, un cadre de santé mais aussi des kinésithérapeutes, des dentistes et des assistants de soin dentaire. L'UCSA prend également en charge les soins psychiatriques courants lorsqu'il n'y a pas de service médico-psychologique régional (SMPR) sur le site (Guérin, 2003).

Lorsque les soins nécessitent un plateau technique spécifique, l'UCSA organise, en lien avec l'administration pénitentiaire pour la sécurité, le déplacement du détenu vers le centre

---

1 La nouvelle appellation de ce service est Unité Sanitaire mais la dénomination courante par les personnes reste UCSA. C'est pourquoi nous garderons cette appellation.

hospitalier public de proximité.

Pour les urgences et les hospitalisations de moins de 48h, le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues prévoit une hospitalisation dans l'établissement de santé de proximité qui doit aménager des chambres sécurisées (Gaudin, Parayre, d'Harcourt, & Castex, 2006).

Pour les hospitalisations de plus longue durée, les personnes détenues sont transférées dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales implantées dans des centres hospitaliers universitaires. L'EPSNF fait partie de ce dispositif et concerne les personnes détenues de la région parisienne. Deux centres, Fresnes et Marseille, proposent un service de soins de suite et de réadaptation.

Pour la psychiatrie, la prévention et les soins courants sont assurés par les UCSA sauf dans les 26 établissements qui possèdent un service médico-psychologique régional. Les SMPR disposent de lits pour les soins intensifs et les hospitalisations volontaires. Pour les troubles plus importants et les hospitalisations sous contrainte, il existe depuis 2013, six unités hospitalières spécialement aménagées.

#### *2.1.4.3.2 Organisation : les faits*

Ainsi les textes réglementaires semblent assurer un accès au soin équivalent à ce que nous connaissons à l'extérieur et tout le monde est unanime pour dire que la loi du 12 janvier 1994 a permis une amélioration de la qualité des soins (Marsala & Pautrat, 2011). Cependant les études de terrain montrent que ce n'est pas si simple.

Pour accéder à l'UCSA, les personnes détenues doivent écrire un courrier dans lequel elles exposent les motifs de leur demande. Cela crée un frein pour les personnes qui ne maîtrisent pas la langue française écrite (illettrés, allophones). Pour limiter cet effet, certaines unités sanitaires mettent à disposition des formulaires avec des logos à cocher. Ces courriers sont déposés dans des boîtes aux lettres spécialement dédiées. En centre de détention où les déplacements sont relativement libres, les personnes détenues ont un accès facile aux boîtes aux lettres. En maison d'arrêt où les personnes sont la plupart du temps en cellule, cela est plus compliqué et peut faire l'objet d'un rapport de force entre les surveillants et les personnes détenues (Mahi, 2015). Les infirmiers relèvent quotidiennement les boîtes aux lettres, trient les courriers et répartissent les demandes entre les différents soignants (infirmiers, dentistes, médecins). La liste des convocations est remise à l'administration pénitentiaire qui organise les déplacements des personnes détenues. En 2003, Milly note que cette organisation peut être freinée à la fois par le fonctionnement pénitentiaire et par les rapports de force qui peuvent exister entre détenus, surveillants, administration et services médicaux. Il précise que cela est

notamment vrai pour les soins jugés bénins mais qu'en cas d'urgence ou problèmes graves, l'accès au soin est facilité.

Milly (2003) rapporte également une qualité de soin qui n'est pas équivalente à la qualité des soins dispensés à l'extérieur, même si il précise que la « nature des soins est variable selon les établissements et les professionnels qui y interviennent ». Il évoque tout d'abord la difficulté de garder le secret médical. En effet, si le colloque singulier est devenu la règle générale, et même si les soignants sont particulièrement soucieux d'éthique, il reste difficile pour les détenus de cacher la nature de leur maladie en raison de la promiscuité, des consultations fléchées ou encore du nom des médicaments distribués. À cela peut s'ajouter parfois le manque de vigilance voire l'indifférence de certains soignants. Il note également, dans certaines prisons, des consultations réduites à leur plus simple expression en raison de contraintes de temps mais également d'une vision organiciste de l'acte de soin particulièrement accentuée en prison. Il met ces constatations en lien avec le fait que les patients détenus sont captifs. Comme le précise Mahi (2015) : ils ne peuvent choisir ni le soignant ni le type de soignant. Un autre facteur qui pourrait entrer en jeu et qui n'est pas limité à la condition de détenu est l'existence de différences de pratiques des médecins liées aux caractéristiques sociales des patients et notamment à la précarité (Petitclerc-Roche, 2013). L'auteur évoque notamment « les difficultés de communication entre patient et médecin liées à la distance sociale existant entre eux ».

Pour les soins effectués hors de la prison, la mise en œuvre des textes de loi est également touchée par les contraintes spécifiques à la prison. Pour des raisons de sécurité, les détenus ne connaissent pas à l'avance le jour et l'heure de leur extraction médicale. Ils peuvent par exemple avoir obtenu des parloirs au même moment, d'autres rendez-vous. Dans un rapport publié en juillet 2015, le contrôleur général des lieux de privation de liberté constate que les détenus sont systématiquement menottés et entravés pendant les transferts alors que ces dispositifs devraient être proportionnés au risque présenté par la personne détenue. D'autre part, les conditions du respect du secret médical ne sont pas respectées, certains surveillants assistant aux consultations. Ces conditions conduisent certains détenus à renoncer aux soins (Hazan, 2015). Outre la non-prise en charge de leurs problèmes de santé, cela peut rendre difficiles leurs relations avec les unités de soin (Mahi, 2015).

Les déplacements sont également tributaires de la disponibilité des escortes. Des extractions médicales pour des rendez-vous avec des spécialistes peuvent ainsi être annulées à la dernière minute. Cela n'arrange pas la relation des soignants avec ce type de patients. Pour pallier ces

difficultés, le contrôleur général des lieux de privation de liberté préconise de renforcer la présence de médecins spécialistes dans les unités et l'usage de la télémédecine mais également de développer l'usage des conditions légales de permissions de sortie.

Malgré ces aspects qui semblent freiner l'accès au soin, Mahi (2015) relève trois facteurs d'investissement dans le soin. D'une certaine manière, la prison offre un cadre de stabilité et disponibilité qui conduit certains détenus à profiter de ce temps pour une prise en charge globale. La prise en charge financière des soins est un autre argument positif notamment pour les nombreux détenus qui, nous l'avons vu, n'ont pas de protection sociale. Enfin le soin permet d'accéder à un « système de privilèges » : liberté de circuler pour se rendre à l'unité de soin, passage de l'identité négative du détenu à l'identité plus positive du patient et enfin la participation aux soins peut donner droit à des remises de peine supplémentaires. Dans la réalité, seuls les soins considérés comme pouvant réduire la récurrence peuvent conduire le juge d'application des peines à prononcer des remises de peine supplémentaires.

#### 2.1.4.3.3 *Le secret médical*

La question du secret médical est une question récurrente au sein des équipes médicales. Lécu, médecin en unité sanitaire écrit :

Parce que c'est un lieu « limite » où plus facilement qu'ailleurs la médecine peut devenir tortionnaire, parce que c'est une institution exemplaire en ce qu'elle grossit les tendances de la société qui l'abrite, le médecin qui se laisse questionner par la problématique de la prison sait que la garde du secret est ici plus importante qu'ailleurs. Car c'est en prison ou plus généralement dans les lieux de contrainte qu'il cède d'abord. Mais si il cède ici, il cédera ailleurs. C'est pourquoi les médecins, tous, doivent veiller à sa garde. C'est une discipline nécessaire. Si jamais baisse la vigilance, si se corrompt la ténacité, c'est l'effroi qui guette. Car la remise en cause du secret médical a quelque chose à voir avec la profanation (Lécu, 2013, p.287).

Cette volonté tenace de respecter le secret médical peut avoir des conséquences non attendues. Pour éviter que des informations confidentielles ne soient lues par les co-détenus ou par les surveillants lors des fouilles, les médecins préfèrent ne pas remettre aux détenus les documents concernant leur pathologie (résultats d'examens, courriers diagnostiques, etc.) et ne leur transmettent les informations que de manière orale. Notre mémoire auditive n'étant pas exhaustive, cela laisse les détenus dans une incertitude qu'ils ne peuvent lever en consultant les documents. De la même manière cela les laisse dans un rapport d'immédiateté à

la maladie (Mahi, 2015). Ce rapport quasiment sacré au secret médical peut également, par incompréhension, créer une relation tendue avec les autres acteurs de la détention. Comme le dit le médecin psychiatre dans le documentaire de Sauder (2012) : « parfois la tentation est grande de se prendre pour des gentils soignants face aux méchants pénitenciers ».

Lécu (2013) élargit la notion de secret médical. Ce n'est pas seulement suivre la règle du serment d'Hippocrate, c'est plus largement une posture. Ce n'est pas seulement taire ce que l'on a entendu ou vu mais c'est également ne pas voir ce qui n'est pas à voir. Selon elle, le respect du secret médical n'est pas une évidence et sa discipline doit être exercée. La prison et le soin des personnes détenues pourraient en être une excellente école.

## **2.2 L'orthophonie en détention**

### **2.2.1 La présence de troubles**

#### **2.2.1.1 Le langage écrit**

Il semble que l'intérêt premier porté à la question du langage chez les détenus ait surtout concerné la question du langage écrit. On peut relier cette attention principale pour l'écrit à l'importance de la communication écrite dans notre société (Rondal, 2007). L'impératif de l'écrit prend une encore plus grande importance en détention : toute demande d'activité doit être écrite.

En France, la question du langage écrit est abordée sous l'angle du dépistage de l'illettrisme. Face à l'importance du taux d'illettrisme dans la population détenue, une réponse éducative est apportée. Tous les détenus passent un test de dépistage à leur entrée en prison. On trouve ainsi que 20 % des détenus échouent au test de lecture (Direction de l'administration pénitentiaire, 2007a). Ces personnes se voient alors proposer en priorité des cours de remise à niveau par l'éducation nationale.

De même aux États-Unis, une étude de 1994 s'intéresse à la « Prison literacy » (Newman, Lewis & Beverstock, 1994).

Au Royaume-Uni ou en Suède, il semble que l'intérêt porté aux troubles du langage chez les détenus ait commencé par des recherches portées par des sociétés scientifiques comme la Dyslexia Scotland Trust ou encore le Dyslexia project (Kirk & Reid, 2001). Des travaux ont été menés pour étudier le lien entre dyslexie et délinquance. Kirk et Reid (2001) citent Critchley et Critchley qui, dès 1978, font le lien entre dyslexie et crime. Les auteurs

soulignent l'importance de dépister la dyslexie chez les détenus et de prescrire une prise en charge pendant l'incarcération mais aussi à la sortie de prison. Ils annoncent une campagne de dépistage de la dyslexie dans les prisons écossaises pour déterminer la prévalence de la dyslexie dans la population carcérale. En 2004, la British Dyslexia Association publie un rapport sur les moyens pratiques pour identifier la dyslexie chez les jeunes détenus (Pruden, Young, Thomas, Boden, & Singleton, 2005).

Aux Pays-Bas, Van Nuland (2013), dyslexique devenu coach pour dyslexique, met au point une formation à destination des enseignants pour leur permettre de tirer profit des compétences des dyslexiques pour mieux leur enseigner. La rencontre avec une formatrice auprès de détenus va donner un nouvel angle à son approche. Dans le cadre d'un projet européen, ils vont former des enseignants qui interviennent en prison et leur proposer de monter un module de formation destiné aux détenus dyslexiques. Ce projet qui se déroule dans trois prisons hollandaises va être plébiscité par les directeurs de prison, les enseignants qui se sont emparés des outils proposés et envisagent d'utiliser leurs nouvelles compétences avec tous leurs élèves, et par les détenus. Ceux-ci découvrent un nouveau rapport à l'apprentissage qui leur redonne confiance en eux et leur ouvre de nouvelles perspectives quant à leur avenir. Cette première initiative va se poursuivre à travers un nouveau projet européen qui va financer des modules de formation à destination des enseignants qui interviennent en prison. Les participants viennent de pays aussi variés que l'Estonie, la Roumanie, ou le Royaume-Uni. La troisième édition de cette formation a eu lieu en mars 2018.

#### 2.2.1.2 Les troubles de la parole, du langage et de la communication

Les troubles de la parole, du langage et de la communication de manière plus générale ont été étudiés plus tardivement et dans quelques pays seulement. Il semble que les recherches aient d'abord porté sur les jeunes. Ainsi Bryan, dans une étude de 2007 consacrée à de jeunes détenus anglais âgés de 15 à 18 ans, montre que 60 % d'entre eux ont des troubles de la parole, du langage et de la communication. Dans cette étude, le vocabulaire et la grammaire étaient testés à l'oral en réception et en production. Le niveau des jeunes en littératie et numératie venait des données de l'administration pénitentiaire : 60 % des jeunes n'atteignaient pas le niveau attendu pour un enfant de 11 ans. Tant en langage oral qu'en langage écrit, ces jeunes semblent ne pas avoir le niveau nécessaire pour suivre les programmes de lutte contre la récidive.

En Australie, Snow et Powell (2002) comparent les performances de jeunes détenus à celles

de jeunes tout-venant de deux ans plus jeunes dans des tâches de rapidité et précision en compréhension, de compréhension du langage abstrait (métaphores, inférences) et de production d'un récit détaillé, logique et ordonné. Tâches qui sont sollicitées dans la communication au quotidien. Les jeunes détenus ont des résultats significativement plus bas dans les trois tâches.

## **2.2.2 Une réactivité différente selon les pays**

### 2.2.2.1 Des orthophonistes dans les services pénaux

Cela va conduire le système pénitentiaire britannique à inclure des orthophonistes dans les « youth offending service » qui sont des services qui travaillent avec les jeunes en rupture avec la loi : de l'arrestation jusqu'au suivi en détention si condamnation il y a.

Bryan et Gregory (2013) ont étudié l'impact de la présence d'orthophonistes dans une équipe du « youth offending service ». Les membres de l'équipe renvoient un bilan globalement positif. Selon eux, la présence d'orthophonistes a été utile pour les jeunes mais aussi pour les professionnels. En effet, ils ont été formés à différencier les comportements difficiles de ceux liés aux troubles de la parole, du langage et de la communication et à s'adapter aux difficultés de langage des jeunes. Cela leur a permis d'améliorer leurs pratiques d'accompagnement vers la réinsertion.

Pour autant, certains pensent que la réponse apportée en terme de postes d'orthophonistes est encore insuffisante et ne permet pas de répondre à tous les besoins. Ainsi Clark, Barrow et Hartley (2012) rapportent que 218 personnes en lien avec le système judiciaire écossais, dont 45 personnes détenues, ont été suivies par un orthophoniste. Alors que dans la seule prison de Polmont on peut estimer à 456 le nombre de détenus ayant des troubles de la parole, du langage et de la communication (soit 60 % des jeunes hommes détenus dans cette prison). Comme ils le précisent, même si tous ne nécessitent pas une prise en charge spécialisée, les chiffres sont tels que l'on peut conclure que les besoins ne sont pas couverts.

On observe sensiblement la même démarche en Australie, même si le nombre d'orthophonistes intervenant dans le cadre du système judiciaire reste faible : en 2015, le premier orthophoniste à temps plein venait d'être embauché par le Parkville Youth Justice Centre à Melbourne (Snow, Sanger, Caire, Eadie, & Dinslage, 2015).

On notera que tous ces travaux concernent essentiellement les jeunes délinquants. Kim Turner (cité par Coles, Gillet, Murray, & Turner, 2017) a effectué une revue de la littérature portant sur la prévalence des troubles de la parole, du langage et de la communication. Sur 21 études

seules deux sont consacrées aux adultes.

McNamara (2012) s'est intéressé à la question de la prise en charge orthophonique dans un « forensic support service » au Royaume-Uni. Ces services rassemblent des infirmiers et des psychologues auxquels ont été adjoints des orthophonistes. Ils ont pour mission d'apporter un soutien technique aux services sociaux et de justice pour la prise en charge de personnes de plus de 18 ans qui ont des troubles cognitifs et qui sont en lien avec le système judiciaire. Des orthophonistes sont également présents. Bien que des besoins en suivi orthophonique aient été montrés, il y avait initialement peu de demande de prise en charge. C'est l'introduction d'un outil de dépistage qui a permis l'augmentation des prescriptions.

Bien que la présence bénéfique des orthophonistes au sein des équipes ne soit pas remise en question, des débats commencent à émerger entre les tenants et les adversaires de telle ou telle méthode (Amstrong, 2015 et Snow, Sanger, Belieu, Caire, & Eadie, 2015). Au-delà de la controverse, ils sont le signe d'une activité suffisante pour être discutée. Ce qui n'est pas le cas dans de nombreux autres pays.

#### 2.2.2.2 Rien ou si peu

Ainsi aux États-Unis, où pourtant de nombreuses évaluations de la prévalence des troubles ont été menées, il ne semble pas que le problème ait été pris en compte par le système judiciaire. La Vigne et Van Rybroek (2001) s'interrogent sur l'incapacité du monde juridique à prendre en compte ce phénomène alors que l'on a pu montrer le lien entre faibles compétences langagières et une multitude de perturbations émotionnelles et comportementales. L'ouvrage qu'ils publient est une tentative pour faire bouger les lignes. Ils proposent une série d'adaptations concrètes qui peuvent être mises en place à chaque niveau du système judiciaire. Pour eux, ces adaptations s'imposent en tant que question éthique. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge des détenus par des orthophonistes, ils considèrent qu'un déploiement à l'ensemble de la population carcérale n'est pas envisageable même si l'on devrait y recourir plus fréquemment.

Quelques études ont également été publiées dans d'autres pays, comme la Grèce où Zakopoulos (2013) fait une étude rétrospective et comparative entre le comportement criminel et les difficultés d'apprentissage, dont les troubles du langage, chez 117 détenus. Il ne semble pas que ces études aient entraîné ni un plan de recherche à plus long terme ni un plan d'action de la part du système pénal.

En France, il semble que la question soit encore moins présente. Hors la question de l'illettrisme, aucune équipe de recherche n'a publié sur ce sujet. Seules quelques étudiantes en

orthophonie y ont consacré leur mémoire de fin d'études. Les travaux les plus importants sont les plus récents. Blondet et Guiraud (2014) ont effectué une étude pilote auprès de 19 détenus mineurs chez lesquels elles ont évalué le langage oral. Quinze des jeunes évalués présentent des résultats considérés comme pathologiques. Bien que leur échantillon soit restreint et qu'il faille prendre les résultats avec précaution, elles montrent un lien entre niveau de langage oral pour le lexique en réception et le rappel de récit et nombre de sanctions disciplinaires d'une part et transfert vers une unité « confiance » d'autre part. De même Bilbao et Penavayre (2016) dans une étude consacrée au langage oral chez 32 sujets mineurs placés en centre éducatif fermé observent que 62 % des jeunes ont un score considéré comme pathologique à au moins une épreuve de langage oral. La population des jeunes détenus ne semble donc pas différer de celles étudiées au Royaume-Uni ou en Australie.

Cette absence d'intérêt au niveau de la recherche se répercute dans la prise en charge. L'intervention d'orthophonistes au sein de la prison est une exception et les services de santé semblent rencontrer des difficultés pour organiser la venue d'un orthophoniste au cas par cas pour des raisons à la fois internes (complexité du système) et externes (orthophonistes volontaires) (Blondet & Guiraud, 2014).

En ce qui concerne la situation des adultes, il n'y a tout simplement pas d'études les concernant en France alors qu'ils représentent 99 % de la population carcérale.

Il nous a alors semblé important de poursuivre ces investigations qui ébauchent un nouveau domaine d'étude à la fois de l'orthophonie et de la population carcérale française. Il nous semblait intéressant d'élargir l'abord de la question afin d'aboutir à une évaluation des besoins en soins orthophoniques de la population détenue qui pourrait servir de base de réflexion quant à la mise en place de consultations d'orthophonie pérennes. Cela nécessitait d'opérer deux déplacements afin de considérer la population carcérale dans son ensemble. Le premier consiste à s'intéresser aux mineurs et aux adultes. Le second consiste à quitter l'évaluation orthophonique directe pour une évaluation des besoins qui fait appel à des méthodes de santé publique. Ce sont ces méthodes que nous allons détailler maintenant.

### 3. Méthodologie

Estellat et Lebrun (2004) recensent cinq méthodes couramment utilisées dans l'évaluation des besoins en soins en santé publique : la modélisation à l'aide d'indicateurs, la consultation d'informateurs clés, les enquêtes spécifiques, l'estimation de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle et la réalisation de normes. Chacune ayant ses limites, ils recommandent de les associer pour obtenir une estimation au plus près de la réalité.

L'estimation de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle ne convenait pas à l'étude présente puisque nous avons constaté qu'il n'y a actuellement peu ou pas d'orthophonistes qui interviennent en milieu pénitentiaire. De même, la modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques n'est pas adaptée à la situation présente puisqu'elle s'appuie également sur l'utilisation actuelle des soins. Nous avons donc effectué trois types de travaux : une tentative d'élaboration de normes à l'aide de données de prévalence et de recommandations de bonnes pratiques, une enquête spécifique par le biais des médecins généralistes de l'UCSA et des enseignants des unités locales d'enseignement et enfin la consultation d'informateurs clés par le biais d'entretiens.

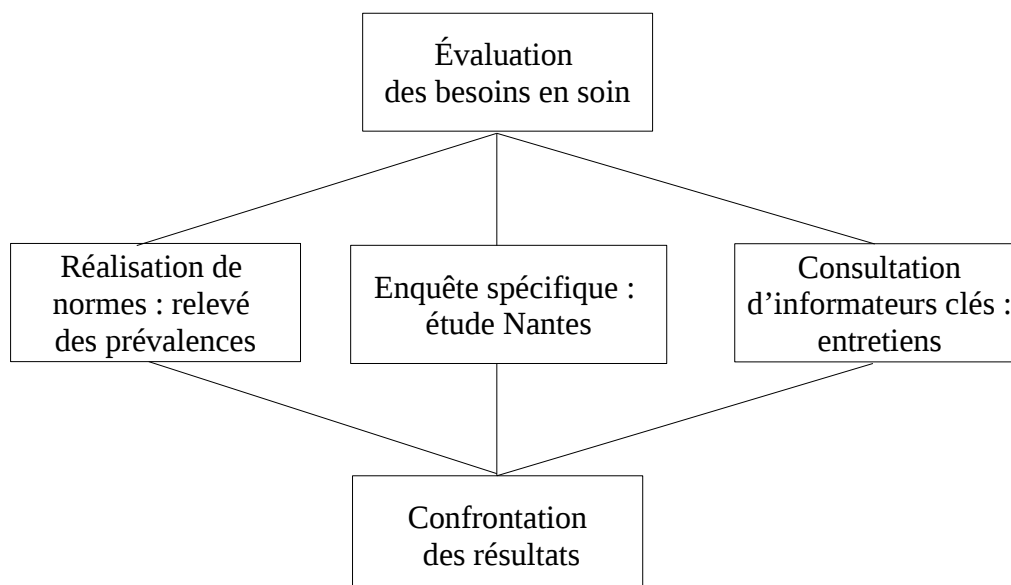


Figure 1: Schéma méthodologique

#### 3.1 Élaboration de normes

Nous avons effectué une recherche bibliographique des données épidémiologiques relatives aux pathologies pouvant concerner les patients adultes ou adolescents.

### **3.1.1 Choix des troubles pouvant concerner les patients adultes ou adolescents**

Critères d'inclusion : troubles et pathologies recensés dans la nomenclature générale des actes professionnels (Union nationale des caisses d'assurance maladie, 2018).

Critères d'exclusion : rééducations ne concernant que les enfants. Ainsi sont retirés : troubles de la communication et du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, dans les paralysies cérébrales, dans le cadre des troubles envahissants du développement et dans le cadre des maladies génétiques.

### **3.1.2 Recherche des données épidémiologiques**

Dans notre tentative d'élaboration de normes à partir des données épidémiologiques et des recommandations de bonnes pratiques, nous nous sommes confrontés à plusieurs difficultés. Le champ d'action de l'orthophonie est vaste et la définition des troubles pris en charge reste parfois imprécise. De ce fait la stratégie consistant à utiliser des mots clés pour extraire les données scientifiques à partir de bases de données s'est avérée inadaptée à l'ambition d'un mémoire de fin d'étude. Pour exemple, le groupe d'experts qui a fait la synthèse des données concernant la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie a utilisé plus de 2000 articles (Barrouillet et al., 2007). Or cela ne concerne que quelques-uns des troubles abordés ici.

Nous avons donc effectué un sondage des données épidémiologiques sur différentes bases de données (Pubmed, Google scholar) ou sites spécialisés. Elles proviennent de différentes sources : articles publiés, documents d'expertise collective de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, statistiques de l'assurance maladie et mémoires d'orthophonie.

D'une manière générale, dans notre sélection des références, nous avons privilégié les expertises collectives, les revues de littérature ou les études qui portaient sur une population importante.

Quand elles étaient disponibles, nous avons priorisé l'utilisation de données concernant la population carcérale. C'est notamment le cas pour les troubles du langage oral, les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les traumatismes crâniens et l'épilepsie.

La prévalence la plus basse est systématiquement retenue quand la littérature donne une fourchette de prévalence.

Pour les troubles neuro-développementaux, il est parfois difficile de trouver une prévalence pour la population adulte. Soit la prévalence chez les enfants est utilisée telle quelle, soit elle est corrigée par un taux de persistance quand il existe.

Pour les troubles acquis (dysphagie, dysarthrie, aphasie et troubles cognitifs), les prévalences des pathologies sont utilisées. Nous avons en cela élargi la recommandation de Roth (2011) qui avance que l'épidémiologie de la dysarthrie est mieux définie par l'épidémiologie des différentes étiologies qui peuvent entraîner une dysarthrie. Les prévalences sont corrigées par le taux de séquelles quand il a pu être trouvé, notamment pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

## **3.2 Enquête spécifique via les médecins et les enseignants**

### **3.2.1 Recrutement des sujets**

#### **3.2.1.1 UCSA**

Tous les patients des consultations généralistes de l'UCSA sur les trois sites pénitentiaires de l'agglomération nantaise (maison d'arrêt, centre de détention et établissement pénitentiaire pour mineurs) entre le 01/11/17 et le 31/01/18 sont inclus dans l'étude.

#### **3.2.1.2 Secteur scolaire**

Pour limiter la sous-évaluation des besoins en bilan orthophonique de type troubles du langage écrit et de la cognition mathématique, les élèves des unités d'enseignement des trois sites sont inclus dans l'étude.

### **3.2.2 Recueil des données**

#### **3.2.2.1 Aide au recueil des données : fiche des signes d'appel**

Suite au constat d'une méconnaissance des indications de l'orthophonie par les médecins et les enseignants et à leur demande, une fiche d'aide au recueil des données est réalisée. Elle synthétise les signes d'appel des troubles pouvant relever d'une indication de bilan orthophonique. Cette fiche est faite à partir de la liste des troubles pris en charge en orthophonie pouvant concerner les adultes et adolescents. Pour chaque trouble, une liste des signes d'appel est constituée à partir des données de la littérature. Quand les données sont disponibles, les objectifs de prise en charge sont également relevés. Cela constitue une première fiche des signes d'appel classés par pathologie.

À la demande des médecins, les signes d'appel sont ensuite regroupés par catégorie. Pour chaque catégorie, les troubles et les indications de bilan correspondant sont indiqués. Cela constitue une deuxième fiche plus condensée où les troubles sont classés par signes d'appel (annexe A).

### 3.2.2.2 UCSA

Le recueil de données est fait par les sept médecins généralistes de l'UCSA au cours des consultations de suivi et consultations « arrivant ». Le recueil n'est pas fait sur les consultations d'urgence.

Les patients sont informés de manière générale par voie d'affichage du déroulement de l'étude. Les affiches (annexe B) ont été conçues suivant les règles du Facile à lire et à comprendre (FALC) éditées par l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis en 2009. À l'origine, c'est un ensemble de règles qui ont été rédigées pour permettre aux personnes avec un déficit intellectuel d'avoir accès à l'information. Il s'avère que cela est également très utile pour les personnes qui ont des difficultés à lire ou qui ne parlent pas bien le français.

Il y a des règles d'écriture (des mots faciles, des phrases courtes, seulement les informations les plus importantes, etc.) et de mise en page (police sans empattement, alignement à gauche, une phrase par ligne, etc.).

Cela donne un style qui peut paraître simpliste mais qui est a priori compréhensible par le plus grand nombre de personnes.

Seuls les patients pour lesquels les médecins concluent à une indication pour un bilan en orthophonie sont relevés. Pour ceux-ci on note un code anonymat, les signes observés et/ou le type de bilan demandé sur une feuille recueil (annexe C). L'observation est également inscrite dans le dossier du patient. Seuls les patients sortants se voient, éventuellement, proposer une ordonnance pour un bilan orthophonique lors de la consultation de sortie.

Les données de fréquentation de l'UCSA sur cette période sont extraites à l'aide du logiciel de gestion des rendez-vous Qplanner. Le nombre de personnes détenues est fourni par les services du greffe des établissements pénitentiaires.

Les résultats sont regroupés à la fin de la période d'étude. Les données sont compilées sur le logiciel libreOffice calc.

### 3.2.2.3 Secteur scolaire

Le recueil de données est fait par les enseignants de l'équipe au cours de leurs classes. Les élèves sont informés du déroulement de l'étude par voie orale et voie d'affichage. Comme à l'UCSA, les affiches ont été conçues selon les règles du FALC.

Seuls les élèves pour lesquels les enseignants conseilleraient un bilan en orthophonie sont relevés. Pour ceux-ci, on note un code anonymat et les signes observés sur une feuille recueil qui est conservée en salle des professeurs. Seuls les personnes sur le point de sortir se voient,

éventuellement, conseiller de parler de ces signes au médecin lors de la consultation de sortie. Les effectifs de l'établissement scolaire sont fournis par son directeur. Les résultats sont regroupés à la fin de la période d'étude. Les données sont compilées sur le logiciel libreOffice calc.

### **3.2.3 Analyse**

#### **3.2.3.1 Doublons**

Le code d'anonymat permet de détecter les personnes repérées à la fois à l'UCSA et au secteur scolaire (annexe C).

#### **3.2.3.2 Description**

Les analyses statistiques sont faites grâce au logiciel LibreOffice calc. Elles sont descriptives.

## **3.3 Consultation d'informateurs clés**

Afin d'enrichir ces données quantitatives par une approche plus qualitative, différents professionnels qui interviennent auprès des personnes détenues ont été questionnés sur leur vision de la place de l'orthophonie en milieu pénitentiaire.

### **3.3.1 Recrutement des sujets**

Les informateurs sont recrutés via un réseau personnel.

Trois secteurs principaux ont été repérés :

- secteur médical : médecin, psychiatre, infirmier en psychiatrie, orthophoniste.
- secteur juridique : juge d'application des peines, avocat pénal, contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- secteur réinsertion : enseignant, chargé d'accompagnement professionnel, éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse, conseiller du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Critères d'inclusion : travailler ou avoir travaillé avec des personnes incarcérées.

Une seule personne par profession est contactée. Sauf chez les enseignants, car le premier contact tardant à répondre, nous avons activé un deuxième réseau et les deux contacts ont répondu positivement en même temps.

### **3.3.2 Recueil des données**

Le recueil des données s'effectue par le biais d'une enquête exploratoire par entretiens semi-dirigés.

Chaque personne est contactée par un courriel qui lui présente l'objet de la recherche et les conditions de l'entretien et qui contient, en pièce jointe, la lettre de consentement éclairé.

Les entretiens se déroulent soit par téléphone soit sur le lieu de travail des professionnels. Chaque entretien est enregistré sur dictaphone puis retranscrit.

Les entretiens sont pensés sur un mode semi-dirigé afin de permettre à l'interlocuteur d'engager et de développer librement sa réflexion. Dans ce même but de facilitation de la cohérence interne du discours de l'interviewé, les relances prennent la forme de questions ouvertes de type «relance-reflet» (Gotman & Blanchet, 1992), reformulation, sollicitation à compléter ou interprétation. Par ailleurs, l'entretien semi-directif autorisant une grande liberté de parole, l'ordre des questions est souple, l'important étant que toutes les questions inscrites dans la grille d'entretien soient abordées.

Initialement la grille d'entretien ne comprenait que deux thèmes : la présentation du rôle du professionnel auprès des personnes incarcérées et sa rencontre éventuelle au cours de son expérience professionnelle d'une personne incarcérée nécessitant une prise en charge orthophonique. Suite au premier entretien, la grille s'est enrichie d'un nouveau thème : les bénéfices attendus de la présence d'un.e orthophoniste dans l'équipe de soin pour les personnes détenues et/ou pour l'équipe.

### **3.3.3 Analyse**

La technique utilisée pour l'analyse du corpus s'inspire de l'ouvrage « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales » de Paillé et Mucchielli (2016). La première étape dans le traitement des données consiste en un examen phénoménologique de chaque entretien. L'objectif est ainsi d'être « instruit par les témoignages avant de se les approprier » (Paillé & Mucchielli, 2016). Les énoncés phénoménologiques produits en marge du texte servent alors de base à une analyse thématique. Pour chaque entretien, un relevé des thèmes est effectué avec regroupement des ensembles saillants en rubriques et sous-rubriques.

Tous les relevés de thèmes sont ensuite fusionnés en un seul document qui est travaillé en fonction des récurrences, divergences, oppositions, convergences, et/ou complémentarités repérées entre les rubriques et sous-rubriques afin de former un arbre thématique.

## **4. Résultats**

Les résultats de chaque approche seront décrits séparément. Les normes et recommandations seront classées selon trois grands types de troubles : les troubles développementaux, les troubles acquis et les troubles neurodégénératifs. Les résultats de l'enquête spécifique menée par les médecins et enseignants des établissements pénitentiaires de Nantes nous donneront des informations sur le nombre de cas repérés selon les lieux d'incarcération (maison d'arrêt, centre de détention et établissement pénitentiaire pour mineurs) et selon le type de pathologies. Enfin la matière des entretiens sera rendue sous la forme d'extraits d'entretiens organisés en huit thèmes différents.

### **4.1 Tentative d'élaboration de normes**

D'une manière générale, les données de prévalence proviennent de sources très variables, issues de populations très différentes et de niveaux de preuve également très variables.

#### **4.1.1 Troubles développementaux**

Nous nous sommes d'abord intéressés aux troubles développementaux. Dès les premiers signes d'alerte, la Haute Autorité de Santé (HAS) (2017) recommande un bilan orthophonique et une prise en charge si nécessaire pour les troubles du langage oral, du langage écrit et de l'apprentissage du calcul.

Dans un document de synthèse des données réalisé pour le Royal college of speech and language therapists (RCSLT), Coles, Gillet, Murray et Turner (2017) rapportent les résultats de trois études concernant les troubles du langage oral chez les détenus adultes : la prévalence des troubles est comprise entre 44 et 100 %. Pour les jeunes, les prévalences observées sont de 65-90 %. Elles correspondent aux résultats de Blondet et Guiraud (2014) dont l'étude met en évidence un taux de 79 % de difficultés en langage oral chez des mineurs incarcérés en France.

Concernant le langage écrit, 20 % des entrants en prison échouent au test de lecture (Direction de l'administration pénitentiaire, 2017a). Or Delahaie et al. (1998) ont trouvé que la dyslexie pouvait être un cadre explicatif pour environ 50 % des jeunes en difficultés de lecture. 10 % des entrants pourraient ainsi être concernés par ce trouble. On peut également se référer au document publié par Barrouillet et al. (2007) dans le cadre d'une procédure d'expertise collective : « En France, en l'absence de données épidémiologiques fondées sur des cohortes d'enfants de l'envergure des cohortes anglophones, trois études, sur la base de critères et

d'épreuves différents, indiquent une prévalence comprise entre 6 % et 8 % ».

Les données concernant la dyscalculie sont issues d'un article de Fischer et Charron (2009) qui utilisent les résultats de l'enquête Information et vie quotidienne 2004 pour « estimer la proportion de personnes adultes dont les performances sont compatibles avec une dyscalculie » acquise ou développementale. Ils obtiennent un pourcentage de 3 %. Ce résultat est concordant avec ce que rapporte Thibaut (2016) dans son mémoire consacré à la dyscalculie chez les adultes, dans lequel elle écrit : « Compte tenu de la diversité des critères pour diagnostiquer la dyscalculie et du manque de consensus sur sa définition, il est difficile de déterminer une prévalence. Au regard des diverses études (Badian, 1999, Gross-Tur, 1996, Lewis et al, 1994), le taux de dyscalculie varie de 3 à 6% ». D'après Barrouillet et al. (2007) qui citent également ces deux études (Gross-Tur, 1996 et Lewis et al., 1994), il y aurait une comorbidité avec la dyslexie chez 17 à 64 % des enfants dyscalculiques.

Kirby et al. (2009) déplorent le manque d'outils standardisés pour l'évaluation des troubles praxiques chez les adultes. Ils rapportent que la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) annonce une prévalence de 6 % de troubles praxiques chez les enfants. Barrouillet et al. (2007) recensent un pourcentage de comorbidité avec la dyslexie de plus de 50 %. Selon les études (Cantell, Smyth, & Ahonen, 2003; Geuze & Borger, 1993; Knuckey & Gubbay, 1983; Losse et al., 1991 in Kirby et al., 2009), le taux de persistance des troubles à l'âge adulte varie entre 30 et 87 %. Nous pouvons donc estimer une prévalence des troubles praxiques à l'âge adulte comprise entre 2 et 5 %. Moody (2014) précise que les principales difficultés à l'âge adulte concernent les aspects cognitifs de la dyspraxie : séquençage et structuration de l'information, compétences organisationnelles, gestion du temps et compétences sociales.

Pour les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), nous nous sommes appuyés sur une méta-analyse de Young et al. (2015) qui leur permet de définir une prévalence de 25 % dans la population carcérale au niveau mondial. Ils notent qu'elle est bien supérieure à celle généralement admise pour la population générale (1-5%). Selon Barrouillet et al. (2007), 25 à 40 % des enfants hyperactifs souffrent de troubles de la lecture. La HAS (2014) recommande des soins orthophoniques principalement lorsque les troubles de l'attention sont associés à d'autres troubles développementaux.

Yairi et Ambrose (2013), dans une revue des données épidémiologiques tenant compte des données actuelles sur le bégaiement, recommandent de prendre 0,7 % comme estimation de la prévalence du bégaiement sur une vie entière.

#### 4.1.2 Troubles acquis

Selon Llewellyn et al. (2014), il n'y a pas de consensus sur la définition des dysfonctionnements de la trompe d'Eustache et peu d'études de prévalence sont disponibles. Ils rapportent néanmoins une étude menée au Royaume-Uni sur 2706 adultes qui donne une prévalence de 0,9 %.

Pour la surdité, le pourcentage de personnes se plaignant de l'inefficacité de leur prothèse auditive a été retenu (Ersnt, 2009). Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 1 % des personnes entre 18 et 29 ans et 2 % des personnes entre 30 et 44 ans ont des difficultés d'audition résiduelles après appareillage (Prost & Rey, 2015).

 luard (2004), dans un document consacré aux troubles de la voix chez les enseignants, rapporte une fluctuation de la prévalence du trouble dysphonique dans la population générale de 0,65 à 15 % selon les études. Autesserre et al. (2006) argumentent que ces fluctuations pourraient être dues au manque d'études sérieuses mais aussi au manque de consensus sur la définition de la dysphonie.

L'Association mondiale des professionnels en santé transgenre rapporte que l'estimation d'une prévalence fiable des personnes transgenre se heurte à de nombreuses difficultés (Coleman et al., 2012). Elle cite néanmoins des taux de prévalence compris entre 0,02 et 0,08% pour les personnes trans homme-vers-femme (MtoF). La r ducation orthophonique est indispensable pour la plupart de ces personnes (HAS, 2009a) bien que peu de données soient disponibles à ce sujet.

La paralysie faciale périphérique (PFP) est un symptôme rare, son incidence est comprise entre 11 et 40 /100 000 par an selon les études (De Diego-Sastre, Prim-Espada, & Fernandez-Garcia 2005 in Somasundara & Sullivan, 2017).

Pour les pathologies suivantes, nous avons couplé les données de prévalence avec le pourcentage de séquelles sur le long terme.

Pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et du système nerveux central (SNC), nous avons utilisé les données publiées par l'institut national du cancer pour l'année 2008 (Colonna, Mitton, & Grosclaude, 2014). La majorité de ces cancers donnent des séquelles en terme de dysphagie et/ou troubles de la communication et la prise en charge thérapeutique comprend une r ducation orthophonique (HAS, 2009b, 2010).

De Peretti, Girmaud, Tuppin, Chin et Woimant (2012) utilisent les données déclaratives des enquêtes Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution de 2008-2009 pour estimer la

prévalence des antécédents d'AVC : elle est de 1,2 %. Nous avons couplé cette donnée avec les résultats d'une étude menée par Flowers, Silver, Fang, Rochon et Martino (2013) au Canada sur 250 patients qui conclue que 66 % des patients présentent au moins une de ces séquelles : dysphagie, dysarthrie et/ou aphasie avec 10 % des patients qui présentent les trois. Pour les traumatismes crâniens, nous avons utilisé les données de l'étude menée par Durand et al. (2016) à la prison de Fleury. Comme pour le TDAH, la prévalence au sein de la population carcérale (30,6%) est particulièrement élevée. En s'appuyant sur le pourcentage de personnes hospitalisées suite à un traumatisme crânien, Durand et al. (2017) estiment qu'elle est 60 fois supérieure à celle de la population générale. Dans une revue systématique de la littérature au niveau européen, Tagliaferri, Compagnone, Korsic, Servadei et Kraus (2006) retrouvent 10 % de traumatismes crâniens graves. Jourdan et al. (2016) dans un suivi à 4 ans de traumatisés crâniens graves rapportent que 25 à 68 % d'entre eux se plaignent de troubles cognitifs. La Société française de médecine physique et de réadaptation (2013) recommande une rééducation orthophonique pour contribuer à la réduction des troubles du comportement. Durand et al. (2017) rapportent un taux moyen d'épilepsie de 6 % dans la population carcérale. Le taux est de 11,8 % chez les personnes qui ont subi un traumatisme crânien et seulement de 3,4 % chez les autres. Néanmoins ce taux qui est basé sur la déclaration des personnes pourrait être sur-évalué en raison des bénéfices secondaires liés à une telle déclaration (prescription de benzodiazépine). La nécessité d'une prise en charge orthophonique est fonction de la localisation des crises et de leurs effets cognitifs (HAS, 2007a).

#### **4.1.3 Troubles neurodégénératifs**

Les données concernant les maladies neurodégénératives (sauf maladie de Huntington) proviennent de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (2017a, 2017b, 2017c). Elles sont établies à partir du nombre de personnes prises en charge en 2015 et standardisées sur la structure de la population nationale. Pour la maladie de Huntington, les données proviennent des Cahiers d'Orphanet (Nguengang Wakap, 2018). La prévalence est de 9,65 ‰ pour la maladie d'Alzheimer et autres démences, 3,77 ‰ pour la maladie de Parkinson, 0,05 ‰ pour la sclérose latérale amyotrophique, 1,6 ‰ pour la sclérose en plaque et 0,03 ‰ pour la maladie de Huntington. La prise en charge orthophonique fait partie des interventions non-médicamenteuses indispensables pour retarder les effets de la dégénérescence (HAS, 2006, 2007b, 2011, 2016 ; Bachoud-Lévi, 2009).

En suivant les lignes directrices que nous nous sommes données dans la méthodologie (privilégier les études portant sur la prison, prendre la plus petite prévalence en cas de fourchette de prévalence, etc.), nous obtenons le tableau récapitulatif suivant :

Troubles / Pathologies	Proportion de la population concernée (%)	Troubles / Pathologies	Proportion de la population concernée (%)
Langage oral	44	Voix	1
Langage écrit	6	Voix Transsexuelles MtoF	<0,1
Cognition mathématique	3	PFP	<0,1
Praxies	2	Cancers des VADS*	1
TDAH	25	Cancers du SNC*	<0,1
Bégaiements	1	AVC*	1
Dysfonctionnement tubaire	1	Maladies neurodégénératives*	2
Audition	1	Traumatismes crâniens *	1

\* les troubles pris en charge comprennent : dysphagie, dysarthrie, aphasie et/ou troubles cognitifs

Tableau 1: Tableau récapitulatif des troubles et pathologies pris en charge en orthophonie et de leurs prévalences respectives dans la population (les données sont arrondies à l'unité près).

## 4.2 Enquête spécifique via les médecins et les enseignants

La période de repérage s'est déroulée du 01/11/2017 au 31/01/2018. Sept médecins de l'UCSA et deux enseignants du secteur scolaire de la maison d'arrêt et du centre de détention de Nantes ont participé. Nous n'avons pas eu de retour du secteur scolaire mineurs.

Sur cette période, les médecins ont réalisé 2095 consultations, 1630 consultations de suivi et 465 consultations arrivant. Le secteur scolaire a suivi environ 280 élèves.

Il n'est pas possible de connaître le nombre de personnes passées en détention sur cette période mais il peut être estimé à partir du nombre de personnes détenues au premier jour de l'étude en ajoutant le nombre de consultations entrants. Cela donne une file active de 1672 personnes .

Les feuilles de recueil des données rassemblaient 54 sujets. Grâce au codage retenu, quatre doublons ont pu être repérés : deux doublons entre l'UCSA et le secteur scolaire et deux doublons au sein des consultations UCSA. Pour un des doublons, repéré en consultation UCSA, les signes décrits étaient totalement différents : il a été considéré que c'étaient deux individus différents. Les trois autres ont été considérés comme représentant chacun un seul

individu. Cinquante-et-une personnes ont ainsi été retenues. Elles se répartissent en fonction des lieux de détention de la manière suivante :

Site	Nombre d'individus repérés	Nombre d'individus présentant plusieurs troubles	Population carcérale
EPM	5 (6%)	3	81
Maison d'arrêt	32 (3%)	8	1080
Centre de détention	14 (3%)	1	511

Tableau 2: Nombre d'individus repérés en fonction des lieux de détention

Les dénominations de troubles sont assez variables. Cela n'est pas considéré comme un problème car ces données ne sont prévues qu'à titre indicatif. Les résultats ont été regroupés en huit catégories.

Les principaux troubles repérés sont les troubles du langage écrit, les troubles du langage oral et les troubles cognitifs. Ils représentent 80 % des troubles repérés.

Troubles	Nombre d'individus	%
Langage écrit	31	47
Langage oral	15	21
Troubles cognitif	8	12
Bégaiement	4	6
Audition	4	6
Cognition mathématique	2	3
Voix	1	2
Paralysie faciale périphérique	1	2

Tableau 3: Nombre d'individus repérés en fonction des troubles

## 4.3 Entretiens

### 4.3.1 Description

Dans le cadre de ce mémoire, huit entretiens ont été réalisés. Ils sont d'une durée moyenne de 25 minutes. Les entretiens les plus longs comportent une partie consacrée à la présentation de la profession des personnes interviewées quand elle n'était pas ou peu connue. Une partie du corpus provient également des notes prises lors d'une conversation téléphonique non enregistrée.

Sept professions ont été questionnées : juge de l'application des peines, avocat, enseignant, chargé de formation, médecin, psychiatre et orthophoniste. Trois professions initialement

prévues n'ont pu être jointes dans le temps imparti : infirmier en psychiatrie, conseiller du SPIP et éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse. Le contrôle général des lieux de privation de liberté a décliné l'offre, arguant qu'ils n'avaient jamais été saisis pour des questions d'orthophonie. La profession d'enseignant est représentée par deux personnes.

Six professionnels travaillent ou ont travaillé avec des personnes détenues en maison d'arrêt, deux avec des personnes en centre de détention et trois personnes dans un établissement pénitentiaire pour mineurs. Trois d'entre eux travaillent sur plusieurs sites. Six professionnels travaillent depuis plus de cinq ans en milieu pénitentiaire, les deux autres depuis environ un an.

En général les personnes ont été surprises mais intéressées par la démarche. Plusieurs se sont posé la question de leur légitimité à répondre sur ce sujet.

La matière des entretiens qui n'a pas été retenue concernait les descriptions des missions et méthodes du professionnel, des conseils pour l'élaboration du mémoire et des considérations hors thèmes. La matière des entretiens retenue a été répartie en huit thèmes qui sont détaillés sur l'arbre thématique (annexe D).

Thèmes	Nombre d'items consacrés à ce thème	Nombre de locuteurs qui abordent ce thème
Un orthophoniste dédié	67 (20%)	6
Les troubles repérés	58 (18%)	6
La population carcérale	51 (16%)	7
Les partenariats	44 (14%)	8
Expériences vécues	42 (13%)	4
Vous avez dit orthophonie ?	29 (9%)	7
Le monde de la prison	24 (7%)	6
Les relais extérieurs	9 (3%)	3
Total	325	8

Tableau 4: Thèmes abordés au cours des entretiens

Les thèmes les plus abordés sont le poste d'orthophoniste dédié et les troubles repérés dans la population carcérale. Le thème qui a été abordé par le plus de locuteurs est celui des partenariats.

Pour rappel, ces entretiens avaient un objectif exploratoire afin d'apporter une ouverture qualitative sur le sujet. Les personnes ont été recrutées par le bouche à oreille et un seul interlocuteur par profession a été retenu. Aucun d'entre eux n'est nécessairement représentatif de sa profession. Aussi ces entretiens ont-ils plus une valeur collective qu'individuelle.

## 4.3.2 La population carcérale

### 4.3.2.1 Démographie

#### 4.3.2.1.1 *Nombre*

Ce sont plutôt les professionnels qui travaillent en maison d'arrêt qui parlent du nombre de personnes détenues. Ils décrivent un turn-over important : « la maison d'arrêt, c'est une usine à gaz, c'est un turnover assez délirant tout le temps » et des professionnels qui peuvent être débordés : « on a du mal à [ne pas] avoir la tête [...] sous l'eau ».

#### 4.3.2.1.2 *Problématiques et durées de peine*

Ils décrivent un public très divers avec des problématiques variées et des durées de peine qui peuvent être très variables. De très courtes : « les durées de séjour c'était en moyenne de trois mois » ou encore « le gars qui vient pour un mois » à très longues : « [le] meurtrier qui a pris 25 ans ».

#### 4.3.2.1.3 *Âge*

Concernant les populations pouvant être concernées par l'orthophonie, « on parle beaucoup des mineurs » mais « finalement à la maison d'arrêt, on a beaucoup de jeunes majeurs qui ont exactement les mêmes problématiques ». En centre de détention, [...], il y a une population plus âgée » voire « vieillissante ».

### 4.3.2.2 Parcours de vie

Ce sont des « populations qui ont souvent des parcours de vie chaotiques ».

#### 4.3.2.2.1 *Défaut de soin*

« Il y a des personnes qui n'ont même pas ouvert leurs droits à la sécurité sociale ». « Les défauts de soin, on voit ça pour les problèmes dentaires, en ophtalmologie, toute la sphère ORL. On voit des cancers à des stades particulièrement avancés, des stades 3 ou 4. Alors que normalement cela aurait pu être pris en charge avant ».

En ce qui concerne les soins relevant de l'orthophonie, les discours divergent. Un interlocuteur nous dit que pour certaines personnes, ce sont « des choses [qui] auraient peut-être pu [être traité] dès l'enfance mais [cela] n'a pas forcément été fait ». Un autre peut évoquer qu'il n'est pas « exceptionnel qu'il y ait eu déjà une tentative de suivi sur les troubles de la lecture notamment en primaire ».

#### 4.3.2.2 Échec scolaire

« On voit qu'il y a beaucoup de problèmes d'échec scolaire ». « Il y a beaucoup beaucoup de gamins, enfin adultes maintenant qui ont souffert de ça et qui ont développé une, peut-être pas une phobie ce serait un grand mot, mais en tout cas une aversion pour l'école ».

Cette thématique est très présente chez les mineurs car « ils [ont] un gros volume d'heure de cours [...] en détention mineur ». Cela [fait] partie de leur quotidien mais aussi de « leur passé récent où la question de l'école [est] quand même assez centrale avec des questions autour de l'échec ». Cependant l'un des interviewés évoque que ce n'est « pas facile non plus de revenir vers un orthophoniste quand [on est] adulte et qu'il faut remettre à vif [ses] difficultés ».

« On se rend compte [également] que beaucoup de personnes n'arrivent même pas à réussir les tests d'entrée en pré-formation. Et on se dit, oui là, c'est vraiment un tout tout petit niveau ».

#### 4.3.2.3 Motivation

Le troisième sous-thème évoqué est la motivation. En effet, « de toute façon, comme pour tout, les progrès ne se font que quand il y a de la motivation ».

Ce qui revient beaucoup est que les personnes détenues « font face à d'autres difficultés qui leur semblent prioritaires » : « des chaussettes chaudes, un manteau et des habits à leur taille, l'accès à un traducteur-interprète », « problématiques d'addiction, de pathologies plus lourdes », etc. « Très peu sont dans une dynamique de réinsertion scolaire » et ce sont « des gens [...] qui ne vont pas s'amuser à [...] aller voir une orthophoniste [...], ce n'est pas du tout la priorité ». « Ils ne sont pas du tout dans ça et le fait qu'ils soient adultes n'aide pas : ils ont d'autres priorités ».

Un des enseignants fait le parallèle avec les motivations pour venir à l'école. Certains peuvent trouver une motivation extérieure comme « passer le temps ou sortir de cellule », « il y a [aussi] ceux qui viennent pour les remises de peine ». « C'est un moyen de les raccrocher mais en même temps, c'est un vrai moyen de les aider ».

Enfin il y a ceux qui ont un projet et « qui veulent vraiment passer un diplôme [mais] qui ne sont pas très nombreux ».

### **4.3.3 Le monde de la prison**

#### 4.3.3.1 Fonctionnement

Plusieurs évoquent différents aspects du fonctionnement de la prison qui pourraient interférer avec la mise en place de soins : « ce qui est très compliqué ici et qui est fort dommage, c'est

que les personnes, généralement ont besoin d'argent, on ne va pas le cacher. Si ils demandent du travail, c'est très souvent parce qu'il n'ont pas d'argent et contrairement à ce qui est pensé par les gens, il faut de l'argent pour vivre en détention. Parce que sans argent c'est très compliqué, tout est payant, le papier toilette par exemple. Sans argent, cela devient vite la galère ». Or « quelqu'un [...] qui travaille ou [...] est en formation [...] ne peut pas aller à l'école en même temps ».

D'autre part, « on découvre les arcanes de l'administration, ce temps complètement incompressible pour que les dossiers arrivent. [...] Parce que c'est évidemment des dossiers à monter »

#### 4.3.3.2 Les quartiers

Certains pensent qu'on « encadre beaucoup plus [les mineurs] » : « je pense [...] que chez les mineurs ils sont beaucoup mieux pris en charge » entre autre parce que c'est « plus petit ». Le fonctionnement de l'EPM est mis en opposition avec celui de la maison d'arrêt où « ils sont beaucoup plus seuls ».

#### 4.3.3.3 Finalités de la prison

Aujourd'hui, « la prison protège la société, cela ne soigne pas grand-chose, ça on le sait ». « Les anglo-saxons et notamment le Canada sont très concernés par la question de la réinsertion alors qu'en France, on parle beaucoup de l'enfermement mais peu de la réinsertion. C'est un positionnement partisan ». « Il faudrait beaucoup plus de SPIP, il faudrait plus d'encadrants qui leur permettent pour ceux qui ont une réelle fonction de réinsertion de tout faire pour que ça marche. Parce qu'il y a des gars qui pourraient se réinsérer, qui au départ n'ont pas des casseroles mais qui finissent par rechuter parce qu'il y a, enfin moi je trouve, il y a pas grand-chose qui est mis à leur disposition pour les aider, pour ceux qui veulent s'en sortir ».

De même concernant l'orthophonie, «[les anglo-saxons] ont déjà élaboré une problématique. Il y a une piste de réflexion, alors qu'en France, on n'en est pas du tout là ». Un autre remarque : « la plupart [des personnes détenues] qu'on rencontre, pas tous, je ne fais pas des généralités, n'ont jamais vu d'orthophoniste. Du coup, je me dis, tout ce qui est bon à prendre en prison, c'est bien pour eux. c'est du même ordre que l'école. Tout ce qui peut être lié à des soins, cela peut être un plus. Et qu'ils puissent ressortir de détention en ayant fait un petit pas en avant par rapport à des problèmes qu'ils peuvent avoir. C'est sûr que c'est un plus à leur proposer ». « De nombreux détenus jeunes ont de gros problèmes de français écrit (courriers

écrits en phonétique qu'il faut lire à voix haute pour comprendre) malgré une scolarité en France. Dans certaines maisons d'arrêt, il faut des mois pour mettre en place la participation à des cours de français alors que c'est bien vu par le juge d'application des peines, que cela les occupe (et leur évite éventuellement de faire des bêtises), que la prison peut être un temps utile pour cela. Et à la moindre bêtise tout est suspendu. C'est utilisé comme punition. Le point positif est que c'est un contentieux qui existe maintenant, qui s'est construit petit à petit. Alors qu'il y a 10 ans, on n'en parlait pas. [...] Mais peut-être qu'on en parle aujourd'hui parce qu'on a atteint une phase critique ».

#### 4.3.3.4 Le soin

« L'accès au soin en prison est un droit ». Mais « il n'y [a] pas un modèle unique d'organisation des soins que ce soit les UCSA ou les SMPR [...] et chacun [pense] son projet en fonction des particularités locales, des philosophies de soin locales ».

L'un des interlocuteurs évoque la loi du 18 janvier 1994 : « je pense que cela a été un progrès, en tout cas tout le monde le voit comme ça. Parce que ça veut dire que le détenu est un patient à part entière et donc il a accès au même type de médecin, et il doit bénéficier du plateau technique du CHU [Centre hospitalier universitaire] du ressort. « Techniquement c'est plus compliqué » malgré « ce qu'on voit de l'implication de toute l'équipe [de soin] » ajoute un autre.

Concernant l'orthophonie, « clairement j'avais noté à ce moment là le gros souci d'absence ». « Aujourd'hui, je vais éviter d'y penser parce que de toute façon ça va être top compliqué qu'il y ait une orthophoniste ». « Donc on va y penser que dans des cas qui sont très criants ».

#### 4.3.3.5 Le jugement

Quant à la prise en compte des aspects langagiers et communicationnels lors des jugements, le projet semble utopique : « déjà on a des difficultés avec les expertises psychiatriques ou psychologiques, à avoir des expertises de qualité, dans des délais raisonnables ».

### 4.3.4 **Quelques expériences vécues**

Trois des professionnels ont évoqué le souvenir de la venue d'une orthophoniste et des conditions dans lesquelles cela s'était passé.

#### 4.3.4.1 Expérience rare

Le premier constat est que c'est un phénomène rare : « c'est vraiment la première personne en détention qui m'a dit [être] suivi par un orthophoniste en détention ». « Et là, parce que c'est

inhabituel, on se pose la question. Parce que les spécialistes qui interviennent ici, je pense aux orthopédistes par exemple, ou même l'ORL ne serait-ce que l'ORL, il ne prend pas une assurance en plus parce qu'il travaille en prison, il n'est pas payé en plus [et] je ne pense pas que ses frais kilométriques lui soient remboursés. Après il n'a pas le même salaire que l'orthophoniste. Mais à ce moment là, on ne se pose pas la question ».

Du côté des orthophonistes, cela ne fait pas non plus partie d'une expérience commune : « je n'y avais pas pensé avant ».

#### 4.3.4.2 En lien avec la demande des patients

« Souvent la demande finalement,[...] elle ne vient pas de nous [...], elle vient des personnes » dit un des prescripteurs. Et pour que cela aboutisse, il faut aussi l'intervention d'un tiers : « on avait réussi à ce qu'une orthophoniste de l'hôpital vienne par le biais de [l'ORL du CHU] qui l'avait vu en consultation. Je ne sais même pas si j'aurais pensé me tourner vers le service ORL si [il] n'avait pas été dans la boucle de la prise en charge de cette patiente-là. Dans une autre situation, c'est « grâce aussi aux parents, à la maman en l'occurrence, [...], très présente en fait et qui du coup a fait un courrier. [...] La maman [...] a beaucoup aidé pour que [...] la prise en charge se continue malgré l'incarcération ».

Mais parfois la situation est tout autre, soit au détriment du patient : « c'était clair qu'il y avait une indication pour lui pour une rééducation orthophonique qu'il n'a pas pu avoir parce que je n'ai trouvé personne », ou à son avantage : « c'est [...] le service des infirmières de la maison d'arrêt [qui] m'a demandé dans la foulée, est-ce que vous en verriez un autre [...] ? Ce sont les infirmières qui se sont dit : 'quitte à déranger quelqu'un, est-ce qu'elle ne viendrait pas pour deux ?' »

#### 4.3.4.3 Conditions compliquées

Ce qui ressort de ces expériences pour les professionnels est que ce sont des situations de prise en charge complexes : « ça été très compliqué de faire en sorte qu'une orthophoniste du CHU intervienne ».

##### 4.3.4.3.1 *Précarité*

Tout d'abord parce ces situations sont précaires. Elles reposent sur la motivation des personnes : « il y [a] eu à un moment donné une orthophoniste libérale qui [est] intervenue au centre de détention. Mais c'est parce que cette personne-là était motivée ». Et «il n'y a jamais eu de convention écrite » avec l'unité sanitaire. Elles peuvent s'arrêter du jour au lendemain pour des raisons administratives : « elle a commencé à venir, et la cadre a arrêté le truc sans

qu'on soit préalablement mis au courant, ni la patiente d'ailleurs ». Ou encore en raison du transfert de la personne détenue : « [ce patient], j'ai dû le voir une poignée de fois puis après il est parti ».

#### 4.3.4.3.2 *Contraintes*

Enfin parce qu'une prise en charge en milieu pénitentiaire reste une expérience particulière : « c'est très impressionnant parce que tu rentres dans une logique qui est très très loin de notre quotidien ». Notamment parce que cela implique des contraintes que nous ne connaissons pas à l'extérieur ».

- des contraintes matérielles : « la partie très restrictive, c'est que je n'ai pas de matos, [...]. Donc je travaille à mains nues. Ça c'est difficile, c'est très difficile, [...] par exemple, il n'y a pas de miroir parce qu'un miroir peut devenir une arme ».

- des contraintes temporelles : « le temps qu'ils arrivent est très très long. Ça, c'est une contrainte que l'on décrit tout le temps en prison, tout est long »,

- des contraintes sécuritaires : « tu es minutieusement fouillée et tu n'as pas vraiment envie d'apporter autre chose que ton agenda, c'est une des contraintes aussi », « et puis ensuite il y a toutes ces portes ». « C'est pas neutre, moi je ne me suis pas tout à fait habituée [...], c'est un lieu improbable et très peu agréable. Il n'y a pas de fenêtre par exemple, il n'y a pas d'ouvertures, on travaille avec la lumière électrique ».

- des contraintes financières : « cela n'intervient pas mais c'est loin, [et] cela fait je ne sais pas combien de kilomètres pour 2,5 € alors c'est assez ingrat ».

- et des contraintes liées à la population rencontrée : « ça c'est très particulier, ce n'est pas banal du tout, en général on n'est pas tellement confronté à cela dans notre quotidien ». « Il y a évidemment d'abord la rencontre qui n'est pas neutre sur le plan affectif. [...] Le dérapage de la vie fait que ça pourrait être un de mes enfants ». Et puis « il y a le fait qu'on n'est pas formé pour savoir comment on aborde le tabou du crime ».

### 4.3.5 **Partenariats**

#### 4.3.5.1 Partenaires

Tous les professionnels interrogés évoquent la question des partenariats interprofessionnels au sein de la prison. L'ensemble décrit un maillage de partenaires : « les moniteurs de sport sont assez demandeurs de travailler avec nous », « on essaie au maximum de faire des partenariats, par exemple [...] avec l'école », « je prends mon téléphone et j'appelle l'UCSA ».

Cela construit ainsi un réseau de partenaires potentiels pour l'orthophoniste, tant au sein de

l'unité sanitaire qu'avec les autres secteurs de la prison. « Il faudrait qu'il y ait du lien entre l'orthophoniste et nous » disent les enseignants, «les psychiatres pourraient tout à fait être dans la boucle aussi » ajoute le médecin. Enfin, il faudrait aussi « creuser du côté des visiteurs de prison qui ont des profils variés et qui peuvent être un appui intéressant ».

#### 4.3.5.2 Objectifs

Le partenariat pourrait prendre plusieurs formes : conseils, formations, échanges de pratiques. « Cela permet là aussi de se rencontrer un peu ». Or « si on veut faire avancer les choses, il faut qu'on travaille tous ensemble. Il n'y a pas de secret ». L'objectif étant de « travailler ensemble pour essayer de repérer les détenus ». « Parce qu'il y a des personnes que [le médecin va] voir à la consultation arrivant par exemple et [qu'il ne va] plus du tout voir après mais qui vont être vues par contre par [les] psychiatres qui vont instaurer un suivi ». De même, les enseignants « sont vraiment en première ligne pour avoir des signes d'appel par rapport à des troubles [des apprentissages] ». Même si l'un des interviewés s'interroge : « mais une fois qu'ils ont alerté, quelle est leur poids ? ».

#### 4.3.5.3 Freins

En effet, il existe de nombreux freins au partenariat entre services de la prison et l'unité sanitaire. Les difficultés sont repérées des deux côtés. Du côté des services de la prison, on relève : « travailler avec les équipes de soins c'est très difficile », « pour la plupart des services c'est assez compliqué avec eux ». « Je sais que l'administration pénitentiaire était allée voir à plusieurs reprises les médecins pour savoir un peu ce qu'il en était [...] mais on n'a jamais eu de réponse particulière », et « nous on a besoin d'info, on n'arrive pas à les avoir ». De leur côté, les médecins se positionnent sur le plan éthique : « toujours [faire] attention au secret médical », car « tout de suite on va nous dire, ben oui mais M. Machin, et M. Truc, on va entrer dans du cas par cas [...]. C'est de ça dont il faut se méfier ».

Cette confrontation des logiques de la prison et du soin peut entraîner des craintes : « l'orthophoniste qui [interviendrait, il ne] faudrait pas qu'elle soit mise à mal »

#### 4.3.5.4 Leviers

Cependant rien n'est figé : « a priori je suis réticente mais c'est pas bien », « j'ai trop envie de travailler en partenariat. Je trouve que c'est très important ».

« C'est à travers ce genre de projet que les liens entre les services se mettent en place. Et une fois que les liens se sont mis en place pour une question, [...] ça aide pour les autres ».

#### **4.3.6 Vous avez dit orthophonie ?**

Bien que ce ne soit pas un thème qui prenne beaucoup de place dans les entretiens, il est abordé par tous les interlocuteurs.

##### 4.3.6.1 Un constat : une grande méconnaissance

Tous, sauf l'orthophoniste bien sûr, font état de leur manque de connaissance sur l'orthophonie en général. « Je n'ai certainement pas bien conscience de tout ce que peut faire un orthophoniste », « je me disais, l'orthophonie, j'en ai une image [...] mais il doit y avoir sûrement plein d'autres choses de travaillées en orthophonie » ou encore « du coup, ça me renvoie à ma méconnaissance des indications ».

Au point que « c'est une problématique totalement occultée ». À part peut-être pour quelques situations bien précises : « à l'EPM parce que c'est l'école qui m'y fait penser », « au vu du handicap que [cela peut occasionner] » ou « le post-AVC ».

Un autre type de méconnaissance et qui concerne plus les équipes de soins est la présence d'orthophonistes au centre hospitalier dont dépend l'unité sanitaire et les moyens pour les faire venir.

##### 4.3.6.2 Partiellement comblée par une connaissance empirique

Cette méconnaissance générale est palliée pour certains par une connaissance empirique liée à des membres de leur famille qui sont orthophonistes : « ma sœur est orthophoniste », « ma tante était orthophoniste » ou à leur enfant qui « a fait de l'orthophonie ».

##### 4.3.6.3 Qui révèle des besoins de formation

Dans un aspect plus formel, cela met en évidence qu'il y a « du boulot au niveau des équipes », « pour [les] sensibiliser sur les besoins, les indications, le bénéfice ». Comme le dit l'orthophoniste, « il faudrait que [...] les prescripteurs [...] rencontrent notre métier ». Cela pourrait se faire « de façon pluri-professionnelle d'ailleurs ».

#### **4.3.7 Des troubles repérés**

Malgré la méconnaissance des champs d'intervention de l'orthophonie, des troubles sont repérés chez les personnes détenues : « il y en a quand même beaucoup qui souffraient de ce côté-là »

#### 4.3.7.1 Types de troubles

##### 4.3.7.1.1 *Langage oral*

« On peut être amené [...] à voir des personnes qui ont des difficultés [de langage oral]. « La qualification des émotions en particulier, la plupart n’y ont pas accès, le vocabulaire est limité à quelques centaines de mots, avec des mots qui servent à tout dire ». Parmi ceux pour qui le français n’est pas la langue maternelle, certains ont « cette capacité à basculer entre les langages, [...] et d’autres pas ». « Cela peut arriver [aussi de voir] des personnes qui ont des bégaiements, des schlintements, qui zozotent, etc. ». Ou encore d’autres « choses typiques qui reviennent : des confusions de sons, c’est-à-dire on n’entend pas par exemple le K/G ».

##### 4.3.7.1.2 *Langage écrit*

Les troubles les plus évoqués sont les troubles du langage écrit. « Quand on lit les courriers des détenus, on voit que certains ne séparent même pas les mots, il faut le lire en phonétique ». D’ailleurs « il y en a qui disent : moi, je suis dyslexique ». « C’est vrai que [...], notamment chez les mineurs, [on relève] une probabilité assez forte de troubles dys ». Un enseignant rapporte : « quand je les fais lire et que je vois des confusions de sons, quand je vois l’écriture pour certains, quand je vois les difficultés qu’ils ont à comprendre un texte, je me dis oui qu’ils auraient besoin d’une aide extérieure et que l’aide extérieure la plus adaptée serait [...] sans doute l’orthophonie ». Quel que soit le professionnel, le constat est le même, c’est « vraiment un profil très fréquent ».

##### 4.3.7.1.3 *Cognition mathématique*

Concernant les chiffres et les calculs, les avis sont contrastés. L’un dit : « on voit plein de personnes qui ont des problèmes avec les chiffres [et] on repère souvent des difficultés, des fois même sur des additions simples » mais un autre avance : « en maths, [...] ils sont moins en échec parce qu’ils traînent moins de boulets ».

##### 4.3.7.1.4 *Dysarthries et autres troubles post-AVC*

« On rencontre aussi des personnes qui ont des difficultés suite à des AVC, [on s’aperçoit] qu’à un moment il y a une rupture dans leur parcours, ils disent qu’ils ont fait un AVC et on voit que cela a laissé de sérieux troubles ». Une autre rapporte : « j’ai vraiment le souvenir pour un patient, c’était très précis, qui a fait un AVC pendant qu’il était incarcéré avec une dysarthrie au décours ». Mais ce n’est pas si fréquent : « ça peut arriver mais [ce n’est] pas vraiment le corps du problème ».

#### 4.3.7.1.5 *Autres troubles cognitifs*

Certains évoquent d'autres troubles cognitifs : « j'ai travaillé avec des psychiatres là-dessus et on se rend compte qu'il y a des maladies du cerveau, des tumeurs, des médicaments contre la sclérose en plaque, maladie de Parkinson, etc. qui ont des effets sur le comportement.[...] C'est quelque chose qui n'est pas du tout étudié et qui n'est même pas posé dans les expertises ». « Je pense qu'il [...] y a aussi pas mal, chez les mineurs mais c'est vrai aussi chez les majeurs, de troubles déficitaires de l'attention qui ont gêné la scolarité ».

#### 4.3.7.2 Origine des troubles

Les personnes s'interrogent cependant sur l'origine des troubles : « on a régulièrement, quand on reprend les tests avec ces personnes, des personnes qui nous signalent qu'ils ont des soucis depuis qu'ils sont tous petits ». « Donc on repère souvent des difficultés, [...] mais après à quoi c'est lié, je ne sais pas exactement. Cela doit dépendre des cas de figures ». « On [a] une population qui [n'a] pas toujours été scolarisée en France ou parfois pas scolarisée du tout donc ce n'est pas forcément que de l'orthophonie dans ces cas-là ». « On a quand même une population qui est déscolarisée très vite et donc on met ça sur le compte de la déscolarisation ».

#### 4.3.7.3 Impact des troubles

Quelle que soit leur origine, les difficultés observées ne sont pas sans effet sur les personnes. « Je pense que cela pourrait expliquer certains passages à l'acte violents, par exemple. [...] Parce que la difficulté à élaborer sa pensée, à l'exprimer, en général, c'est source de frustrations », « et on sait que c'est un facteur de violence dans l'interaction à l'autre ».

Dans un autre sens, les personnes peuvent être « victimes de moqueries, voire même de harcèlement et de choses assez graves ». « Ils ont tendance du coup [...] à se renfermer sur eux et à peu communiquer avec les autres personnes détenues par exemple ». « Ils n'ont pas du tout confiance en eux ».

Cela peut également impacter leur chance de réinsertion : « on commence la réinsertion là, [par l'accès au soin à l'intérieur de la prison], et déjà là ça peut pêcher [...] puisque pour venir vers nous il faut écrire ». Ou encore les « difficultés à suivre des formations », « le lien éventuellement qui [peut] être fait entre certaines difficultés, l'échec scolaire, les troubles du comportement, la désinsertion scolaire et tout le reste derrière ».

#### 4.3.7.4 Ne constitue pas un cas juridique

Pourtant les besoins en soins orthophoniques ne semblent pas constituer un contentieux

juridique. L'avocat a consulté ses collègues de pénal mais aucun n'a été sollicité pour une question se rapportant à l'orthophonie. Suite à la sollicitation d'un entretien le Contrôleur général des lieux de privation de liberté répond : « le sujet spécifique de l'orthophonie n'a pas jusqu'alors fait l'objet d'un examen lors des visites et nous n'avons pas été à ma connaissance saisis de demandes spécifiques relatives à des soins en orthophonie ». De même le juge précise « l'orthophonie, moi, je n'ai jamais été alertée là-dessus » et ajoute « ce n'est même pas que ce n'est pas possible, c'est que personne n'y pense ».

#### **4.3.8 Création d'une consultation d'orthophonie fixe**

##### **4.3.8.1 Négociier**

Pour mettre en place la consultation d'orthophonie, « il faudrait travailler avec les ARS [Agences régionales de santé], les CHU ». « Elle, [la médecine pénitentiaire], est déléguée au CHU référent, donc le CHU doit, statutairement, détacher le personnel ».

Mais « l'impression c'est que dès que c'est pas vital, il y a des difficultés. Même la psychiatrie, la psychologie qui sont fondamentales en détention, ce n'est pas systématique ».

« Quelque chose sur lequel il faudrait insister, [c'est] sur le droit au soin ». « La question est de savoir comment [on peut] faire valoir qu'une remédiation, qu'un travail d'orthophoniste dans la durée en détention peut donner un bénéfice après à long terme pour le détenu y compris en terme de réinsertion parce que pour qu'il y ait des financements, il faut passer par les mots clés qui intéressent les tutelles. On peut en être persuadé en tant que soignant, mais après [il s'agit] de faire passer le message pour qu'il y ait des financements et que le rôle soit bien identifié avec une vraie reconnaissance de ce besoin ». Un autre « biais intéressant pour obtenir [...] des postes d'orthophoniste est que le langage oral [...] est très pauvre [...] et ça on sait que c'est un facteur de violence dans la relation à l'autre ».

##### **4.3.8.2 Statut**

Plusieurs statuts pour l'orthophoniste sont évoqués. On pourrait « faire appel éventuellement aux orthophonistes libéraux du secteur ». L'autre solution, puisqu'il y a « des orthophonistes dans les CHU, et bien on détache une partie des consultations d'orthophonie ». Mais « cela veut dire qu'il y aura quelqu'un de moins dans le service, ça pose une difficulté particulière ». À moins qu'on ne « crée des vacances ». D'ailleurs, « je pense que si une orthophoniste était dédiée au service, ce serait très important que l'orthophoniste, comme les kinés par exemple, fasse vraiment partie intégrante de l'équipe [de soin] ».

#### 4.3.8.3 Recruter

Quel que soit son statut, différentes questions se posent quant au recrutement de l'orthophoniste qui pourrait remplir cette mission.

« Il faut que [l'orthophoniste] soit compétent dans plusieurs pathologies. La FNO [Fédération Nationale des Orthophonistes] préconise qu'on soit toutes polyvalentes. Elle dit qu'il faut qu'on sache tout faire. C'est bien sauf que dans la pratique, tu ne peux pas passer ton temps à te former en profondeur, et il y a des choses qui ne t'intéressent pas forcément. [...] Donc cela veut dire impliquer plusieurs professionnels en fonction des [pathologies] ».

« Pour les hôpitaux, c'est compliqué de déléguer quelqu'un parce qu'il faut que la personne accepte ». « On peut être volontaire et puis finalement se rendre compte que c'est trop dur », « parce que travailler dans un SMPR ou UCSA c'est quand même quelque chose de particulier, on a une population qui est incarcérée, parfois violente avec des problématiques à ne plus savoir qu'en faire. Et en plus, il y a cette atmosphère très particulière, les bruits, les odeurs, les sensations physiques de la détention qui sont particulières ».

#### 4.3.8.4 Rôle

« Quoi qu'il en soit, moi je pense que la personne orthophoniste qui serait sur le poste serait sans doute débordée parce que je pense qu'il y a beaucoup beaucoup de boulot. Mais ça doit être super intéressant et il y a vraiment de quoi faire ».

##### 4.3.8.4.1 *Auprès des détenus*

« Je pense que de toute façon, si il y a une place reconnue d'une orthophoniste en milieu pénitentiaire, à mon avis, ce serait plutôt du côté des jeunes, des mineurs. [...] Après, cela n'exclut pas qu'il y ait besoin de débloquer [des fonds] pour d'autres ». Mais « pour les majeurs, [...] je n'ai pas trop d'info sur ce qui peut être fait par rapport aux troubles d'accès à la lecture et à l'écriture ».

« Après, en terme d'intervention en milieu pénitentiaire, c'est vrai que j'ai pas vraiment idée de comment [...] une remédiation peut être proposée dans ce cadre-là sachant que les durées de séjour sont courtes ». « Il peut être fait au moins du diagnostic », « cela ferait partie de la prévention ». Et « puis de l'orientation probablement, pour préparer à l'extérieur ». Ce serait bien aussi « d'avoir un travail sur la communication ».

##### 4.3.8.4.2 *Auprès des équipes*

Auprès des équipes, l'orthophoniste aurait aussi différents rôles. « On pourrait imaginer en préalable qu'il y ait une information à tout le monde ». L'orthophoniste pourrait aussi avoir

une mission « d'aide vis à vis des enseignants pour des méthodes d'enseignement plus adaptées ». Et enfin, « on pourrait s'imaginer vraiment que l'orthophoniste, au même titre qu'elle fait de la formation continue auprès des équipes médicales et para-médicales, va aussi former les surveillants, l'éducation nationale, les autres acteurs ».

« Le fait qu'il y ait quelqu'un d'affiché, que justement ce parcours [...] soit tracé, et bien on y [penserait] plus. Et les besoins [seraient] mieux identifiés ». Ainsi « les professionnels auraient plus de facilité à envoyer [les personnes avec des difficultés] ».

#### **4.3.9 Des relais extérieurs**

Plusieurs interviewés évoquent la nécessité d'avoir des relais extérieurs au moment de la sortie. On pourrait par exemple, « trouver un protocole pour [...] qu'il y ait des centres d'orthophonie comme il y a des centres médico-psychologiques ». Une contrainte étant « que les personnes qu'on accueille en général n'ont pas forcément les moyens de payer les consultations. Donc il faudrait qu'il y ait cette prise en charge avec même l'avance de frais pour certains ». Une autre contrainte est que « souvent ils ne sont pas motorisés ou ils ont une voiture mais pas le permis qui va avec ».

### **4.4 Synthèse des résultats**

Les trois méthodes utilisées ici nous donnent ainsi des résultats de natures très différentes : un tableau de prévalence des troubles et/ou pathologies pris en charge en orthophonie, un pourcentage de personnes détenues présentant des troubles pouvant être pris en charge en orthophonie et quelques informations sur la nature de ces troubles et enfin un récit de la vision de professionnels intervenant en détention sur la question de l'orthophonie en milieu pénitentiaire. Nous allons confronter ces données afin d'en faire ressortir les idées utiles à une réflexion sur la pertinence de créer une consultation d'orthophonie en détention.

## 5. Discussion

L'objectif de cette étude est d'obtenir une évaluation des besoins en soins orthophoniques en milieu pénitentiaire à l'aide de méthodes de la planification publique.

Nous allons, dans un premier temps, nous intéresser aux résultats chiffrés obtenus selon les différentes méthodes et les confronter entre eux. Nous élargirons ensuite la discussion aux données qualitatives pour tenter d'obtenir une évaluation des besoins en soins orthophoniques qui soit de nature à éclairer les décideurs dans leur choix politique, éthique et philosophique (Cases & Baubeau, 2004). Puis nous discuterons de résultats particuliers des entretiens qui apportent un éclairage inattendu à la question de départ. Enfin nous traiterons des limites et perspectives de l'étude présentée ici.

### 5.1 Objectif initial : évaluation des besoins en soins orthophoniques

L'objectif premier était d'évaluer les besoins en soins orthophoniques en confrontant trois approches de santé publique. Les résultats obtenus par ces trois approches convergent : il y a des besoins importants en soins orthophoniques dans la population carcérale.

Les données de la littérature et les recommandations de bonnes pratiques nous indiquent qu'au moins 44 % de la population carcérale pourrait tirer bénéfice d'une prise en charge orthophonique. Il est en effet difficile de donner un chiffre plus précis car il est nécessaire de tenir compte de la polymorbidité chez une population qui est plus exposée aux facteurs de risque et a moins accès au soin que d'autres (Godin-Blandeau, Verdot, & Develay, 2003). Cependant, une partie de ces données provenant d'études sur la population générale, l'argument pourrait être utilisé a contrario comme source de sous-évaluation des besoins.

Les principaux troubles relevés sont les troubles du langage oral, le TDAH et le langage écrit. Concernant le TDAH, la HAS recommande en première intention une prise en charge médicamenteuse et psychologique (HAS, 2014). Pourtant l'orthophonie pourrait jouer un rôle dans le travail des compétences en communication et pragmatique qui sont souvent déficitaires chez les personnes présentant un TDAH (Helland, Biringer, Helland, & Heimann, 2012).

Le pourcentage de personnes qui auraient besoin de soins orthophoniques obtenu de cette manière peut paraître extravagant. Ceci est en lien direct avec la méthode utilisée. Estellat et Lebrun (2004) indiquent que cette approche permet d'obtenir une quantification absolue des

besoins de soins et Cases et Baubeau (2004) précisent que les normes théoriques ainsi obtenues peuvent donner des objectifs de santé à atteindre très ambitieux qui ne sont pas adaptés au principe de réalité.

L'étude spécifique sur les sites pénitentiaires nantais donne un résultat beaucoup plus mesuré avec 3 % de la population à qui les médecins prescriraient un bilan d'orthophonie avec rééducation si nécessaire.

Cependant, on peut considérer que le nombre de personnes repérées est sous évalué. Plusieurs données vont en ce sens : les médecins ont évoqué à plusieurs reprises leur difficulté à ajouter la dimension des signes d'alerte orthophoniques dans leurs consultations déjà très denses. Il a fallu, au cours de la période de repérage, réadapter le dispositif de recueil des données pour les aider à y penser. D'autre part, seuls les arrivants sont systématiquement vus en consultation. Cela concerne 465 personnes. Les personnes déjà incarcérées au début de la période d'étude ne sont reçues que si elles le demandent et en présence de problèmes de santé physique. Ils représentent 72 % des personnes détenues sur cette période. Il ne faut pas négliger que parmi les 1640 consultations de suivi, il y a certainement eu des détenus qui ont consulté plusieurs fois. Enfin, il y avait au moment de l'étude une personne avec un trouble massif du langage, or le codage des personnes repérées permet de constater que cette personne n'est pas incluse dans le repérage.

De même, seule une petite portion de la population carcérale fréquente l'école. Ainsi l'unité pédagogique interrégionale du Grand Ouest scolarise 30 % de la population carcérale. Les personnes illettrées, sans diplôme, les mineurs et les jeunes majeurs sont prioritaires (Académie de Nantes, 2015) et incitées à fréquenter l'école, mais nous avons vu lors des entretiens que les personnes majeures sans revenus peuvent parfois privilégier le travail afin d'être en mesure d'assurer leurs besoins financiers.

D'autre part, le nombre de personnes repérées ne présage pas du nombre de personnes qui pourraient effectivement avoir besoin d'un suivi orthophonique puisque seul un bilan individuel pourrait donner cette information.

Par exemple, certains troubles du langage oral, notamment du langage élaboré, nécessitent une évaluation fine avec des outils adaptés, la personne pouvant faire illusion auprès d'un interlocuteur non expérimenté (Ducastelle, 2004). De plus, MacNamara (2012) remarque que, malgré la présence d'orthophonistes au sein de l'équipe de soins d'un service dédié aux mineurs incarcérés, il a fallu l'introduction d'un outil de dépistage pour que les prescriptions

d'orthophonie augmentent.

On peut néanmoins retenir qu'une file active de 51 personnes constitue une base de patientèle suffisante pour un équivalent temps plein d'orthophoniste. Ceci correspond à ce que plusieurs interlocuteurs ont signalé lors des entretiens : il y aurait beaucoup de travail en perspective si un.e orthophoniste venait travailler à l'unité sanitaire.

La difficulté d'aboutir à des données chiffrées réellement utilisables telles quelles se retrouve au niveau de la planification en santé au niveau national ou régional. Cases et Baubeau (2004) rapportent que les schémas régionaux d'organisation des soins sont plus rédigés en termes qualitatifs que quantitatifs. D'ailleurs, Déplaud (2009) met en garde contre la tentation de prendre les données chiffrées concernant les besoins de santé pour une vérité absolue. Il ajoute néanmoins qu'elles sont à prendre comme un outil qui peut nous donner des indications utiles à la réflexion.

Une première indication est que les besoins en soins de la population carcérale semblent bien supérieurs à ceux de la population générale. Durand et al. (2017) donnent un coefficient multiplicateur de 60 pour les traumatismes crâniens. Ce coefficient est d'au moins 44 pour les troubles du langage oral et de 5 à 25 pour le TDAH. Quand aux prescriptions, on retrouve un coefficient de 7 entre les prescriptions de l'étude et les 0,4 % de la population française adulte qui consultent un orthophoniste en libéral (Cash, Cash, & Potocka, 2012).

La deuxième indication concerne le type de troubles observés. Dans les trois approches, les principaux troubles cités sont les troubles du langage oral et du langage écrit, auxquels s'ajoutent le TDAH pour les données de la littérature. On remarquera que ce sont des troubles que les professionnels du milieu carcéral relient aux notions de passage à l'acte violent, de manque d'estime de soi, d'échec scolaire et de difficultés de réinsertion. Ils rejoignent en ce sens les données de la littérature : au Royaume-Uni, Kirk et Reid (2001) ont montré le lien entre dyslexie et délinquance. En France, Blondet et Guiraud (2014) ont fait un lien entre les capacités en langage oral et le comportement en détention : ceux ayant le plus de difficultés à l'oral recevant le plus de sanctions disciplinaires. Les traumatismes crâniens pourraient également entrer dans cette catégorie notamment du fait des conséquences en terme de troubles du comportement. Nous n'avons retenu que la valeur de 1 % de séquelles mais la notion de « handicap invisible » est un vocable qui revient souvent à propos des traumatismes crâniens. D'autre part, comme on l'a vu, la prévalence des traumatismes crâniens dans la

population carcérale est extrêmement élevée (31% selon Durand et al, 2016).

Quand on voit son ampleur, on se demande comment cette question du lien entre troubles de la parole, du langage et de la communication et comportements délictueux ou réinsertion peut rester totalement occultée au niveau juridique. D'autant plus que Talbot (2009) a montré qu'un cinquième des prisonniers ne comprenait pas ce qui se passait pendant le jugement. Cela rejoint les interrogations de La Vigne et Van Rybroek (2001) sur l'incapacité du monde juridique américain à prendre en compte cette problématique.

Au niveau pénitentiaire, la réinsertion, pourtant inscrite dans les missions de l'administration pénitentiaire depuis 1945 (Cabanel, 2002), reste masquée par les questions de sécurité et d'enfermement. L'école, qui est un des outils de la réinsertion, ne concerne qu'un quart de la population carcérale et peut encore servir de variable punitive en cas de mauvais comportement. Cabanel (2002) qui a fait partie de la commission Canivet mandatée par la ministre de la justice pour étudier les modalités d'un contrôle extérieur des prisons émet l'idée que la réinsertion peine à être mise en œuvre en raison d'objectifs et de moyens insuffisants.

Les autres troubles sont beaucoup plus rares, il n'en est pas moins important de les prendre en compte. Les troubles de la déglutition notamment présentent un risque vital du fait des pneumopathies secondaires. L'organisation mondiale de gastro-entérologie constate d'ailleurs dans ses recommandations (Malagelada et al., 2014) que la dysphagie est souvent sous-estimée. Ils rapportent une étude anglaise qui conclut à une prévalence de 11 % dans la population générale.

La mise en place de l'étude spécifique et les entretiens ont également permis de nous donner une troisième indication : le manque de connaissance des professionnels sur les champs d'intervention de l'orthophonie. Cette méconnaissance se retrouve certainement au niveau de la population. Ainsi personne n'y pense, ni les principaux intéressés qui pourraient bénéficier de soins ni les personnels d'encadrement, d'accompagnement et de soins. Cela peut expliquer que les besoins en soins orthophoniques ne constituent pas un contentieux juridique. Ni le juge d'application des peines, ni les avocats consultés, ni le contrôleur général des lieux de privation de liberté n'ont été saisis de demandes relatives à cette question.

Cela fait écho à Rondal (2007) qui signale que l'orthophonie est un métier jeune, dont les champs d'action ne cessent de s'agrandir. Il y a ainsi, d'une manière générale, un grand travail d'information sur ce métier à faire auprès du grand public et des professionnels. Les syndicats

d'orthophonistes pouvant, comme le proposait l'une des personnes interviewées, jouer un rôle de levier dans cette campagne.

## **5.2 Résultats supplémentaires : la mise en place d'une consultation d'orthophonie**

Les entretiens ont également apporté des résultats qui nous permettent d'aller plus loin que les objectifs initiaux et d'aborder le thème de la mise en place d'une consultation d'orthophonie en milieu pénitentiaire.

### 5.2.1.1 Une équipe prête au partenariat

Nous avons vu que la question des besoins en soins orthophoniques est largement sous-estimée aujourd'hui mais, à travers le discours des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire, il semble que les choses soient mûres pour évoluer. En effet les thèmes de la création d'une consultation d'orthophonie et des partenariats représentent à eux seuls un tiers de la matière des entretiens en lien avec notre travail.

La question étant plus de savoir comment convaincre les autorités de tutelle de dégager des fonds pour un tel poste que de se demander ce que pourrait bien apporter un.e orthophoniste.

### 5.2.1.2 Modalités d'intervention et rôle

Plusieurs rôles sont imaginés pour l'orthophoniste. Tout d'abord, un rôle en direct auprès des personnes détenues avec une mission de diagnostic et d'orientation. Pour les détenus des EPM et maisons d'arrêt, où le turn-over est le plus fort et où les temps de peine sont relativement courts, la pertinence d'une prise en charge individuelle est soulevée. On peut cependant s'appuyer sur des études telles que celle d'Eden et al. (2004) qui montre une amélioration des performances chez des adultes avec une dyslexie développementale après une prise en charge intensive de huit semaines.

Concernant le travail sur la communication, les séances de groupe semblent le moyen le plus adapté. Elles présentent plusieurs avantages tels que le rétro-contrôle par les pairs et la mise en situations plus écologiques (Dahlberg et al., 2007). Le cadre est mis en place et garanti par les thérapeutes et assure la sécurité des participants.

Certains détenus adultes pourraient avoir des difficultés à consulter en orthophonie, profession qui est surtout considérée comme s'occupant des enfants. De plus, il semble qu'il soit actuellement compliqué voire impossible de concilier travail et soins. Pour soutenir la motivation des personnes détenues à participer à un programme de soins, certains suggèrent

que les soins orthophoniques puissent permettre de bénéficier de remises de peine supplémentaires comme cela est possible pour les soins considérés comme réduisant les risques de récidive (Mahi, 2015).

L'orthophoniste aurait également un rôle à jouer auprès de l'équipe entourant les détenus. Il s'agirait selon les professions, d'information, conseils, échanges de pratiques et formation. Bryan et Gregory (2013), McNamara (2002) et Van Nuland (2013) ont montré l'intérêt de telles pratiques.

Lord Ramsbotham, ancien inspecteur en chef des prisons au Royaume-Uni a ainsi déclaré : « I have to admit in all the years I have been looking at prisons and the treatment of offenders, I have never found anything so capable of doing so much for so many people at so little cost as the work that speech and language therapists carry out »<sup>2</sup>. (RCSLT, 2009)

### 5.2.1.3 Lieux d'intervention

Comme nous avons pu le voir dans les entretiens et au vu des données de la direction de l'administration pénitentiaire (2017b, 2017c), les populations, durées de peine et conditions de détention sont très différentes selon les types de lieux d'incarcération.

Au tout début de ce projet, lors d'un entretien avec la médecin responsable de l'UCSA de Nantes, nous avons hésité à inclure la maison d'arrêt dans l'étude. En effet, les personnes détenues en maison d'arrêt sont encore en attente de jugement, font l'objet de peines courtes ou sont en attente de transfert dans d'autres lieux de détention. Elles sont souvent préoccupées par de nombreuses difficultés qui peuvent sembler prioritaires. Cet effet « usine à gaz », comme le dit l'une des personnes interviewées, conduit souvent à mettre de côté la maison d'arrêt, c'est pourquoi nous avons finalement décidé de l'inclure dans l'étude. Les résultats semblent montrer que nous avons eu raison. En effet, la population détenue comprend beaucoup de jeunes majeurs qui ont les mêmes problématiques que les mineurs. Mineurs pour lesquels de nombreux moyens sont mis en place au sein des EPM et qui redoutent souvent le passage à la maison d'arrêt le jour de leurs 18 ans (observation personnelle, 2017). D'autre part, on remarquera que, dans les résultats de l'étude UCSA - unité locale d'enseignement, plus de la moitié des personnes repérées sont détenues à la maison d'arrêt. Une consultation d'orthophonie à la maison d'arrêt aurait donc tout son sens.

Pour les plus longues peines en maison d'arrêt et au centre de détention, les soins

---

<sup>2</sup> Je dois admettre que pendant toutes ces années où j'ai inspecté les prisons et le traitement des détenus, je n'ai jamais rien vu qui puisse faire autant, pour autant de personnes, à un coût aussi modéré que le travail mené par les orthophonistes [traduction personnelle].

orthophoniques pourraient contribuer à la préparation à la sortie et à l'objectif de réinsertion qui est mis en avant.

Enfin pour les peines les plus courtes et dans les établissements pénitentiaires pour mineurs, l'enjeu majeur de l'orthophonie serait le dépistage, une prise en charge courte mais intensive et l'orientation vers des relais à l'extérieur.

#### 5.2.1.4 Pérenniser

Nous avons pu mesurer à travers les entretiens et notamment les récits d'expériences vécues combien l'intervention en milieu pénitentiaire est une expérience complexe et déroutante. Cela rejoint le constat fait par Blondet et Guiraud (2014) dans leur étude menée dans un établissement pénitentiaire pour mineurs de la région lyonnaise.

Pour contrebalancer ces difficultés, il semblerait que l'intégration des orthophonistes dans les équipes des unités sanitaires, au même titre que les kinésithérapeutes, soit une solution qui permettrait de pérenniser une consultation d'orthophonie en milieu carcéral.

Cette étude a ainsi permis de mettre en évidence l'existence de besoins importants en soins orthophoniques au sein de la population carcérale ainsi que l'existence de conditions favorables à la mise en place de consultations orthophoniques dans les unités sanitaires. Elle nous apporte également des indications sur les missions que pourraient remplir les orthophonistes en détention. Elle présente néanmoins un certain nombre de limites.

### **5.3 Limites**

Comme nous l'avons vu, les données utilisées dans la tentative d'élaboration de normes pour les besoins en orthophonie chez les personnes incarcérées sont disparates. De plus, elles ne proviennent pas d'une revue systématique de la littérature mais d'une sélection de données disponibles. Elles sont donc à utiliser avec précaution. Elles constituent, cependant, à notre connaissance, la première tentative d'élaboration de normes concernant l'orthophonie en détention.

Plusieurs biais sont à prendre en considération. Premièrement de nombreux auteurs signalent la difficulté d'établir des prévalences fiables pour des troubles et pathologies dont la définition reste encore imprécise (Llewellyn et al., 2014 ; Autesserre et al., 2006 ; Thibaut, 2016). D'autre part nous avons vu que la population carcérale diffère de la population générale en terme de démographie, de sociologie et d'état de santé. C'est globalement une

population plus jeune, plus pauvre et avec une santé plus précaire. Les données issues d'études menées sur la population générale ne sont donc pas forcément au plus juste de la réalité carcérale.

Concernant l'enquête spécifique, nous avons vu que les résultats sont certainement sous-estimés. De plus cette méthode ne nous donne qu'une tendance pour une situation particulière : en l'occurrence les centres pénitentiaires de la région nantaise. Il est reconnu qu'il peut parfois être difficile d'extrapoler les résultats à une échelle plus grande, au niveau national par exemple (Cases & Baubeau, 2004). Il faudrait pour cela vérifier que la population détenue dans les établissements pénitentiaires de Nantes sont représentatifs de la population carcérale dans son ensemble.

Enfin, lors des entretiens, la plupart des interlocuteurs ont signalé leur connaissance très partielle du métier d'orthophoniste. Les troubles qu'ils mettent en avant sont certainement autant le reflet de leurs connaissances que de ce qu'on observe sur le terrain. L'idéal aurait été de sélectionner des personnes qui connaissaient à la fois l'orthophonie et le milieu carcéral. Or, comme nous l'avons vu, il est extrêmement rare que des orthophonistes interviennent en prison de manière prolongée. Nous avons donc privilégié les personnes ayant une bonne connaissance de la population étudiée.

## **5.4 Perspectives**

Parmi les faits mis en avant par cette étude, on a vu que les principaux troubles rencontrés par les personnes détenues concernent le langage oral, le langage écrit et l'attention. Les données de la littérature ont permis de faire le lien entre ces troubles et les conduites pouvant amener à être confronté au système judiciaire et pénitentiaire.

À ce sujet, deux pistes de travail mériteraient d'être développées :

Il semble que tout au long de la chaîne judiciaire, depuis l'interpellation jusqu'à la condamnation, il ne soit pas tenu compte des difficultés de communication que peuvent rencontrer les personnes. Or comment se défendre, expliquer son point de vue, quand faire le récit d'un événement n'est pas dans nos compétences ou quand notre parole est tellement altérée que personne ne nous comprend ? Comment se comporter de manière adaptée quand on a des troubles de la compréhension et que l'on ne comprend pas ce que l'on attend de nous ? Au Royaume-Uni, il existe une procédure qui permet de repérer les personnes avec des « mental health need » et notamment les personnes déficientes intellectuelles. Celles-ci peuvent faire appel, dès l'interpellation, à une tierce personne (« Appropriate Adult ») pour les

accompagner sur les aspects de la communication (donner des conseils aux différentes parties, s'assurer que la communication n'est pas interrompue et que les échanges sont équitables) (Young et al., 2011). Les auteurs s'interrogent sur la pertinence de proposer les mêmes services pour les personnes avec TDAH. Nous pourrions poursuivre dans cette direction et nous interroger sur l'intérêt de proposer ces services à toute personne présentant des troubles de la parole, du langage et de la communication. Afin de leur permettre de disposer pleinement de leur droit à se défendre.

D'autre part tous ces troubles sont des troubles du développement et sont donc repérables bien en amont de l'arrivée de la personne en prison. On ne peut manquer de se demander si un diagnostic et une prise en charge précoces ne pourraient éviter ces expériences désastreuses pour les victimes et les responsables de délits et crimes.

Pour remplir cette mission de prévention, l'orthophonie doit, comme Law, Reilly et Snow (2013) le suggèrent, changer de paradigme en quittant le modèle de la prise en charge individuelle pour se positionner dans un modèle de santé publique plus large qui intègre la notion de population. Elle fait ainsi le lien avec le modèle de préventions primaire, secondaire et tertiaire. Des exemples d'une telle approche existent en France pour les jeunes enfants comme l'opération « un livre-un bébé » qui a lieu chaque année lors de la journée européenne de prévention des troubles du langage chez l'enfant, ou encore l'action de santé publique développée dans la région Nord-Pas de Calais tournée vers la prévention des troubles du langage chez les enfants de maternelle (Coquet, 2007).

D'une manière plus radicale encore, on pourrait s'inspirer de la démarche des écossais : la ville de Glasgow faisait face, au milieu des années 2000, à une montée des homicides et avait alors la réputation d'être la capitale du crime en Europe de l'Ouest. Ils ont considéré la violence comme un problème de santé publique et ont associé de nombreux partenaires dans un plan d'action qui a permis de faire chuter le nombre d'homicides de 47 % en dix ans (Settle, 2018). Ceci nous rappelle encore l'importance de la prévention primaire et secondaire dans la prise en soin des populations. Axes qui font également partie des champs de compétences de l'orthophonie (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013).

## 6. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'aborder la question des besoins en soins orthophoniques selon une perspective de santé publique pour compléter les travaux d'autres étudiantes en orthophonie qui avaient une approche plus clinique. Cette étude a ainsi permis de mettre en évidence l'existence de besoins en soins orthophoniques au sein de la population carcérale dans une proportion bien plus importante que dans la population générale. Les principaux troubles concernent des aspects de la personne qui ont un impact sur sa communication, son comportement et son insertion dans la société. Enfin la méconnaissance globale des champs de compétences des orthophonistes peut être mise en relation avec la non-demande actuelle, de la part des soignants comme de celle des personnes détenues, alors qu'il existe des conditions favorables à la mise en place de consultations orthophoniques dans les unités sanitaires.

La possibilité de bénéficier de soins en orthophonie pourrait répondre à plusieurs droits des personnes détenues : le droit à la santé, le droit de se défendre, le droit de bien vivre au quotidien dans la prison et le droit de s'instruire. Comme le dit Anne Lécu :

Apprendre à parler, que ce soit par les cours de langue française pour les étrangers, que ce soit par la lecture ou par la parole en entretien psychologique, [j'ajouterais par le soin orthophonique], il faut que ce soit possible en prison, puisqu'il y a là des hommes et non des animaux, et que la liberté est intimement liée à cette parole vive (2013, p.276).

Plus largement encore, cela pourrait, en partenariat avec les autres acteurs, contribuer à résoudre l'enjeu sociétal qu'est la lutte contre la récidive.

## Bibliographie

- Académie de Nantes. (2015). *L'enseignement en milieu pénitentiaire*. Consulté le 8 mai 2018 de <http://www.ac-nantes.fr/academie/colleges-et-lycees/enseignement-en-milieu-penitentiaire/l-enseignement-en-milieu-penitentiaire-779254.kjsp>
- Armstrong, R. (2015). Intervention frameworks for offender populations. *International Journal of Language et Communication Disorders*, 50(4), 565-566. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12162>
- Autesserre, D., Charpy, N., Crevier-Buchman, L., Dejonckere, P., Éluard, F., Fresnel, E., et al. (2006). *La voix: ses troubles chez les enseignants*. Paris : INSERM. Consulté de [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/127/expcol\\_2006\\_voix.pdf?sequence=1](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/127/expcol_2006_voix.pdf?sequence=1)
- Bachoud-Lévi, A.-C. (2009). La maladie de Huntington : aspects généraux et perspectives. In *Prise en charge médico-sociale de la maladie de Huntington : Document issu du colloque organisé par le centre de référence national sur la maladie de Huntington au CHU Henri Mondor le 6 mars 2009*. Consulté de <http://huntington.aphp.fr/docs/prise-en-charge-medico-sociale.pdf>
- Barrouillet, P., Billard, C., de Agostini, M., Démonet, J.-F., Fayol, M., Gombert, J.-E., et al. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie: bilan des données scientifiques*. Paris : INSERM. Consulté de [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/110/expcol\\_dyslexie\\_2007.pdf](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/110/expcol_dyslexie_2007.pdf)
- Bilbao, M., & Penavayre, J. (2016). *Étude de prévalence des difficultés de langage oral auprès de mineurs placés en centre éducatif fermé: une évaluation standardisée des capacités langagières* (Doctoral dissertation). Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon. Consulté de <http://n2t.net/ark:/47881/m64b2zs2>
- Blondet, L., & Guiraud, C. (2014). *Évaluation des difficultés en langage oral chez des mineurs incarcérés et risques encourus dans le déroulement de la détention* (Doctoral dissertation). Université Claude Bernard, Lyon. Consulté de <http://n2t.net/ark:/47881/m6hh6h92>
- Bouagga, Y. (2015). *Humaniser la peine?. Enquête en maison d'arrêt*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Branchu, C., Guedj, J, d'Almeida, S., Zientara-Logeay, S., De Blasi, M ; & Lopez, F. (2015). *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales & Inspection générale des services judiciaires. Consulté de [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R\\_Sante\\_Justice.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf)
- Brillet, E. (2013). Vieillesse(s) carcérale(s). *Cahiers d'Études Pénitentiaires et Criminologiques*, 38, 1-6. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/cahiers\\_detudese38.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_detudese38.pdf)
- Bryan, K., & Gregory, J. (2013). Perceptions of staff on embedding speech and language therapy within a youth offending team. *Child Language Teaching and Therapy*, 29(3), 359-371. <https://doi.org/10.1177/0265659013482930>
- Bryan, K., Freer, J., & Furlong, C. (2007). Language and communication difficulties in juvenile offenders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42(5), 505–520. <https://doi.org/10.1080/13682820601053977>
- Cabanel, G.-P. (2002). Entre exclusion et réinsertion. *Revue Projet*, 269(1), 45-53. <https://doi.org/10.3917/pro.269.0045>
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. (2017a). *Fiche pathologie : Personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) en 2015 (mise à jour le 24/05/2017)*. Paris : CNAMTS. Consulté de <https://www.ameli.fr/l->

[assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-neurologiques-ou-degeneratives.php](https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-neurologiques-ou-degeneratives.php)

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (2017b). *Fiche pathologie : Personnes prises en charge pour maladie de Parkinson en 2015 (mise à jour le 24/05/2017)*. Paris : CNAMTS. Consulté de <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-neurologiques-ou-degeneratives.php>
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (2017c). *Fiche pathologie : Personnes prises en charge pour sclérose en plaque (SEP) en 2015 (mise à jour le 24/05/2017)*. Paris : CNAMTS. Consulté de <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-neurologiques-ou-degeneratives.php>
- Cases, C., & Baubeau, D. (2004). Peut-on quantifier les besoins de santé ?. *Santé et Solidarités*, 1, 17-22. Consulté de [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs\\_2\\_quantification\\_besoins\\_sante\\_2004.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_2_quantification_besoins_sante_2004.pdf)
- Cash, R., Cash, E., & Potocka, A.C. (2012). *Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*. Paris : Observatoire National de la démographie des professions de santé. Consulté de [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude\\_sur\\_le\\_metier\\_d\\_orthophoniste.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf)
- Cassan, F., Toulemon, L., & Kensey, A. (2000). L'histoire familiale des hommes détenus. *Insee Première*, 706, 1-4. Consulté de <http://epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/598/1/ip706.pdf>
- Clark, A., Barrow, E., & Hartley, K. (2012). Unmet need in Scotland's criminal justice system. *Bulletin of the Royal College of Speech and Language Therapists*, 718, 20-21. Consulté de [https://www.rcslt.org/governments/docs/article\\_scotland](https://www.rcslt.org/governments/docs/article_scotland)
- Coquet, F. (2007). Mise en place d'un dispositif de repérage des troubles du langage à l'école maternelle. *Contraste*, 26(1), 285-302. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0285>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuyper, G., Feldman, J., et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coles, H., Gillet, K., Murray, G., & Turner, K. (2017). *Justice evidence base. Consolidation 2017*. London : Royal college of speech and langage therapists. Consulté de [https://www.rcslt.org/speech\\_and\\_language\\_therapy/slt\\_work\\_settings/justice\\_slcn/justice\\_evidence\\_base2017](https://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/slt_work_settings/justice_slcn/justice_evidence_base2017)
- Colonna, M., Mitton, N., & Grosclaude, P. (2014). *Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008-Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*. Boulogne-Billancourt : INCa. 44p. Consulté de <http://www.e-cancer.fr/content/download/63255/569349/file/Estimation-prevalence-cancer-France-metropolitaine-en-2008-2014.pdf>
- Combalbert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M., Anselme, M., & Geffray, B. (2017). Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 36-49. <https://doi.org/10.1002/cbm.2023>
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment efficacy of social communication skills

- training after traumatic brain injury: a randomized treatment and deferred treatment controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1561-1573. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.07.033>
- De Bruyn, F., & Kensey, A. (2014). Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013). *Cahiers d'Études Pénitentiaires et Criminologiques*, 40, 1-12. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/cahiers\\_etudes\\_40\\_opt.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_etudes_40_opt.pdf)
- Delahaie, M., Billard, C., Calvet, C., Gillet, P., Tichet, J., & Vol, S. (1998). Un exemple de mesure du lien entre dyslexie développementale et illettrisme. *Santé Publique*, 10(4), 369-383. Consulté de [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1998/4/IMP\\_DELAHAIE\\_ps.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1998/4/IMP_DELAHAIE_ps.pdf)
- De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F., & Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne: apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1, 1-6. Consulté de [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/26824/143421/version/14/file/b\\_eh\\_1\\_2012.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/26824/143421/version/14/file/b_eh_1_2012.pdf)
- Déplaud, M.-O. (2009). Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population. In C. Gilbert & E. Henry (Eds), *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (pp.255-272). Paris : La Découverte. Consulté de [https://www.researchgate.net/publication/273015839\\_Une\\_fiction\\_d\\_institution\\_les\\_besoins\\_de\\_sante\\_de\\_la\\_population](https://www.researchgate.net/publication/273015839_Une_fiction_d_institution_les_besoins_de_sante_de_la_population)
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2007). *L'administration pénitentiaire en France*. Paris : Ministère de la Justice. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/administration\\_penitentiaire\\_en\\_france.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf)
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2017a). *Données-clés de l'enseignement en milieu pénitentiaire. Année 2015-2016*. Paris : Ministère de la justice & Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Donnees\\_cles\\_de\\_l\\_enseignement\\_en\\_milieu\\_penitentiaire\\_2015\\_2016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Donnees_cles_de_l_enseignement_en_milieu_penitentiaire_2015_2016.pdf)
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2017b). *Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France situation au 1er janvier 2017*. Paris : Ministère de la justice. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_janvier\\_2017.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2017.pdf)
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2017c). *Statistiques trimestrielles des personnes écrouées produites à partir de l'Infocentre Pénitentiaire. Mouvements au cours du 4ème trimestre 2016. Situation au 1er janvier 2017 (n°148)*. Paris : Ministère de la justice. Consulté de [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trimestrielle\\_MF\\_janvier\\_2017.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_MF_janvier_2017.pdf)
- Ducastelle, C. (2004). Proposition d'une batterie d'évaluation du langage élaboré (niveau lexical) et normalisation en population générale. *Glossa*, 90, 44-56. Consulté de [http://www.glossa.fr/GLOSSA\\_-2-fr-64.html](http://www.glossa.fr/GLOSSA_-2-fr-64.html)
- Durand, E., Chevignard, M., Ruet, A., Dereix, A., Jourdan, C., & Pradat-Diehl, P. (2017). History of traumatic brain injury in prison populations: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(2), 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.02.003>
- Durand, E., Watier, L., Fix, M., Weiss, J. J., Chevignard, M., & Pradat-Diehl, P. (2016). Prevalence of traumatic brain injury and epilepsy among prisoners in France: Results of the Fleury TBI study. *Brain Injury*, 30(4), 363-372. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1131848>

- Eden, G. F., Jones, K. M., Cappell, K., Gareau, L., Wood, F. B., Zeffiro, T. A., et al. (2004). Neural changes following remediation in adult developmental dyslexia. *Neuron*, 44(3), 411-422. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.10.019>
- Éluard, P. F. (2004). Troubles de la voix chez les enseignants. *Document pour le Médecin du Travail*, 98, 221-238. Consulté de <http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-TF-132/tf132.pdf>
- Ernst, É. (2009). Quelle est la place de l'orthophonie dans la rééducation auditive ?. *La Revue du Praticien*, 59(5), 640-641.
- Estellat, C., & Lebrun, L. (2004). *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*. Unpublished document, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Consulté de <https://www.reseauspsychologues.eu/file/6641/>
- Fauchille, É., Thienpont, C., Sannier, O., Faure, R., & Trugeon, A. (2016). Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 18-19, 344-349. Consulté de [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/18-19/pdf/2016\\_18-19\\_3.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/18-19/pdf/2016_18-19_3.pdf)
- Fischer, J.P., & Charron, C. (2009). Une étude de la dyscalculie à l'âge adulte. *Économie et Statistique*, 424(1), 87-101. <https://doi.org/10.3406/estat.2009.8032>
- Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E., & Martino, R. (2013). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 238-248. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.001>
- Gaudin, M., Parayre, G., d'Harcourt, C., & Castex, J. (2006). Circulaire relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées. *Bulletin officiel du ministère de la justice*, 101. Consulté de [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/101-DAP-b.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/101-DAP-b.pdf)
- Godin-Blandeau, E., Verdot, C., & Develay, A. E. (2013). La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 35-36, 434-440. Consulté de [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013\\_35-36\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html)
- Gotman, A., & Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan.
- Guérin, G. (2003). La santé en prison : contexte et genèse d'une réforme. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 44, 18-20. Consulté de <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>
- Haute autorité de santé. (2006). Sclérose en plaques. *Guide – Affection de longue durée*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_625971/fr/ald-n-25-guide-medecin-sur-la-sclerose-en-plaques](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_625971/fr/ald-n-25-guide-medecin-sur-la-sclerose-en-plaques)
- Haute autorité de santé. (2007a). Épilepsies graves. *Guide - Affection de longue durée*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_586168/fr/ald-n-9-guide-medecin-sur-epilepsies-graves](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_586168/fr/ald-n-9-guide-medecin-sur-epilepsies-graves)
- Haute autorité de santé. (2007b). Sclérose latérale amyotrophique. Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare. *Guide – Affection de longue durée*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_612628/fr/ald-n-9-pnds-sclerose-laterale-amyotrophique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_612628/fr/ald-n-9-pnds-sclerose-laterale-amyotrophique)
- Haute autorité de santé. (2009a). Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. *Évaluation des actes professionnels*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_894407/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894407/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france)
- Haute autorité de santé. (2009b). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer des voies aérodigestives supérieures. *Guide – Affection*

- longue durée*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_892158/fr/ald-n-30-guide-medecin-sur-le-cancer-des-voies-aero-digestives-superieures](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_892158/fr/ald-n-30-guide-medecin-sur-le-cancer-des-voies-aero-digestives-superieures)
- Haute autorité de santé. (2010). ALD 30 – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer primitif du système nerveux central de l'adulte. *Guide – Affection longue durée*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1005895/fr/ald-n-30-guide-medecin-sur-le-cancer-primitif-du-systeme-nerveux-central-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1005895/fr/ald-n-30-guide-medecin-sur-le-cancer-primitif-du-systeme-nerveux-central-de-l-adulte)
- Haute autorité de santé. (2011). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. *Recommandation de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1148892/fr/recommandation-maladie-d-alzheimer-diagnostic-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148892/fr/recommandation-maladie-d-alzheimer-diagnostic-et-prise-en-charge)
- Haute autorité de santé. (2014). Conduite à tenir en médecine de premier secours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. *Recommandation de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2012570/fr/tdah-recommandations](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012570/fr/tdah-recommandations)
- Haute autorité de santé. (2016). Maladie de Parkinson. *Guide du parcours de soins*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1243427/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1243427/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson)
- Haute autorité de santé. (2017). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?. *Les parcours de soins*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Consulté de [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2823836/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages-guide-parcours-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823836/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages-guide-parcours-de-sante)
- Hazan, A. (2015). Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. *Journal Officiel de la République Française*, 0162(148). Consulté de [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/07/joe\\_20150716\\_0162\\_0148.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/07/joe_20150716_0162_0148.pdf)
- Hazan, A. (2017). Préface. Dans J. Schmitz (dir.) *Le droit à la réinsertion des personnes détenues*. Paris : Institut universitaire Varenne.
- Helland, W. A., Biringer, E., Helland, T., & Heimann, M. (2012). Exploring language profiles for children with ADHD and children with Asperger syndrome. *Journal of Attention Disorders*, 16(1), 34-43. <https://doi.org/10.1177/1087054710378233>
- Hyst, J.-J., & Cabanel, G.-P. (2000). *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Paris : Sénat. Consulté de <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-4491.pdf>
- Jourdan, C., Bayen, E., Pradat-Diehl, P., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., et al. (2016). A comprehensive picture of 4-year outcome of severe brain injuries. Results from the Paris-TBI study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.10.009>
- Kirby, A., Edwards, L., Sugden, D., & Rosenblum, S. (2010). The development and standardization of the adult developmental co-ordination disorders/dyspraxia checklist (ADC). *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 131-139. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.08.010>
- Kirk, J., & Reid, G. (2001). An examination of the relationship between dyslexia and offending in young people and the implications for the training system. *Dyslexia*, 7(2), 77-84. <https://doi.org/10.1002/dys.184>

- La Vigne, M., & Van Rybroek, G. (2001). Breakdown in the language zone : the prevalence of language impairments among juvenile and adult offenders and why it matters. *UC Davis Journal of Juvenile Law and Policy*, 15(1). Consulté de <https://jjlp.law.ucdavis.edu/archives/vol-15-no-1/LaVigne-and-Rybroek.pdf>
- Law, J., Reilly, S., & Snow, P. C. (2013). Child speech, language and communication need re-examined in a public health context: a new direction for the speech and language therapy profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(5), 486-496. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12027>
- Lécu, A. (2013). *La prison, un lieu de soin ?*. Paris : Les Belles lettres.
- Llewellyn, A., Norman, G., Harden, M., Coatesworth, A., Kimberling, D., Schilder, A., et al. (2014). Interventions for adult Eustachian tube dysfunction: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(46). <https://doi.org/10.3310/hta18460>
- Mahi, L. (2015). De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. *Anthropologie et Santé*, (10). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1607>
- Malagelada, J. R., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., et al. (2015). World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia—global guidelines and cascades update September 2014. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49(5), 370-378. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000307>
- Marin, C. (2017). L’incarcération dans le monde. *Le monde diplomatique*, 755, 12-13. Consulté de <https://www.monde-diplomatique.fr/cartes/incarceration>
- Marsala, V., & Pautrat, C. (2011). *Évaluation du dispositif d’hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*. Paris : Inspection générale des affaires sociales & Inspection générale des services judiciaires. Consulté de [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf)
- McNamara, N. (2012). Speech and language therapy within a forensic support service. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 3(2), 111-117. <https://doi.org/10.1108/20420921211280097>
- Milly, B. (2003). L'accès aux soins des détenus en France: un droit bafoué. *Droit et Société*, (3), 745-765. Consulté de [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=DRS\\_055\\_0745](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DRS_055_0745)
- Ministère de la justice. (2016). *Les chiffres-clés de la justice 2016*. Paris : Ministère de la Justice. Consulté de <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/infostats-justice-10057/>
- Ministère de la santé et de la protection sociale, & Ministère de la justice. (2004). *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*.
- Ministère de l’éducation nationale, de l’enseignement supérieur et de la recherche. (2013). *Annexe 1 : Certificat de Capacité d’Orthophonie - Référentiel d’activités*. Bulletin Officiel. Consulté de [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste\\_267385.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf)
- Moody, S. (2014). Dyslexia, dyspraxia, and ADHD in adults: what you need to know. *British Journal of General Practice*, 64(622), 252. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X679859>
- Mouquet, M. C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et Résultats*, 386, 1-12. Consulté de <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
- Newman, A., Lewis, W., & Beverstock, C. (1993). *Prison literacy: Implications for program and assessment policy*. Philadelphia : National Center on Adult Literacy. Consulté de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED363729.pdf>
- Observatoire international des prisons. (2017). *Comment expliquer la surpopulation des prisons françaises*. Consulté de <https://oip.org/en-bref/comment-expliquer-la-surpopulation-des-prisons-francaises/>

- Nguengang Wakap, S. (2018). Prévalence des maladies rares : Données bibliographiques. Classement par prévalence décroissante ou par nombre de cas publiés. *Les cahiers d'Orphanet, Série Maladies Rares*, (2), 1-66. Consulté de [http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Prevalence des maladies rares par prevalence decroissante ou cas.pdf](http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Prevalence_des_maladies_rares_par_prevalence_decroissante_ou_cas.pdf)
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> édition). Malakoff: Armand Colin.
- Petitclerc-Roche, S. (2013). *Influence de la précarité sur la prise en charge médicale* (Doctoral dissertation). Université de Nantes, Nantes. Consulté de <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1e4a3df0-a5d6-48c2-a748-f587ff019af4>
- Prost, T., & Rey, S. (2015). *L'état de santé de la population en France – Rapport 2015*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Consulté de [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds\\_v11\\_16032015.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf)
- Pruden, D., Young, S., Thomas, K., Boden, H., & Singleton, C. (2005). *Practical solutions to identifying dyslexia in juvenile offenders: Report of a joint project of the british dyslexia association and HM young offender institution wetherby 2004-2005*. Reading : British Dyslexia Association.
- Rivière, J.-P. (2002). La lutte contre l'illettrisme et l'orthophonie, l'interférence des champs d'intervention. *Langage et Pratiques*, 30, 11-21. Consulté de [http://arld.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Langages pratiques/30-heterogeneite-haute-def.pdf](http://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Langages_pratiques/30-heterogeneite-haute-def.pdf)
- Rogations, S. (2009). *Quel(s) rôle(s) pour l'orthophoniste en centre de détention? Évaluation orthophonique de quatre détenus scolarisés et travail en partenariat avec leurs enseignants* (Doctoral dissertation). Université du droit et de la santé de Lille, Lille.
- Rondal, J. A. (2007). *Orthophonie contemporaine*. Isbergues : Ortho Édition.
- Roth, C. (2011). Dysarthria. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 905-908. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3\\_880](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_880)
- Royal College of Speech and Language Therapists (2009). Locked up and locketed out: communication is the key [Présentation PowerPoint]. Consulté de [http://www.assembly.wales/NAfW%20Documents/cc\\_3\\_yj18\\_-\\_royal\\_college\\_of\\_speech\\_and\\_language\\_therapists\\_-\\_e\\_.pdf%20-%2012012010/cc\\_3\\_yj18\\_-\\_royal\\_college\\_of\\_speech\\_and\\_language\\_therapists\\_-\\_e\\_-\\_English.pdf](http://www.assembly.wales/NAfW%20Documents/cc_3_yj18_-_royal_college_of_speech_and_language_therapists_-_e_.pdf%20-%2012012010/cc_3_yj18_-_royal_college_of_speech_and_language_therapists_-_e_-_English.pdf)
- Sauder, R. (Réalisateur). (2012). *Être là*. France : Shellac. Consulté de <https://www.tenk.fr/brouillon-d-un-reve/etre-la.html>
- Schiffmann, S. N. (2001). Le cerveau en constante reconstruction: le concept de plasticité cérébrale. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16(1), 11-23. <https://doi.org/10.3917/cpc.016.0011>
- Settle, M. (2018). *Glasgow held as example to London in cutting murder rate*. Consulté de The Herald Web site : [http://www.heraldscotland.com/politics/16140920.Glasgow\\_held\\_as\\_example\\_to\\_London\\_in\\_cutting\\_murder\\_rate/](http://www.heraldscotland.com/politics/16140920.Glasgow_held_as_example_to_London_in_cutting_murder_rate/)
- Snow, P. C., Sanger, D. D., Belieu, K., Caire, L. M., & Eadie, P. A. (2015). Snow et al.'s response to Richard Armstrong's Letter to the Editor. *International Journal of Language et Communication Disorders*, 50(4), 567-568. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12163>
- Snow, P. C., Sanger, D. D., Caire, L. M., Eadie, P. A., & Dinslage, T. (2015). Improving communication outcomes for young offenders: a proposed response to intervention frame-

- work. *International Journal of Language et Communication Disorders*, 50(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12117>
- Snow, P., & Powell, M. (2002). *The language processing and production skills of young offenders: Implications for enhancing prevention and intervention strategies*. PsycEXTRA Dataset. <https://doi.org/10.1037/e620792012-001>
- Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. (2013). Troubles du comportement chez les traumatisés crâniens : quelles options thérapeutiques ? Recommandations. *Recommandations de bonne pratique*. Paris : SOFMER. 36 p. Consulté de [https://www.sofmer.com/download/sofmer/sofmer\\_tc\\_Recommandations.pdf](https://www.sofmer.com/download/sofmer/sofmer_tc_Recommandations.pdf)
- Somasundara, D., & Sullivan, F. (2017). Management of Bell's palsy. *Australian Prescriber*, 40(3), 94-96. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2017.030>
- Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F., & Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica*, 148(3), 255-268. <https://doi.org/10.1007/s00701-005-0651-y>
- Talbot, J. (2008). *Prisoners' voices: Experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities and difficulties*. London : Prison Reform Trust. Consulté le 8 mai 2018 de <http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/No%20One%20Knows%20report-2.pdf>
- Thibaut, J. (2016). *Impact des troubles logico-mathématiques sur la qualité de vie des adultes dyscalculiques* (Doctoral dissertation). Université Nice Sophia Antipolis, Nice. Consulté de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488139>
- Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI). (2009). *L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre*. Paris : UNAPEI. Consulté de [http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide\\_ReglesFacileAlire.pdf](http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf)
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. (2018). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*. Paris : UNCAM. Consulté de [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375049/document/ngap\\_01.04.18\\_vd.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375049/document/ngap_01.04.18_vd.pdf)
- Van Nuland, J. (2013). *Report on the Pilot for the project "Dyslexia in Detention" Valk et Uil*. Consulté le 9 mai 2018 de <http://www.alippe.eu/pilot/DyslexiaPilotprojectmanagementreport.pdf>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Young, S., Adamou, M., Bolea, B., Gudjonsson, G., Müller, U., Pitts, M., et al. (2011). The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies. *BMC Psychiatry*, 11(32), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-32>
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*, 45(2), 247-258. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000762>
- Zakopoulou, V., Pashou, T., Tzavelas, P., Christodoulides, P., Anna, M., & Iliana, K. (2013). Learning difficulties: A retrospective study of their co morbidity and continuity as indicators of adult criminal behaviour in 18-70-year-old prisoners. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3660-3671. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.033>

## **Index des annexes**

Annexe A : Tableau des signes d'appel de pathologies prises en soin en orthophonie

Annexe B : Affiche dans le style FALC

Annexe C : Feuille de recueil des données médecins

Annexe D : Arbre thématique

Annexe E : Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé

Annexe F : Annexe 8 : Engagement éthique

**ANNEXE A**  
**TABLEAU DES SIGNES D'APPEL**  
**DE PATHOLOGIES PRISES EN SOINS EN ORTHOPHONIE**

**Tableau des signes d'appel de pathologies pouvant bénéficier d'une prise en soin en orthophonie**

	Signes	Peut faire penser à ...	Bilan à proposer
l'oral	- ralentissement du débit	- Troubles d'articulation - Aphasie - Dysphasie - Troubles arthriques - Dysphonies - Bégaiements - Autres troubles cognitifs - autres ...	Communication et langage oral <i>ou</i> Phonation <i>ou</i> Bégaiements et autres troubles de la fluence <i>ou</i> Troubles d'origine neurologique en lien avec : - AVC - traumatismes crâniens - encéphalites - sclérose en plaque - épilepsie - maladies neuro-dégénératives
	- se trompe de mots ou les prononce mal		
	- cherche ses mots		
	- phrases mal construites ou simplifiées		
	- bégaiements		
	- voix altérée (timbre, intensité, fréquence)		
	- réponses inadaptées		
	- se répète		
	- difficultés à faire un récit et/ ou à exprimer sa pensée		
	- difficultés de compréhension dans la conversation		
- difficultés à suivre les conversations et/ou la télévision			
	- laryngectomie		Phonation
l'écrit	- lenteur, imprécision et/ou fatigabilité en lecture	- Dyslexie - Dysorthographe - Dysphasie - autres ...	Communication et langage écrit Troubles d'origine neurologique
	- difficultés de compréhension écrite		
	- difficultés en orthographe		
	- écriture lente, douloureuse et/ou illisible	- Dysgraphie	Communication et langage écrit
Le temps, l'espace	- ne sait plus quel jour/mois/année nous sommes et/ou difficultés à se repérer dans le temps	- Dyspraxie - Autres troubles cognitifs - autres ...	Troubles d'origine neurologique
	- oubli de RDV		
	- abandon d'activités		
	- difficultés à gérer son temps et/ou à s'organiser		
	- difficultés à séquencer et structurer l'information		
	- se perd		
Les nombres	- tenir ses comptes, comprendre les prix	- Cognition mathématique - autres ...	Dyscalculie et troubles du raisonnement logico-mathématique Troubles d'origine neurologique
	- évaluer les quantités, les distances et/ou les poids		
	- calculer mentalement des petites sommes		
	- lire l'heure		
La déglutition	- mastication prolongée	- Dysphagie	Déglutition et fonctions oro-myofaciales
	- bavage		
	- déglutition répétée d'une même bouchée		
	- voix gargouillante, humide		
	- fausses routes, toux pendant les repas		
Les oreilles	- surdité	- Surdité	Communication et langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus Surdité, paralysies cérébrales, troubles envahissants du développement, maladies génétiques)
	- otites à répétition	- Rééducation tubaire	Déglutition et fonctions oro-myofaciales
La face	- paralysie faciale périphérique (PFP) ou centrale (PFC)	- PFP ou PFC	Déglutition et fonctions oro-myofaciales
	- absence d'expressivité	- Autres troubles cognitifs	Troubles d'origine neurologique

+ travail de la voix des personnes transsexuelles = bilan de la phonation

ANNEXE B  
AFFICHE DANS LE STYLE FALC

**Information**

**Étude sur les besoins en orthophonie en prison**

L'orthophoniste peut aider les gens qui ont :  
des problèmes pour parler,  
des problèmes pour lire,  
des problèmes pour compter,  
des problèmes pour avaler,  
des problèmes pour se souvenir des choses.

L'orthophoniste peut aider à tout âge :  
les enfants,  
les adultes.

En France, il n'y a pas d'orthophoniste qui travaille en prison.

On ne sait pas si il y a besoin d'orthophoniste en prison.  
On veut savoir si il y a besoin d'orthophoniste en prison.

Les médecins vont faire une étude.

Les médecins de la prison vont regarder combien de gens ont besoin d'orthophoniste.

L'étude dure 3 mois.

L'étude est anonyme. Cela veut dire qu'on ne donne pas le nom des gens.

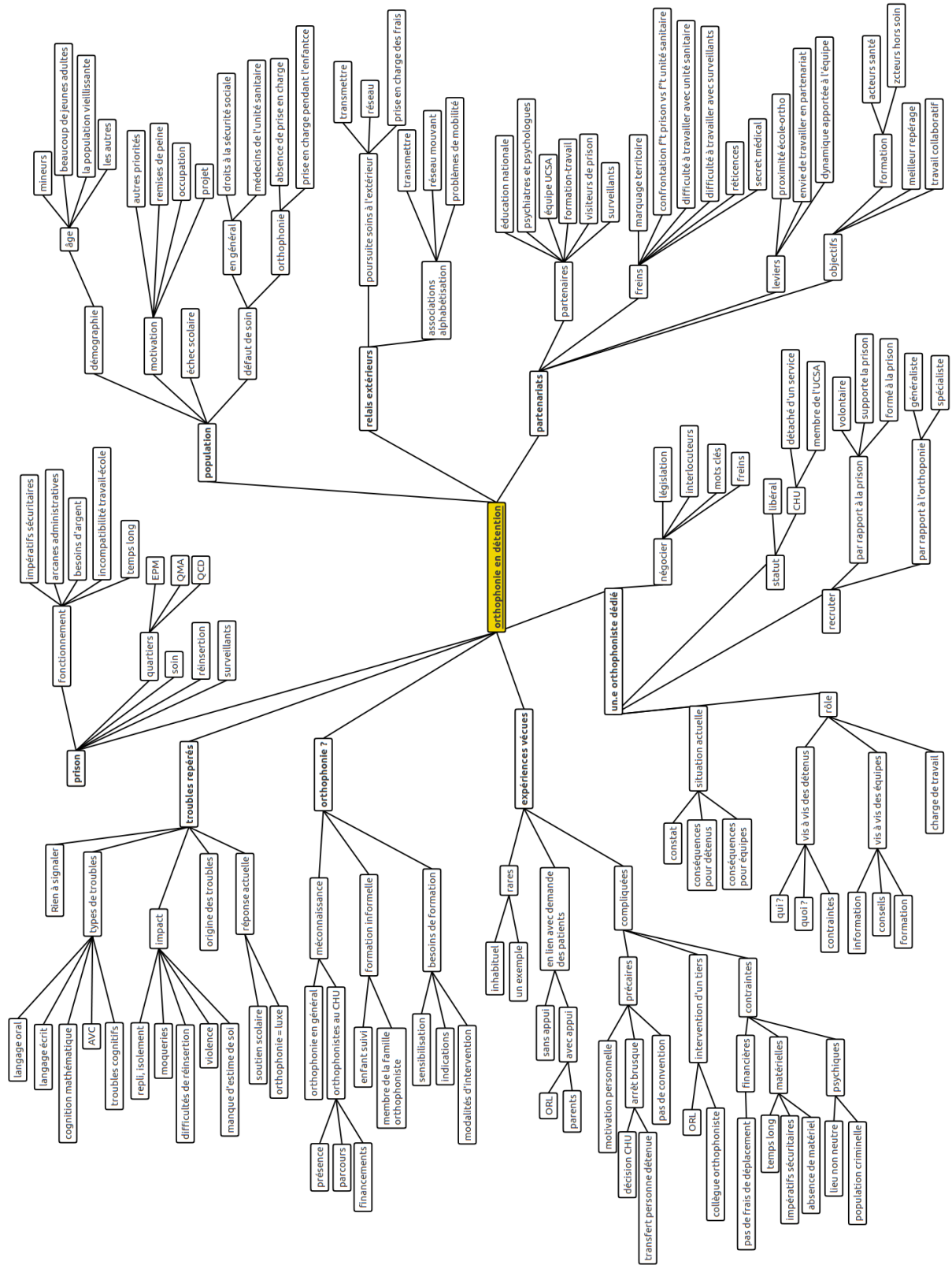
Vous pouvez poser des questions aux médecins.

Vous pouvez refuser de participer à l'étude.

Une affiche donnera les résultats de l'étude à la fin.



# ANNEXE D ARBRE THÉMATIQUE





UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES TECHNIQUES MÉDICALES  
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie  
Directeur : Dr Florent ESPITALIER  
Directrice pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE  
Directrice des stages : Mme Christine NUEZ

## ANNEXE 7 LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude : Évaluation des besoins en soins orthophoniques en milieu pénitentiaire  
Consentement de participation de :

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme Anne Hauvespre, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme Anne Hauvespre m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiqué une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule Mme Anne Hauvespre y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :

le :

Signature du participant

Signature de l'étudiante



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES TECHNIQUES MÉDICALES  
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie  
Directeur : Dr Florent ESPITALIER  
Directrice pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE  
Directrice des stages : Mme Christine NUEZ

## ANNEXE 8 ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée Anne Hauvespre, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à évaluer les besoins en soins orthophoniques en milieu pénitentiaire.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude,
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Mellionnec

Le 21 juin 2017

Signature

# Évaluation des besoins en soins orthophoniques en milieu pénitentiaire

---

## RÉSUMÉ

Alors qu'en France, l'orthophonie est un soin quasiment inexistant en détention, l'objectif de cette étude est d'évaluer les besoins en soins orthophoniques de la population carcérale selon une démarche de santé publique. Trois méthodes sont utilisées : une recherche bibliographique de données de prévalence et des recommandations de bonnes pratiques concernant les troubles et pathologies pris en soin en orthophonie, une enquête spécifique menée par les médecins et les enseignants des établissements pénitentiaires de Nantes et la consultation de professionnels intervenant en détention dans les secteurs médical, juridique et de réinsertion.

Bien que très différents, les résultats obtenus selon ces trois méthodes convergent. Ils mettent en évidence l'existence de besoins en soins orthophoniques chez les personnes détenues bien plus élevés que dans la population générale. Les principaux troubles repérés sont les troubles du langage oral, du langage écrit et du déficit de l'attention. Les entretiens apportent également un éclairage sur des conditions favorables à la mise en place de consultations d'orthophonie en détention.

L'importance et la nature des troubles repérés qui sont reconnus comme facteurs de risque d'échec scolaire, comportements violents, faible estime de soi et difficultés de réinsertion plaident en faveur de la mise en place de consultations d'orthophonie en détention.

---

## MOTS-CLÉS

Milieu carcéral – Orthophonie – Précarité – Santé publique – Troubles du langage

---

## ABSTRACT

Speech and language therapy services are uncommon in French prisons. The aim of this study is to evaluate speech, language and communication needs (SLCN) in offender population, adopting a public health approach. Three different methods are used : review of the literature for prevalence and clinical guidelines on SLCN, specific study by general practitioners and teachers of Nantes' prisons and interviews of healthcare, legal and reintegration professionals working with offenders.

All the results confirm that there are higher SLCN in prison population than in general population. The main needs concern oral language, written language and attention deficit hyperactivity disorders. The interviews highlight enabling environment to speech and language therapy services in prisons.

The extent and nature of SLCN identified in this study and their link with school failure, violent behavior, low self-worth and challenges to reintegration advocate for the creation of speech and language therapy services in prisons.

---

## KEY WORDS

Precariousness – Prison – Public health – Speech, language and communication needs (SLCN) – Speech and language therapy