

Consultations médicales et consommations médicamenteuses en cours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon¹

E. Zimmermann, M. von Allmen²

1. Introduction

Les diverses prestations médicales, qu'il s'agisse de consultations ou de prescriptions médicamenteuses, résultent de toute évidence de l'interaction entre une demande provenant des patients et une offre tributaire de l'organisation des pratiques médicales. Cette interaction s'opère dans un cadre institutionnel spécifique dont il importe de tenir compte.

Tout prévenu incarcéré à la prison de Champ-Dollon (Genève) peut faire valoir son droit à être soigné en faisant appel au Service médical concerné. Il a bien entendu également le droit de ne pas se faire soigner: l'éthique médicale interdit l'administration de soins sous contrainte. Cette «liberté de choix» est toutefois restreinte par le monopole thérapeutique confié à l'équipe médicale. Une telle situation est susceptible d'exercer une influence complexe sur les attitudes et les pratiques des patients et des soignants [1].

Le Service médical de la prison de Champ-Dollon (désormais SM) est un service important en moyens et en personnel. Il fait partie d'une palette de services offerts aux prévenus (service social, ateliers, etc.) mais reste une unité indépendante de la prison, gérée par l'Institut universitaire de médecine légale. En cela, mais aussi par le caractère des prestations offertes et par la qualité professionnelle et humaine du personnel soignant, le SM n'est pas un lieu carcéral comme les autres. Il se présente plutôt comme un «espace de liberté» en prison.

La détention préventive déclenche souvent une crise existentielle majeure qui, dans de nombreux cas, provoque une détresse psychologique considérable [2]. Les sentiments d'impuissance et le manque de moyens d'action favorisent des «sentiments de maladie» et le contexte facilite leur traduction en «illness behavior». Afin de combattre la monotonie et la solitude de l'enfermement, de nombreux détenus auront tendance à utiliser les différents espaces-services de la prison pour sortir de leur cellule. La fréquentation du SM peut être une occasion de distraction au même titre qu'aller travailler dans un atelier ou se rendre à la promenade. Par ailleurs, certains détenus sollicitent le

SM pour obtenir un certificat médical, dans l'espoir d'influencer favorablement le déroulement de la procédure pénale. D'autres encore souhaitent recevoir des médicaments pour les utiliser comme monnaie d'échange avec certains détenus avides de substances psychotropes. C'est ainsi que de nombreuses visites au SM ne découlent pas d'un besoin spécifiquement médical.

Si le détenu garde l'entière liberté de s'inscrire ou non aux consultations, les prescriptions médicamenteuses sont par contre du ressort exclusif du personnel médical. Les soignants distinguent entre les demandes évaluées comme légitimes et les demandes jugées exagérées. Ces dernières les incitent à la fermeté. Cela est particulièrement vrai pour les patients toxicomanes, généralement portés à rechercher un substitut à la drogue dans les médicaments psychotropes [3]. Enfin, la prise en charge de la souffrance existentielle risque, du fait qu'elle mobilise le corps médical, d'entraîner une médicalisation de celle-ci.

Trois hypothèses seront explorées ici:

H-1: La médicalisation en cours de détention (consultations et prescriptions médicamenteuses) s'explique essentiellement par les «besoins» en soins et en traitements médicaux tels qu'ils sont ressentis par les prévenus. Les détenus, ressentant de nombreux symptômes psychosomatiques, traduiront ces symptômes en «illness behavior» et obtiendront une réponse médicale proportionnelle à leurs plaintes. On peut s'attendre à ce que la présence d'idées suicidaires favorise la consommation de médicaments psychotropes.

H-2: La médicalisation en cours de détention peut s'expliquer par les antécédents médicaux et par les habitudes de consommation médicamenteuse acquises en liberté. Il découle des nombreux facteurs de sélection qui régissent la détention préventive et son maintien que nous nous trouvons souvent en présence d'une population préalablement médicalisée. Le stress de la détention risque de réactualiser ou de renforcer le recours à la médecine. Dans cette optique, la médicalisation de la détention préventive serait essentiellement une prolongation des prises en charge médicales antérieures à l'incarcération.

H-3: La médicalisation ne résulte pas seulement des «besoins» en matière de traitements médicaux et des habitudes médicales antérieures à la déten-

¹ Les résultats présentés dans cet article s'inscrivent dans une étude plus vaste qui vise à mieux comprendre l'état et l'évolution de la santé mentale des individus dans une situation réputée stressante (FNRS – Requête No 3.978-0.82; requérants: professeur J. Bernheim, E. Zimmermann, T. W. Harding, Cléopâtre Montandon).

² Institut universitaire de médecine légale, CMU., 9, avenue de Champel, CH-1211 Genève 4.

tion. D'autres caractéristiques telles que la toxicomanie, le récidivisme pénal et certains traits de personnalité sont susceptibles d'influencer les relations détenus-soignants et les prises en charge médicales. Le toxicomane, certes avide de médicaments, porte également une «étiquette» facilement repérable par le personnel soignant. Il est aussi de ceux dont on redoute le passage à l'acte suicidaire. Une forte institutionnalisation carcérale peut contribuer à la naissance de liens personnalisés entre certains soignants et certains détenus. La médicalisation s'en trouvera renforcée. Certains traits de personnalité tels que les traits névrotiques peuvent également mener à un «illness behavior» plus conséquent.

2. Données et méthodologie

Les analyses présentées ici se basent premièrement sur les données recueillies par entretiens individuels avec 208 sujets représentatifs de la population des détenus parvenus à leur dixième jour d'incarcération préventive. Les informations ont été obtenues sur la base d'un questionnaire sociologique standardisé, de tests psychologiques (Adjective Check List et Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et du General Health Questionnaire (GHQ) [4]. Nous nous basons en second lieu sur le dépouillement des dossiers médicaux correspondants, établis par le SM de Champ-Dollon. Des données précises concernant les consultations médicales et les prescriptions médicamenteuses ont ainsi pu être obtenues. Les indications diagnostiques sont par contre trop lacunaires dans ces dossiers pour permettre une analyse quantitative.

2.1 Opérationnalisation des variables

Les variables dépendantes sont les différents taux de consultations médicales et les taux de médication enregistrés durant les deux premiers mois de détention préventive à Champ-Dollon. Ces taux seront présentés pour différents types de soignants (infirmiers, médecins-assistants, médecins-internistes, psychiatres, etc.) et de médicaments (analgésiques, somnifères, tranquillisants, etc.).

Trois types de variables indépendantes ont été distingués: a) les différents indicateurs de l'expression de symptômes psychosomatiques au dixième jour de détention; b) les antécédents médicaux et médicamenteux; c) trois caractéristiques du sujet: toxicomanie, récidivisme pénal et traits névrotiques.

2.1.1 La symptomatologie psychosomatique (GHQ)

Les variables ayant trait à la symptomatologie psychosomatique sont toutes basées sur les informations fournies par le General Health Questionnaire (GHQ) au dixième jour de détention. Dans la version que nous avons utilisée, le GHQ de Goldberg contient 28 questions du genre: «Avez-vous au cours de cette

dernière semaine senti des tensions ou des pressions dans votre tête?» [5]. Le sujet a le choix entre quatre réponses possibles: «pas du tout», «pas plus que d'habitude», «plutôt plus que d'habitude» et «beaucoup plus que d'habitude». Suivant la procédure validée par Goldberg, les deux premières réponses obtiennent le score «0» et les deux dernières le score «1». Les échelles sont construites par simple addition. Ainsi, l'échelle T (sévérité globale) est l'addition des scores obtenus sur les 28 questions (minimum 0, maximum 28). Les valeurs des échelles A, B, C et D sont la somme des scores obtenus dans les quatre groupes de sept questions correspondants (A1 à A7, B1 à B7, etc.). Dans notre population, la cohésion et la validité de ces échelles ne sont pas entièrement satisfaisantes (corrélations entre certains items d'une même échelle proches de zéro et valeurs Alpha inférieures à .90). Afin de dépasser ces défauts nous avons construit, sur la base des items originaux, huit échelles alternatives dont les corrélations internes sont plus élevées. Le sens de ces échelles devient du même coup plus univoque (tabl. 1).

| Echelles classiques selon Goldberg | Nom Var | Items inclus | Alpha |
|---|---------|--------------------|-------|
| A. Symptômes somatiques | GHQA1 | A1 à A7 | .76 |
| B. Anxiété / Insomnie | GHQB1 | B1 à B7 | .82 |
| C. Dysfonction sociale | GHQC1 | C1 à C7 | .76 |
| D. Dépression | GHQD1 | D1 à D7 | .84 |
| T. Sévérité globale | GHQTOT1 | A1 à D7 | .90 |
| Echelles modifiées | Nom Var | Items inclus | Alpha |
| Aa. Se sent «malade» | SOMAT1 | A1, A4 | .95 |
| Ab. Maux de tête | MTETE1 | A5, A6 | .90 |
| Ac. Manque d'énergie-lassitude | MENER1 | A2, A3 | .93 |
| Ba. Perte de sommeil | PSOMM1 | B1, B2 | .96 |
| Bb. Anxiété / Nervosité | ANXIE1 | B3, B4, B6, B7 | .85 |
| Ca. Inactivité / Incapacité de décision | INACT1 | C1, C5, C6, C7 | .85 |
| Cb. Sentiments d'inaptitude | DFONC1 | C3, C4 | .84 |
| D'. Idéation suicidaire | ISUIC1 | D2, D3, D4, D6, D7 | .84 |

Tableau 1. Les échelles du General Health Questionnaire (GHQ).

Les différentes échelles du GHQ sont influencées par un facteur que l'on pourrait appeler «sévérité de la détresse psychologique». Afin de mieux saisir la spécificité des symptômes exprimés, nous avons établi, en combinant les trois échelles modifiées Aa, Bb et D', une typologie des sujets en trois groupes symptomatologiques:

| Principaux groupes (GHQ) | | Symptômes | | | Nombre de sujets % (n) |
|--------------------------|---|-----------|---|-----|---------------------------|
| | | M | A | S | |
| (I) | Aucun symptôme | - | - | - | 42 (84) |
| (II) | Symptômes psychosomatiques sans pensées suicidaires | ± | ± | - | 36 (72) |
| (III) | Pensées suicidaires avec ou sans symptômes psychosomatiques | ± | ± | + | 22 (44) |
| Totaux | | | | 100 | (200) |

Légende: M = Se sent «malade» (échelle Aa – seuil: score = 2)
 A = Présence de symptômes graves d'anxiété (échelle Bb – seuil: score > 3)
 S = Présence de pensées suicidaires affirmées (échelle D' – seuil: score > 3)

Tableau 2. Groupes de symptomatologie psychosomatique.

En fixant des «seuils cliniques» relativement sévères, nous estimons pouvoir exclure la part des symptômes non spécifiques découlant simplement de la présence d'une certaine détresse psychologique. Chez les sujets qui se trouvent dans un état de détresse psychologique grave, une telle distinction n'a cependant guère de sens: la plupart des symptômes sont alors présents et indissociablement confondus.

2.1.2 Antécédents médicaux et médicamenteux autoreportés

Dans l'impossibilité d'établir une anamnèse médicale rigoureuse, nous avons proposé aux sujets une liste d'événements concernant leur santé avant la présente incarcération. Cette liste et les proportions de détenus mentionnant avoir déjà subi tel événement donné se présentent ainsi:

- | | |
|---|------|
| a) Maladie ou accident grave | 48 % |
| b) Hospitalisation prolongée | 39 % |
| c) Difficultés affectives, émotionnelles ou sexuelles | 24 % |
| d) Conseils ou traitements par psychologue | 10 % |
| e) Traitements psychiatriques ambulatoires | 16 % |
| f) Hospitalisation en milieu psychiatrique | 13 % |

Les événements antérieurs à l'incarcération touchant de manière générale à la santé (EVSANTE) sont opérationnalisés par le nombre d'incidences mentionnées sous les rubriques a) à f). Ceux qui concernent plus spécifiquement la santé mentale (EVSPSYC) ne cumulent que les réponses affirmatives aux items c) à f).

Pour apprécier les habitudes de consommation médicamenteuse acquises en liberté, nous nous sommes limités aux analgésiques (ANALG), aux somnifères (SOMNIF) et aux tranquillisants (TRANQ). A la question, «En liberté, avez-vous l'habitude de consommer au moins occasionnellement?...», les proportions de réponses affirmatives ont été les suivantes: analgésiques 47 %, somnifères 36 %, tranquillisants 30 %.

2.1.3 Trois caractéristiques psycho-sociales des sujets

Les caractéristiques psycho-sociales considérées rendent compte de certains clivages importants parmi la population des prévenus.

La toxicomanie (TOXICO) est opérationnalisée par une variable dichotomique attestant le fait qu'un sujet ait touché ou non aux drogues dures (héroïne, morphine, cocaïne, amphétamines, LSD, etc.). Dans environ un tiers des cas, la réponse a été affirmative.

Le récidivisme (RECIDIV) est également une variable dichotomique. Elle permet de distinguer les détenus qui ont déjà fait de la prison pour des motifs de droit commun (prison politique et incarcération pour des motifs militaires exclus). Selon cette définition, 54 % des sujets considérés sont récidivistes. Parmi ceux-ci, les deux tiers avaient déjà séjourné à la prison de Champ-Dollon. Dans le contexte de cette analyse, la variable «récidivisme» est retenue comme un indicateur de familiarité avec l'institution carcérale.

La présence de traits névrotiques (PSYPAT3) a été évaluée sur la base du Minimult (version abrégée du Minnesota Multiphasic Personality Inventory): 38 % des sujets présentent une tendance névrotique pathologique, associée ou non avec d'autres désordres de personnalité [6].

2.2 Méthodologie

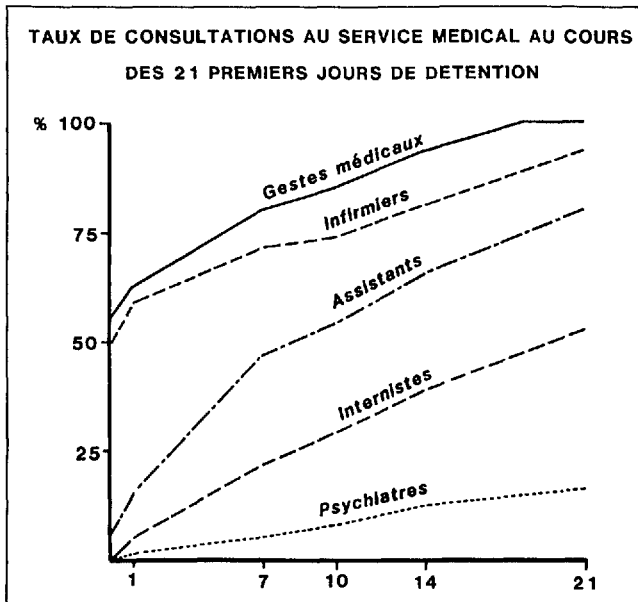
Dans la présentation des résultats, nous commenterons tout d'abord des données descriptives sur divers aspects de la médicalisation en cours de détention. A ce stade, nous nous contenterons de présenter des distributions simples. Nous discuterons ensuite les résultats des analyses permettant de tester chacune des trois hypothèses avancées, puis la pertinence du modèle mixte réunissant toutes les variables indépendantes envisagées. Ces résultats analytiques sont tous basés sur la technique de la régression multiple (step-wise) qui ne retient dans l'équation que les variables statistiquement significatives. L'analyse de régression permet de tenir compte simultanément de l'influence de plusieurs variables indépendantes sur une seule variable dépendante. Certains taux de consultation et de médication ont été «normalisés» par une transformation logarithmique appropriée. Les unités de mesure étant arbitraires, nous ne rapportons pour les résultats de ces régressions que les valeurs des Bêtas standardisés.

3. Les résultats

3.1 Consultations médicales et médication durant les deux premiers mois à Champ-Dollon – Données descriptives

Comme l'indique le graphique I, la moitié des détenus ont bénéficié, le jour même de leur arrivée à Champ-Dollon, d'un geste médical (soins, médicaments ou entretien de soutien). Au dixième jour de détention, un cinquième seulement des détenus n'ont pas encore été pris en charge par le SM. Après trois semaines, une infime minorité sera encore dans ce cas. Le décalage

des courbes dans le temps reflète principalement le fonctionnement du SM dans le cadre de sa structure hiérarchisée (infirmier, médecin-assistant et médecin-interniste). Les consultations spécialisées (dermatologues, psychiatres, psychologues, etc.) n'interviennent qu'après une ou plusieurs consultations de médecine générale.



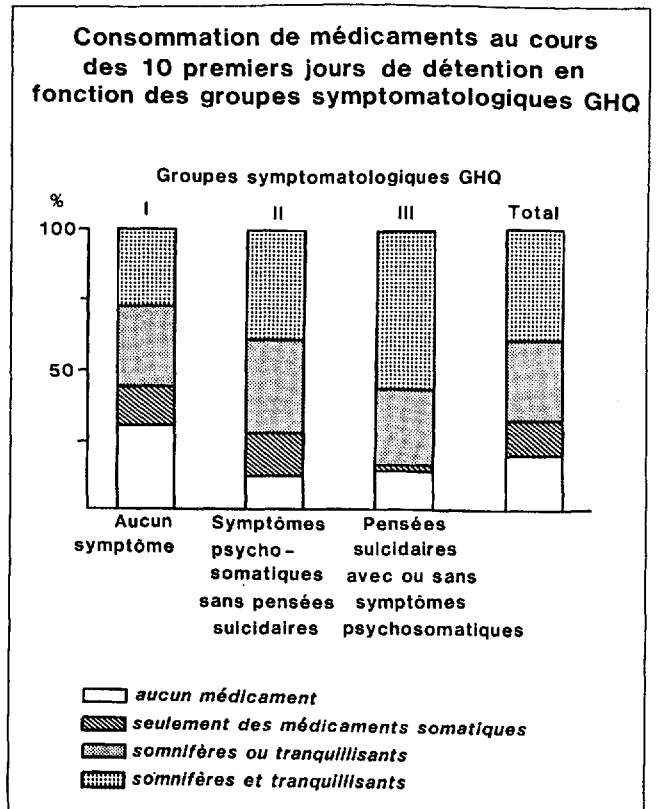
Graphique I

En accord avec le taux élevé des consultations, 89% des détenus ont bénéficié, au cours de leur détention, d'une prescription médicamenteuse. L'éventail de la première prescription est le suivant (n = 208):

| | |
|--|------|
| somnifères (rohypnol, dalmadorm, peroben...) | 58 % |
| tranquillisants (lexotanil, valium, temesta...) | 25 % |
| antidépresseurs (tofranil, tolvon...) | 1 % |
| neuroleptiques (melleril, nozinan, prazine...) | 1 % |
| kétalgine | 4 % |
| analgésiques mineurs (aspirine, alcacyl, etc.) et autres (cafergot, Fortalgésic, etc.) | 22 % |
| médicaments e.r. pathologies dermatologiques | 4 % |
| médicaments e.r. pathologies gastro-entérologiques | 6 % |
| médicaments e.r. pathologies cardio-vasculaires | 3 % |
| médicaments e.r. pathologies des voies respiratoires | 4 % |
| autres médicaments | 8 % |

Les somnifères, les tranquillisants et les analgésiques sont nettement les plus fréquents et sont souvent administrés par les infirmiers lors de leur tournée auprès des nouveaux arrivants. Cette médication est en rapport avec les plaintes les plus fréquemment exprimées en début de détention: insomnie, maux de tête et anxiété. Précisons que les états de manque, d'abord traités par cures dégressives à la kétalgine (six à dix jours), sont souvent à l'origine d'une prescription d'analgésiques puissants et/ou de psychotropes.

Analysant de plus près la consommation médicamenteuse au cours des dix premiers jours de détention, on constate une relation, significative mais faible, entre l'appartenance aux principaux groupes symptomatologiques GHQ et la consommation de médicaments (graphique II).

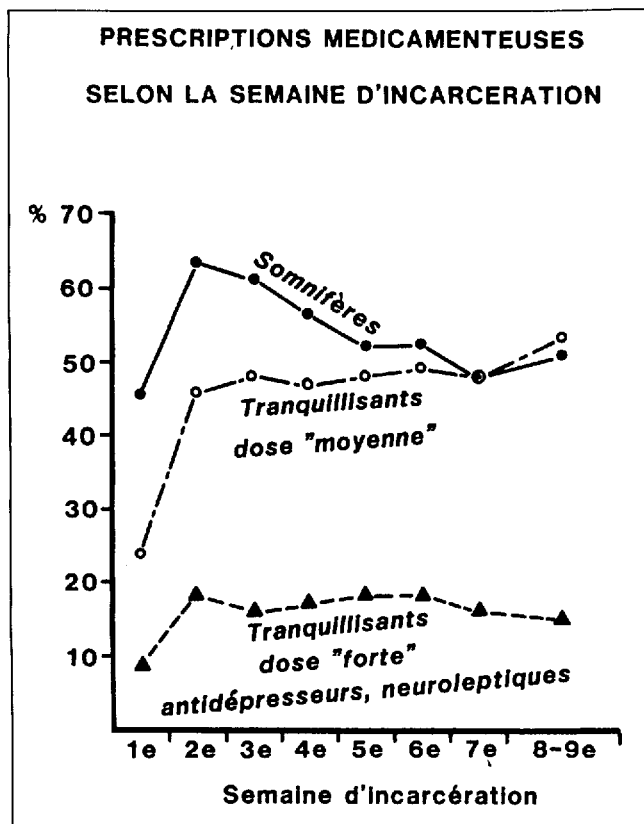


Graphique II

Le groupe I, où les symptômes déclarés paraissent insuffisants pour atteindre un «seuil clinique», accuse certes le taux le plus élevé de sujets ne consommant aucun médicament. Plus de la moitié (52%) des personnes appartenant à ce groupe ont néanmoins consommé des tranquillisants et/ou des somnifères au cours des dix premiers jours. Ce résultat nous paraît indicatif d'une certaine surmédication. Pour le groupe II (symptômes psychosomatiques divers sans idéation suicidaire), le taux de consommation de tranquillisants et/ou de somnifères est nettement plus élevé (72%). Dans le groupe III, où les sujets présentent des idées suicidaires (le plus souvent accompagnées de symptômes psychosomatiques divers), le taux correspondant atteint 82%.

L'évolution des prescriptions de somnifères, de tranquillisants, d'antidépresseurs et de neuroleptiques au cours des deux premiers mois de détention, indique tout d'abord que ces médicaments sont massivement prescrits pendant toute la durée considérée (graphique III). La consommation de somnifères tend à s'abaisser et à rejoindre, après quatre semaines, le niveau de

consommation des tranquillisants à dose moyenne qui concerne, de manière assez stable, 50 % des détenus. Il ressort d'analyses complémentaires qu'une fois prescrite, la consommation de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs reste un acquis durant la majeure partie du séjour en prison.

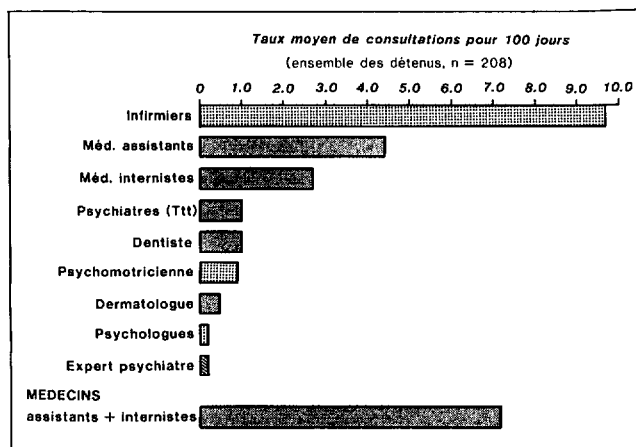


Graphique III

Les taux considérés dès à présent couvrent toute la durée du séjour à Champ-Dollon lorsqu'elle a été inférieure à soixante jours, et se limitent à la période de référence (T1-T2 = 60 jours) lorsque la détention s'est prolongée plus longtemps. L'effet de durée a été neutralisé en rapportant les données individuelles à la base uniforme de cent jours de présence.

Nous observons une moyenne de vingt consultations médicales pour cent jours de détention, ce qui équivaut à une consultation et demie par semaine de présence. Ce taux cache évidemment de très fortes variations: environ 10% des sujets n'ont bénéficié d'aucune consultation médicale et 5% ont consulté le Service tous les deux jours. La prise en charge très suivie d'une petite minorité de détenus au SM n'est pas indépendante des inquiétudes des professionnels de la médecine en prison [7].

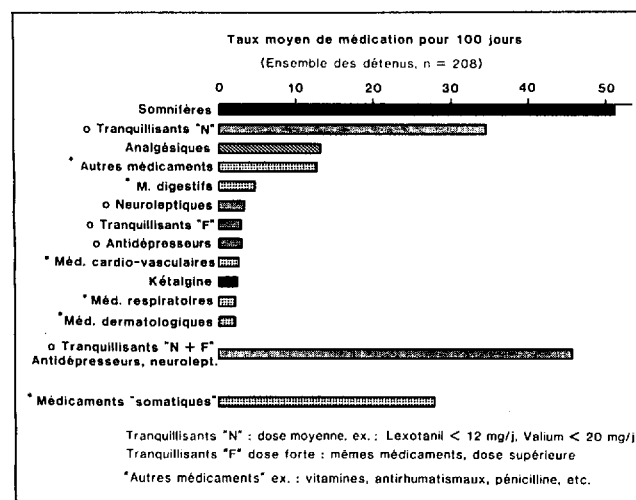
En considérant les consultations médicales en fonction des thérapeutes du SM (graphique IV), on constate sans surprise que les consultations d'infirmiers, de médecins-assistants et d'internistes sont de loin les plus fréquentes. Les consultations dites spécialisées ne concernent qu'une minorité de détenus. Elles n'inter-



Graphique IV

viennent donc que faiblement dans les taux calculés sur l'ensemble de la population (17% des détenus sont concernés par les consultations psychiatriques, 30% par le dentiste, 12% par la psychomotricienne, 18% par le dermatologue, 4% par le psychologue et 6% par l'expert psychiatre).

Le taux moyen de médication est de 141% et reflète le cumul de médicaments. A nouveau, environ 10% des prévenus n'ont reçu aucun médicament. 10% ont par contre bénéficié, durant tout leur séjour, de trois à cinq prescriptions médicamenteuses quotidiennes. Le graphique V indique les taux moyens de médication pour 100 jours en fonction des principales catégories de médicaments prescrits. Les somnifères et les autres psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques), arrivent en tête avec un taux voisin de cinquante jours de médication sur cent.



Graphique V

3.2 Le test des trois hypothèses

concernant la médicalisation en cours de détention

Nous avons testé nos hypothèses en nous référant à six taux différents. Pour la fréquentation du SM, nous avons retenu le taux des consultations paramédicales

qui cumule les interventions des infirmiers et celles, plus rares, de la psychomotricienne et des psychologues (LNTX13), le taux cumulant les consultations assurées par les médecins-assistants et les internistes (LNTX12) et le taux global des consultations effectuées par le personnel soignant du SM (LNTX1). Pour la médication, nous avons retenu la prescription de somnifères (LNTX17) et les prescriptions groupant les autres psychotropes, où les tranquillisants précèdent de loin les antidépresseurs et les neuroleptiques (LNTX29). Enfin, le taux global de médication cumule tous les types de médicaments prescrits aux détenus (TX32).

Ces différents taux sont souvent fortement corrélés entre eux ($.42 < r < .91$). On observe notamment des corrélations de $r = .55$ entre consultations paramédicales et médicales, de $r = .48$ entre prescriptions de somnifères et d'autres psychotropes, et de $r = .69$ entre les taux globaux de consultations et de médication.

3.2.1 Les symptômes psychosomatiques en début de détention (H-1)

L'hypothèse H-1 postule que les variations interindividuelles dans les taux de consultations médicales et de médication peuvent s'expliquer par les «besoins» variables en soins et en traitements tels qu'ils sont mesurés par les symptômes psychosomatiques enregistrés au dixième jour de détention.

Il ressort des analyses de régression multiple (stepwise) effectuées avec les huit échelles GHQ modifiées qu'une part significative de la variation des taux de consultation s'explique par les divers symptômes auto-reportés (tabl. 3). Se sentir malade et être angoissé sont les symptômes les plus fortement reliés à un nombre élevé de consultations. Pour le nombre de journées de médication, ce sont le sentiment d'être malade et les maux de tête qui ont la plus grande influence. En ce qui concerne la consommation de somnifères on peut s'étonner du manque d'effet des symptômes d'insomnie: ces derniers sont en fait trop fortement corrélés avec les symptômes d'anxiété et de nervosité pour agir distinctivement sur le taux de médication aux somnifères. La présence d'idées suicidaires, presque toujours associée aux autres symptômes, n'exerce pas non plus d'effet spécifique supplémentaire sur les taux considérés.

Les proportions de variance expliquée restent dans l'ensemble assez modestes (13 à 20%). La valeur explicative des symptômes psychosomatiques est légèrement plus faible quand il s'agit de la consommation médicamenteuse. Ces résultats nous paraissent indicatifs du poids relatif des symptômes psychosomatiques dans l'explication des demandes et des prises en charge médicales.

3.2.2 Antécédents médicaux et médicamenteux autoreportés (H-2)

L'hypothèse H-2 stipule que la médicalisation en cours de détention peut s'expliquer par les antécédents

| Symptômes (GHQ) | | Consultations SM | | Total (LNTX1) |
|--|------------------|------------------|-------------------|---------------|
| | | Paraméd (LNTX13) | Médecins (LNTX12) | |
| Aa. Se sent «malade» (SOMAT1) | | .31*** | .32*** | .38*** |
| Ab. Maux de tête (MTETE1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ac. Manque d'énergie (MENER1) | | .15** | n.s. | n.s. |
| Ba. Peine à dormir (PSOMM1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Bb. Anxiété-nervosité (ANXIE1) | | n.s. | .15** | .12** |
| Ca. Inactivité-incapacité de décision (INACT1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Cb. Sentiments d'inaptitude (DFONC1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| D'. Idéation suicidaire (ISUIC1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Variance expliquée | R ² = | .17 | .16 | .20 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | R ² = | .16 | .15 | .19 |
| Valeur F de l'équation | F = | 19.8 | 18.9 | 24.2 |
| Niveau de signification: | p = | .000 | .000 | .000 |

| Symptômes (GHQ) | | Médicaments prescrits au SM | | Total (TX32) |
|---|------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|
| | | Somnifères (LNTX17) | Psychotropes (LNTX29) | |
| Aa. Se sent «malade» (SOMAT1) | | n.s. | .32*** | .34*** |
| Ab. Maux de tête (MTETE1) | | .14' | .13' | .12' |
| Ac. Manque d'énergie (MENER1) | | .16** | n.s. | n.s. |
| Ba. Peine à dormir (PSOMM1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Bb. Anxiété-nervosité (ANXIE1) | | .16** | n.s. | n.s. |
| Ca. Inactivité-incapacité de décision (INACT1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Cb. Sentiments d'inaptitude (DFONC1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| D'. Idéation suicidaire (ISUIC1) | | n.s. | n.s. | n.s. |
| Variance expliquée | R ² = | .13 | .15 | .16 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | R ² = | .11 | .14 | .15 |
| Valeur F de l'équation | F = | 9.5 | 17.8 | 18.9 |
| Niveau de signification: | p = | .000 | .000 | .000 |
| Niveaux de signification des Bêtas: *** p < .001 ** p < .05 ' p < .10 | | | | |

Tableau 3. Analyse des taux de consultation et de médication durant la détention en fonction de l'hypothèse H-1 (Résultats de régressions multiples – stepwise).

médicaux et les habitudes de consommation médicamenteuse acquises en liberté. Cette hypothèse est en effet assez souvent évoquée par les professionnels des milieux pénitentiaires (gardiens, assistants sociaux, personnel médical et paramédical). Elle fournit une explication simple et apparemment convaincante à la forte médicalisation des prisons et légitime dans une certaine mesure une prise en charge médicale conséquente.

Les analyses de régression du tableau 4 n'apportent qu'une confirmation nuancée à cette hypothèse (9 à 30% de la variance expliquée). Les habitudes médicamenteuses acquises en liberté et les antécédents relatifs à la santé mentale des prévenus exercent certes un effet marqué sur la consommation de médicaments en cours de détention. Par contre, tout en demeurant significatif, l'impact du passé médical et médicamenteux est nettement moindre en ce qui concerne la fréquence des consultations au SM.

| Antécédents médicaux | Consultations SM | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| | Paraméd (LNTX13) | Médecins (LNTX12) | Total (LNTX1) |
| - Nb d'incidences relatives à la santé en général (EVSANTE) | n.s. | n.s. | n.s. |
| - Nb d'incidences relatives à la santé mentale (EVSPSYC) | .14** | n.s. | .19** |
| Cons. d'analgésiques (ANALG) | n.s. | n.s. | n.s. |
| Cons. de somnifères (SOMNIF) | .13* | .16** | .18** |
| Cons. de tranquillisants (TRANQ) | .18** | .17** | .17** |
| Variance expliquée | R ² = .12 | .09 | .17 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | \bar{R}^2 = .10 | .08 | .16 |
| Valeur F de l'équation | F = 8.9 | 9.4 | 13.6 |
| Niveau de signification | p = .000 | .000 | .000 |
| Antécédents médicaux | Médicaments prescrits au SM | | |
| | Somnifères (LNTX17) | Psychotropes (LNTX29) | Total (TX32) |
| - Nb d'incidences relatives à la santé en général (EVSANTE) | n.s. | n.s. | n.s. |
| - Nb d'incidences relatives à la santé mentale (EVSPSYC) | .11* | .25*** | .22*** |
| Cons. d'analgésiques (ANALG) | n.s. | n.s. | n.s. |
| Cons. de somnifères (SOMNIF) | .45*** | .17** | .30*** |
| Cons. de tranquillisants (TRANQ) | n.s. | .23** | .21** |
| Variance expliquée | R ² = .24 | .23 | .30 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | \bar{R}^2 = .23 | .22 | .29 |
| Valeur F de l'équation | F = 30.9 | 20.2 | 28.9 |
| Niveau de signification | p = .000 | .000 | .000 |

Niveaux de signification des Bêtas: *** p < .001 ** p < .05 * p < .10

Tableau 4. Analyse des taux de consultation et de médication durant la détention en fonction de l'hypothèse H-2 (Résultats de régressions multiples – stepwise).

3.2.3 Toxicomanie, récidivisme et traits névrotiques (H-3)

Les caractéristiques psycho-sociales retenues ont une double signification: d'une part, elles reflètent des traits personnels susceptibles de marquer les comportements en matière de santé en cours de détention; elles signalent d'autre part des clivages communément perçus en milieu carcéral et largement admis comme «étiquettes» par les soignants du SM [3]. Les variables relatives à l'hypothèse H-3 risquent dès lors d'influencer à la fois l'ampleur des demandes et les prises en charge médicales.

Les trois caractéristiques psycho-sociales considérées contribuent de manière significative à augmenter les prises en charge médicales et médicamenteuses totales (26 % de la variance expliquée [tableau 5]). La toxicomanie est le facteur le plus important et le plus consistant pour chaque type de consultation et de consommation médicamenteuse envisagé. Le récidivisme n'intervient de manière statistiquement significative que pour les consultations paramédicales et la consommation de psychotropes. La présence ou l'absence

de traits névrotiques joue un rôle secondaire dans la fréquence des consultations, mais intervient clairement dans le sens d'une plus forte consommation de médicaments psychotropes. Parmi ces trois caractéristiques, la toxicomanie est la seule à rendre compte des variations en ce qui concerne les consultations de médecins-généralistes.

| Caractéristiques psycho-sociales | Consultations SM | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| | Paraméd (LNTX13) | Médecins (LNTX12) | Total (LNTX1) |
| - Toxicomanie (TOXICO) | .36*** | .30*** | .38*** |
| - Traits névrotiques (PSYPAT3) | .16** | n.s. | .16* |
| - Récidivisme (RECIDIV) | .24*** | n.s. | .19** |
| Variance expliquée | R ² = .27 | .09 | .26 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | \bar{R}^2 = .26 | .09 | .25 |
| Valeur F de l'équation | F = 23.4 | 18.7 | 21.7 |
| Niveau de signification | p = .000 | .000 | .000 |
| Caractéristiques psycho-sociales | Médicaments prescrits au SM | | |
| | Somnifères (LNTX17) | Psychotropes (LNTX29) | Total (TX32) |
| - Toxicomanie (TOXICO) | .45*** | .32*** | .36*** |
| - Traits névrotiques (PSYPAT3) | .19** | .24*** | .27*** |
| - Récidivisme (RECIDIV) | n.s. | .13** | .14** |
| Variance expliquée | R ² = .24 | .21 | .26 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | \bar{R}^2 = .23 | .20 | .25 |
| Valeur F de l'équation | F = 30.0 | 16.9 | 22.3 |
| Niveau de signification | p = .000 | .000 | .000 |

Niveaux de signification des Bêtas: *** p < .001 ** p < .05 * p < .10

Tableau 5. Analyse des taux de consultation et de médication durant la détention en fonction de l'hypothèse H-3 (Résultats de régressions multiples – stepwise).

3.3 Résultats du modèle «mixte»

Il ressort des analyses menées jusqu'ici que les symptômes psychosomatiques autoreportés en début de détention, les antécédents médicaux et médicamenteux ainsi que les caractéristiques psycho-sociales des prévenus ont tous une influence statistiquement significative sur les taux de consultation et de médication. Ces résultats confirment de façon nuancée chacune des trois hypothèses soumises à validation.

Le modèle mixte postule que la médicalisation en cours de détention peut être appréhendée de manière optimale en tenant compte des trois hypothèses simultanément. Cela paraît d'autant plus justifié que les associations entre les variables relatives à ces trois hypothèses sont modérées. Les antécédents médicaux et médicamenteux ont une incidence souvent non significative, sinon faible, sur les symptômes psychosomatiques en début de détention. Les corrélations les plus fortes sont les suivantes:

récidivisme et antécédents médicaux en liberté

$$(r = .34)$$

toxicomanie et usage de somnifères en liberté ($r = .34$)
 traits névrotiques et idées suicidaires ($r = .31$)
 Afin d'explorer la validité du modèle mixte, nous
 avons estimé une nouvelle série d'équations de régres-
 sions multiples (stepwise) en y introduisant cette fois
 toutes les variables indépendantes envisagées par nos
 trois hypothèses précédentes.

Considérons d'abord les résultats de ces régressions au
 niveau des *taux globaux* (tabl. 6).

1. Les modèles «mixtes» permettent d'expliquer plus
 de 40 % de la variance des taux de consultation et de
 médication. Cette proportion est nettement plus
 élevée que celles relatives aux modèles H-1 à H-3
 pris individuellement (16 à 30 %).
2. Le fait d'avoir un passé de toxicomane et se sentir
 malade contribue le plus fortement à l'augmenta-
 tion du taux de consultation global. Le symptôme
 d'anxiété ou nervosité, les antécédents médicaux et
 médicamenteux ainsi que le récidivisme ont une
 influence plus modeste.
3. Mis à part l'intervention positive des traits névroti-
 ques et l'absence d'effets de l'anxiété ou nervosité et
 du récidivisme, les résultats sont analogues en ce qui
 concerne le taux global de médication. Le rôle des
 habitudes de consommation médicamenteuses est
 ici plus apparent qu'au niveau des consultations.

4. L'idéation suicidaire affirmée n'a pas d'influence
 statistiquement significative, ni sur le taux global
 des consultations ni sur celui de médication.

Analysant de plus près les résultats concernant les
 différents *types de consultations*, on peut formuler les
 remarques suivantes:

1. Se sentir malade et avoir un passé toxicomaniaque
 contribue à l'accroissement des taux de consulta-
 tions quel que soit le type de thérapeute considéré.
2. Le récidivisme pénal et les traits névrotiques inter-
 viennent de manière significative dans l'explication
 des taux de consultations paramédicales (infirmiers,
 psychologues et psychomotricienne), alors que ce
 n'est pas le cas pour les consultations de médecins-
 assistants et internistes.
3. Les résultats semblent indiquer que la présence
 d'idées suicidaires tend à diminuer le nombre des
 consultations de médecins-généralistes.

L'analyse des *taux de prescription des somnifères et
 autres psychotropes* donne lieu aux commentaires
 suivants:

1. La toxicomanie et les habitudes médicamenteuses
 antérieures à la présente incarcération ont une
 influence positive très forte sur les taux de médica-
 tion en cours de détention, tant pour les somnifères
 que les autres psychotropes.

| Variables indépendantes | | Consultations SM | | | Médicaments prescrits au SM | | |
|---|------------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------|
| | | Paraméd (LNTX13) | Médecins (LNTX12) | Total (LNTX1) | Somnifères (LNTX17) | Psychotropes (LNTX29) | Total (TX32) |
| <i>Symptômes (GHQ) (H-1)</i> | | | | | | | |
| Aa. Se sent «malade» | (SOMAT1) | .22** | .25*** | .27*** | n.s. | .24*** | .23*** |
| Ab. Maux de tête | (MTETE1) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | .16** | n.s. |
| Ac. Manque d'énergie | (MENER1) | .17** | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ba. Peine à dormir | (PSOMM1) | n.s. | n.s. | n.s. | .17** | n.s. | n.s. |
| Bb. Anxiété-nervosité | (ANXIE1) | n.s. | .21** | .15** | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ca. Inactivité-incapacité de décision | (INACT1) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Cb. Sentiments d'inaptitude | (DFONC1) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| D'. Idéation suicidaire | (ISUIC1) | n.s. | -.13* | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| <i>Antécédents médicaux (H-2)</i> | | | | | | | |
| - Nb d'incidences relatives à la santé en général | (EVSANTE) | n.s. | n.s. | .12' | n.s. | n.s. | n.s. |
| - Nb d'incidences relatives à la santé mentale | (EVSPSYC) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | .19** | .16** |
| Consommation d'analgésiques | (ANALG) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | .10' |
| Consommation de somnifères | (SOMNIF) | n.s. | n.s. | n.s. | .32*** | n.s. | .14' |
| Consommation de tranquillisants | (TRANQ) | n.s. | .17** | .13** | n.s. | .21*** | .16** |
| <i>Caractéristiques psycho-sociales (H-3)</i> | | | | | | | |
| - Toxicomanie | (TOXICO) | .32*** | .24*** | .34*** | .34*** | .26*** | .27*** |
| - Traits névrotiques | (PSYPAT3) | .10' | n.s. | n.s. | n.s. | .13' | .15** |
| - Récidivisme | (RECIDIV) | .24*** | n.s. | .12** | n.s. | n.s. | n.s. |
| Variance expliquée | R ² = | .381 | .263 | .416 | .389 | .364 | .451 |
| Variance expliquée ajustée pour D.L. | R ² = | .364 | .243 | .400 | .376 | .347 | .430 |
| Valeur F de l'équation | F = | 22.3 | 12.9 | 21.4 | 28.9 | 20.1 | 21.0 |
| Niveau de signification | p = | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |

Niveaux de signification des Bêtas: *** p < .001 ** p < .05 * p < .10

Tableau 6. Analyse des taux de consultation et de médication durant la détention (modèle mixte)
 (Résultats de régressions multiples – stepwise).

2. La consommation de somnifères s'explique par l'usage de ce médicament en liberté, la toxicomanie et les difficultés à dormir reportés en début de détention.
3. Les incidences relatives à la santé mentale avant l'incarcération et la présence de traits névrotiques tendent à augmenter la prescription de tranquillisants et autres psychotropes, mais n'interviennent pas au niveau des somnifères.

4. Discussion

Les analyses présentées démontrent que la médicalisation en cours de détention n'est réductible à aucune des trois hypothèses initialement formulées, mais que chacune contribue pour une part appréciable à l'explication du phénomène investigué. De toute évidence, les prestations médicales analysées résultent aussi de l'interaction entre patients et soignants et il convient d'interpréter les résultats en essayant de tenir compte de cette réalité.

Les symptômes psychosomatiques

Les symptômes psychosomatiques (H-1) éprouvés au dixième jour de détention se «traduisent» effectivement au niveau des consultations médicales. Ils interviennent de manière moins nette dans l'explication des taux de médication.

Le caractère difficilement objectivable des symptômes psychosomatiques entraîne une certaine réserve des soignants devant le discours des patients. Toutefois, se sentir «malade» donne manifestement accès aux consultations et aux médicaments. Tel est également le cas des symptômes d'anxiété. Au-delà de ces symptômes, la présence d'idées suicidaires n'a pas d'effet distinct, sauf de manière négative pour le taux de consultation des médecins.

Les antécédents médicaux et médicamenteux

Les antécédents médicaux et médicamenteux (H-2) jouent un rôle secondaire dans l'explication de la fréquence des consultations médicales en cours de détention. Les incidences relatives à la santé mentale (traitements en milieu psychiatrique) augmentent néanmoins la propension à rechercher des consultations médicales. Il nous semble aussi qu'une bonne part des demandes de consultations sont motivées par la recherche de somnifères ou tranquillisants déjà consommés en liberté. Cette supposition se confirme par l'analyse des taux variables de médication. Les habitudes médicamenteuses acquises en liberté conditionnent en effet très fortement la prise de médicaments durant la détention et le passé psychiatrique agit dans le même sens. En bref, la forte médicalisation de la population des détenus n'est attribuable qu'en partie à leur état de santé antérieur. Elle s'explique plutôt par leurs habitudes de consommation médicamenteuse que par les épisodes de maladie vécus en liberté, puisque ceux-ci se répercutent davantage sur les prescriptions que sur les consultations médicales.

Les caractéristiques psycho-sociales des sujets

Les caractéristiques psycho-sociales des sujets (toxicomanie, récidivisme et traits névrotiques) influencent l'ampleur de l'appel au Service médical de Champ-Dollon (H-3) indépendamment des symptômes exprimés et des habitudes médicales antérieures à l'incarcération.

La présence de très nombreux toxicomanes à la prison de Champ-Dollon a entraîné au cours des années une médicalisation très importante de la prison. Le recours aux succédanés joue un rôle considérable dans les habitudes toxicomaniaques. Nos analyses montrent que la toxicomanie augmente très considérablement la médicalisation en cours de détention, même si l'on tient compte des consommations usuelles en liberté. Le personnel soignant est souvent victime d'un chantage médicamenteux de la part des toxicomanes. Le cadre contraignant de la prison et la détention du monopole des soins font qu'il est extrêmement difficile de ne pas céder à de telles revendications.

Les détenus récidivistes, souvent déjà habitués à la prison de Champ-Dollon, connaissent la disponibilité et les limites des différents services offerts. Ils sont mieux armés que les «primaires» pour présenter leurs demandes médicales. La prise en charge des récidivistes privilégie cependant les soins infirmiers ou les consultations paramédicales plutôt que l'intervention d'un médecin. Cette différence peut s'expliquer si l'on sait que les infirmiers et les thérapeutes non-médecins ont pu connaître certains détenus lors d'une incarcération précédente. Ce cas se présente aussi au niveau des médecins-internistes mais est exceptionnel en ce qui concerne les assistants qui se succèdent tous les trois mois dans le Service. Les liens établis entre soignants et détenus lors d'un précédent séjour sont ainsi capables de réactualiser une prise en charge antérieure. Le risque d'une telle pratique est d'accorder une valeur relative aux symptômes du moment.

Les traits névrotiques ont également une influence assez nette sur la médicalisation. Cela n'est guère surprenant. On sait que certaines de ces personnes tendent à susciter l'attention et la compassion de l'entourage au moyen de plaintes somatiques. Les personnes de type névrotico-caractériel tendent en outre à être très revendicatives. Les soignants du SM ne sont sans doute pas insensibles, dans leur prise en charge, à de tels facteurs. Par ailleurs, des analyses plus détaillées nous ont montré que les personnes atteintes de désordres de personnalité graves ne diffèrent guère, au point de vue de leur taux de médication, des personnes dites normales. Il est possible que le stress de la détention engendre, lorsqu'il se confond avec des désordres de personnalité graves, un tableau symptomatologique trop multiforme pour permettre une prise en charge médicale raisonnable.

Les limitations de l'analyse

Notre analyse s'est ici centrée sur certains facteurs qui tendent à accroître la médicalisation en cours de détention à Champ-Dollon. Il conviendra de s'interro-

ger sur les facteurs pouvant avoir un effet contraire et qui permettraient à certains détenus d'éviter ou de limiter la médicalisation de leur séjour en prison. Il existe assurément des ressources et des stratégies alternatives face au stress de la détention préventive. Ce sont par exemple: une occupation régulière dans les ateliers de la prison, la participation aux activités sportives, des tentatives réussies dans la défense de divers intérêts à l'extérieur (emploi, affaires, statut social, etc.) ainsi que l'obtention d'un soutien matériel et moral de la part des proches (épouse, amie, parents, etc.). Tous ces facteurs sont à la fois susceptibles d'avoir une influence positive sur la santé mentale des détenus concernés et d'atténuer la médicalisation de la souffrance existentielle provoquée par la situation de détention.

Références

- [1] Bernheim J., Médecine pénitentiaire, service universitaire. Archives suisses de neurologie, neurochirurgie, et de psychiatrie, 1979, 124: 205–216.
- [2] Harding TW., Dépression en milieu carcéral. Psychologie médicale, 1984, 16, 5: 835–839.
- [3] von Allmen M., Zimmermann E., Médecins et patients-détenus: Aspects sociologiques de la médecine pénitentiaire à la prison genevoise de Champ-Dollon. Revue médicale de Suisse romande, 1985, 105: 73–83.
- [4] Goldberg D., A Standardised Psychiatric Interview Suitable for Use in Community Surveys. British Journal of Preventive and Social Medicine, 1972, 24: 18.
- [5] Goldberg D., Hiller VF., A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 1979, 9: 139–145.
- [6] Rouge S., Zimmermann E., Aspects de psychopathologie en cours de détention: Premiers résultats de l'enquête à Champ-Dollon. Papier de discussion, IUML, Genève, 1985.
- [7] Real del Sarte O., Eléments pour une analyse du discours médical en prison. Déviance et société, 1984, VIII, 2: 167–180.

Résumé

L'objectif de la présente analyse est de mettre en évidence quelques facteurs susceptibles d'expliquer la fréquence des consultations médicales et l'importance de la consommation médicamenteuse durant les deux premiers mois de détention préventive à la prison de Champ-Dollon. Les résultats attestent une prise en charge médicale rapide et massive au vu de la fréquence des consultations et de l'importance des prescriptions médicamenteuses. Cette forte médicalisation est associée de manière significative aux habitudes médicales en liberté et aux symptômes psychosomatiques exprimés en début de détention, mais ne s'explique que partiellement par ceux-ci. Les caractéristiques des sujets ayant trait à la toxicomanie, à la psychopathologie et au récidivisme pénal y contribuent de manière très importante.

Zusammenfassung

Medizinische Betreuung und Arzneimittel-Konsum während der Untersuchungshaft im Gefängnis von Champ-Dollon (Genf)

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, einige Faktoren hervorzuheben, die eine Erklärung der Häufigkeit der medizinischen Betreuung und des Arzneimittel-Konsums während der beiden ersten Monate der Untersuchungshaft im Gefängnis von Champ-Dollon erlauben. Gemessen an der Häufigkeit von Konsultationen und von Heilmittelverordnungen, zeigen die Resultate eine rasche und massive Beanspruchung der ärztlichen Hilfe. Diese gewichtige Verarztung steht in einer signifikanten Beziehung zu den medizinischen Gewohnheiten in der Freiheit und den psychosomatischen Symptomen, die sich zu Beginn der Inhaftierung bemerkbar machen. Diese Verarztung wird dadurch aber nur teilweise erklärbar. Andere Charakteristika der Patienten (Toxikomanie, Psychopathologie und Strafrückfälligkeit) tragen ebenfalls wesentlich dazu bei.

Summary

Medical Consultations and Use of Medication during Preventive Custody at the Champ-Dollon Prison (Geneva)

The objective of this analysis is to call attention to several factors which may account for the frequency of medical consultations and the extensive intake of medication during the first two months of preventive custody at the Champ-Dollon prison. The results of this study, substantiated by the number of consultations granted and prescriptions filled, indicate that there has been prompt and extensive medical action. This heavy medical care is only partially explained by its significant association with the usual medical care received prior to imprisonment and by the psychosomatic symptoms manifested early in the detention period. The characteristics of those under study—connected with toxicomania, psychopathy and recidivism—are also greatly responsible for extensive use of medical services during detention.