

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Adèle MONTAGNE et Anne-Charlotte STREEL

Le 9 juin 2023 à la Faculté de Médecine de Toulouse

PERCEPTION DE LEUR SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE PAR LES FEMMES
INCARCÉRÉES À LA MAISON D'ARRÊT DE SEYSSES

ETUDE QUALITATIVE

Directeurs de thèse : Pr Frédéric SAVALL et Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY :

- Professeur Norbert TELMON – Président
- Professeur Frédéric SAVALL – Assesseur
- Docteur Aude LAGARRIGUE – Assesseur
- Docteur Laëtitia GIMENEZ – Assesseur
- Docteur Lisa OUANHNON – Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et immunologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements de Adèle et Anne-Charlotte

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Norbert TELMON,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres de notre jury,

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL

Tu as accepté de diriger cette thèse avec enthousiasme. Nous te remercions pour ton implication dans ce travail ainsi que tes conseils pertinents. Sois assuré de notre profonde estime.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Merci pour ton investissement dans l'encadrement de ce travail. Bénéficiaire de ton expertise en méthodologie a été rassurant. Reçois le témoignage de notre gratitude et de notre respect.

Madame le Docteur Aude LAGARRIGUE

Nous vous remercions pour vos conseils avisés et l'éclairage que vous nous avez apporté. Votre engagement a été une source d'inspiration dans notre travail. Merci de participer à ce jury.

Madame le Docteur Lisa OUANHNON

Nous te remercions de l'intérêt que tu portes à ce travail. Tes projets et implications professionnelles sont un exemple pour nous. C'est un honneur de t'avoir dans notre jury.

Aux participantes à cette recherche,

Merci de nous avoir fait confiance et d'avoir accepté de vous confier sur ce sujet intime. Nous avons été intensément touchés par nos entretiens. Nous espérons que ce travail a pu libérer votre parole.

A la Maison d'Arrêt de Seysses et son personnel,

Merci pour l'attention portée à notre sujet et pour le temps accordé à l'organisation des entretiens. Alain, merci d'avoir été notre référent sur place, merci pour votre engagement.

Remerciements d'Adèle

A mes parents,

Pour cette enfance et au-delà, merci d'avoir été le cocon qui m'a amené jusqu'ici. Maman, mon étoile adorée, tu es partout, surtout aujourd'hui. Merci pour ton sens de la famille et ta générosité. J'espère te rendre hommage aujourd'hui et tous les autres jours.

A ma sœur,

Pour ce lien unique. Pour ton écoute en baillant lorsque je te raconte ma thèse. Pour ton soutien et tout ce que tu partages avec moi, même la médecine. Pour être revenue près de moi.

A mes grands-parents,

Rémé et Jules pour chacun de vos regards débordant d'amour, merci la vie d'avoir été votre petite fille. Pour votre Espagne, havre de paix quand les études se corsaient. Marie-Jeanne et Roger, pour avoir brillamment pris soin de mon avenir dès ma naissance.

A Orphée, mon amour,

Pour être arrivé dans ma vie et prendre si bien soin de moi. Ces mots auront du mal à être à la hauteur de l'estime que j'ai pour toi. Merci pour tout ce que tu es. Merci de nous avoir construit une maison, sans murs, car je suis chez nous n'importe où avec toi. Et Bowie. Et Nala.

A Farida, Sirine, Jihane, Kader, Mireille, Annie, témoins fidèles des moments les plus importants.

A Véronique, Pascal et Hermine, pour votre accueil dans ce foyer que j'aime retrouver.

A ces gens formidables rencontrés en médecine,

Cyzy, merci d'être toujours là au bout de ma main. Pour ton écoute, ta compréhension de la vie et des gens, tes confidences, ta bienveillance dans cette relation qui illustre l'amitié, la vraie. **Soso,** pour nos escapades où tout était possible et les innombrables souvenirs. Tu es et resteras mon reuf qui a acquis le statut de famille. **Delph,** pour avoir créé avec moi ce lien inexplicable. Tu mérites le meilleur. Je vous aime fort toi et Lolo. **Anassou,** pour ta vision de la vie et ses folies. Pour aller au bout des choses et pour nous montrer l'exemple au bout du monde. **Anissa,** pour ce semestre qui m'a permis de te découvrir. Pour ton cœur et ta générosité. **Anne-Charlotte,** pour cette idée fabuleuse, pour ton optimisme, la qualité de tes échanges et ta compréhension de l'autre. Je te dois un sujet de thèse. **Arnaud** pour ta médecine bien pensée ; **Myriam** pour nos échanges et ton respect, tu es une épaule sur laquelle s'appuyer ; **Karine et Bertrand** pour votre bienveillance et l'atmosphère qui règne dans votre carré ; **Éric** pour tes apprentissages qui forcent le respect ; **Sophie, Carole, Marlène** et les autres pour m'avoir si bien accompagnée.

A ceux rencontrés bien avant, last but (very) not least,

Choupi, Fifi, Meganou, Nenette, Paul, Alexis, c'est pour moi un privilège de continuer la route auprès de vous. Merci pour cette adolescence côte à côte et pour votre capacité à me ramener à ce joli passé.

Remerciements d'Anne-Charlotte

A ma fille Estelle, tu es une enfant merveilleuse, joyeuse, spontanée, tu apportes à notre famille un bonheur que je n'aurais jamais pu imaginer. Ma fierté est indescriptible et mon amour pour toi est incommensurable.

A toi Alex, mon doux, mon pilier, tu as su m'accompagner tout au long de ces longues études. Merci pour ta patience. Nous voici enfin au bout ! Merci pour tout ce que tu fais pour notre famille. Je suis fière et chanceuse de vivre à tes côtés.

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études, vous avez cru en moi, encouragée et soutenue sans faille. Merci de m'avoir supportée toutes ces années. **Papa**, tu m'as toujours suivie de près, en toute discrétion. Je sais combien cette journée d'aboutissement est importante pour toi et te rend fier. Merci de partager ce moment avec moi. Merci pour ton implication sans faille, parfois de jour comme de nuit à chaque fois que j'en ai eu besoin. **Maman**, merci pour ce soutien de chaque instant, ces petits-déjeuners au lit, ces petites attentions continues pour me donner le courage d'étudier toujours plus. Tu as passé chaque étape, chaque examen à mes côtés, je te remercie infiniment. Je suis immensément fière de mes parents, et d'être votre fille.

A ma sœur, je n'ai pas les mots pour dire tout l'amour que j'ai pour toi. Tu es un exemple pour moi de force, de combativité, de joie de vivre. Nous avons vécu le pire comme le meilleur. Je suis peut-être loin, mais je ne cesserai d'être à tes côtés. Je t'aime tendrement.

A mamy Milou, que j'aime profondément. Tu as tant fait pour nous, pour notre famille, je te suis éternellement reconnaissante. Merci d'avoir fait le déplacement pour partager ce moment avec moi.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien et votre infinie bienveillance.

A mon cousin Max, le frère que je n'ai pas eu. Merci d'avoir toujours été là, j'ai hâte de te retrouver. **A mon ami d'enfance, Bertrand**, notre amitié est pérenne. Nous nous retrouvons toujours comme si nous ne nous étions jamais quittés. Merci pour ta simplicité et nos éclats de rire. **A Laurent**, mon ami fidèle, tu sais déjà tout, tu es un ami en or tout simplement. **A Lou, Ludi, Alixe, Cam, David, Nico, Alexandra** mes amis d'unif, vous me manquez si souvent. Merci pour la joie que vous m'avez apportée pendant ces longues études et la joie que vous m'apportez encore à chaque retrouvaille. **A mes amies toulousaines, Fanny, Pipo, Marion**, devenues de véritables amies, vous êtes un repère pour moi, des membres de ma famille. **A Marion**, devenue mon amie depuis l'internat de Castres. Tu es une fille formidable et tu en doutes trop souvent. **A Flo**, tonton Flok, comment va-t-il ? Que dire de plus ? Comme promis, « A toutes ces anecdotes ! ». Et bien évidemment à **Adèle**, à nos dimanches (et aux autres jours), merci pour avoir égayé cette thèse par ton humour, ta façon de prendre soin des autres, ton travail sans relâche et notre complicité.

A la faculté de médecine de Liège, ses professeurs, son personnel administratif, là où je suis née, là où tout a commencé. Je n'oublie pas d'où je viens et j'en suis profondément fière et reconnaissante. Merci.

A la faculté de médecine de Bordeaux, ses professeurs, son personnel administratif, merci de m'avoir accueillie pour cet Erasmus durant mon externat. J'ai passé un semestre

inoubliable, tant sur les acquis concernant ma pratique médicale que sur les rencontres formidables que j'ai pu faire. **Guillaume, Vincent, Gaëtan, Hélène, Clémentine**, je ne vous oublierai jamais, merci pour cet accueil, ces fous-rires, ces amitiés sincères. Un remerciement tout particulier au **Professeur Schaeffer**, ainsi qu'au **Professeur Dehail**, qui m'ont accueillie dans leurs services respectifs et ont veillé personnellement à mon intégration et apprentissage. Je suis fière et reconnaissante d'avoir pu me former à vos côtés. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A la faculté de médecine de Toulouse, qui m'a ouvert les bras pour ces trois années d'internat. J'ai été accueillie comme si j'avais toujours fait partie de cette grande famille toulousaine. Merci pour tout ce que j'y ai appris.

A Mes co-externes et co-internes, ensemble nous avons vécu une sacrée aventure, partagé des moments très forts et inoubliables...

Mes maîtres de stages ambulatoires et les services hospitaliers auprès desquels j'ai évolué et progressé. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

A tout le personnel médical et paramédical avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat. Vous m'avez accompagné tout au long de ce cursus avec bienveillance, je ne saurais jamais assez vous remercier pour votre présence essentielle.

Une pensée très émue à ceux qui ne sont plus là et qui ont fait celle que je suis, mes arrière-grands-parents, **Nènène, Bonpa, Bobonne**. Mes regrettés grands-parents, **Mémé et Bonpax, Papy Henry**. Ma tendre **Miche**.

Préface

"On ne saurait accepter une médecine pénitentiaire...il ne peut exister qu'une médecine en milieu pénitentiaire, s'inscrivant dans le cadre général de la santé publique".

« Car c'est le détenu devenu patient qu'on doit placer au centre de la réflexion sur la médecine en milieu carcéral. S'agissant de la condition de prisonniers, il faut partir de ce principe : un être humain, en détention demeure titulaire de tous les droits fondamentaux, hormis ceux qu'une décision de justice lui a retirés. Or, parmi ces droits, il n'en est guère de plus précieux que l'accès aux soins, le respect de la dignité et de l'intimité. »

Robert Badinter, ancien garde des Sceaux de la République française

TABLE DES MATIÈRES

I-	INTRODUCTION.....	1
1.	CONTEXTE CARCÉRAL	1
2.	MAISON D'ARRÊT DE SEYSSES.....	1
3.	CADRE LÉGISLATIF ET ORGANISATION DES SOINS EN PRISON.....	2
4.	FEMMES DÉTENUES : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	4
II-	MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	7
1.	TYPE D'ÉTUDE.....	7
2.	POPULATION ET RECRUTEMENT	7
3.	RECUEIL DES DONNÉES.....	7
4.	ANALYSE DES DONNÉES	8
5.	ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	8
III-	RÉSULTATS.....	9
1.	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	9
2.	VÉCU DES SOINS GYNÉCOLOGIQUES AVANT INCARCÉRATION.....	10
a)	Motifs habituels de consultation en gynécologie.....	10
b)	Suivi gynécologique avant incarcération.....	10
c)	L'abord des soins gynécologiques.....	11
d)	Éducation à la santé de la femme.....	14
3.	VÉCU DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL.....	15
a)	Perception de la santé en milieu carcéral.....	15
b)	Contraintes exprimées relatives aux soins en prison.....	16
c)	Le rapport au statut de détenue.....	17
4.	VÉCU DES SOINS GYNÉCOLOGIQUES EN MILIEU CARCÉRAL.....	18
a)	Quel recours aux soins gynécologiques en prison ?	18
b)	Vécu satisfaisant des soins gynécologiques en prison.....	19
c)	Dignité par les soins prodigués.....	20
5.	L'IMPACT DE L'INCARCÉRATION SUR LE VÉCU DE LA SANTÉ.....	20

a) Reprise ou arrêt du suivi médical en prison ?	20
b) Accès aux soins en prison par rapport à l'extérieur.....	21
c) Acquisition de connaissances en prison	22
d) Place de la santé mentale en prison.....	22
e) Modification de la santé et des habitudes	23
f) Pistes d'amélioration proposées par les femmes.....	24
IV- DISCUSSION.....	27
1. RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	27
2. FORCES ET LIMITES	28
3. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE.....	28
a) A propos d'une étude qualitative américaine.....	28
b) Peu de données concernant les soins gynécologiques en prison.....	29
c) Similitudes ou différences avec les hommes détenus ?.....	30
d) Les apports de notre étude	30
4. LES PERSPECTIVES.....	32
V- CONCLUSION.....	34
VI- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	35
VII- ANNEXES.....	38
➤ Annexe 1 : Note d'information et formulaire de consentement.....	38
➤ Annexe 2 : Guide d'entretien avant avis du comité éthique.....	40
➤ Annexe 3 : Guide d'entretien après avis du comité éthique	41
➤ Annexe 4 : Guide d'entretien après entretien pilote.....	42
➤ Annexe 5 : Avis du comité éthique	43
➤ Annexe 6 : Avis de conformité CNIL.....	44

I- INTRODUCTION

1. Contexte carcéral

En France en 2022, on recensait 184 établissements pénitentiaires (1).

Ceux-ci reçoivent des détenus, qui peuvent avoir le statut de prévenus (en détention provisoire dans le cadre d'une information judiciaire et en attente de jugement) ou de condamnés (à une peine privative de liberté) (2).

Les établissements pénitentiaires pour adultes se répartissent en 3 catégories principales :

- 82 maisons d'arrêt : destinées aux prévenus ou aux personnes condamnées à une peine inférieure ou égale à 2 ans. En pratique, elles reçoivent également les détenus en attente d'affectation dans un établissement pour peine.

- les établissements pour peine : dédiés aux personnes condamnées, généralement pour des peines supérieures à 2 ans.

- 59 centres pénitentiaires : grandes structures rassemblant sur leur site des maisons d'arrêt et des établissements pour peine.

Sur la totalité de ces structures, 70 accueillent des femmes détenues selon les données de l'Observatoire International des Prisons (OIP) de novembre 2019 (3). Deux leur sont dévolus : le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes et la maison d'arrêt pour femmes de Versailles. Le plus souvent, les femmes sont donc détenues dans un quartier dédié au sein d'établissements pour hommes. Les structures pénitentiaires d'accueil étant moins nombreuses, leur répartition est plus hétérogène sur le territoire, ce qui peut renforcer l'éloignement familial et l'isolement des femmes détenues.

2. Maison d'arrêt de Seysses

Le centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses a été mis en service en 2003. Il comprend un quartier pour courtes peines, un quartier de semi-liberté, un quartier maison d'arrêt des hommes, un quartier maison d'arrêt des femmes, et lui sont rattachées l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Le quartier maison d'arrêt pour femmes en mars 2023 hébergeait 65 femmes pour 47 places, soit une densité carcérale de 138,3 % (4).

La contrôlée générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) s'est rendue sur place en 2021 et a remis un 3ème rapport de visite qui, entre autres, recommandait une amélioration

de l'accès aux soins somatiques. Il encourageait aussi un approfondissement des actions de promotion de la santé par le biais d'évaluations qualitatives sous forme d'enquête auprès du public concerné, de manière à mieux apprécier la pertinence des actions à mettre en place en priorité (5).

3. Cadre législatif et organisation des soins en prison

L'Organisation mondiale de la Santé inscrit dans sa constitution en 1946 que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Ce droit implique « l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable » (6).

Ce droit à l'accès aux soins pour tous s'est imposé dans la pensée collective, et particulièrement en France avec la création de la sécurité sociale en 1945, ayant pour mission de garantir à chacun « qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » (7).

La promesse d'un accès aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population est plus récente en milieu carcéral. C'est la loi du 18 janvier 1994 qui a marqué un tournant dans la prise en charge médicale des détenus (8). Jusqu'à cette date, l'organisation de la santé en prison dépendait de l'administration pénitentiaire, soit du ministère de la justice. L'activité médicale qui en résultait était cloisonnée à cet univers carcéral avec de possibles conflits d'intérêts entre personnels du soin et administratifs. Or, l'indépendance du personnel médical vis-à-vis des autorités carcérales est une condition à la liberté thérapeutique et à la possibilité d'établir des relations de confiance entre les personnes détenues et les soignants.

Une refonte du dispositif s'imposait par cette loi de 1994, dite « loi santé-justice ». Avec une population carcérale de plus en plus confrontée à la toxicomanie et au SIDA, l'organisation des soins devenait une lourde tâche, techniquement, financièrement et médicalement (9). La gestion de l'activité médicale pénitentiaire est depuis lors attribuée au ministère de la santé, et localement au secteur public hospitalier.

C'est ainsi qu'un établissement pénitentiaire est lié à un établissement hospitalier responsable de la prise en charge médicale des détenus. Et que tous les détenus bénéficient de la protection sociale, qui, dès leur incarcération, sont désormais obligatoirement affiliés au régime général de la Sécurité sociale, pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

En pratique, chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) se déclinant en deux dispositifs : un dispositif de soins somatiques (anciennement et encore nommés UCSA pour unité de consultations de soins ambulatoires) et un dispositif de soins psychiatriques (anciennement SMPR pour service médico psychologique régional) (10).

Il existe 3 niveaux de prise en charge :

- Niveau 1 : soins ambulatoires au sein de l'USMP de l'établissement pénitentiaire ou en extraction pour certains examens.
- Niveau 2 : soins requérant une hospitalisation à temps partiel. Elle s'exerce en chambres sécurisées de l'établissement de santé de rattachement pour les soins somatiques, et au sein de l'USMP pour les hospitalisations de jour en psychiatrie.
- Niveau 3 : soins requérant une hospitalisation à temps complet, au sein des établissements de santé. Pour les soins somatiques : dans des chambres sécurisées ou dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), implantées dans les CHU de 8 grandes villes. Pour les soins psychiatriques : dans les unités hospitalières spécialement aménagées (9 UHSA) ou dans les unités pour malades difficiles.

Depuis 1994, d'autres lois relatives aux droits des personnes détenues ont été rédigées et sont retracées dans le Code pénitentiaire. (10, 11) Nous citons les principales :

- Arrêté du 24 août 2000 : création des UHSI.
- Loi du 4 mars 2002 : suspension de peine possible pour certains condamnés atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital.
- Loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, dite "loi Perben 1" : création des UHSA et exclusion de l'hospitalisation à temps complet en milieu pénitentiaire.
- Loi du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : garantissant aux détenus un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire, à la qualité et à la continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Un bilan de santé doit être proposé à la personne détenue relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Le droit au secret médical des personnes détenues doit être respecté ainsi que le secret de la consultation. Elle inclut une mention spéciale pour les femmes détenues en garantissant une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins. À

cet égard, tout accouchement ou examen gynécologique « doit se dérouler sans entrave et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues ».

Notons qu'il n'existe qu'un seul instrument juridique international spécifique à la détention féminine : les Règles de Bangkok (12). Non contraignantes, elles visent à promouvoir une prise en charge des femmes détenues ciblées sur leurs besoins dits "spécifiques" et traitent de la maternité en prison, de l'importance des liens affectifs et familiaux, ou encore des besoins éducatifs et thérapeutiques.

Cette succession de lois était nécessaire d'autant que nombre d'études s'accordent sur le fait que la population carcérale cumule des facteurs de risque socio-sanitaires qui la rendent plus vulnérable aux problèmes de santé que la population générale (13).

4. Femmes détenues : état des lieux des connaissances

L'enjeu était de taille pour les femmes qui ont des besoins spécifiques, notamment au travers du suivi gynécologique. Une feuille de route gouvernementale intitulée "Femmes et Santé" a vu le jour en 2016, avec pour but de réduire les inégalités d'accès en santé entre hommes et femmes. La création même de cette feuille sous-entend une vulnérabilité globale des femmes dans l'accès aux soins en comparaison avec les hommes (14).

Il s'avère qu'elles sont minoritaires dans le milieu pénitentiaire : selon les dernières statistiques trimestrielles du Ministère de la Justice, sur un total de 72 351 détenus au 1^{er} mars 2023 on comptait 3,2 % de femmes (15).

D'elles on ne sait que peu de choses. Le suivi plus spécifique qui devrait leur être accordé est-il mis en place ? Ont-elles recours aux soins ? Ont-elles le sentiment d'être en bonne santé ? Ont-elles des freins à l'accès aux soins ?

Nous n'avons trouvé qu'une étude qualitative réalisée en France en milieu carcéral, mais auprès d'hommes incarcérés, abordant les freins à l'accès au soin en prison, parmi lesquels le délai de recours au spécialiste ou aux soins externes parfois très long, l'entrave qu'impose le maintien de la sécurité dans les situations d'urgence, ou encore l'organisation relative aux extractions (maintien des menottes, mobilisation de personnel pénitentiaire en sous-effectif et surpopulation carcérale) (16).

Parmi les autres dysfonctionnements préoccupant les associations, concernant indifféremment les hommes détenus et les femmes, on note la présence de surveillants

pendant les soins ou la nécessité de passer par le personnel pénitentiaire pour initier une requête médicale (17).

L'Organisation mondiale de la Santé, dans un rapport publié en 2009, et intitulé « La santé des femmes en milieu carcéral », faisait état de la prépondérance de certaines affections dans la population des femmes détenues, à savoir les troubles mentaux, la toxicomanie et l'alcoolisme. Il pointait aussi le vécu de maltraitements sexuelles et physiques, avant ou pendant leur détention, chez une grande proportion des femmes incarcérées, en comparaison aux hommes détenus ou à la population générale (18). Ce document soulignait les besoins en santé spécifiques aux femmes, et la nécessité de les reconnaître. Il recommandait en lien avec la sphère gynécologique de rendre accessibles aux femmes détenues des consultations à intervalles réguliers.

Plus récemment, une feuille de route a été élaborée conjointement par le Ministère de la Justice et celui des Solidarités et de la Santé, de 2019 à 2022, relative à la santé des personnes placées sous main de justice (19). Parmi les priorités, outre la prévision d'une évaluation à l'échelle nationale de la santé mentale en prison, l'accent est mis sur la prévention et la promotion de la santé. Un suivi gynécologique régulier nous semble être un parfait exemple à la fois de prévention et de promotion de la santé, qu'apporte tout suivi médical de qualité, une des actions citées dans le papier étant ici aussi l'amélioration de l'accès à une offre de soins gynécologiques en détention.

Mais cet accès à des soins gynécologiques implique l'information des femmes concernées, leur souhait de consulter et la disponibilité des praticiens. Nous n'avons cependant pas trouvé de travail de recherche rapportant directement le point de vue de femmes détenues vis-à-vis de leur santé gynécologique. Comme justifié dans l'étude médico-sociale des femmes incarcérées à Fleury-Mérogis, il est "illusoire" de chercher à améliorer la médecine somatique sans connaître les différents aspects de la personne à qui elle s'adresse, et notamment sans savoir si elle y sera réceptive (20).

Afin d'affiner notre projet, nous avons voulu explorer le ressenti du personnel soignant sur le terrain, au moyen d'un entretien avec un médecin femme ayant exercé à la maison d'arrêt de Seysses. Il en est ressorti qu'au-delà de l'obstacle potentiel que représenterait pour les femmes l'organisation des soins en prison, il existerait un ressenti différent du pathologique de cette population particulière, souvent marquée par un parcours de vie traumatique, avec parfois une méconnaissance des enjeux en santé impactant leur recours aux soins par manque d'information.

En interrogeant directement les femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses, notre objectif principal était d'explorer leur perception de leur santé, notamment gynécologique, afin de mieux cerner leurs besoins en santé. L'objectif secondaire était d'évaluer le vécu de l'impact de l'incarcération sur leur santé.

II- MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Afin de répondre à notre objectif et de donner la parole aux femmes détenues de la Maison d'arrêt de Seysses, nous avons mené une étude qualitative thématique et réalisée par deux chercheuses.

2. Population et recrutement

La population cible était les femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Seysses.

Le critère d'inclusion était d'être majeure. Étaient exclues de l'étude les femmes non francophones ou sous sauvegarde de justice.

Le recrutement se faisait au moyen d'une fiche informative transmise à l'équipe IDE de la maison d'arrêt, chargée de la remettre à toutes les détenues lors de la distribution des repas. Les femmes étaient incluses lorsqu'elles retournaient cette fiche avec leur accord écrit.

Plusieurs phases de recrutement ont été réalisées, à mesure de nos visites la fiche était redistribuée à l'ensemble des détenues pour y inclure les dernières arrivées.

3. Recueil des données

Devant le caractère intime de notre sujet, le recueil des données s'est fait par entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Il a eu lieu à la Maison d'accueil pour Femmes de la Maison d'arrêt de Seysses.

Une autorisation de l'administration pénitentiaire était requise à chacune de nos venues pour l'usage du dictaphone.

Les jours de nos visites, l'équipe IDE transmettait à l'administration pénitentiaire une liste de femmes ayant répondu positivement à la participation à l'étude. Ainsi, plusieurs femmes étaient susceptibles d'être disponibles à la même heure le même jour afin de nous garantir un ou deux entretiens, la présence des femmes étant conditionnée par les imprévus en lien avec l'incarcération (parloir, transfert, remise en liberté etc.).

Les entretiens ont été réalisés dans les lieux proposés par les équipes pénitentiaires (salle de classe, bureau médical, bibliothèque). Chaque entretien s'est tenu en l'absence de tierce personne ou d'entrave.

En début d'entretien une notice d'information et de consentement était expliquée oralement et remise aux participantes pour accord écrit (Annexe 1). Nous nous présentions et confirmions à ce moment-là le caractère volontaire et éclairé de leur participation. Toutes les participantes incluses ont donné leur accord à la réalisation de l'entretien.

Les entretiens étaient menés à l'aide du guide, les questions posées oralement, et l'intégralité était enregistré à l'aide d'un dictaphone. Le guide d'entretien initial a été retravaillé après avis du comité éthique du Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE), qui suggérait l'apport de questions plus factuelles au plus près de l'expérience des femmes, puis à l'issue du premier entretien, afin cette fois de favoriser une expression plus libre au moyen de questions plus ouvertes. Les 3 versions sont présentes en annexe (Annexe 2, 3 et 4)

Chaque chercheuse retranscrivait intégralement sur Word® les entretiens qu'elle avait menés, dans les plus brefs délais. Le langage non verbal était pris en compte. Les données ont été anonymisées avec mise en place d'un code de lettres, selon l'ordre alphabétique. Le premier entretien portait la lettre A, le dernier la lettre K.

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'absence d'émergence de nouvelles données.

Un carnet de bord personnel était complété à l'issue de chaque étape de l'étude.

4. Analyse des données

L'analyse thématique du texte était d'abord menée indépendamment l'une de l'autre sur tableur Excel® : la retranscription des entretiens établissait des unités de sens nommées verbatims. Le codage consistait à dégager des thèmes à partir du texte, en passant par la description des verbatims puis leur étiquetage en catégories. Chaque étape de codage était suivie d'une mise en commun des résultats, dans le but de les confronter et de dégager un consensus autour de différences d'interprétation mineures. Un tableau de codage final et commun a ainsi été obtenu par triangulation des données.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les participantes étaient assurées de la confidentialité des données les concernant.

L'avis favorable de la Commission d'Ethique du CNGE a été obtenu suite à la soumission de la description de l'étude et du formulaire de consentement, quelques réserves étaient notifiées et ont été prises en compte dans la rédaction de notre travail (Annexe 5).

Nous avons reçu un avis de conformité MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Annexe 6).

III- RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Le recrutement a été mené entre mai 2022 et mars 2023. Sur cette période, 13 entretiens ont été réalisés. Deux n'ont pas été analysés : l'entretien pilote par manque de matière à explorer (guide d'entretien initial avec questions trop fermées), l'autre a été exclu de l'étude, la participante n'étant pas francophone.

L'échantillonnage s'est fait par convenance, sur la base du volontariat. La population obtenue était diversifiée en termes d'âge et de catégorie socio professionnelle. Nous avons fait varier l'échantillon une fois, en fin de recueil de données, afin de recruter une femme en cours de prise en charge médicale. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Durée (min)	Age (ans)	Profession	Temps d'incarcération	Statut marital	Enfants
A	29	46	Laborantine	> 3 ans	Concubinage	1
B	23	43	Auxiliaire de vie	30 mois	Célibataire	1
C	29	24	Aide-soignante	3 mois	Concubinage	2
D	27	25	Chômage (Escort)	10 mois	Mariée	Aucun
E	31	57	Guide touristique	2 mois	Célibataire	3
F	25	47	Gestionnaire de restauration collective	1 semaine (2 ^e incarcération)	Célibataire	1
G	47	60	Infirmière	50 mois	Célibataire	1
H	84	51	Auxiliaire de maintenance	23 mois	Veuve	3
I	34	27	Assistante commerciale	6 mois	Célibataire	Aucun
J	29	36	Bijoutière (ancienne IDE)	2 mois	Concubinage	2
K	61	52	Serveuse	5 mois (plusieurs incarcérations)	Divorcée	5

2. Vécu des soins gynécologiques avant incarcération

a) Motifs habituels de consultation en gynécologie

Pour la majorité des femmes, les soins gynécologiques évoquaient en premier lieu le suivi obstétrical « *J'étais obligée de me faire suivre puisque comme je voulais un bébé...* » (A). Celui-ci dictait parfois le premier recours à un(e) praticien(ne) en gynécologie, notamment en cas de ressenti de difficultés de procréation. « *Je suis partie voir un gynécologue pour savoir si je n'étais pas stérile* » (D).

Pour certaines, une autre des motivations principales à consulter était la volonté de s'assurer de l'absence de maladie : « *Voir si tout va bien quoi* » (F). Autrement dit la réalisation de dépistages, parmi lesquels la recherche d'infections sexuellement transmissibles, citée par plusieurs participantes. « *Voir si on n'a pas des maladies sexuellement transmissibles, ça peut être là mais on ne le sait pas.* » (C)

Pour d'autres, le renouvellement de leur contraception était la raison de leur suivi. « *Je suis très malade si j'ai pas ma pilule, je continue à avoir un suivi à cause de ça* » (A)

Les symptômes climateriques ou de préménopause étaient associés aux soins gynécologiques par les femmes concernées et source de questionnements.

Une femme a associé les soins gynécologiques au vécu de ses interruptions volontaires de grossesse (IVG) : « *le suivi des grossesses c'est le plus fréquemment auquel j'ai eu affaire et malheureusement le plus fréquemment des IVG. [...] J'ai eu 7 IVG dans ma vie* » (E).

Parmi les autres motifs associés au terme gynécologie on pouvait noter : le vécu de dysménorrhées, la pilosité, les questionnements sur l'anatomie féminine et la sexualité etc. « *Tout ce qui peut toucher à la singularité de la femme* » (H)

b) Suivi gynécologique avant incarcération

La plupart des femmes n'avaient pas un suivi gynécologique régulier avant incarcération. Certaines n'en ressentaient pas le besoin car se pensaient en bonne santé « *moi je ne le fais pas parce que je crois au pouvoir de la pensée* » (J) ; « *Il faut pas aller voir le gynécologue si y a pas de problème* » (C). D'autres exprimaient une volonté de ne pas savoir : « *Et bien non voilà justement depuis 2005 la naissance de mon fils j'ai fait l'autruche* » (E) ou trouvaient l'accès aux soins contraignant. Parmi les principales contraintes : délai long de

consultation, déserts médicaux ou encore des circonstances de vie difficiles comme le vécu de violences conjugales reléguant la santé au second plan.

Bien que leurs recours aux soins gynécologiques avant incarcération étaient globalement ponctuels, toutes avaient déjà consulté au moins une fois pour un motif gynécologique.

Une minorité avait un suivi gynécologique annuel, qui était dans ce cas assuré par un(e) gynécologue.

Dans les autres cas, les femmes s'adressaient d'abord au médecin généraliste, interlocuteur souvent privilégié « *C'est elle qui sait si quelque chose ne va pas parce que je vais lui en parler* » (C). Certaines regrettaient de ne pas pouvoir bénéficier de frottis auprès de leur médecin traitant : « *Elle m'examinait aussi la poitrine donc bon c'est ma médecin traitante qui s'en occupait. Mais pas de frottis.* » (F) ; « *Il refusait tout acte. Il ne voulait pas s'en occuper* » (H).

La majorité des femmes qui n'avaient pas un suivi gynécologique régulier admettaient un laxisme vis-à-vis de leur santé : « *Je fais partie des gens plus laxistes voilà* » (H).

Les étapes menant à la consultation paraissaient parfois décourageantes : « *je regrette qu'il n'y ait pas un accès plus facilité, plus... sans que des fois les parents, sans les histoires de carte vitale, de prise de rendez-vous* » (H).

Quelques-unes des femmes avaient déjà eu recours au planning familial, jugé pratique de par son accessibilité et l'absence d'avance de frais.

c) L'abord des soins gynécologiques

Dans la majorité des cas, l'abord des soins gynécologiques était difficile pour diverses raisons.

➤ Vécu de mauvaises expériences personnelles ou en lien avec les soins

L'abord des soins gynécologiques était parfois synonyme de souffrance en lien direct avec le vécu. Pour une partie des femmes, il était question d'événements personnels traumatiques tels qu'une fausse couche « *J'ai eu du mal à avoir un bébé. (...) J'ai fait une fausse couche, ça a été compliqué. (...) Donc gynécologie c'est compliqué. C'est souffrance.* » (A), la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse « *J'ai eu deux IVG très traumatisantes* » (E) ou encore le vécu d'inceste « *j'ai été violée par mon père de l'âge de 9 ans jusqu'à environ 13 ans donc anorexie enfin il y a eu des conséquences. Et voilà j'ai toujours du mal un petit peu quand même avec ça.* » (G).

Pour d'autres, c'était la douleur ressentie lors d'un examen gynécologique qui générait un frein à reconsulter « *il y en a qui sont un peu barbares, ils forcent (...) après je me suis dit j'y vais plus c'est bon. J'ai été traumatisée vraiment. Moi maintenant quand je vais voir un médecin ouais j'ai peur* » (F). Le manque d'empathie des professionnels de santé était perçu sur le plan de l'examen clinique mais aussi au travers de certains propos : « *y a des gynécos je pense qui devraient faire de la psychologie* » (A), avec pour conséquence un impact à long terme sur la fréquence du suivi « *Moi j'ai quand même passé 5 ans sans en voir un, après mon accouchement* » (A).

Quelques femmes se sentaient toutefois à l'aise avec la réalisation de l'examen gynécologique. « *Même c'est pas désagréable de voir un gynécologue la plupart du temps, pour moi c'est pas quelque chose qui fait mal* » (C). L'une des femmes normalisait la douleur ressentie lors de la consultation : « *il n'est pas très tendre quand il fait les mouvements pour tester...mais pffft! , un gynécologue, c'est un gynécologue* » (I).

➤ Vécu différentiel des soins en fonction du genre du praticien

A la question « à quoi pensez-vous quand on vous parle de gynécologie ? », certaines détenues ont abordé spontanément l'importance du genre du praticien, en référence au vécu de consultations passées « *C'est d'abord si je vais être consultée par un homme ou par une femme* ». (G)

Le genre du praticien présageait la brutalité de l'examen « *je ne ferai plus confiance aux femmes* » (A) ou était source de gêne « *on est plus à l'aise quand même devant une femme que devant un homme* » (F). Il était tantôt un frein à la consultation médicale tantôt vecteur de réassurance.

➤ Crainte du diagnostic

Une des femmes verbalisait sa crainte de l'annonce d'une maladie grave : « *mais j'ai peur donc je ne préfère pas savoir* » (E). Ce refus de savoir venait de l'association des soins gynécologiques au vécu douloureux d'un cancer du sein chez sa mère : « *parce que maman est passée par là et que rien n'y a fait* » (E).

➤ Parallèle entre santé gynécologique et hygiène

Quelques femmes reliaient les symptômes gynécologiques aux problématiques d'hygiène : « *Et c'est un problème d'hygiène la mycose* » (C) ; « *quand l'hygiène elle est correcte, j'ai*

pas de douleur » (B). Certaines s'interrogeaient sur ce qui relevait de l'hygiène intime ou de manifestations physiologiques chez une femme « *Des choses qu'on ne sait pas comme les pertes on se sent sale* » (B).

➤ **Vécu des soins gynécologiques comme un devoir**

Les soins gynécologiques étaient associés à un devoir inhérent au sexe féminin « *Après il faut hein. On n'a pas le choix. Faut se soigner quand même* » (A) ; « *c'est dans le cursus d'une femme* » (B).

Les spécificités en santé de la femme et les dépistages mis à leur disposition étaient perçues comme un passage obligé, à l'image d'un contrôle technique « *ben surtout à mon âge parce qu'il y a longtemps qu'on n'a pas vérifié le moteur* » (B).

➤ **Empreinte d'un scepticisme en lien avec l'abord global de la santé**

L'abord des soins gynécologiques était parfois tributaire de l'abord global de la santé. Si certaines des femmes n'exprimaient pas forcément une inquiétude vis-à-vis de leur santé ou avaient confiance en leur médecin référent pour la prise en charge, d'autres s'étaient éloignées du parcours de soins suite à des expériences clivantes avec le monde médical. Des participantes exprimaient de la colère suite à des propos de soignants « *Oui, c'était par rapport à mon poids. On s'en est toujours pris à moi. Y a une gynéco qui a été particulièrement méchante* » (A), parfois même de la rancœur « *Toc c'est envoyé, je l'avais sur le cœur* » (E). La perte de confiance dans le corps médical menait à une remise en question des diagnostics « *une gynéco qui m'a certifiée que j'arriverai pas à avoir un bébé, et j'étais déjà enceinte* » (A), « *alors que les médecins croient que c'est des démangeaisons* » (E).

Les thérapeutiques médicamenteuses étaient également source de scepticisme « *je me suis ruinée en huiles essentielles puisque voilà...je ne voulais pas la thérapie per os* » (E), amenant à certaines pratiques non adaptées comme ici le traitement d'une gale : « *Je me traite au vinaigre et à la javel* » (E).

Une des femmes se sentait en confrontation avec la médecine conventionnelle « *je ne suis pas très amie avec la médecine (...) donc j'ai accouché toute seule, enfin j'ai fait deux accouchements non assistés.* » (J). Elle ressentait une perte d'humanité dans les soins et examens proposés, trop protocolisés, retirant au patient son libre arbitre « *je n'étais pas inconsciente c'est juste que j'avais pas envie qu'on m'enlève ça* ». La réassurance et le bien-être du personnel médical primaient selon elle sur le bien-être du patient « *d'un côté on se*

rassurance, bien sûr le professionnel se protège mais je trouve qu'on y perd beaucoup d'humain » ; « et j'ai connu plein de femmes qui se sont fait déclenchées parce que ben y'a golf à 19h ».

➤ **Ressenti d'un tabou autour de la santé de la femme**

Le terme « tabou » a été utilisé à quelques reprises, il qualifiait d'une part l'intimité physique en lien avec les soins gynécologiques « *c'est très compliqué de se faire soigner à cet endroit-là déjà* » (B), et était d'autre part l'expression d'une problématique sociétale avec le ressenti d'un manque de communication autour des besoins en santé des femmes « *après c'est sociétal, enfin c'est mon point de vue, arrêter que ce soit quelque chose de tabou* » (H).

La parole autour de la santé de la femme se confrontait parfois aux cultures et aux traditions « *j'ai des copines qui sont musulmanes dans la famille c'est tabou* » (I).

d) Éducation à la santé de la femme

La plupart des participantes ne se sentaient pas suffisamment informées sur les sujets en lien avec la santé de la femme : « *moi la première fois que j'ai eu mes règles, j'ai cru que j'avais un cancer quoi... voilà j'avais jamais été informée de quoi que ce soit là-dessus. C'est dramatique quoi !* » (H).

Comme attendu, les femmes se questionnaient sur leur anatomie « *Déjà en fait l'appareil génital on ne le connaît pas très bien* » (B), sur la frontière entre physiologique et pathologique « *des fois on a des pertes et on sait pas c'est dû à quoi, si ça va ou ça va pas* » (C).

L'apprentissage en matière de gynécologie se faisait tardivement, par l'expérience personnelle « *c'est des choses qu'on apprend dans la vie* » (B).

Certaines femmes ont rapporté une information par les médias et l'entourage. En fonction de l'âge, la sécurité sociale était un moyen pour être informée de l'existence de certains dépistages « *ah non si la sécu ne m'avait pas envoyé leur truc parce que j'ai eu 50 ans...jamais* » (H).

Globalement, les participantes étaient agacées de ce ressenti de manque d'information et de la persistance de questionnements. Elles regrettaient un accès inéquitable à l'information en santé, souvent dépendant de la sphère familiale ou de composantes culturelles « *y'en a qui n'ont pas forcément toutes des bonnes mères qui expliquent à leur fille ça c'est ça, toi tu vas avoir tes règles, attention il faut mettre ça* » (I).

Une des participantes dénonçait une mise à l'écart des femmes dans leur accès à l'éducation à la santé, par soucis de convenance vis-à-vis des hommes : « *Là en ce moment ils font des pubs pour stopper le cannabis et le tabac, on s'en fout, personne va arrêter de fumer, faites des pubs aussi pour les femmes, pour la gynécologie même si les hommes y trouvent ça dégueu de voir des pubs de serviette etc on s'en fout, c'est pas notre problème* » (I).

Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la santé de la femme était majoritairement souligné. Mais pour certaines c'était à l'éducation nationale de s'en charger « *A l'extérieur je trouve qu'il devrait y avoir plus d'information lorsqu'on est jeune déjà, à l'école notamment* » (I).

L'apport d'information diminuerait la crainte des soins gynécologiques « *justement pour avoir des réponses pour ne pas avoir peur de la gynécologie* » (H) ; « *Donc ça reste un truc vers lequel on ne va pas c'est parce qu'on a peur et on ne l'a pas apprivoisé* » (J).

3. Vécu des soins en milieu carcéral

a) Perception de la santé en milieu carcéral

Pour la majorité des femmes, le milieu carcéral était perçu comme un lieu sale, vecteur de maladies : « *on peut attraper plein de choses en milieu carcéral* » (A) ; « *j'ai chopé une mycose par rapport aux toilettes qui sont ici* » (C). Ce ressenti était basé à la fois sur l'aspect des locaux et sur la promiscuité entre codétenues. La crainte d'un manque d'application des mesures d'hygiène pouvait être un frein à consulter « *je suis allée au dentiste parce que j'en pouvais plus j'avais trop mal mais ça m'a dégouté d'être là-bas* » (D).

Le manque de moyens, et notamment de professionnels de santé, était globalement ressenti. Certaines le justifiaient par les contraintes qu'imposent le travail en milieu carcéral : « *puis c'est des postes de milieu hospitalier, c'est mal payé, avec des horaires à la con, et puis pour de la pénitentiaire... je comprends, je comprends* » (H) ; « *Et puis après c'est un monde à part aussi il faut supporter les détenues, et l'enfermement* » (A). Il en ressortait une impression de labilité de l'offre de soin en prison et une incertitude quant à la possibilité d'être soignée « *Pour l'instant on a une gynéco, jusque quand, on ne sait pas* » (H), en découlait la crainte d'être malade « *on se sent pas très très bien parce que on se dit faut pas qu'on tombe malade* » (D).

Ce ressenti de manque de moyen pesait encore plus du fait d'être une femme en prison. Être en minorité en milieu carcéral leur donnait l'impression de moins compter et d'être prise en charge plus tardivement que les hommes sur le plan médical. « *Mais ici on est une goutte d'eau, à la MAF on ne compte pour rien* » (A) ; « *c'est-à-dire que nous on est mises plus à l'écart (...) mais eux ils sont plus vite pris en charge* » (D).

La peine de prison semblait plus facile à vivre pour les détenus hommes, car pensée initialement pour eux : « *Je pense que les hommes sont favorisés oui, c'est moins dur à vivre pour un homme* » (I). Une femme constatait toutefois une amélioration dans le kit d'arrivée avec l'inclusion de produits hygiéniques féminins. « *Avant c'était le kit homme et y avait pas de serviettes* » (A).

b) Contraintes exprimées relatives aux soins en prison

Plusieurs entraves dans leur accès aux soins en prison ont été recueillies auprès des femmes participantes.

La contrainte de l'écrit pour solliciter un rendez-vous médical a été évoquée à plusieurs reprises, c'est-à-dire la nécessité d'écrire sur des mots le motif de la demande : « *Si vous savez pas lire ou écrire vous êtes dans une sacrée panade* » (A). Bien que les mots soient déposés dans une boîte aux lettres fermée destinée à l'équipe médicale, il persistait une crainte d'être lue par les surveillantes, impliquant un manque de confidentialité. « *Ben des fois ça peut être gênant parce qu'on sait que c'est lu par les surveillantes* » (B).

Certaines femmes regrettaient d'ailleurs un manque de secret médical en prison, qui représentait le dernier rempart au respect de leur intimité, parfois mis à mal par les contraintes de l'incarcération. « *Même si ici on a l'habitude d'avoir des fouilles à nu et tout. Là on rentre dans une partie très intime quoi* » (H). Étaient cités comme exemple la présence du personnel pénitentiaire au côté des infirmières lors de la distribution des médicaments, ou lors de la réalisation d'exams en extraction telle qu'une échographie vaginale. Le bureau médical était pour certaines un frein à consulter de par sa localisation au sein du quartier femmes, alors que pour d'autres cela ne constituait pas un obstacle.

« *Oui il y a un manque de confiance, il y a un manque de secret médical* » (H)

Dans l'accès aux soins, les relations avec le personnel pénitentiaire jouaient un rôle prépondérant. L'accès aux soins n'était pas ressenti comme équitable, sa mise en place dépendait de la personne émettant la demande « *En fait c'est elles aussi qui choisissent*

selon les personnes, c'est leur territoire » (G) ; « il faut qu'elle ouvre, qu'elle veuille bien donner, que votre tête leur revienne déjà » (J).

Certaines femmes regrettaient un manque d'empathie de la part du personnel pénitentiaire. *« ils font rien pour nous aider psychologiquement, rien » (A)*

Les délais de consultation étaient souvent vécus comme long, avec un manque de réponse aux situations ressenties urgentes par les détenues. Il en ressortait un sentiment d'insécurité : alors que certaines se sentaient prises en charge, d'autres femmes craignaient d'avoir un jour besoin de soins, en particulier la nuit *« parce qu'elles n'ont pas la clé ici la nuit, elles n'ouvrent pas les cellules elles appellent de l'autre côté » (G).*

Les femmes ressentaient en majorité une difficulté d'accès aux antalgiques. Pour pallier le vécu de la douleur, cette contrainte amenait les détenues à anticiper le besoin du médicament en faisant du stock *« C'est-à-dire qu'il faut pratiquement mentir, dire voilà j'ai mal là alors que ce n'est pas vrai pour avoir des médicaments » (G) ; « je me suis fait une pharmacie, en cellule, pour avoir de quoi pouvoir être dépannée, parce que le week-end : pas de soins » (H).*

L'une d'elles déplorait les comportements d'automédication qui en résultaient *« euh les effets dangereux de l'échange des médicaments personne n'en parle, hein parce qu'ici c'est « je te passe du tramadol, je te passe de l'Effergal... ah tu dors pas et tout t'inquiètes je te file un somnifère... » (H).*

L'incarcération était parfois un obstacle dans le maintien de l'observance de certains traitements. Par exemple, une femme nous expliquait que confier son moyen de contraception ne lui permettait plus sa prise à heure fixe, elle perdait ainsi le contrôle sur ses cycles.

c) Le rapport au statut de détenue

L'ensemble de ces contraintes rattachaient les femmes à leur statut de détenue, à l'écart de la société.

L'absence de réponse à leurs sollicitations médicales, les délais d'attente, les réponses parfois jugées inadaptées à leurs symptômes ou encore le rapport au corps dégradé par les mises à nu faisaient le nid de perceptions déshumanisantes. Plusieurs femmes ont ainsi fait le parallèle entre leur identité et un numéro. *« D'attendre je me sens comme un numéro*

d'écrou, c'est pas comme une merde, mais pas quelqu'un » (C) ; « Nous ne sommes plus des humains ici nous sommes des numéros. » (G)

Pour mieux vivre l'incarcération, l'une d'elle a ressenti le besoin de laisser de côté ses convictions, notamment en santé : *« Si on est un peu en mode médecine naturelle ici c'est fini quoi, on est coincés. Moi je me retrouve confrontée à la médecine que je ne veux pas (...) en prison moins on a de conviction mieux on se porte, donc j'ai laissé à l'entrée toutes mes croyances, mes machins, je suis détenue numéro machin et puis voilà. » (J)*

La répétition de demandes écrites pour avis médical pouvait impacter la dignité des détenues, habituellement autonome dans leur prise en charge en santé et parfois coutumières de l'automédication, la prison en plus de les déposséder de leurs habitudes pouvait leur donner l'impression de quémander les soins. *« Tout le monde me dit, faut demander, redemander, répéter donc c'est pas dans mes habitudes parce que j'ai l'impression de mendier » (J).*

Il en résultait parfois une lassitude et un scepticisme en lien avec le fonctionnement des soins en prison. Certaines avaient une approche résignée des soins médicaux en prison. Le sentiment d'impuissance dans leur prise en charge face à l'absence de réponse poussait à différer le recours aux soins. *« on n'a plus envie de se soigner du tout... j'ai baissé les bras carrément...je me soigne à ma manière tant que tout va bien » (B) « Ici quand t'as mal c'est doliprane. Alors que c'est pas tout. Certes ça soulage mais ça peut pas résoudre tout dans le corps » (C).*

4. Vécu des soins gynécologiques en milieu carcéral

a) Quel recours aux soins gynécologiques en prison ?

C'est grâce à la consultation d'entrée que la majorité des femmes ont pu exprimer leur volonté de recourir à des soins gynécologiques : *« il fallait cocher si on voulait voir une gynéco ou pas et j'ai accepté » (B).* Par le biais de cette consultation d'arrivée certaines femmes étaient informées des modalités de dépistage, d'autres l'ont été par les relances de la sécurité sociale ou par d'autres détenues.

La plupart des femmes étaient satisfaites de pouvoir consulter pour un motif gynécologique et de bénéficier d'exams de dépistage telles que mammographie et frottis cervico-utérin. *« J'étais ravie de pouvoir voir si tout allait bien » (B)*

Il s'agissait de mettre à profit le temps passé en prison pour faire un point sur leur santé.

« *je suis arrivée ici et je me suis dit bon allez je vais en profiter je vais le faire* » (F).

La grande majorité des femmes avait bénéficié d'au moins une consultation gynécologique depuis le début de l'incarcération.

Une de celles qui en avaient fait la demande déclarait cependant ne pas avoir été rappelée depuis un an « *j'ai fait la demande ici, personne qui est venu, on ne m'a jamais appelée* » (B).

Certaines regrettaient de ne pas avoir été relancées pour recourir à une consultation en lien avec les soins gynécologiques, sans pour autant le solliciter d'elles même. « *Si on me le propose je ne dirai pas non.* » (D)

b) Vécu satisfaisant des soins gynécologiques en prison

De manière générale, les femmes interrogées étaient satisfaites des soins gynécologiques reçus en prison. « *Non franchement, à Seysses on peut pas leur reprocher médicalement parlant* » (K) ; « *Alors moi par rapport aux soins, j'avoue qu'ici j'ai été soignée* » (A).

Était soulignée la bienveillance ressentie et la gentillesse du personnel soignant « *en plus l'infirmière m'a tenu la main le temps du frottis. J'ai apprécié, c'est une belle équipe.* » (E)

Un respect de l'intimité était perçu tout au long des examens cliniques réalisés au sein du quartier femme.

Concernant les soins gynécologiques en extraction, les avis étaient divergents, allant de la satisfaction au ressenti de manque d'intimité.

Une femme a renoncé à un examen complémentaire suite aux remarques d'un personnel pénitentiaire, qui aurait remis en cause la véracité de ses symptômes en lien avec un cancer du sein. « *Non je n'ai pas fait l'examen. Si j'ai un surveillant qui croit que je fais des comédies ! Alors j'ai dit autant que je le fasse dehors, ma sortie est proche monsieur vous savez, si je suis un facteur gênant pour toi* ». (K)

Certaines femmes interrogées nous ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis de la gratuité des produits d'hygiène féminins.

« *une chose qui est très bien ici c'est que au niveau des serviettes hygiéniques c'est de la marque donc ça fuit pas. C'est pas le truc premier prix* » (F)

Les points d'insatisfaction reposaient pour certaines sur les délais d'attente avant de pouvoir rencontrer un gynécologue, pour d'autres sur l'absence de communication autour de résultats d'examens comme les frottis ou autres prélèvements.

c) Dignité par les soins prodigués

Certaines femmes interrogées nous ont fait part de la dignité qu'elles ont pu retrouver grâce aux soins reçus. Les soins médicaux étaient parfois vecteurs de rattachement à l'humanité, leur permettant quelques fois de (re)faire confiance au personnel soignant.

Une femme a utilisé le terme bien être pour qualifier les soins reçus par le personnel soignant en prison, en opposition au manque d'égard ressenti de la part du reste du personnel pénitentiaire. « *Parce qu'ici franchement on se sent quand même pas très humaines, on nous traite un peu comme si on était des pestiférées. On se dit bon on nous soigne quand même, je trouve que c'est un bien être* » (A) ; « *Le fait de pouvoir avoir accès aux soins en détention m'a aussi rappelé que j'étais une personne.* » (H)

Le fait de pouvoir accéder à des examens de dépistages rappelait à certaines détenues leurs droits fondamentaux comme le droit à la santé, équivalent à celui de la population générale. « *je ne pensais pas que j'aurais droit à une mammographie, à avoir un suivi et tout, j'étais persuadée que non quoi. Je ne pensais pas que j'avais les mêmes droits en termes de médical qu'à l'extérieur* » (H)

5. L'impact de l'incarcération sur le vécu de la santé

a) Reprise ou arrêt du suivi médical en prison ?

Concernant l'impact de l'incarcération sur le vécu de leur santé gynécologique, deux groupes s'opposaient.

D'une part certaines femmes exprimaient un découragement à consulter, lié à l'absence de réponse à leurs sollicitations. L'une d'elles regrettait l'interruption à son arrivée en détention des investigations en lien avec des difficultés de procréation. « *à l'extérieur ,la prolactine elle était trop élevée(...)la neurologue m'a dit d'arrêter de fumer et refaire une prise de sang pour savoir si c'était à cause peut être de la fumée.(...) Sauf que maintenant que je fume plus parce que c'était des stupéfiants quoi, maintenant que je fume plus j'en ai parlé au docteur mais le docteur il s'en fout. Donc j'en ai jamais eu de prise de sang.* » (D).

Pour les autres, l'incarcération était l'occasion de renouer avec les soins gynécologiques. « *Grâce à l'incarcération j'ai enfin vu un gynécologue (...) ça m'a permis de refaire un bilan que je n'aurais pas fait à l'extérieur* » (E).

Pour une des détenues qui était attentive à l'extérieur au maintien de son suivi médical, l'impact moral en lien avec l'entrée en détention marquait un tournant dans ses habitudes, rendant futile toute investigation en santé. « *Vous savez en arrivant ici c'est une autre dimension (...) je demandais tellement à ce qu'il m'arrive quelque chose que... jamais j'aurais demandé une consultation* » (G).

Pour une autre participante, l'incarcération a été sécurisante puisqu'elle a permis un accès facilité aux soins, avec la réalisation d'une mammographie permettant le diagnostic d'un cancer du sein et le déclenchement de sa prise en charge : « *Moi dehors, je ne l'aurais pas faite (la mammo) parce que j'ai pas le temps, dedans je le fais, j'ai le temps, ben heureusement que j'étais dedans cette fois-ci* » (K).

b) Accès aux soins en prison par rapport à l'extérieur

Au total, seule une minorité des femmes trouvait l'accès aux soins gynécologiques en prison plus long et difficile qu'à l'extérieur. On percevait dans leurs témoignages l'impression de perte de contrôle en incarcération sur leur prise en charge médicale, alors que beaucoup avaient pour habitude l'automédication ou le recours à la demande au médecin traitant. La contrainte de l'incarcération cumulée au sentiment de dépendance dans l'accès aux soins générait de la frustration : « *Je suis ici je peux rien faire je peux pas aller voir d'autre gynécologue (...) Dehors si quelque chose n'allait pas mon médecin traitant elle était là.* » (C).

L'une des femmes avançait une justification aux avis tranchés de certaines de ses codétenues concernant les difficultés d'accès aux soins en prison « *on devient assez nombriliste aussi ici parce qu'on n'a plus que ça, on n'a que ça à se rattacher, donc on attend notre petite épicerie, on attend notre docteur* » (H).

Cependant la plupart des femmes ne cloisonnaient pas à l'univers carcéral les problématiques d'accès aux soins, qui étaient pour elles généralisées : « *Mais dehors c'est aussi compliqué, si ce n'est pas plus* » (A) ; « *ben l'hôpital c'est pareil, vous attendez aux urgences, donc, je ne me plains pas non.* » (H). Le manque de médecin généraliste à

l'extérieur a été déploré. « *On n'arrive pas à trouver un généraliste qui veut nous prendre en tant que nouveau client (...) Par contre en prison on a des médecins généralistes.* » (K)
Une participante s'étonnait d'ailleurs d'avoir pu bénéficier de la vaccination contre la covid avant ses proches, elle qui normalisait auparavant le fait que des détenues passent après la société sur le plan sanitaire « *à l'extérieur je me serais dit « c'est dégueulasse, ma mère n'arrive pas à se faire vacciner et on vaccine celui qui a tué machin et tout » voyez le regard des gens, comme je pouvais l'avoir à l'extérieur sur le monde carcéral* » (H).

Il a été souligné que l'accès aux soins en prison était facilité par la prise en charge sociale, mise en place directement en début de détention : « *vous êtes de suite mise sur la CMU ici (...) Tant mieux ça permet à beaucoup d'avoir accès aux soins, moi aussi. Donc la sécurité sociale c'est très bien, c'est un truc automatisé* » (H).

c) Acquisition de connaissances en prison

Les femmes exprimaient une satisfaction à l'acquisition de connaissances en prison. Cela allait de la sensibilisation à l'autopalpation mammaire « *D'ailleurs une personne très sympathique qui m'a même fait une initiation, enfin qui m'a rafraîchi les idées de l'initiation à la palpation des seins.* » (E), à la venue d'intervenants en santé abordant l'hygiène de vie « *là ce matin on a eu un monsieur qui est venu de l'extérieur pour nous expliquer que c'est bien de faire du sport* » (H).

Globalement l'accès à l'information en santé était encore insuffisant en détention. Outre les connaissances médicales, certaines détenues regrettaient ne pas être assez informées de leurs droits : « *y'a aucune information qui circule, on sait pas, on sait pas à quoi on a droit au niveau de la santé en prison* » (I).

D'autres s'investissaient auprès de leurs codétenues pour les amener vers la participation aux ateliers éducatifs ou aux consultations médicales « *je suis obligée de le faire, je me sens contrainte de le faire parce que personne ne le fait voilà* » (H).

d) Place de la santé mentale en prison

Il ressort de nos entretiens que la santé mentale et ses acteurs avaient une place capitale en prison. L'incarcération était l'occasion d'une initiation aux soins psychologiques. « *Moi j'ai découvert ça ici aussi, la psychologie. (...) je savais pas ce que c'était de m'occuper de moi* » (A)

Pour une des participantes les interventions de l'infirmière psychologue étaient vécues comme un moyen de réconciliation avec les soins gynécologiques, notamment par

l'organisation d'ateliers éducatifs, libérant la parole des femmes « *je vais aussi aux ateliers sexo sur lesquels j'apprends beaucoup de choses* » (H). Elle ne pensait pas pouvoir bénéficier des dépistages organisés en prison, mais discuter avec l'équipe du SMPR lui a fait prendre conscience de son droit d'accès à des soins équivalents à ceux de la population extérieure. « *En discutant avec mon infirmière psy justement (...) elle m'a dit « mais si vous avez les mêmes droits et tout »* » (H).

Pour une autre femme, l'intervention de la psychologue lui a permis de bénéficier de soins médicaux qu'elle ne parvenait pas à obtenir malgré plusieurs demandes. « *Elle leur a dit « il faut absolument que Mme voit un médecin ou l'infirmière aujourd'hui »* » (G).

Le travail de psychothérapie entrepris en incarcération, chez des femmes parfois marquées par des traumatismes, accentuait la dualité entre la découverte de l'estime de soi et le traitement reçu par le personnel pénitentiaire. « *Parce qu'ici j'ai engagé une thérapie (...) c'est justement parce que comme je veux devenir une personne et qu'on est en train de me faire comprendre que je suis un déchet, ça s'oppose* » (H).

e) Modification de la santé et des habitudes

Dans leur majorité les femmes ressentaient que l'incarcération impactait de façon péjorative leur santé. Elles faisaient part d'une dégradation de leur état thymique : en dépit de soins psychologiques perçus qualitatifs, l'incarcération majorait les troubles du sommeil avec la nécessité de recourir à des anxiolytiques « *Je prends des médicaments pour dormir alors qu'à l'extérieur j'en prends jamais* » (F) ; « *Parce que jamais jamais de la vie j'aurais cru faire une tentative de suicide* » (G). La dimension physique du corps était également impactée, avec la volonté de réaliser un bilan de santé à la sortie de détention. « *Je vais sortir je vais faire un check de A à Z (...) quand j'étais dehors j'avais l'air d'être en bonne santé. Mais physiquement c'est pas comme avant* » (D).

Bien que les femmes ayant repris un suivi gynécologique en incarcération en étaient satisfaites, la plupart n'étaient pas désireuses de le poursuivre à l'extérieur : « *pas plus que ça, mais bon ça m'a rassurée* » (E).

L'une d'elles qui avait déjà été incarcérée et dont le dernier suivi gynécologique datait de cette précédente incarcération nous expliquait avoir stoppé le suivi à sa sortie de prison. En dehors des mammographies, l'incarcération n'avait pas eu d'impact sur la mise en place d'un suivi gynécologique sur le long terme, par crainte de refaire confiance à un praticien à l'extérieur.

Il en était de même pour une autre détenue, qui vivait avec appréhension la sortie d'incarcération et la reprise de soins à l'extérieur « *Mais oui par rapport aux soins, pour moi ici on ne m'a pas fait mal, on m'a pas maltraitée, alors que dehors je l'ai vécu.* » (A)

A contrario, une des participantes exprimait que l'incarcération, par le biais des soins psychologiques, avait modifié sa réaction face à l'apparition d'un symptôme ou d'une douleur, qu'elle avait l'habitude de taire. « *Voilà. Donc quand on a mal, on consulte. (...) ça permet de prendre conscience de son propre corps, du fait qu'on a droit de dire qu'on a mal et la question après ça va être « pourquoi on a mal ? » parce qu'il faut chercher aussi pourquoi on a mal (...) et d'un coup ça devient très très important en pénitencier, parce qu'ici on retrouve énormément de gens maltraités sexuellement* » (H).

f) Pistes d'amélioration proposées par les femmes

Au cours de nos entretiens, les femmes ont suggéré plusieurs pistes d'amélioration concernant les soins en milieu carcéral. Nous les avons regroupé en trois volets.

- Amélioration de l'accès aux soins

Les femmes étaient en demande de rendez-vous réguliers en lien avec la santé gynécologique, à visée préventive « *Faudrait avoir des rendez-vous réguliers en fait pas que quand on écrit un mot parce que c'est le jour où on a mal* » (D). L'offre de consultation en gynécologie devait, selon elles, être majorée. Il était proposé d'améliorer la communication sur les délais d'attente et sur l'offre de soin en prison, ceci afin d'être rassurée sur le fonctionnement médical « *qu'on nous assure juste « ne vous inquiétez pas le gynécologue il a du monde* » » (C).

Il était évoqué la nécessité d'améliorer l'accès aux antalgiques notamment le soir et le week-end. « *C'est que les surveillantes ou quelqu'un ait l'accès tout simplement par exemple le week-end quand on a un mal de tête ou mal quelque part on n'a même pas un doliprane* » (F)

Un accès plus équitable aux soins était sollicité : « *je dirais l'anticipation et le bon vouloir des surveillantes qui ne nous traitent pas du tout de la même manière* » (G).

Une femme a émis l'idée d'une distribution de préservatifs aux détenues.

- Déroulement des soins

Pour améliorer l'accès aux soins gynécologiques et rallier certaines femmes aux dépistages, la remise de kits d'auto-prélèvement était proposée « *mais dehors on nous propose de faire des auto prélèvements pour aider le gynéco et ceux qui font les PV, les biologistes, donc je sais pas pourquoi on nous propose pas de le faire nous-même* » (I)

Certaines détenues, pour améliorer le secret médical, auraient souhaité l'éloignement des pénitentiaires lors de la distribution des médicaments

- Amélioration de l'information en santé

En priorité, les femmes sollicitaient une information claire sur leurs droits en santé à l'arrivée et au cours de la détention « *surtout ce qui était dépistage parce que je ne pensais pas avoir le droit parce qu'on n'a pas l'information non plus du type de médecin auquel on peut avoir accès ici* » (H) ; « *Que vous avez la possibilité de consulter un gynécologue, y'en a elles ne savent même pas qu'elles ont droit à consulter un gynécologue* » (I).

La création de documents explicatifs était un point de départ, en donnant éventuellement cette mission aux détenues « *c'est pas compliqué de faire un document, même moi je peux leur faire le document* » (I).

Les messages de prévention en santé, dispensés lors de la consultation d'arrivée, étaient souvent oubliés au cours de l'incarcération et non répétés « *Sur le moment je venais d'arriver en prison et elles me parlent de dépistage de machin pff c'est loin de mes considérations* » (J).

L'amélioration de l'information passait aussi par la communication des comptes rendu d'exams médicaux réalisés en cours de détention « *J'aurais bien aimé savoir le retour. Avoir un papier, comme quand on va au laboratoire, je n'ai eu aucun retour ! J'ai zéro retour ! On sait pas !* » (I).

Les femmes ayant bénéficié de l'atelier avec la sexologue regrettaient qu'il ne soit pas rendu accessible à toutes les détenues, même si elles ne bénéficiaient pas d'un suivi psychologique « *Il faut qu'on soit accepté, que ce soit le psy qui accepte qu'on y aille* » (I).

Il était important pour les femmes de majorer l'information en santé reçue en prison, l'une d'elles aurait souhaité bénéficier d'une formation aux gestes de premier secours. En effet, il nous a été fait part d'un agencement des cellules en fonction des personnalités à risque. Une femme présentant un risque suicidaire était généralement placée avec une détenue capable de donner l'alerte « *Ouais et du coup si elle se suicide je fais quoi ? Je la regarde ? En attendant que les pompiers ils arrivent et que les secours ils arrivent, on m'apprend pas les*

gestes de premiers secours. (...) j'aimerais que toutes les détenues aient accès aux gestes de premiers secours, parce qu'ici on est capable » (H).

L'information sur les dangers des médicaments semblait primordiale pour certaines détenues qui se positionnaient comme spectatrices d'un trafic de médicaments : *« Et après il y en a qui s'échangent des médicaments, on le voit, même moi qui sort pas dans la cour, je les vois de la fenêtre » (K) ; « il n'y a aucune information qui dit à une détenue « le traitement t'appartient, ne le donne pas parce que tu n'en connais pas les effets sur quelqu'un d'autre » » (H).*

L'information en santé acquise en prison était perçue comme une étape vers la réinsertion. *« Des fois avant même de parler de travail pour réinsérer les gens et tout, rien que cette information-là (...) l'hygiène » (H).*

IV- DISCUSSION

1) Résultats principaux

Ce travail avait pour objectif principal d'explorer la perception des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses vis-à-vis de leur santé gynécologique.

Le vécu des soins gynécologiques variait en fonction des expériences de chaque femme, rendant singulière chacune des perceptions recueillies. Bien qu'une partie des participantes n'exprimait pas de crainte à consulter pour un motif en lien avec la santé de la femme, il ressortait toutefois un abord complexe des soins gynécologiques au sein de cette population.

Cette approche complexe des soins gynécologiques était parfois le résultat d'un parcours de vie traumatique, ou parfois l'illustration de la crainte éprouvée par certaines femmes détenues vis-à-vis du monde médical, ses contraintes, ses diagnostics et quelques fois ses acteurs. Le manque d'information et les questionnements en santé participaient à complexifier le vécu de la santé gynécologique.

Les participantes avaient cependant toutes déjà fait l'expérience des soins gynécologiques, même ponctuellement. Les motifs de consultation dont elles nous ont fait part étaient en adéquation avec la sphère gynécologique et témoignaient d'un juste ciblage de ce qui relevait de la santé de la femme.

Les femmes percevaient un manque de moyen humain et matériel en détention, impactant leur recours aux soins, phénomène accentué du fait d'être minoritaire en prison. Les contraintes liées à l'incarcération, comme l'absence de réponse à leurs sollicitations écrites, poussaient certaines femmes à renoncer à leur prise en charge médicale. Au contraire, quand elles y avaient accès ou en faisaient la demande, les soins gynécologiques proposés en prison étaient perçus comme qualitatifs et indispensables, leur permettant de reconsulter pour un motif gynécologique, ce qu'elles n'auraient parfois pas réalisé à l'extérieur.

L'incarcération était parfois perçue comme un temps mis à profit pour recourir aux soins, impactant ponctuellement le suivi des femmes sans projection d'une modification à long terme de leurs habitudes antérieures. Cela toujours en lien avec ce qui construisait pour chacune l'abord des soins gynécologiques (peur de refaire confiance à un praticien ou manque de temps à l'extérieur).

2) Forces et limites

Notre sujet de recherche est original, il s'agit de la première étude explorant le vécu des soins gynécologiques de femmes détenues. Notre travail englobait une perception plus globale de la santé, ne se limitant pas à l'exploration des contraintes de l'incarcération. Aborder le thème des soins gynécologiques avait pour but de poser un regard nouveau sur cette population, plus souvent étudiée sous l'angle des problématiques de précarité, de violences, de santé mentale et d'addiction.

La population était diversifiée en âge et en situation familiale (allant de femmes nullipares jusqu'à 5 enfants).

La méthode qualitative répondait à l'objectif principal. La triangulation des données, menée tout au long de l'étude, nous a permis de limiter le biais d'interprétation.

Les femmes convoquées les jours de notre venue étaient recrutées par les infirmiers de l'unité somatique. La population aurait pu être plus diversifiée en termes de catégories socioprofessionnelles. Nous avons tenté de limiter le biais de sélection des femmes incluses dans l'étude en rappelant à l'équipe soignante nos deux seuls critères de non inclusion à savoir le fait de ne pas parler français ou d'être sous sauvegarde de justice. L'usage d'un intermédiaire pour le recrutement était difficile à contourner dans le contexte de recherche en milieu carcéral. Par ailleurs les femmes recrutées avaient pris connaissance de la fiche de recrutement, elles savaient donc lire ou avaient dû bénéficier de l'aide d'un tiers pour la comprendre. Certaines femmes plus marginalisées au sein de la prison n'ont sûrement pas eu connaissance de cette étude.

Les témoignages ont été recueillis dans une seule maison d'arrêt, engageant un biais de sélection.

3) Comparaison avec la littérature

a) A propos d'une étude qualitative américaine

En France, il n'y avait pas d'autre étude qualitative portant sur les femmes détenues et leur perception globale de la santé, notamment gynécologique.

Dans la littérature étrangère, une étude qualitative américaine réalisée en 2008 s'intéressait au vécu des soins de premiers recours en prison par les femmes détenues (21).

Parallèlement à notre étude, il ressortait que la garantie d'un accès à la santé était

importante, avec une volonté des femmes à consulter. Nous retrouvons des entraves similaires dans leur accès aux soins parmi lesquelles la nécessité de faire des mots, l'impact des relations avec le personnel pénitentiaire ou la difficulté d'accès aux antalgiques. La différence principale avec notre étude était le point de vue péjoratif qu'elles exprimaient vis-à-vis des rapports avec le personnel médical, là où nos résultats soulignaient la satisfaction en lien avec la bienveillance des soignants. Ce point de divergence appuie l'impact que peut avoir l'attitude du corps médical sur le recours aux soins des patients.

b) Peu de données concernant les soins gynécologiques en prison

Comme déjà évoqué, la littérature scientifique traite avant tout de la santé mentale ou des troubles addictifs des détenues. Ce déficit d'articles sur la scène internationale portant sur la santé gynécologique a motivé la réalisation d'une recherche qualitative en Suisse, parue en 2023, avec le regard cette fois d'acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé des femmes en prison (22). Médecins, infirmiers, agent de prévention, membres de la Ligue suisse des droits de l'Homme ont apporté leur contribution pour répondre à la question de recherche des auteurs visant à connaître les mesures de prévention, de promotion ou de dépistage mises en place en milieu carcéral pour prendre soin de la santé gynécologique des femmes au sein de trois cantons suisses. Les prisons comparées semblaient répondre correctement aux besoins spécifiques des détenues, mais des mesures complémentaires étaient proposées comme l'instauration d'une formation en compétences transculturelles du personnel pénitentiaire, la distribution de préservatifs féminins ainsi que la création de groupes de parole en interne à propos de la santé sexuelle. Notre travail issu des femmes incarcérées souligne en effet l'importance du développement des groupes de parole, appréciés et sollicités par les femmes les ayant expérimentés.

Un article de l'Observatoire International des Prisons paru en 2020, intitulé « Les soins gynéco en souffrance », faisait la synthèse des difficultés à la mise en place des soins gynécologiques en prison, sur fond de témoignages de détenues (Bosquet S, *op.cit.*). Le suivi gynécologique était rendu complexe par les contraintes pénitentiaires qui conduisaient trop souvent les femmes à renoncer à des consultations. Étaient cités comme exemples, également évoqués dans notre étude, le ressenti de délais longs de consultation, la perception d'un manque de médecin en lien avec la santé de la femme ainsi que le manque de confidentialité en prison dans le recours aux soins.

L'article évoquait l'impossibilité de choisir son médecin en prison, problématique qui n'a pas été citée parmi les femmes de notre étude, peut être par rapport à leur satisfaction vis-à-vis des praticiens rencontrés à la maison d'arrêt de Seysses ou parce qu'elles ne jugeaient pas cette question prioritaire.

c) Similitudes ou différences avec les hommes détenus ?

Comparer notre recherche avec le travail de thèse qualitative portant sur le vécu des soins en prison d'hommes détenus au centre pénitentiaire de Grenoble-Varces (16) permettait de retrouver quelques similitudes, malgré des établissements distincts. Même si majoritaires en milieu carcéral, les hommes ressentaient également un manque de moyen alloué aux prisons, la même difficulté d'accès aux antalgiques et la contrainte du passage obligé par les surveillants pour recourir aux soins. Il en ressortait la même appréhension déjà évoquée par certaines femmes de notre étude vis-à-vis de la survenue d'une urgence médicale et de son délai de prise en charge.

A la différence de notre recherche et de ce qu'évoquait l'article précédemment cité de l'Observatoire International des Prisons (17), le respect du secret médical en prison semblait satisfaisant pour les hommes interrogés. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une attention supérieure portée par les femmes sur ce sujet au regard des problématiques plus intimes dont relèvent la santé gynécologique.

d) Les apports de notre étude

➤ L'importance de l'éducation en santé

La promotion de la santé en prison est une des actions recommandées dans plusieurs sources pour améliorer l'état de santé des détenus (10, 18).

Lors de l'entretien d'un médecin chef des Baumettes en 2008, retranscrit dans l'article « L'exercice de la Médecine » (23), l'accent était mis sur l'intérêt de la prévention et de l'éducation à la santé pour que la prison ait un impact, d'autant plus lors des courtes peines. La durée d'incarcération et le turn-over de détenus ne permettant pas au temps médical la multiplication d'investigations en santé, celui-ci devait prioriser la délivrance de messages clés. Cette notion faisait sens dans notre travail puisque l'un des résultats mettait en évidence l'importance attribuée par les femmes détenues aux réponses à leurs questionnements en santé, mais aussi la satisfaction à l'acquisition de connaissances.

Nous avons retrouvé un résultat similaire dans l'étude réalisée en 2022 au centre pénitentiaire des Baumettes (24), visant à estimer la prévalence des dysplasies cervicales

au sein des femmes incarcérées, et à les questionner sur les obstacles à leur prise en charge en détention. Il apparaissait là aussi que les femmes étaient réceptives à une information sur le sujet, et donc plus largement au développement d'actions à visée de prévention et de promotion de la santé.

- Le rôle inattendu des acteurs en santé mentale en prison dans le recours aux soins somatiques

La prépondérance des affections en santé mentale en prison a été confirmée par l'étude « Santé mentale en Population Carcérale Sortante » parue en 2022, réalisée en réponse à la feuille de route gouvernementale 2019-2022 (25). Dans son volet consacré aux femmes, l'étude révèle que trois-quarts des femmes sortant de prison présenteraient un trouble psychiatrique ou lié à une substance et qu'un quart présenterait un risque suicidaire modéré ou élevé.

Selon nos résultats il fallait bien différencier santé mentale en prison et ses acteurs. Bien que les participantes percevaient un impact négatif de l'incarcération sur leur santé mentale, en lien surtout avec le statut de détenue, les acteurs en santé mentale qu'elles rencontraient étaient le levier les poussant à consulter, notamment pour des motifs gynécologiques. Psychologues et infirmiers en psychiatrie instauraient une relation de confiance et informaient les femmes vis-à-vis des soins somatiques dont elles pouvaient bénéficier.

On notait que les femmes ayant spontanément évoqué l'importance des acteurs en santé mentale en prison étaient celles qui avaient allégué des violences psychologiques ou physiques à l'extérieur. Un constat qui plaide pour la mise en place de pratiques de soins tenant compte des traumatismes subis antérieurement, déjà accentués par la carceralité.

- La mise en évidence de deux profils de femmes détenues

Le rapport au statut de détenue impactait différemment les femmes et leurs prises en charge.

Au fil des résultats, nous avons mis en évidence deux profils de femmes détenues. D'une part celles qui mettaient à profit le temps d'incarcération pour prendre soin de leur santé physique et psychique, d'autre part celles qui exprimaient en premier lieu leur frustration face au ressenti d'impact négatif de l'incarcération sur leur santé, en lien avec les contraintes de la prison. Chez ces dernières nous retrouvions une population assez jeune, nous pourrions supposer une moindre expérience en santé en comparaison aux femmes

plus âgées qui avaient tendance à mettre en relief l'accès aux soins en prison avec le contexte sanitaire à l'extérieur et à en atténuer les différences.

Ce phénomène se retrouvait dans l'article « La santé mirage des transformations carcérales », où les auteurs évoquaient ces deux types de comportement en santé des personnes détenues (26). D'un côté l'incarcération était perçue comme un temps mis à profit, avec un investissement positif de la santé dans l'expérience carcérale. Chez d'autres détenues, l'incarcération semblait engendrer une "hyperconscience" de soi et de sa douleur, avec pour conséquence un vécu exacerbé des contraintes de l'incarcération.

Comme sollicitée par les femmes de notre étude, on retrouve là encore l'importance de la communication des informations relatives à leur santé, telles que les délais de consultation ou les résultats d'examens. Cette notion est également appuyée par l'article « La santé en prison » de 2003, qui décrivait la position de passivité des détenus, en lien avec l'incapacité à intervenir sur le temps et l'espace accroissant la frustration ressentie face à un courrier resté sans réponse. Il y est précisé : « Ainsi, le simple fait d'informer les détenus de la date de leur consultation fait considérablement diminuer les automutilations considérées souvent comme l'ultime recours pour avoir le sentiment d'être entendu et par conséquent d'exister. » (27).

Les participantes s'unissaient en un même profil pour exprimer leur ressenti du manque de ces informations en prison, leur donnant l'impression, même pour celles ayant bénéficié de soins, que les investigations en santé n'avaient peut-être pas totalement abouti, avec pour certaines la détermination à réaliser un bilan de santé complet à leur sortie.

4) Les perspectives

Pour compléter notre recherche qui explorait le point de vue des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses, il serait intéressant d'étudier le point de vue des soignants au sein de cette même structure.

D'autres recherches explorant le vécu des femmes incarcérées au sein d'autres maisons d'arrêt pourraient enrichir les données peu nombreuses sur les femmes incarcérées.

La réalisation d'une étude suivant à plus long terme les femmes détenues, en dehors des murs, permettrait de préciser l'impact au long cours de l'incarcération sur la perception de leur santé.

A la maison d'arrêt de Seysses, le vécu de leur santé des femmes incarcérées serait amélioré par une information claire relative à l'offre de soins disponible au sein de la

structure et abordant le droit des détenues à en bénéficier. Répéter cette information au cours de l’incarcération, sous forme écrite et orale, favoriserait le recours aux soins.

Sur le plan pratique, afin de pallier les contraintes de l’incarcération sur certains délais de consultations, des explorations sont en cours sur l’usage possible de la télémédecine (28).

Par ailleurs, nous avons été étonnées de découvrir que certaines femmes recommandaient la transposition d’interventions dont elles ont bénéficié en prison vers l’extérieur, comme les ateliers éducatifs autour de la sexualité. Sur ce point, il sera intéressant de suivre le projet suisse prévu pour 2026 s’articulant autour d’une prison construite et pensée pour les femmes (22).

Enfin, assurer la continuité de la prise en charge sanitaire des détenus durant la détention et à la sortie pourrait contribuer à la réinsertion (19). Il ne peut cependant pas incomber aux seules prisons et à ses acteurs en santé la responsabilité de la prise en charge de cette population. Le temps d’incarcération est souvent une étape, comprendre cette population permet de voir ce qui devrait déjà être fait en amont puis en aval de ce temps de détention (29).

V- CONCLUSION

Notre recherche qualitative explore la perception de leur santé gynécologique des femmes incarcérées, souvent conditionnée par les expériences personnelles préalables à l'entrée en prison, en lien ou non avec les soins. Le milieu carcéral accueille des femmes avec leurs traumatismes et leurs craintes, fragilisées par l'entrée en détention. Les soins prodigués sont vecteurs de dignité mais la volonté des femmes détenues d'accéder à des soins médicaux et à des informations en santé se confronte souvent aux contraintes pénitentiaires. Les actions de santé menées en détention ont la capacité d'impacter la perception de leur santé des femmes détenues, perception toutefois fragile avec le risque de rupture de soins à l'extérieur impliquant la nécessité d'une meilleure compréhension de cette population par les acteurs en aval et en amont de la détention.

Certains de nos résultats relatifs aux contraintes carcérales étaient corroborés dans la littérature, d'autres apportaient une originalité comme l'impact des acteurs en santé mentale ou l'attente exprimée par les femmes vis-à-vis d'information en santé.

Pour compléter les résultats de cette étude, il semble indispensable de recueillir le point de vue des soignants de Seysses et de mener des études comparatives sur d'autres structures pénitentiaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Insee. Statistiques annuelles du milieu fermé issues de l'administration pénitentiaire en 2022. [En ligne]. Disponibilité sur Internet :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382579#tableau-figure1_radio1
2. Ministère de la Justice. Statistiques trimestrielles de milieu fermé au 31 décembre 2022. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/STAT_STMF_2022_12.pdf
3. Bès F. Prisons pour femmes : la double peine. Dedans Dehors. Observatoire international des prisons/section française. 2020;106.
4. Ministère de la Justice. Statistique des établissements et des personnes écrouées en France. Direction de l'Administration Pénitentiaire. 1er février 2023.
5. Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport de visite du 31 mai au 11 juin 2021 du Centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://www.cgpl.fr/2021/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-penitentiaire-de-toulouse-seysse-haute-garonne>
6. Organisation mondiale de la Santé. OMS. Constitution 1946. [En ligne]. [Consulté le 10/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
7. Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale- Article 1. [En ligne]. [Consulté le 10/03/2023]. Disponibilité sur Internet:
<https://www.legifrance.gouv.fr>
8. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. [En ligne]. Version au 10/03/2023. [Consulté le 10/03/2023]. Disponibilité sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000728979>
9. Duroché JP, Pédrón P. Droit pénitentiaire. 4e édition. Paris : Vuibert Droit ; 2019.
10. Ministère de la Justice. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Édition 2019. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/>
11. Code pénitentiaire. Chapitre II : Accès aux soins-Articles L322-1 à L322. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr>
12. Conseil Economique et social des Nations Unies. Règles de Bangkok. 2010.

13. Kanoui-Mebazaa V, Valantin MA. La santé en prison. Les tribunes de la santé 17,97-103. [En ligne]. 2007. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-4-page-97.htm>
14. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Femmes et Santé. Feuille de route. 2016. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
<https://sante.gouv.fr>
15. Ministère de la Justice. Statistique des établissements et des personnes écrouées en France. Direction de l'Administration Pénitentiaire. 1er février 2023.
16. Keller M, Ploton N. Vécu et perception des soins en milieu carcéral : étude qualitative auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017512
17. Bosquet S. Les soins gynéco en souffrance. Observatoire International des Prisons – Section française (OIP-SF). Dossier "Femmes détenues", 9/16. 5 mars 2020.
18. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2009). La santé des femmes en milieu carcéral : éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé en prison. [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet :
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-FR.pdf
19. Ministère de la Justice. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice. Juillet 2019 [En ligne]. [Consulté le 12/03/2023]. Disponibilité sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
20. Gastone R. Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001. Santé publique. 2003;15(2):133-159.
21. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. Patients, prisoners, or people ? Women prisoners' experiences of primary care in prison : a qualitative study. Br J Gen Pract. 2008 Sep 1;58(554):630-6.
22. Annovazzi T, Grognuz D, Juan-Torres L, Ruggiero J. La prise en charge gynécologique des femmes incarcérées. Primary and Hospital Care. 2023.
23. Galinier A. L'exercice de la médecine en prison. Laennec. 2008;56(2):14-25.
24. Delage de Luget C, Jauffret C, Faust C, Knight S, Bartoli C, Ricard E. Cervical Dysplasia and Treatments Barrier in Jail: A Study in Marseille's Detention

- Center—Les Baumettes, France. *Womens Health Rep* (New Rochelle). 2022 Aug 4;3(1):670-677.
25. Fovet Th, Lancelevée C, Wathelet, El Qaoubli O, Thomas P. M, La Santé mentale en Population Carcérale Sortante : une étude nationale. Décembre 2022.
26. Robert D, Frignon S. La santé comme mirage des transformations carcérales. *Déviance et société*. 2006;30(3):305-322.
27. Guérin G. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en prison. *Adsp* n°44, septembre 2003.
28. Anelli L, Bès F. Télémédecine en prison : un palliatif qui comporte des risques. *Observatoire International des Prisons-Section française*. 15 mars 2020.
29. Lagarrigue A. Le médecin face aux conflits éthiques en prison. *Espace éthique/Ile-de-France*. 28 avril 2014.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Note d'information et formulaire de consentement

Intitulé de la structure

Université Toulouse III - Paul Sabatier représentée par son Président M. Jean-Marc Broto

Vous êtes invitée à participer à une étude menée par Mme MONTAGNE Adèle et Mme STREEL Anne-Charlotte dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Toulouse III – Paul Sabatier.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique). Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

Procédure de l'étude

Vous serez interrogées au cours d'un entretien individuel en face-à-face afin de réaliser notre travail de recherche visant à mieux comprendre la perception de leur santé gynécologique par les femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses.

Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université et d'une soumission au comité d'éthique national du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

Destinataires des données collectées : Coordinateurs de la recherche : Dr SAVALL Frédéric (Praticien hospitalier) et GIMENEZ Laëtizia (Médecin généraliste). Investigateurs et responsables du traitement des données : Mme MONTAGNE Adèle et Mme STREEL Anne-Charlotte (Internes en médecine générale)

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra d'explorer le ressenti de la population des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses concernant leur santé gynécologique et d'explorer l'impact qu'a ou qu'a eu l'incarcération sur ce vécu de la santé gynécologique.

Elle n'est en aucun cas un moyen de juger de ces pratiques ni d'étudier leur efficacité.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Droits des participants

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées jusqu'à soit 2 ans après la publication du travail de recherche et seront définitivement supprimées par la suite.

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle Mme MONTAGNE Adèle et Mme STREEL Anne-Charlotte vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre genre, âge, (ancienne) profession, durée d'incarcération, statut marital, enfants. Ces données seront pseudonymisées et leur identification anonymisée.

Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel auprès du Délégué à la protection des données, Département Universitaire de Médecine Générale – 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex ou par mail dpo@dumg-toulouse.fr

ANNEXE 2 : Guide d'entretien avant avis du comité éthique

Etat de santé, suivi médical global décrit et présenté par le patient

1. Question brise-glace : Pourriez-vous me parler de votre état de santé ? *Relance : Avez-vous récemment consulté un médecin ? Si non, pourquoi ? Si oui, en étiez-vous satisfaite ?*
2. Qu'est-ce que ça veut dire être en bonne santé selon vous ? Avez-vous le sentiment d'être en bonne santé ?

Impact de l'incarcération sur la santé

3. Comment décririez-vous l'influence de l'incarcération sur votre santé ?
4. Comment trouvez-vous les soins en prison par rapport à ceux reçus à l'extérieur ? *Relance : Avez-vous changé vos habitudes médicales ? Consultez-vous plus rapidement un médecin ou l'inverse ?*

Santé gynécologique

5. Pour quels motifs consulteriez-vous un professionnel de santé pour un problème gynécologique ?
6. A votre avis à quoi sert un examen gynécologique quand tout va bien ?
7. Qu'est-ce que selon vous un suivi gynécologique ?
8. Estimez-vous être assez informée sur les modalités de ce suivi gynécologique et sur ses acteurs ? Qui, d'après vous, doit vous informer en priorité ?
9. Selon vous l'incarcération a-t-elle impacté votre santé gynécologique ? Pourquoi ?
10. A votre avis, comment pourrait-on améliorer les soins en prison ?
11. Avez-vous des choses à ajouter ?

ANNEXE 3 : Guide d'entretien après avis du comité éthique

1. Question brise-glace : A quoi vous pensez quand on parle de gynécologie ?

Santé gynécologique

2. Avez-vous déjà consulté un professionnel de santé pour une raison gynécologique ?
Si oui, comment vous sentiez-vous à l'issue/à la fin de cette consultation ? (Étiez-vous satisfaite ?) Si non pour quels motifs le feriez-vous ?
3. A votre avis y-a-t-il un intérêt à consulter en gynécologie quand tout va bien ?
Relance : A quelle fréquence consulteriez-vous ou consultez-vous pour une raison gynécologique ?
4. Estimez-vous être assez informée sur les modalités d'un suivi gynécologique et sur ses acteurs ? Relance : Qui, d'après vous, doit vous informer en priorité ?

Impact de l'incarcération

5. Avez-vous déjà consulté pour une raison gynécologique depuis le début de l'incarcération ? Si oui, quel était le motif ? Si non, pourquoi ?
6. Pour vous l'accès aux soins gynécologiques vous semble-t-il différent ici par rapport à l'extérieur ?
7. Avez-vous des choses à ajouter ?

ANNEXE 4 : Guide d'entretien retravaillé après entretien pilote

I. La santé gynécologique globale

1. Question brise-glace : A quoi pensez-vous quand on parle de gynécologie ?
2. Selon vous, quel est l'intérêt à consulter en gynécologie ?

II. Le vécu individuel

3. Pouvez-vous me raconter quels sont les motifs qui vous ont amené à consulter en gynécologie ?
4. Aviez-vous un suivi gynécologique régulier ?
Si oui comment cela se passait ? Si non pourquoi ?
5. Estimez-vous être assez informée sur les modalités d'un suivi gynécologique ?
Relance : Qui, d'après vous, doit vous informer en priorité ? ou à *qui vous adresseriez vous en priorité ?*

III. Impact de l'incarcération

6. Avez-vous déjà consulté pour une raison gynécologique depuis le début de l'incarcération ? Si oui, quel était le motif et comment cela s'est passé ? Si non, pourquoi ?
7. Que pensez-vous de l'accès aux soins et notamment aux soins gynécologiques ?
Relance : Est-ce différent par rapport à l'extérieur ?

IV. Pistes d'amélioration

8. Selon vous, y-a-t-il des choses qui pourraient améliorer le suivi gynécologique (en général ou en prison) ?
9. Avez-vous des choses à ajouter à cet entretien ?

ANNEXE 5 : Avis du comité éthique



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 19 Janvier 2022,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " « Perception de leur santé gynécologique par les femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses »."

AVIS 060122325

Le comité d'éthique rend un avis favorable avec réserves à la recherche *Perception de leur santé gynécologique par les femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses*.

Au sujet de la méthodologie du guide d'entretien, le comité d'éthique suggère d'intégrer des questions factuelles ouvertes, relatives aux pratiques, au plus près de l'expérience vécue des femmes en lien avec le suivi gynécologique. C'est en interrogeant les personnes sur leurs pratiques que le chercheur peut d'autant mieux saisir leur vécu et leurs opinions. Par exemple, ont-elles déjà consulté un gynécologue, pour quels motifs, à quelle fréquence, si non pour quelles raisons ... ? Avant et pendant l'incarcération, puisqu'il s'agit d'analyser notamment l'impact de l'incarcération. Nous conseillons au chercheur de commencer par poser des questions relatives au sujet de la recherche (suivi et santé gynécologique) et à élargir progressivement à la santé en général et aux variables dont le chercheur a fait l'hypothèse qu'elles étaient déterminantes (ex : rapport à sa santé, à son corps).

Le comité attire l'attention du chercheur sur le potentiel inductif de la formulation des questions dans le guide et l'invite à ne pas formuler ses hypothèses dans son guide d'entretien afin de ne pas être suggestif. (ex. question 3 qui suggère qu'il y a un impact direct entre l'incarcération et la modification des soins gynécologiques, alors que l'étude vise à explorer le retentissement éventuel de l'incarcération sur le suivi gynéco).

Le comité s'interroge sur les propositions des chercheurs en cas de dévoilement de violences subies par les femmes interviewées.

D'un point de vue réglementaire, les autorisations auprès des instances pénitencières ne sont pas formalisées.

D'un point de vue méthodologique, les critères d'inclusion et de non-inclusion des femmes sont peu explicites.

A titre de simple remarque à destination du référent éthique : le comité s'est interrogé sur le parcours de ce dossier dans la mesure où cette activité de soins en milieu carcéral est confiée principalement au secteur hospitalier (par rapport aux soins primaires), dans ce cas le recours au comité d'éthique hospitalier pourrait être plus approprié.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 6 : Avis de conformité Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)



Pierre Boyer <drpierreboyer@gmail.com>
À adelemontagne, dpo, moi, GIMENEZ ▾

sam. 18 sept. 2021 10:34

Bonjour
votre projet est bien enregistré dans ma section de conformité
vous pouvez continuer

bon courage pour la suite !

...

--

Professeur Pierre Boyer

Médecin généraliste
1 chemin de la Gare – 31860 Pins Justaret
drpierreboyer@gmail.com

Professeur Associé des Universités
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
133 route de Narbonne – 31062 Toulouse
pierre.boyer@dmg-toulouse.fr

RÉSUMÉ

Contexte : *Les femmes forment en moyenne 3,2 % de la population carcérale française. Quasi invisible en prison et dans la recherche en santé, les femmes incarcérées sont souvent les oubliées et leurs besoins spécifiques en soins de santé largement ignorés.*

Objectif : *L'objectif principal du travail est d'explorer la perception des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Seysses concernant leur santé, notamment gynécologique, afin de mieux cerner leurs besoins en santé. L'objectif secondaire est d'évaluer le vécu de l'impact de l'incarcération sur leur santé.*

Matériel et méthodes : *Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de femmes détenues à la Maison d'arrêt de Seysses. Critère d'inclusion : être majeure. Critère d'exclusion : être non francophone ou sous sauvegarde de justice. Une analyse thématique a été réalisée par deux chercheuses.*

Résultats : *Onze entretiens ont été réalisés entre mai 2022 et mars 2023. Avant leur incarcération, la plupart des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier, en raison de contraintes diverses. Elles consultent d'abord pour un suivi obstétrical. Incarcérées, elles estiment la prison comme un lieu sale vecteur de maladies. Elles pointent de nombreuses entraves aux soins en prison. La plupart des femmes sont satisfaites de pouvoir consulter pour un motif gynécologique et bénéficier d'examens de dépistages. Chaque femme interrogée a, depuis son incarcération, pu bénéficier à tout le moins d'une consultation gynécologique. D'une manière générale, elles sont satisfaites des soins gynécologiques reçus à la Maison d'arrêt de Seysses, hormis lors de certaines extractions. Concernant l'impact de l'incarcération sur le vécu de la santé, se pose la question de la reprise ou l'arrêt du suivi médical en prison. Là les positions divergent entre les femmes : certaines sont découragées, d'autres estiment au contraire qu'il y a opportunité à renouer avec les soins gynécologiques en prison. Interrogées sur l'accès aux soins par rapport à l'extérieur, une minorité seulement de femmes trouvent cet accès en prison plus long et difficile. En revanche, globalement, elles sont satisfaites quant à l'acquisition de connaissances en prison, tout en restant insuffisantes. La place de la santé mentale en prison est capitale. Les soins psychologiques sont très appréciés. Mais les femmes déplorent que l'incarcération nuit tant à leur santé mentale qu'à leur santé physique. Elles proposent des pistes d'améliorations concrètes concernant les soins en milieu carcéral, autour de trois volets : l'amélioration de l'accès aux soins, le déroulement des soins et l'amélioration de l'information en santé, dès l'incarcération.*

Conclusion : *Les soins prodigués sont vecteurs de dignité mais la volonté des femmes détenues d'accéder à des soins médicaux et à des informations en santé se confronte souvent aux contraintes pénitentiaires. Les actions de santé menées en détention ont la capacité d'impacter la perception de leur santé des femmes détenues, perception toutefois fragile avec le risque de rupture de soins à l'extérieur impliquant la nécessité d'une meilleure compréhension de cette population par les acteurs en aval et en amont de la détention.*

Certains résultats de ce travail relatifs aux contraintes carcérales sont corroborés dans la littérature, d'autres apportent une originalité comme l'impact des acteurs en santé mentale ou l'attente exprimée par les femmes vis-à-vis d'information en santé. Ils gagneraient à être complétés par le point de vue des soignants de Seysses et par des études comparatives sur d'autres structures pénitentiaires.

Mots-clés

Suivi gynécologique-Santé gynécologique-Femmes détenues-Maison d'Arrêt de Seysses-Recherche qualitative-Qualité des soins de santé- Femmes.

ABSTRACT

Background: *Women make up an average of 3,2 % of the French prison population. Practically invisible in prison and health research, incarcerated women, are often overlooked and their specific healthcare needs are mostly ignored.*

Purpose: *The main purpose of this work is to explore the healthcare experience of female inmates at Seysses prison, specifically gynaecological, in order to better identify their healthcare needs. The secondary purpose is to assess the prison's impact on female inmates' health.*

Material and methods: *The qualitative study is using a semi-structured individual interview protocol, female inmates at Seysses prison. Eligibility criterion: being of legal age. Exclusion criteria: being non-French-speaking or being placed under legal protection. A thematic analysis has been carried by both researchers.*

Results: *Eleven interviews were conducted between May 2022 and March 2023. Before their incarceration, most women have no regular gynaecological check-ups due to various constraints. At first, they would have an obstetric check-up. Incarcerated, they consider prison a breeding ground for diseases and point out many impediments to their health care. Despite this, most women are satisfied with gynaecological consultations and screening exams provided. Since their incarceration, each of the women interviewed has been able to benefit from at least one gynaecological consultation. Generally, the women are satisfied with gynaecological care at Seysses prison, apart from when hospital transfers outside of prison are required. With regard to the impact of incarceration on health care, the question arises, should medical care in prison continue or be discontinued. Opinions diverge among women: some are discouraged and ready to give up with their gynaecological care while others regard it as an opportunity to reconnect with gynaecological care in prison. Compared to healthcare availability outside of prison, only a minority of women find it longer and more difficult to access such services. However, they are generally satisfied with the knowledge they gain in prison which remains insufficient. Mental health is of high importance in prison. Psychological care is much appreciated. However, women regret that incarceration can affect both their mental and physical health. They suggest concrete ways to improve care in prisons based on three components: improving access to care, the course of care and availability of health information from the first day of incarceration.*

Conclusion: *The care provided is a source of dignity for incarcerated women, however their desire to access medical treatment and healthcare information often comes up against prison constraints. Health services provided in prison has a positive impact on incarcerated women's health care experience, however there is a risk of lack of care outside of prison. As a result, it is necessary for upstream and downstream prison stakeholders to better understand this population. Some results of this work about prison constraints are corroborated by scientific literature. Other results bring to light ideas such as the impact of mental health professionals or the women's desire for health information in prison. It would be interesting to complete this study incorporating the Seysses' caregivers point of view and completing comparative studies in other prisons.*

Keywords

Gynaecological check-up - Gynaecological health - Female inmate – Seysses Prison - Qualitative research - Quality of health care – Women
