

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 224

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Médecine Générale

PAR

RODRIGUES BATISTA Jorge

Né le 9 novembre 1988 à Luxembourg (L)

Optimisation de la prise en charge médicale des patients
sortant de prison au Luxembourg

Président de thèse : Monsieur ANDRES Emmanuel, Professeur

Directeur de thèse : Monsieur STEIN Romain, Docteur

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 224

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Médecine Générale

PAR

RODRIGUES BATISTA Jorge

Né le 9 novembre 1988 à Luxembourg (L)

Optimisation de la prise en charge médicale des patients
sortant de prison au Luxembourg

Président de thèse : Monsieur ANDRES Emmanuel, Professeur

Directeur de thèse : Monsieur STEIN Romain, Docteur



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirk	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirk	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHLAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatologie-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FLISETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRp6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87
 KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KIRN André (Virologie) / 01.09.99
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 ROEGEL Emilie (Pneumologie) / 01.04.90
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury, monsieur le Professeur ANDRES Emmanuel

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et juger ce travail. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté ma demande de présidence le jour même où je vous ai contacté sans m'avoir vu, ce qui souligne votre engagement et gentillesse envers les étudiants et futurs confrères. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Au co-président du jury, monsieur le Docteur TABOURING Patrick

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Au membre du jury, madame le Docteur EVEN Annette

Je vous prie de recevoir ma sincère gratitude pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Au membre du jury, monsieur le Professeur RAPHAËL Francis

Vous me faites l'honneur d'apporter votre jugement critique à ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté sans hésitation ma demande de joindre ce jury ainsi que d'avoir apporté votre soutien à toutes ces générations d'étudiants et de jeunes médecins.

A mon promoteur, monsieur le Docteur STEIN Romain

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner pour cette thèse ambitieuse depuis le début de mon idée de sujet. Pendant le stage en milieu pénitentiaire, vous m'avez montré un monde médical à part que j'ai apprécié et qui a changé ma pratique médicale. J'espère que ce travail honore votre engagement pour la médecine pénitentiaire et les soins primaires.

A madame la Professeure BAUMANN Michèle

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre expertise en étude qualitative, votre patience et vos conseils. Recevez ma sincère gratitude.

Aux médecins généralistes et détenus qui volontairement se sont prêtés aux interviews

Vous m'avez donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu. Vous avez permis la réalisation de ce travail ; ces moments d'échanges ont été énormément enrichissants et j'espère avoir véhiculé les messages que vous vouliez transmettre. Un grand merci.

A mon tuteur, monsieur le Docteur RAUSCH Siggy

Pendant le 2^e cycle d'études médicales, mon stage en médecine générale chez vous m'a permis de fixer mon choix ultérieur : la plus belle spécialisation médicale, la médecine générale. Je vous remercie de m'avoir dirigé vers mon futur travail.

A tous mes anciens maîtres de stage, à savoir les Docteurs SCHLESSER M. et l'équipe de pneumologie du CHL, SCHUMMER C., STIEBER M. et son associé KAYSER P., WIRION R., (Priv.-Doz.) KOCH A., AUBART-SCHULLER M., KIEFFER I. et l'équipe des urgences pédiatriques de la *Kannerklinik*, (Pr.) KOCH P. et ANTON P.

Merci pour votre engagement et votre pédagogie. J'espère vous honorer le long de mon futur exercice médical.

A mon médecin traitant, monsieur le Docteur MOLITOR Henri

Vous avez été mon médecin traitant jusqu'au moment de votre départ à la retraite récent. Votre gentillesse et votre empathie m'ont poussé vers la médecine générale. Je vous remercie d'avoir traité consciencieusement tous les membres de ma famille pendant environ 40 ans. Profitez bien de votre temps libre !

A mon épouse, Jessica

Tout au long de tes études d'histoire et de mes études médicales, nous nous sommes mutuellement soutenus. Le fruit de nos efforts sera la délivrance des titres de docteur. Je te remercie pour ta patience et ton amour infini jusqu'à la fin de nos jours. Je t'aime !

A ma famille, mes amis, Liu et Théo

Votre présence m'a permis de franchir tous ces caps difficiles. Sans vous, je ne serais pas médecin. Sans vous, je ne serais pas moi. Merci à toutes et à tous, je vous aime !

Table des matières

REMERCIEMENTS	14
TABLE DES MATIÈRES.....	17
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	21
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	23
I. INTRODUCTION.....	24
A. LA SANTÉ EN PRISON.....	29
1. <i>Définition de la santé et l'égalité d'accès aux soins</i>	<i>29</i>
2. <i>« Surveiller et punir. Naissance de la prison. » : un bref historique.....</i>	<i>30</i>
3. <i>La médecine pénitentiaire</i>	<i>34</i>
4. <i>Les pathologies en milieu carcéral.....</i>	<i>38</i>
5. <i>Les services médicaux pénitentiaires</i>	<i>40</i>
a. <i>Le service de médecine somatique.....</i>	<i>41</i>
b. <i>Le service de médecine psychiatrique.....</i>	<i>43</i>
c. <i>L'admission en prison et le dépistage des IST.....</i>	<i>44</i>
d. <i>Services de réduction de risques en prison.....</i>	<i>45</i>
B. LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.....	46
1. <i>L'incarcération au Luxembourg.....</i>	<i>46</i>
2. <i>Les centres pénitentiaires au Luxembourg.....</i>	<i>48</i>
a. <i>Centre Pénitentiaire de Luxembourg.....</i>	<i>48</i>
b. <i>Centre Pénitentiaire de Givenich.....</i>	<i>49</i>
c. <i>Centre Pénitentiaire d'Uerschterhaff.....</i>	<i>50</i>
d. <i>Unité de Sécurité du Centre Socio-éducatif de l'État de Dreibern</i>	<i>50</i>
e. <i>Centre de Rétention de Luxembourg</i>	<i>50</i>
3. <i>Caractéristiques de la population carcérale.....</i>	<i>51</i>
4. <i>Les aides psycho-sociales en prison et lors de l'élargissement</i>	<i>52</i>
a. <i>Service psycho-socio-éducatif.....</i>	<i>52</i>
b. <i>Service central d'assistance sociale.....</i>	<i>54</i>
c. <i>Programme Tox.....</i>	<i>55</i>

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	57
A. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE	57
1. <i>L'enquêteur</i>	57
2. <i>Matériel utilisé</i>	57
3. <i>Accords préalables</i>	58
4. <i>Protection des données</i>	59
B. MÉTHODE.....	60
1. <i>Population et mode de recrutement</i>	60
2. <i>Entretiens</i>	62
C. ANALYSE DES DONNÉES	63
1. <i>Transcription des entretiens</i>	63
2. <i>Analyse qualitative</i>	63
D. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	65
III. RÉSULTATS	66
A. DONNÉES SUR LES ENTRETIENS ET LA POPULATION INTERROGÉE	66
1. <i>Données sur les entretiens et la population des médecins interrogés</i>	66
a. Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des médecins interrogés.....	66
b. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des médecins interrogés	67
2. <i>Données sur les entretiens et la population des patients-détenus interrogés</i>	69
a. Données techniques sur les entretiens avec l'échantillon des patients-détenus interrogés	69
b. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des patients-détenus	70
3. <i>Distribution géographique de l'échantillon des médecins et patients-détenus interrogés</i>	73
B. RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE	76
1. <i>Résultats de l'échantillon des médecins interrogés</i>	76
2. <i>Résultats de l'échantillon des patients-détenus interrogés</i>	76
3. <i>Comparaison entre l'échantillon des médecins et patients-détenus interrogés</i>	94
a. L'état de santé des détenus.....	94
b. Ce que les médecins connaissent du système pénitentiaire.....	95
c. Les soins prestés en prison	96
d. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.....	97

e.	Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes	99
f.	L'élargissement - aides en place et à mettre en place	100
g.	Le détenu – la vie en prison et en liberté.....	106
h.	La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération 109	
IV.	DISCUSSION	115
A.	DIAGNOSTIC DES PLAINTES EXPRIMÉES ET AMÉLIORATIONS POSSIBLES	117
1.	<i>La prise en charge médicale en prison.....</i>	<i>117</i>
a.	L'incarcération : un gain de chance pour la santé.....	117
b.	Les pathologies des patients-détenus	118
c.	Améliorations internes	119
d.	Le monde médical rencontre le monde juridique.....	121
2.	<i>La coordination de la prise en charge médicale lors de l'élargissement</i>	<i>122</i>
a.	L'examen et le traitement de sortie	123
b.	Le réseau de médecins généralistes.....	124
c.	Le médecin référent et le dossier de soins partagé.....	127
d.	Médecin coordinateur de soins.....	129
3.	<i>La coordination de la prise en charge médicale avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.....</i>	<i>130</i>
a.	Jugend- an Drogenhëllef	130
b.	Arcus	132
c.	Comité National de Défense Sociale.....	133
d.	Croix-Rouge	134
e.	Stëmm vun der Strooss.....	135
f.	Autres	136
4.	<i>Phase de transition entre l'incarcération et la liberté.....</i>	<i>139</i>
a.	Accès aux soins	143
b.	Accès au logement	144
5.	<i>Réduction des risques (harm reduction).....</i>	<i>147</i>
a.	Programme d'échange d'aiguilles et de seringues	148
b.	Salles de consommation de drogues encadrées.....	149
c.	Programme de substitution aux opioïdes	149

6.	<i>La rechute</i>	151
7.	<i>Remédicalisation des addictions</i>	155
a.	Alternatives à la répression	155
b.	Le volet médical dans les peines	157
B.	LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE.....	159
1.	<i>Choix de la population</i>	159
2.	<i>Choix d'une étude qualitative</i>	160
3.	<i>Biais de l'étude</i>	161
4.	<i>Validations interne et externe</i>	162
V.	CONCLUSION	164
	ANNEXES	168
	ANNEXE 1 : SYNOPSIS DU PROJET D'ÉTUDE QUALITATIVE VALIDÉ PAR L'UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG	168
	ANNEXE 2 : PROTOCOLE D'ÉTUDE QUALITATIVE VALIDÉ PAR LE COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	169
	ANNEXE 3 : RAPPORT DE THÈSE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG.....	171
	ANNEXE 4 : FEUILLE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	172
a.	Version française pour les médecins	172
b.	Version allemande pour les médecins	174
c.	Version française pour les détenus	176
d.	Version allemande pour les détenus.....	178
	ANNEXE 5 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION	180
	ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ DES MÉDECINS ET DÉTENUS	181
	ANNEXE 7 : GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE	182
a.	Items et verbatims des médecins interrogés	182
b.	Items et verbatims des détenus interrogés.....	211
	BIBLIOGRAPHIE	236

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Diagnostics somatiques des 1830 détenu(e)s des prisons vaudoises en 2004 (à l'exclusion des affections gynécologiques)	39
Tableau 2 : Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des médecins interrogés	67
Tableau 3 : Réponses à la question « Combien d'anciens détenus suivez-vous ? ».....	68
Tableau 4 : Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des patients-détenus interrogés.....	70
Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins	72
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des patients-détenus.....	72
Tableau 7 : Population du Grand-Duché de Luxembourg par canton et la densité de médecins généralistes.....	74
Tableau 8 : Thèmes, dimensions, items et nombre de verbatim par item d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les médecins	78
Tableau 9 : Thèmes, dimensions, items et nombre de verbatim par item d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les détenus.....	87
Tableau 10 : Principales institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg connues par les médecins et patients-détenus, ayant collaboré avec les médecins et ayant été utilisées par les patients-détenus.....	100
Tableau 11 : Thèmes des échantillons des médecins et patients-détenus interrogés	116
Tableau 12 : Pathologies (actuelles ou passées) autodéclarées par les patients-détenus lors de l'incarcération (n=439) dans les prisons belges en 2005	119
Tableau 13 : Priorités des services nécessaires après l'élargissement selon des patients-détenus américains	141

Figure 1 : Du diagnostic de santé d'une population aux évaluations des actions de santé selon Pr Baumann.....	27
Figure 2 : Organigramme de l'Administration pénitentiaire de Luxembourg selon le Ministère de la Justice.....	48
Figure 3 : Distribution géographique des détenus et médecins de l'échantillon ainsi que les médecins substituants par cantons du Grand-Duché de Luxembourg.....	75
Figure 4 : Thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les médecins.....	77
Figure 5 : Thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les patients-détenus.....	86
Figure 6 : Répartition géographique des organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg en 2017 selon Dr Origer.....	138
Figure 7 : Hiérarchie des aides nécessaires lors de l'élargissement selon des patients-détenus américains.....	141
Figure 8 : Signes cliniques d'un surdosage aux opiacés.....	152

Liste des abréviations et acronymes

ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CePT	Centre de Prévention des Toxicomanes
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro - Psychiatrique
CNDS	Comité National de Défense Sociale
CNER	Comité National d'Éthique de Recherche
CNPD	Commission Nationale pour la Protection des Données
CPG	Centre Pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre Pénitentiaire de Luxembourg
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CPU	Centre Pénitentiaire d'Uerschterhaff
CRL	Centre de Rétention de Luxembourg
DIMPS	Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle
ETP	Équivalents Temps Plein
IST	Infections sexuellement transmissibles
JDH	Jugend- an Drogenhëllef
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
RMG	Revenu minimum garanti
SCAS	Service Central d'Assistance Sociale
SMP	Service de Médecine Pénitentiaire
SMPP	Service de Médecine Psychiatrique Pénitentiaire
SPSE	Service Psycho-Socio-Éducatif
Uni.lu	Université du Luxembourg
UNISEC	Unité de Sécurité de Dreibern
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. Introduction

« Prison health is part of public health and prisons are part of our society. One third of prisoners leave prison every year and the interaction between prisons and society is huge. We have to ensure that prisons are not becoming breeding places for communicable and noncommunicable diseases, and we must also seek to use the experience of imprisonment for the benefit of prisoners and society » (1).

Selon Dr Jakab Zsuzsanna, directrice régionale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe depuis 2010, la santé en prison fait partie de la santé publique et les prisons font partie intégrante de notre société (2). En Europe, environ six millions de personnes sont emprisonnées chaque année et environ un tiers de la population carcérale quitte la prison, il y a donc un roulement important de personnes avec des échanges constants avec le milieu extérieur, donc la société et le médecin généraliste en première ligne.

En effet, une personne qui rentre dans le système judiciaire d'incarcération ne rentre pas dans un système clos à perpétuité, mais cet individu sortira soit dans les jours suivants, dans le cas d'une personne non condamnée, soit dans les années à venir dans le cas d'une personne condamnée. La préparation du retour dans la société débute le premier jour de l'incarcération (3).

Le patient-détenu, comme le nomme Olivier Real Del Sarte, psychothérapeute de la faculté de psychologie et de sciences de l'éducation de l'Université de Genève, possède un profil type particulier (1) (4) : il s'agit souvent d'un homme jeune issu d'un milieu social défavorisé d'une communauté vulnérable ayant un faible accès aux soins avec une prévalence élevée de pathologies psychiatriques, addictologiques et infectiologiques. Mais il est à noter que la

population en milieu carcéral vieillit parallèlement à la population générale, entraînant une augmentation des pathologies liées au vieillissement comme les maladies cardiovasculaires, non dépistées et donc non traitées dans environ 20 % (5).

En plus, l'état de santé d'un patient-détenu est globalement moins bon que celui de la population générale (6). Pour un bon nombre de ces patients-détenus, le passage en prison constitue le premier contact médical et peut être considéré comme un gain de chance pour leur santé (7) (8).

Le milieu carcéral dans lequel il séjournera est également un lieu à risque : isolement social, consommation de drogues avec risque d'infections transmissibles par voie sanguine type VIH ou hépatites, etc.

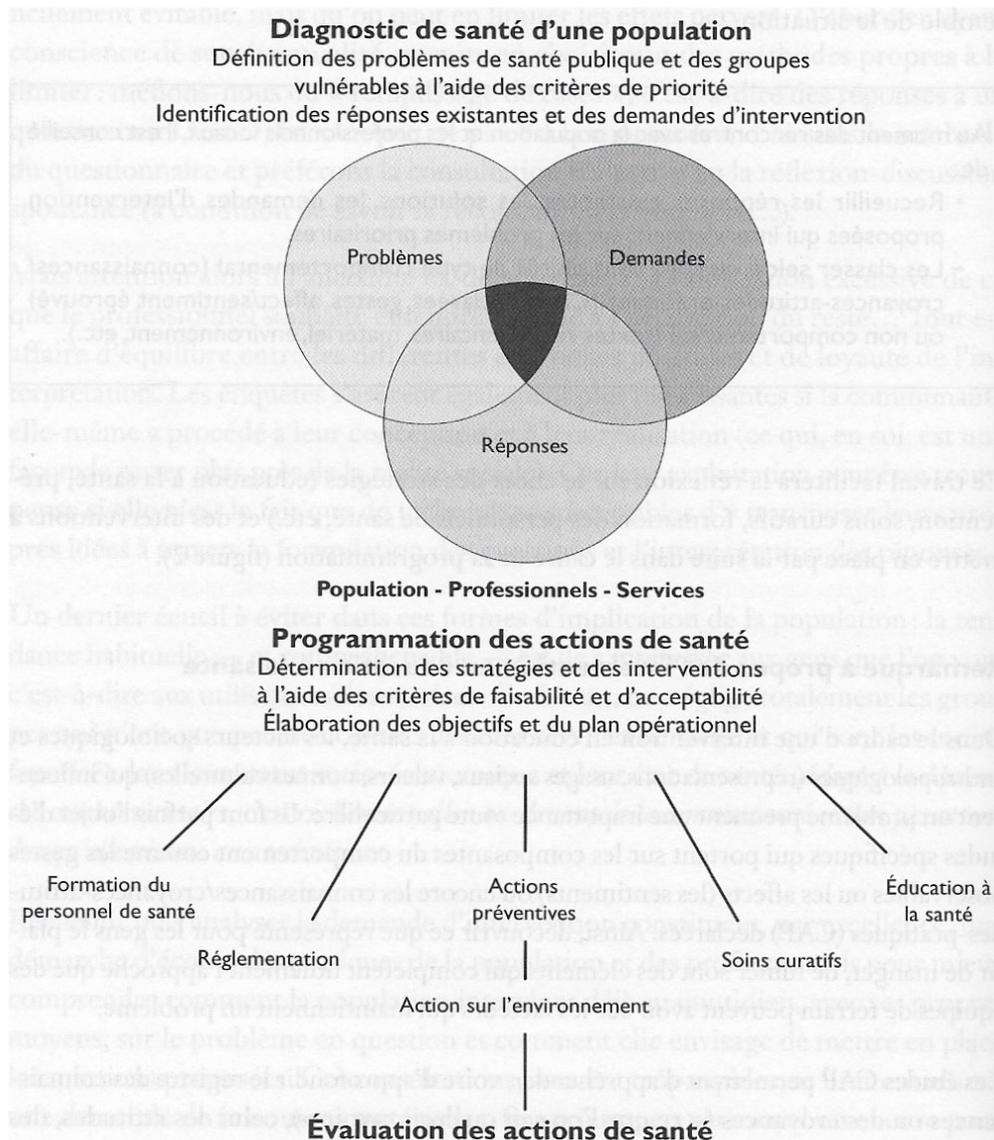
Ce gain de chance est malheureusement souvent transitoire si le retour à la société n'est pas préparé en avance. L'ex-détenu est perdu de vue et il regagne son milieu d'avant avec tous les problèmes y associés, pouvant entraîner des conséquences néfastes si une suite de prise en charge était nécessaire.

C'est exactement ce moment, l'élargissement de prison, qui constitue une période de vulnérabilité (9) : taux élevé de suicides, récurrence des polyaddictions, risque de réincarcération, etc. Une bonne prise en charge médicale en prison est en mesure de réduire la récurrence criminelle et a donc une place dans la santé publique (10) (11). Une prévention de ce fléau médico-social permettrait de diminuer d'une part les dépenses publiques médicales et judiciaires et serait d'autre part un élément important dans la politique de drogues (12).

La question posée est la suivante : quel rôle possèdent les soins primaires, et donc le médecin généraliste, dans la vie d'un ex-détenu ? En effet, en tant qu'omnipraticien, il prend en charge le patient dans sa globalité, des points de vue somatique, psychologique et souvent aussi sociologique. Est-ce qu'il possède une place dans la prévention d'une réincarcération s'il n'y avait pas de rupture dans la prise en charge débutée en prison ?

Afin de répondre à ces questions, un diagnostic de la santé de la population des patients sortant de prison s'avère nécessaire. En médecine, nous essayons de réaliser des diagnostics de pathologies chez un individu ; la résolution d'un problème de santé publique quant à elle nécessite une optique plus sociologique, il faut d'abord identifier et analyser les problèmes et besoins d'une population afin d'aboutir à des propositions d'actions de santé publique. Afin d'avoir cette optique, il faut collecter des données de deux populations opposées, p. ex. des médecins et des détenus, ce qui permet également la réalisation d'une hiérarchisation des besoins exprimés (cf. Figure 1). On parle alors de diagnostic de perception par rapport aux études épidémiologiques qui sont un diagnostic objectivé (13).

Figure 1 : Du diagnostic de santé d'une population aux évaluations des actions de santé selon Pr Baumann



En faisant la revue de la littérature des soins primaires après la prison, nous avons constaté que peu de publications existaient à ce jour, la plupart traitant de populations spécifiques telles que les patients souffrant du VIH aux États-Unis (14–22). En plus, lors de la réunion OMS à Lisbonne intitulée « *prisons and health - harm reduction in prison* » il a été rappelé que des études dans ce domaine s'avèrent nécessaires afin d'améliorer la prise en charge médicale de cette population à risque (23).

Nous avons alors réalisé une enquête qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés chez deux populations complémentaires : d'une part des médecins généralistes et d'autre part des détenus. L'objectif principal de ce travail était l'identification et l'analyse des facteurs qui favorisent et s'opposent à la pratique de soins primaires chez les patients sortant du milieu carcéral au Luxembourg. L'objectif secondaire était l'élaboration de recommandations à l'égard des principaux résultats en s'appuyant sur une revue de la littérature.

A. La santé en prison

1. Définition de la santé et l'égalité d'accès aux soins

Selon la Constitution de l'OMS adoptée en 1946 à New York par 61 pays, la santé se définit par un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (24).

En effet, une prise en charge médicale complète n'englobe pas que les parties somatique et psychique, mais également le contexte social dans lequel le patient s'inscrit. Aucune différence dans la qualité de la prise en charge ne devrait être constatée, peu importe le patient qu'un médecin a en face de lui, ce qui englobe le détenu ou l'ex-détenu.

Ce principe est retrouvé dans le Serment d'Hippocrate (version adaptée utilisée en Belgique) : « *Je veillerai à ce que des convictions politiques ou philosophiques, des considérations de classe sociale, de race, d'ethnie, de nation, de langue, de genre, de préférence sexuelle, d'âge, de maladie ou de handicap n'influencent pas mon attitude envers mes patients* » (25). Aucune forme de stigmatisation n'est donc acceptable d'un point de vue déontologique.

Le Serment du médecin de la *Déclaration de Genève* adopté par l'Association Médicale Mondiale en septembre 1948 reprend la même idée : « *Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient* » (26).

Une incarcération entraîne pour la personne en question une perte de sa liberté. Les autres droits fondamentaux, tels que le droit à la santé, restent préservés, car il s'agit d'une garantie juridique universelle (27). Selon l'article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'Homme* adoptée en 1948 par 58 pays, « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* » (28).

Citons encore Robert Badinter, ancien ministre de la Justice française (1981-1986) : « *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* » (29).

2. « Surveiller et punir. Naissance de la prison.¹ » : un bref historique

D'après le *Grand Robert de la langue française*, une prison est un « *établissement, local clos aménagé pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté ou des prévenus en instance de jugement* ». Le terme prison provient du latin *prensioni* dérivé du verbe *prehendere* signifiant « prendre », qui doit être compris comme « attraper quelqu'un », « le faire

¹ Foucault Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

prisonnier »; l'étymologie du mot prison n'est donc pas retrouvable directement dans la définition de l'établissement (30).

L'article VII de la *Déclaration des Droits de l'Homme* d'août 1789 stipulait déjà « *nul homme ne peut être accusé, arrêté, détenu, que dans les déterminés par la loi* ». Une fois condamné, la logique de « *souffrir pour racheter ses fautes* » a été appliquée, ce qui est resté dans les mœurs jusqu'à ce jour (31). L'évolution de ses pensées passe par quelques événements clés de l'histoire des prisons.

Notons que le Grand-Duché de Luxembourg partage son histoire avec la France, donc entre autres le système judiciaire se basant sur le Code Napoléon ; il est donc évident que nous exposons en partie l'histoire française du milieu carcéral. En effet, le 7 juin 1795 le Luxembourg est passé sous la tutelle française, appartenant ainsi au département des Forêts pour devenir indépendant lors du traité de Londres en 1867 (32).

Jusqu'à la Révolution française, la pratique pénale et la hiérarchisation des délits suivaient l'ordonnance de 1670 : les délinquants ont été punis en public puis exclus de la société en étant marqués (lettres « *GAL* » pour « *galères royales* » brûlées sur la peau).

À cette époque, les prisons étaient destinées à ceux en attente d'un jugement ou de l'exécution d'une peine criminelle. Elles consistaient pour la plupart dans une ou deux cellules au fonds d'une porte de ville, d'une auberge voire d'un château.

Un changement de philosophie eut lieu à la charnière du XVIII^e et du XIX^e siècle : au lieu de punir les criminels sous forme de supplice (peine corporelle), la justice criminelle devrait protéger la société des délinquants en les incarcérant. Cesare Beccaria, réformateur milanais, a souligné dans son traité de 1764 intitulé « *Des Délits et des peines* » la cruauté des châtements

infligés au corps des condamnés. Il réclame une « *peine rationnelle, juste et plus humaine* », où les esprits devraient être frappés et non plus les corps, on parlait « *d'entreprise de rééducation des âmes* ».

Peu à peu, des lieux d'enfermement ont été mis en place, appelés maison de force et/ou de correction, comme p. ex. la Bastille (qui comptait sept prisonniers lors de la prise de la Bastille, symbole du début de la Révolution française le 14 juillet 1789). Ces dernières étaient considérées comme des prisons de luxe prêtes à accueillir des prisonniers tels que des politiciens ou des écrivains, l'affectation dans une telle maison dépendait donc de facteurs financiers. Les plus démunis étaient affectés aux quartiers de force de l'hôpital général, à Paris la Salpêtrière accueillait les femmes tandis que Bicêtre accueillait les hommes.

À la fin du XVIII^e siècle, John Howard a rédigé un rapport sur les prisons européennes intitulé « *État des prisons* ». Alors sous le règne de Louis XVI, les prisons ont été décrites comme des « *mouroirs* ». Malesherbes, plusieurs fois ministre, s'était fixé comme une des premières missions de changer cet état déplorable. Il a ainsi aménagé une prison royale modèle dans l'ancien hôtel du duc de la Force à Paris, dans lequel les prisonniers étaient séparés par sexe, âge et catégorie pénale. Cependant, on cherchait en vain un système de soins en milieu pénitentiaire.

Avec l'arrivée de Napoléon Bonaparte, un grand tournant était marqué par l'organisation administrative et la mise en place de nouvelles structures comme les maisons centrales, dépendant du Ministère de l'Intérieur. Dès le Code pénal de 1810, la privation de la liberté devint finalement la forme principale de punition.

Jusqu'en 1898, les maisons centrales étaient des entreprises où le détenu était soumis à l'obligation de travail afin de financer sa détention et ainsi entre autres ses soins. Déjà dès 1830,

le coût des prisons explosait et des alternatives à l'incarcération ont été cherchées, p. ex. une transportation à l'étranger, surtout aux États-Unis ou vers des colonies pénitentiaires.

Outre-Atlantique, 2 modèles s'opposaient : celui de la prison d'Auburn dans l'État de New York avec ses cellules individuelles pendant la nuit et une vie en commun pendant la journée, ainsi que celui de la prison de Philadelphie en Pennsylvanie où les détenus étaient encellulés 24 h/24. Voté en 1872 par la commission parlementaire française et appliquée en 1893, des prisons cellulaires comme nous les connaissons ce jour ont été construites.

C'est sous ce système que l'enfermement n'était plus utilisé comme punition, mais plutôt comme un outil de surveillance. L'institution pénitentiaire se dotait alors des différents corps de métiers afin « *d'étudier l'âme du condamné* », comme p. ex. des surveillants, des éducateurs ou des médecins. Cependant, la mortalité était supérieure à celle de la population générale à cause des carences type scorbut ou des épidémies de typhus ou de tuberculose.

Dans les années 1870, Enrico Ferri, militant socialiste et juriste italien de Turin, prétendait que la société inégalitaire serait une des raisons de la délinquance. La prison devrait être un lieu de rattrapage en matière d'éducation et de soins, donc dans une certaine forme un lieu de resocialisation. Cette « *révolution pénitentiaire* » n'a été adoptée en France qu'avec la réforme Amor après la Seconde Guerre mondiale ; le premier principe de cette réforme disait : « *La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement des prisonniers* ». Le principe 10 de la réforme prévoyait la création d'un service social et médico-psychologique dans les établissements pénitentiaires avant que des hôpitaux pénitentiaires tel que Fresnes soient construits dans les années 50 (33) (34).

Parallèlement, en 1774 la Grande-Bretagne a publié une loi intitulée « *Act for preserving the health of prisoners in gaol and preventing the gaol distemper* » (= agir pour préserver la santé des prisonniers de la prison/de la geôle et empêcher la maladie de la prison) ; cette loi prévoyait que toute prison devait posséder une équipe médicale. En Allemagne, un médecin en prison était prévu depuis 1897 dans le règlement « *Grundsätzen, welche bei dem Vollzuge gerichtlich erkannter Freiheitsstrafen bis zu weiterer gemeinsamer Regelung* » (= principes applicables à l'exécution des peines d'emprisonnement reconnues par la justice dans l'attente d'une nouvelle réglementation commune) (3).

Au Luxembourg, d'anciens établissements religieux ont été convertis en prisons. Dès 1798, l'abbaye Munster dans la rue Saint-Ulric fit fonction de gendarmerie et de prison, puis d'hôpital militaire de 1809 à 1867. En 1869, les lieux sont redevenus une prison pour hommes, connue sous le nom « *ale Prisong* », avant d'être transférée dans sa totalité en 1985 au Centre Pénitentiaire à Schrassig (32) (35).

À partir de 1851, les délinquantes furent incarcérées dans la prison pour femmes installée dans l'ancien l'Hospice Saint-Jean dans la rue Munster au Grund. Cette prison a été dirigée par les Sœurs Franciscaines sans interruption jusqu'en juillet 1978 et a été transférée en mai 1984 au Centre Pénitentiaire à Schrassig (36). Notons que ces deux établissements disposaient déjà d'une infirmerie prestant des soins primaires aux incarcérés.

3. La médecine pénitentiaire

Le milieu pénitentiaire est un monde à part dans notre société, une sorte d'enclave dans nos pays. La médecine apportée aux patients-détenus devrait être la même, mais des obstacles intrinsèques de nature administrative se heurtent à cette volonté (7).

L'OMS Europe a voulu donner de l'importance aux soins prestés en milieu pénitentiaire lors de la *Déclaration sur la santé en prison et la santé publique de Moscou* adoptée en octobre 2003. Des normes internationales fondamentales relatives à la nécessité de créer un lien étroit entre les soins de santé en prison et la santé publique ont été présentées. En voici les principes directeurs (37) :

« Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12) :

Les États partis au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Principes fondamentaux des Nations Unies relatifs au traitement des détenus (principe 9) :

Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique.

Principes d'éthique médicale des Nations Unies applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (principe premier) :

Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues.

En outre, les délégués ont également pris note du 11e rapport général d'activités du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et de sa déclaration sur les obligations de l'État envers les détenus même en période de difficultés économiques :

Le CPT reconnaît qu'en période de difficultés économiques (...) il faut faire des sacrifices, y compris dans les établissements pénitentiaires. Cependant, quelles que soient les difficultés rencontrées à un moment donné, le fait de priver une personne de sa liberté implique toujours l'obligation de la prendre en charge ; cette obligation impose des méthodes efficaces de prévention, de dépistage et de traitement. Le respect de cette obligation par les autorités publiques est d'autant plus important lorsqu'il est question de traiter des maladies risquant d'être fatales ».

La Constitution de l'OMS décrit que « *les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* » (24).

En effet, l'État et spécifiquement le Ministère de la Justice, usuellement chargé des détentions, sont juridiquement responsables du bien-être et de la santé de ses détenus (38). Celui-ci doit tout mettre en œuvre afin de garantir les principes fondamentaux suivants (29) :

- a) l'accès aux soins : quel que soit son statut judiciaire, condamné ou non, un détenu doit avoir accès à un professionnel de santé à tout moment ;
- b) l'équivalence des soins : un patient-détenu doit obtenir la même qualité de soins qu'un patient à l'extérieur ;
- c) la confidentialité : le patient-détenu bénéficie du secret professionnel médical comme tout patient dans le contrat implicite médecin-patient ;

- d) la prévention sanitaire : le patient-détenu bénéficie des mêmes campagnes de prévention de santé publique (p. ex. vaccins, dépistage du cancer colorectal) ainsi que des mesures d'hygiène (p. ex. prévention de maladies transmissibles) ;
- e) la protection des vulnérables : prise en charge adaptée des femmes enceintes, des enfants, des personnes à mobilité réduite ;
- f) l'indépendance professionnelle : le personnel soignant du milieu carcéral doit pouvoir prendre des décisions strictement professionnelles indépendantes de la politique ou administration pénitentiaire ;
- g) la compétence professionnelle : le personnel soignant travaillant en milieu carcéral doit bénéficier d'une formation spécifique adaptée aux besoins de santé particuliers de la population carcérale.

La *Recommandation de Madrid*, établie en octobre 2009 par l'OMS Europe, a mis un nouvel accent sur « *la protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique* » (39). Le but était d'améliorer l'état déplorable des prisons au niveau mondial, notamment en prenant en charge le taux élevé de maladies transmissibles en milieu carcéral considérées alors comme une menace pour la santé publique. Le taux élevé de mortalité lors de l'élargissement a également été reconnu comme problématique. Les points suivants ont été retenus comme urgents à mettre en place dans chaque prison :

- a) réduction de la surpopulation : utiliser des alternatives à l'incarcération pour la privation de la liberté ;
- b) prévention, dépistage et traitement des maladies transmissibles : VIH, hépatites B et C, autres infections sexuellement transmissibles (IST), tuberculose, prophylaxie post-exposition et prévention de la transmission mère-enfant, conditions d'hygiène adaptées ;

- c) prise en charge de la toxicomanie : proposition de sevrages ;
- d) réduction des risques : traitement de substitution, échange d'aiguilles et de seringues, distribution de préservatifs ;
- e) continuité des soins : poursuite d'un traitement en cours en prison ainsi qu'après l'élargissement, en collaboration avec les services médicaux à l'extérieur ;
- f) prise en charge psychiatrique adaptée : encadrement particulier sur le plan de la santé mentale ;
- g) formation spécifique du personnel carcéral : prévention et traitement des maladies transmissibles.

4. Les pathologies en milieu carcéral

Les pathologies rencontrées en milieu pénitentiaire ne sont pas tout à fait équivalentes à celles d'un cabinet de médecine générale de ville. Les troubles psychiatriques et addictifs sont nettement surreprésentés, jusqu'à 95 % des patients-détenus selon différentes sources, avec un risque multiplié par 21 de souffrir d'une dépression et par 5 pour une dépendance aux drogues (6) (10). De nombreuses affections somatiques typiquement rencontrées sont celles des centres de soins médicaux pour personnes défavorisées. Le Tableau 1 montre les principales pathologies somatiques retrouvées en prison selon une étude suisse de 2004 (40). Notons qu'avec le vieillissement de la population carcérale, les pathologies chroniques ont pris une part plus importante.

Bonne santé habituelle	
Affections dermatologiques	Dermatite et eczéma, mycoses, acné, pityriasis versicolor, abcès cutanés
Atteintes du système ostéo-articulaire	Dorsolombalgies, douleurs arthrosiques, périarthrite scapulo-humérale, épicondylites
Troubles digestifs	Affections bucco-dentaires, dyspepsie, reflux gastro-œsophagien, constipation, côlon irritable, hémorroïdes
Affections respiratoires	Viroses ORL, bronchite chronique, asthme, otites, rhino-conjonctivite allergique
Maladies infectieuses	Hépatites B et C chroniques, VIH asymptomatique, Sida, séquelles de tuberculose, tuberculose pulmonaire
Atteintes de l'appareil circulatoire	HTA, insuffisance veineuses et artérielle des membres inférieurs, cardiopathie ischémique
Troubles du métabolisme	Obésité, dyslipidémie, diabète
Affections neurologiques	Céphalées tensionnelles, migraines, syndrome du tunnel carpien
Lésions traumatiques	De l'appareil ostéo-articulaire, lésions auto-infligées de type veinosection et automutilation

Tableau 1 : Diagnostics somatiques des 1830 détenu(e)s des prisons vaudoises en 2004 (à l'exclusion des affections gynécologiques)

Au Grand-Duché de Luxembourg, ni l'administration pénitentiaire ni les services médicaux en milieu pénitentiaire ne réalisent des bases de données, à part quelques données récoltées par l'équipe en infectiologie du *Service National des Maladies Infectieuses* du CHL. Il n'existe donc pas de statistiques globales sur les pathologies en milieu carcéral au Luxembourg. Les dernières publications datent de 2007 où plus de la moitié des prisonniers déclaraient avoir consommé une drogue illicite, dont un tiers des drogues injectables (41). Ceci souligne l'importance d'une coordination entre le système médical en prison, les médecins à l'extérieur ainsi que leur coopération avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes. En effet, le passage en prison permet de proposer aux personnes souffrantes d'addictions un ou des sevrages ainsi qu'une réduction des risques liés à leur consommation, comme proposé dans les recommandations internationales précitées.

Selon le rapport d'activité du *Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles*, voici quelques données concernant les maladies infectieuses dépistées en prison (42) :

- a) VIH : 2,2 % des détenus étaient séropositifs fin 2016 ; 933 tests effectués pour dépister un séropositif, 18 tests positifs (16 hommes et 2 femmes), dont 13 co-infections VIH-hépatite C (tous consommateurs de drogues par voie intraveineuse) dont 6 nouvellement diagnostiqués ;
- b) hépatite B : 2,0 % des détenus (Ag Hbs positifs) ;
- c) hépatite C : 15,2 % des détenus.

Ces taux de 2016 étaient stables depuis quelques années sauf pour l'hépatite C qui après une chute de 2012 à 2014 retrouvait une augmentation. Des statistiques de la population générale au Luxembourg font défaut, mais selon les études ces taux infectieux en milieu carcéral sont largement supérieurs à ceux de la population générale : 3,5-20 fois supérieure pour le VIH, 7-30 fois pour l'hépatite C (6) (10).

5. Les services médicaux pénitentiaires

Afin de garantir l'indépendance des services médicaux de la direction de prison, cette dernière étant sous la tutelle du Ministère de la Justice, il est recommandé que ceux-ci soient sous la tutelle du Ministère de la Santé (43). Au Luxembourg, les soins prestés en prison sont issus d'une enveloppe budgétaire du Ministère de la Justice malgré l'indépendance des services médicaux de prison de l'administration pénitentiaire.

Comme proposé par les recommandations internationales, le service médical de prison est divisé en deux parties (44) :

- a) le service de médecine somatique/médecine générale (unité de consultations et de soins ambulatoires en France, UCSA),
- b) le service de médecine psychiatrique/de soins mentaux (service médico-psychologique régional en France, SMPR).

a. Le service de médecine somatique

Le service de médecine pénitentiaire (SMP) dépend du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) selon la convention signée le 18 décembre 2001 entre le CHL et le CPL ; il est indépendant du CPL et est ainsi rattaché au Département de médecine interne et de la polyclinique/urgences adultes du CHL (équivalent aux unités de soins en milieu pénitentiaire, ex-unités de consultation de soins ambulatoires en France). Il est constitué de médecins généralistes, d'une équipe infirmière et de pharmaciens. Un médecin généraliste fonctionnaire dépendant du CPL, médecin unique avant la convention, n'exerce plus ses fonctions depuis mi-2018.

Le SMP se trouve au centre du bâtiment G avec l'ensemble de l'infirmerie, la pharmacie, trois cellules de surveillance médicale (dont une à pression négative) et les quatre cellules de vidéosurveillance à visée médicale. Des annexes se trouvent également dans les nouveaux bâtiments P2 et dans le secteur F dédié aux femmes (qui possède également une cellule vidéosurveillée). Ces cellules vidéosurveillées sont utilisées pour différentes raisons, comme p. ex. dans le but de prévention de risque suicidaire, en cas de grève de faim, d'agitation ou pour la surveillance médicale ; la surveillance des écrans est réalisée par des agents pénitentiaires du poste de garde central à proximité des cellules.

Des appareils de radiographie et d'échographie sont à disposition, utilisés par l'équipe de radiologie du CHL, évitant ainsi des transferts *extra-muros*. Différents médecins spécialistes du CHL (sauf pour l'ophtalmologiste qui est libéral, l'équipement est sur place) passent régulièrement au CPL pour des consultations p. ex. en endocrinologie ou infectiologie. Des soins dentaires sont également proposés en coopération avec un médecin-dentiste libéral.

Selon le rapport d'audit de la médecine pénitentiaire de 2017, l'équipe infirmière était constituée de 17,1 ETP (équivalents temps plein) dont une cadre de soins et d'autres avec des qualifications particulières comme p. ex. en infectiologie ; elle s'occupe également de la distribution des médicaments en cellule avec une activité de 24 h/24 et 7 j/7.

Les 4 médecins généralistes salariés du CHL travaillaient en temps partiel à côté de leur activité libérale ; en plus, il y avait un médecin en voie de spécialisation/interne en médecine générale ainsi qu'un médecin libéral réalisant des remplacements occasionnels. En cas d'absence physique d'un médecin au CPL, une permanence d'astreinte téléphonique est organisée 24 h/24 et 7 j/7.

Le dossier informatisé utilisé est celui du CHL.

Au CPG, le fonctionnement est différent, car non régi par la convention CHL : le médecin généraliste libéral consultait une fois par semaine et l'équipe infirmière dépendait de la Croix-Rouge de Luxembourg selon une ancienne convention.

Les consultations sont organisées en fonction du secteur, sauf urgence médicale. Le patient-détenu doit s'inscrire sur une liste de consultation via l'agent pénitentiaire du secteur respectif qui donne la liste à l'équipe infirmière ; aucun triage infirmier préalable n'est réalisé. Chaque patient-détenu peut demander à l'équipe infirmière d'être vu avant si nécessaire et ils peuvent également adresser des requêtes sous pli fermé via les moyens de communication interne du

CPL. Au total, le nombre de consultations a augmenté de 6'000 consultations en 2012 à plus de 13'000 en 2016. Une analyse des motifs de consultations ne peut être réalisée vu l'absence de relevés statistiques.

En cas d'urgence ou d'une intervention programmée, un protocole prévoit l'organisation d'un transport vers l'hôpital de garde si possible vers le CHL. En effet, l'unité 20 du CHL possède deux chambres doubles sécurisées sous vidéosurveillance spécialement conçues pour la prise en charge de patients-détenus (45).

b. Le service de médecine psychiatrique

Le service de médecine psychiatrique pénitentiaire (SMPP) dépend du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique d'Ettelbruck (CHNP) selon la convention signée le 22 avril 2002 entre le CHNP et l'État luxembourgeois ; ce dernier s'occupe ainsi du CPL et du CPG.

Ce service est dédié à la prise en charge des troubles psychiques et donc la prescription de psychotropes, de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Le SMPP se trouve dans le bâtiment P2 (« P2 psy » et « P2 socio ») près des lieux où les activités de psycho-socio-thérapie sont proposées et près d'autres quatre cellules de vidéosurveillance ; en cas de nécessité, les localités du SMP peuvent être utilisées. Le dossier médical et les prescriptions (délivrance par la pharmacie du SMP) sont manuscrits sur dossier papier contrairement à ceux du SMP.

En cas d'hospitalisation et de suite de prise en charge, le CHNP possède un service dédié à la filière de psychiatre socio-judiciaire.

Selon le rapport d'audit de la médecin pénitentiaire de 2017, l'équipe infirmière psychiatrique était composée de 13 ETP avec une présence diurne au CPL, le relais nocturne étant réalisé par l'équipe du SMP. Quatre médecins psychiatriques du CHNP assuraient la prise en charge

psychiatrique au CPL et CPG avec des astreintes téléphoniques ; un psychologue à visée thérapeutique (contrairement aux autres du CPL) et deux ergothérapeutes complétaient l'équipe. Le volume d'activité était d'environ 3'000 consultations par an en 2016.

Depuis mi-2018, un des psychiatres du CHNP travaillant au CPL est également à la *Jugend- an Drogenhölle* (JDH) afin de garantir une meilleure suite de prise en charge des toxicomanes sous substitution aux opiacés lors de l'élargissement, comme cela se fait aux États-Unis (45) (46).

c. L'admission en prison et le dépistage des IST

À l'admission, chaque nouveau détenu est vu par l'équipe infirmière du SMP et SMPP avant de voir les médecins des deux services respectifs. Après un examen clinique, le médecin du SMP propose un dépistage sérologique de différentes infections sexuellement transmissibles (IST) tel que le VIH, la syphilis, les hépatites A, B et C ; pour la tuberculose, le test au Quantiferon et une radiographie du thorax sont réalisés. Un électrocardiogramme complète l'admission standard. En l'absence de protection contre les hépatites A et/ou B, une vaccination est proposée ; en 2016, 511 vaccins ont été réalisés, soit 47 contre l'hépatite A, 311 contre l'hépatite B et 153 vaccins combinés. En cas de résultats positifs, une consultation avec un infectiologue est organisée en prison endéans six semaines, sauf urgence, afin de commencer les bilans complémentaires (p. ex. un examen non invasif pour la détermination de la fibrose hépatique type *Fibroscan*), le traitement adapté et un suivi médical qui devraient être poursuivis après l'élargissement au CHL ; en 2016, 329 personnes ont bénéficié d'une consultation spécialisée en infectiologie avec 43 traitements débutés, dont neuf contre le VIH, 23 contre

l'hépatite C, deux contre l'hépatite B, cinq contre la syphilis, cinq pour une tuberculose latente et une active (42).

d. Services de réduction de risques en prison

Pour les personnes souffrantes d'une dépendance aux opiacés, un traitement de substitution est proposé dès l'entrée par le SMPP avec un taux d'acceptation de pratiquement 100 %. En 2016, 177 détenus (15 %) ont bénéficié d'une substitution au CPL contre 28 (13 %) au Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG). La principale molécule utilisée a été la méthadone (155 au CPL, 17 au CPG, dose moyenne de 23 mg par jour) en outre que la Suboxone (buprénorphine + naloxone) (22 au CPL, 11 au CPG, dose moyenne de 7,7 mg par jour). Il s'agissait principalement d'hommes (95,3 %) avec une moyenne d'âge de 35 ans. La délivrance est effectuée par l'équipe infirmière du CPL avec les autres médicaments dans chaque cellule en main propre pour la méthadone d'une part et d'autre part dans une pièce de délivrance dédiée pour la Suboxone par les infirmiers psychiatriques.

Dans le cadre de la réduction de risques, un programme officiel d'échange de seringues pour les patients-détenus toxicomanes est proposé depuis 2005. Par une simple demande écrite au médecin responsable du programme, un détenu peut bénéficier d'une consultation afin de recevoir un étui contenant deux seringues échangeables dans l'infirmerie ; ils y retrouvent également du matériel comme p. ex. des tampons d'alcool, des pansements, des filtres, des cuillères en inox, de l'eau physiologique stérile ainsi que de l'acide ascorbique (pour la dissolution stérile des drogues solides) ; en 2016, 31 kits ont été distribués et 1612 seringues échangées. En plus, lors des consultations médicales, des préservatifs sont gratuitement à leur

disposition. La prise en charge psycho-sociale et l'éducation thérapeutique sont réalisées par le *Programme Tox* (cf. chapitre B-4-c) (42) (45).

B. Le système pénitentiaire au Grand-Duché de Luxembourg

1. L'incarcération au Luxembourg

Au niveau juridique, le Luxembourg est subdivisé en deux arrondissements judiciaires : Luxembourg et Diekirch. Tous les établissements destinés à l'exécution d'une peine de privation de liberté sont sous la gestion de l'Administration pénitentiaire qui est sous la tutelle du Ministère de la Justice. La Figure 2 montre la structure hiérarchique du système pénitentiaire en 2018 (47). Deux réformes, sous examen depuis une dizaine d'années, portant sur l'exécution des peines (projet de loi n° 7041) et l'Administration pénitentiaire (projet de loi n° 7042) ont été votées en juillet 2018 ; celles-ci apporteront des changements profonds, donc toute information peut ne plus être valable lors de cette lecture (date de la mise en application pas publiée) (48).

Que ce soit un délinquant prévenu (pas encore jugé) ou condamné (jugé), en 2018, tous passaient par le greffe de la structure pénitentiaire principale du Grand-Duché de Luxembourg, le Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL) ; il s'agit donc d'un établissement pénitentiaire mixte (maison d'arrêt accueillant des prévenus et centre de détention recevant des détenus).

Au total, le CPL a enregistré 962 nouvelles entrées en 2016, correspondant au même nombre de consultations d'entrée, dont 306 (31,81 %) étaient liées à la consommation ou la vente de produits illicites. En 2016, 2624 procès-verbaux (2546 en 2010 et 3385 en 2015) et 234 arrestations (217 en 2015) ont été effectués dans ce cadre avec 938 prévenus, le cannabis étant la principale substance incriminée (49).

Les causes de détention sont variables. L'infraction première restait toujours celle en lien avec des stupéfiants avec 22,0 % des cas pour les hommes et 26,1 % des cas pour les femmes en 2017 ; les homicides volontaires étaient suivis par les coups et blessures volontaires pour les deuxièmes et troisièmes places.

Les durées de la privation de liberté sont également variables. Les peines courtes (entre un et trois ans) ont été majoritaires en 2017 avec 38,4 % (35,8 % en 2016) suivies des peines criminelles à temps (entre cinq et 30 ans) avec 29,6 % ; 2,6 % ont été condamnés à une réclusion à vie. La durée médiane d'incarcération était de 900 jours, soit ans ans et six mois. Il est à noter que 32 % des condamnés fin 2017 étaient des récidivants.

Des aménagements de peines peuvent être décidés par le Délégué du procureur général d'État à l'exécution des peines en accord avec la commission pénitentiaire, à savoir : surveillance électronique, semi-liberté (au CPG), suspension de peine, congé pénal, libération anticipée et libération conditionnelle. Pour ce dernier point, une de ces conditions peut être la visite régulière d'un médecin, notamment pour un contrôle de la prise de stupéfiants ; en 2017, 95 libérations conditionnelles ont été accordées (36 au CPL contre 59 au CPG) (50).

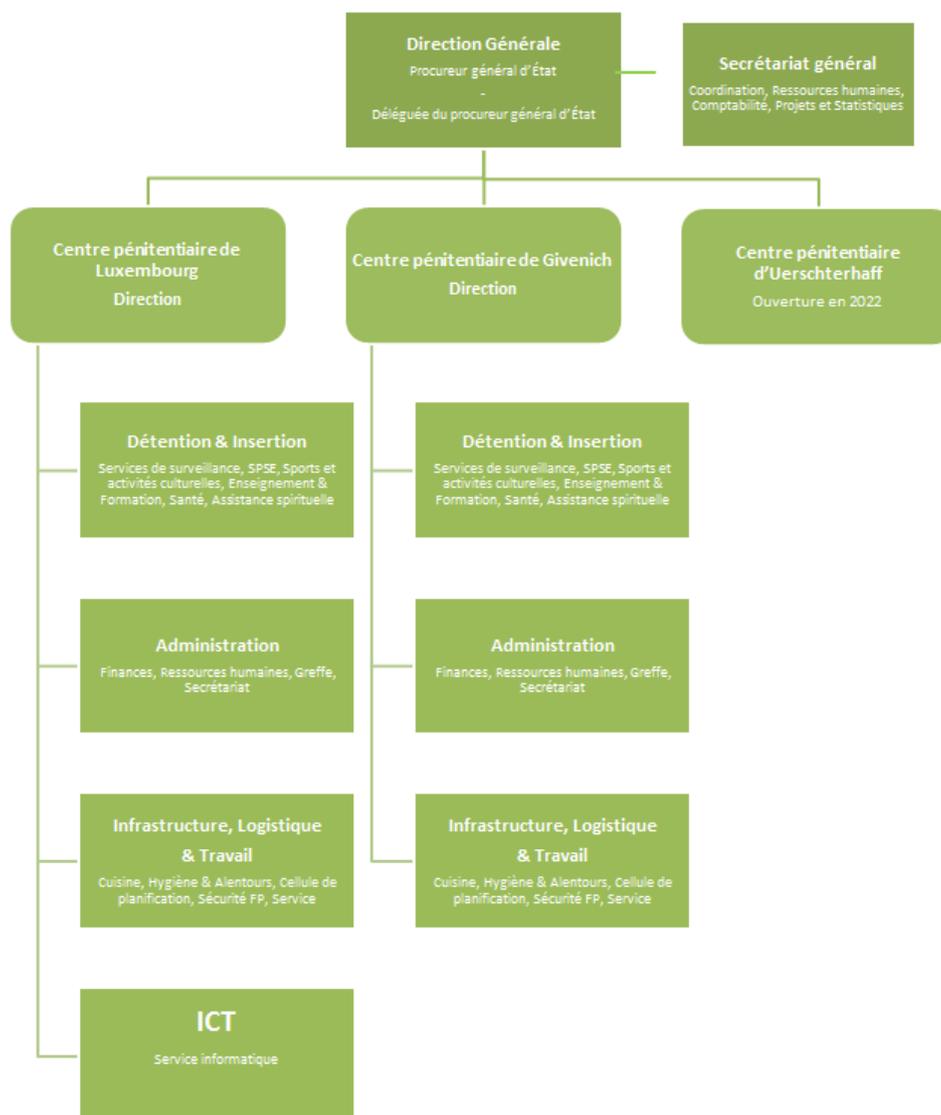


Figure 2 : Organigramme de l'Administration pénitentiaire de Luxembourg selon le Ministère de la Justice

2. Les centres pénitentiaires au Luxembourg

a. Centre Pénitentiaire de Luxembourg

Depuis son inauguration le 15 mai 1984, le Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL) est la principale prison du Grand-Duché de Luxembourg (51). Elle se situe au centre du pays, environ 10 km de Luxembourg-Ville, à proximité de l'aéroport. Il s'agit d'une prison fermée accueillant des hommes, des femmes et occasionnellement des mineurs, tous dans des secteurs différents,

avec une capacité d'accueil de 597 lits (en 2002, la capacité a été doublée). Au total, 381 agents étaient occupés au CPL en 2017. Le taux d'occupation dépasse constamment depuis 2010 la barre des 100 % (617 personnes soit 103,35 % en 2017, avec un pic de 645 détenus en mai 2017, dont plus que la moitié était des prévenus), raison pour laquelle une maison d'arrêt est en construction (cf. chapitre B-2-c). Les femmes sont clairement en minorité et possèdent le secteur F exclusivement pour elles : en 2017, 38 femmes (5,43 % de la population carcérale) contre 42 femmes (5,90 %) en 2016, soit un taux stable depuis plusieurs années.

Le taux de détention en 2017 était de 118,50 détenus par 100'000 habitants (123,39 en 2016) alors que la médiane européenne était de 115,7 en 2015 selon le Conseil de l'Europe (50).

b. Centre Pénitentiaire de Givenich

Le Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG) est une prison semi-ouverte en milieu rural à plus de 30 km à l'est de Luxembourg-Ville. Elle permet d'accueillir des hommes et des femmes condamnés avec une capacité de 113 lits, dont 6 cellules sont réservées aux femmes. Le taux d'occupation est très variable d'une année à l'autre, soit 83 détenus en 2017 (pic de 102 détenus en février) contre 96 détenus en 2016. La durée moyenne de séjour a été de 217 jours en 2017 avec 3 fugues. Ce système de semi-liberté équivaut à une incarcération sur place du détenu pendant la nuit avec une activité professionnelle diurne (au CPL ou à l'extérieur). Certaines conditions doivent être remplies pour être admis au CPG : motivation pour travailler et de se réinsérer, avoir un bon pronostic de réinsertion et donc avoir un lien avec le Luxembourg, être en fin de peine, etc (45) (50).

c. Centre Pénitentiaire d'Uerschterhaff

Le Centre Pénitentiaire d'Uerschterhaff (CPU) est une maison d'arrêt en construction, donc destinée à la détention provisoire (pas encore jugé), en discussion depuis 2008 avec une finalisation probable vers 2022. Elle se situe dans le sud du pays dans la commune de Sanem à environ 25 km au sud-ouest de Luxembourg-Ville, proche d'Esch-sur-Alzette. La capacité d'accueil devrait être d'environ 400 places et permettra alors d'accueillir environ la moitié des détenus, non condamnés, du CPL (50).

d. Unité de Sécurité du Centre Socio-éducatif de l'État de Dreibern

L'Unité de Sécurité (UNISEC) du Centre Socio-éducatif de l'État de Dreibern, dans l'est du pays près de la Moselle, est une annexe de type unité fermée du secteur pour mineurs du CPL avec une capacité d'accueil de 12 mineurs depuis le 1^{er} novembre 2017. Une équipe pluridisciplinaire permet un encadrement psychopédagogique individuel important afin de responsabiliser les jeunes délinquants ; le volet médical est pris en charge par les services de psychiatrie juvénile. La scolarité est poursuivie *intra-muros* afin de garantir une réinsertion socio-professionnelle (50) (52).

e. Centre de Rétention de Luxembourg

Le Centre de Rétention de Luxembourg (CRL), dépendant du Ministère des Affaires étrangères et européennes (Direction de l'immigration), n'est pas une prison *stricto sensu* malgré la privation de liberté. Il s'agit d'une structure permettant d'héberger les personnes faisant l'objet d'une mesure de placement, donc n'ayant pas d'autorisation de rester sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, en attendant d'être dirigée vers leur pays d'origine. Il s'agit souvent de

personnes étrangères transférées du CPL ou des demandeurs de protection internationale ayant eu plusieurs refus. La durée maximale de détention est de six mois ; la capacité d'accueil est de 74 personnes (46 hommes et 28 femmes).

Les équipes médicales somatiques et psychiatriques responsables du CRL sont les mêmes qu'au CPL, mais avec un budget spécifique et restrictif (45) (53).

3. Caractéristiques de la population carcérale

95,20 % (environ 310 personnes en moyenne) de la population de prévenus étaient des hommes en 2017, chiffre plus ou moins stable les dernières années. Les chiffres pour la population condamnée étaient superposables (94,03 %, soit environ 350 hommes en moyenne).

Concernant l'âge des détenus fin 2017, la moyenne était de 36,43 ans avec un âge médian de 35 ans. Ces chiffres ont tendance à augmenter parallèlement avec celui de la population générale, raison pour laquelle le dépistage de maladies chroniques en prison devient de plus en plus important. Trois quarts de la population pénitentiaire possédait entre 25 et 50 ans.

Les origines des détenus sont aussi diverses que le Luxembourg, sauf que les proportions sont inversées. Le taux de détenus européens est depuis 2012 en régression (67,2 % en 2017 contre 82,4 % en 2012). Parmi la population d'origine européenne (462 en 2017), les Luxembourgeois étaient majoritaires (191 en 2017, soit 41,3 %) suivis des Portugais (23,6 %), des Français (10,4 %) et des Roumains (8,2 %). À titre de comparaison, la médiane européenne de proportion étrangère en détention était de 13,3 % en 2014.

Le CPG a présenté des données sur la situation socio-économique des détenus élargis en 2017 : sur les 127 détenus élargis du CPG, 126 avaient un domicile, des papiers d'identité et un logement, 94 avaient un emploi. Cependant la moitié des situations était précaire. Un cas a été élargi sans abri. Notons que cette population ne représente pas celle du CPL, car celle du CPG est présélectionnée (50).

Le niveau d'éducation était pour une grande partie basse. Si on prend les chiffres pour les détenus toxicomanes de 2016, 66 % ont terminé l'école primaire et 29 % possédaient un diplôme de fin d'études secondaires (49).

4. Les aides psycho-sociales en prison et lors de l'élargissement

a. Service psycho-socio-éducatif

Le service psycho-socio-éducatif (SPSE) du CPL était constitué fin 2017 d'une équipe pluridisciplinaire avec 17 effectifs, dont des psychologues, assistants sociaux et éducateurs gradués ; aucune profession de la santé type médecin n'y fait partie.

Les missions des agents SPSE sont diverses : prise en charge psycho-sociale et socio-éducative des détenus, la confrontation avec le comportement à l'origine de l'incarcération ainsi que la préparation à la libération. Chaque détenu possède un agent SPSE comme personne de référence ; ils élaborent ensemble un projet de séjour au CPL et préparent l'insertion socio-économique du détenu. Le but final est la diminution de la récidive criminelle. En 2017, 13'994 suivis et entretiens ont été réalisés. Les réformes votées en 2018 citées antérieurement prévoient un nouveau concept dépassant cet accompagnement : le plan volontaire d'insertion.

Des contacts réguliers *extra-muros* permettent la préparation d'une transition adaptée, p. ex. avec des membres de la famille, des psychologues ou psychiatres ; les médecins référents/de famille ne sont pas contactés en général. *Intra-muros*, ils participent à des réunions et donnent des avis pouvant aboutir à un aménagement de peines. Aucun échange officiel n'existe avec une des équipes médicales de prison.

En plus, d'autres services sont proposés en prison : ils organisent un service sport et loisirs en prison afin de distraire les détenus. En 2017, 22'272 participations à des séances ont été enregistrées. Toutes les demandes de visites et leurs accueils sont pris en charge par le SPSE.

Aucun soin n'est délivré par les agents, mais ils organisent des séances de psychothérapie orientées sur le crime avec des psychothérapeutes à l'extérieur. En 2017, 44 détenus ont bénéficié d'une telle psychothérapie, soit 670 séances.

D'autres activités sont également proposées : entraînement anti-violence, atelier de médiation, sport pour femmes (p. ex. Zumba), sport pour mineurs ou la réalisation de graffitis.

Au CPG, 255 détenus ont été pris en charge en 2017. Une équipe indépendante s'occupe de la réinsertion des détenus en semi-liberté en collaboration avec le SCAS (*cf. chapitre I-B-4-b*), le SPSE du CPL et l'équipe du *Programme Tox*. En plus, ils travaillent avec l'association *Défi-Job* qui essaie de diminuer le risque de récidive par l'insertion professionnelle. Avec l'aide de la commune de Mompach, les détenus peuvent avoir une adresse pendant leur incarcération à Givenich, point important pour avoir droit à des aides sociales et pour ne pas être stigmatisé lors de la recherche d'un emploi. Cependant, pour pouvoir toucher le RMG (revenu minimal garanti), une nouvelle adresse est exigée lors de l'élargissement. Le projet « *Maison de transition Casel* », proposé aux détenus en semi-liberté avec un travail rémunéré, propose une vraie phase de transition accompagnée avec un accent sur la responsabilisation du détenu.

D'autres activités, à part de celles analogues au CPL, sont proposées comme p. ex. des interventions assistées par les animaux (50).

b. Service central d'assistance sociale

Le service central d'assistance sociale (SCAS) (plus ou moins l'équivalent français du service pénitentiaire d'insertion et de probation, SPIP) est depuis 2015 un service sous la surveillance du procureur général d'État ou de son délégué et dirigé par une assistante sociale. En 2017, des changements structureaux ont eu lieu avec une augmentation des effectifs, soit 106 personnes (95 EPT) fin 2017, permettant ainsi une prise en charge plus rapide et efficace des dossiers des détenus. Le SCAS était en 2017 constitué de différents services : service de la protection de la jeunesse, service de la probation, service des tutelles et le service d'aide aux victimes ; aucun service médical ou médico-psychologique n'était prévu malgré que 12 psychologues et criminologues ont fait partie de l'équipe, donc ne dispensant pas de soins.

Des relations étroites sont décrites avec de nombreuses organisations ou institutions externes, comme p. ex. des structures pour toxicomanes tels qu'*Abrigado* ou la *Jugend- an Drogenhëllef* (JDH), ainsi que des structures médicales tels que le CHNP ou Médecins du Monde ; les médecins référents/traitants ne semblent pas avoir leur place dans ces échanges avec l'extérieur.

Le service avec lequel les médecins pourraient avoir contact est le service de la probation qui s'occupe du suivi psychosocial des condamnés emprisonnés ou bénéficiant d'une alternative à la peine d'emprisonnement type bracelet électronique. Celui-ci a traité 1910 dossiers en 2017, soit 83 dossiers par agent, dont 28,48 % concernaient un suivi en milieu fermé (CPL et CPG) ; ils ne se chargent que des dossiers de condamnés ayant un domicile au Luxembourg ou un lien direct (p. ex. un travail ou des enfants). Le travail du SCAS est complémentaire à celui du SPSE, sans que les tâches soient exactement réparties. Ensembles avec les détenus, ils essaient de préparer leur réinsertion sociale ou essaient d'obtenir une suspension de peine ; ainsi ils ont

suivi 170 personnes en libération conditionnelle en 2017. Des aides financières peuvent être attribuées sous certaines conditions, notamment pour la subvention d'un loyer lors de l'élargissement (50).

c. Programme Tox

Le *Programme Tox* est un dispositif du CHNP s'occupant des addictions dans leur globalité en milieu pénitentiaire selon la convention entre l'État luxembourgeois avec le CHNP du 16 mars 2007. Les objectifs sont la réinsertion sociale et la prise en charge individuelle des addictions en milieu carcéral selon trois axes :

- *« prévention psychosociale avec accompagnement thérapeutique,*
- *prévention dans le domaine de la santé, avec comme objectif la réduction des risques, la prévention de la rechute et la prévention des maladies sexuellement transmissibles,*
- *action en réseau, permettant d'orienter et d'intégrer la personne suivie dans l'ensemble des dispositifs de prises en charge, même au-delà de la période de détention ».*

L'équipe pluridisciplinaire était en 2017 composée de psychologues, psychothérapeutes, éducateurs, infirmiers et sport-thérapeutes. Le SMPP s'occupe de la partie médicale, notamment pour la substitution aux opiacées. Un travail régulier avec le *Programme Tox* du CPG, le SCAS, le SPSE et le SMPP sont réalisés ; aucun travail avec les médecins référents/de famille n'est prévu, de même avec le SMP.

Au CPL, ce service se situe au bloc C proposant aux détenus de ce bloc le « *programme Charly* » : sur demande, un patient-détenu bénéficie d'un suivi intensif de la toxicomanie avec une prise en charge socio-thérapeutique comme p. ex. des activités de groupe, préparant ainsi au mieux l'élargissement et le risque de rechute. En moyenne, une vingtaine de patients-détenus sont suivis dans ce programme par un (45) (54).

II. Matériel et méthodes

A. Protocole de l'étude

1. L'enquêteur

L'enquêteur était un médecin en voie de spécialisation (en France : interne en médecine, 3^e cycle des études médicales) à la formation spécifique en médecine générale (FSMG) de l'Université du Luxembourg (Uni.lu) réalisant son travail de fin d'études (en France : thèse de médecine) en coopération avec l'Université de Strasbourg selon la convention interfacultaire. Ce dernier a réalisé un stage semi-autonome en milieu pénitentiaire dans le service médical somatique du Centre Pénitentiaire de Luxembourg, d'octobre 2017 à mars 2018.

Il ne possédait pas de connaissances spécifiques ou d'expériences dans le domaine de l'analyse qualitative.

Tous les frais liés à la réalisation de l'étude ont été à la charge de l'enquêteur. Aucun sponsor n'a été demandé.

L'enquêteur a certifié sur l'honneur de n'avoir aucun lien avec le CPL, un des médecins ou un des détenus interviewés. Aucun conflit d'intérêts n'était à déclarer.

2. Matériel utilisé

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de moyens différents : d'une part, nous avons utilisé le dictaphone *Olympus® digital voice recorder VN-6800PC* et d'autre part, le téléphone portable sans carte SIM *Apple® iPhone 5 S*. Ce dernier n'a été utilisé que si l'enregistrement du dictaphone n'était pas exploitable.

Pour la lecture des entretiens, nous avons utilisé le programme *VLC® media player version 3* sur l'ordinateur portable de l'enquêteur.

Comme traitement de texte, nous avons utilisé *Microsoft® Word pour Mac d'Office 365*.

Zotero® version 5 a été choisi comme logiciel de présentation de la bibliographie.

Aucun logiciel d'analyse qualitative n'a été utilisé.

3. Accords préalables

Avant de commencer le travail, différents accords ont été récoltés.

Premièrement, le comité exécutif de la FSMG de l'Uni.lu a approuvé le synopsis de l'enquêteur sous sa 5^e version le 16 janvier 2018. Notons que la première version du synopsis a été introduite le 2 octobre 2017.

Deuxièmement, nous avons reçu une autorisation pour la réalisation des entretiens avec des détenus au CPL de la part de madame Bisenius, déléguée du procureur général d'État, par courriel le 8 janvier 2018, ainsi que de la part de monsieur Lucius, directeur du CPL, par courrier daté au 14 février 2018. Comme le stage en milieu carcéral de l'enquêteur ne s'est déroulé que jusqu'au 31 mars 2018, une prolongation de l'accès au CPL lui a été accordée le 14 mars 2018 jusqu'au 30 juin 2018 par monsieur Faha, agent dirigeant chef et coordinateur de la sécurité du CPL.

Troisièmement, après une présentation du projet devant le Comité National d'Éthique de Recherche (CNER) du Luxembourg le 24 janvier 2018, ce dernier a donné le 15 mars 2018 son avis favorable à l'unanimité au protocole d'étude dans sa version 1.1. Le projet est inscrit sous le numéro 201801/04.

Quatrièmement, une notification préalable sous la référence R010209/T012806 a été déposée le 23 décembre 2017 à la Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPD) du Luxembourg, l'accusé de réception étant daté au 23 mars 2018.

4. Protection des données

Toutes les données récoltées ont été traitées de manière totalement anonyme depuis le début de l'étude. Nous avons attribué une lettre aux médecins (de manière croissante à partir de la lettre A) et un chiffre aux détenus (de manière croissante à partir du nombre 1) de manière chronologique.

L'accès aux données, gardées dans un classeur mis sous clé au domicile de l'enquêteur, a été réservé à l'enquêteur et au directeur de thèse. Tous les noms de personnes et de lieux exacts ont été modifiés afin de garantir la non-identification de la personne en question.

Les données ont été uniquement stockées sur les appareils d'enregistrement puis transférées sur le disque dur de l'ordinateur de l'enquêteur (protégé par un mot de passe) et le back-up (mis sous clé) de ce dernier. Tout document a reçu un mot de passe supplémentaire.

Uniquement des extraits des transcriptions ont été publiés de manière anonyme dans la thèse, comme demandé par le CNER.

Si le participant avait décidé de se retirer de l'étude, les données récoltées auraient été gardées le même temps que les autres dans le cadre où ce dernier aurait changé d'avis, mais sans être exploitées.

Ces éventualités ne se sont pas produites jusqu'au moment de la finalisation du présent travail.

Toutes les données sensibles seront détruites une fois le travail présenté lors de la soutenance de thèse, comme exigé par le CNER.

Il est certifié que les données ont été protégées selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données et le règlement général européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données applicable à partir du 25 mai 2018.

B. Méthode

1. Population et mode de recrutement

Nous avons choisi de réaliser l'étude chez une population en miroir : d'une part, des médecins spécialistes en médecine générale et d'autre part, des patients ayant déjà été élargis et réincarcérés.

Nous avons demandé au Dr Alain Origer (coordinateur national drogues de la Division de la Médecine sociale, des maladies de la dépendance et de la santé mentale du Ministère de la Santé du Luxembourg) la liste des médecins participants au programme de substitution aux opiacés du Luxembourg.

Nous avons alors reçu par courriel la liste des médecins ayant signé le formulaire d'agrément à la date du 22.11.2017. Selon celle-ci, le nombre de prescripteurs actifs s'élevait à 139 médecins agréés, dont 82 médecins généralistes. Nous avons attribué à chacun de ces derniers un nombre, puis nous avons procédé à un tirage au sort avec un générateur de nombres aléatoires en ligne², où 10 médecins ont été retenus.

Deux médecins n'auraient pas été pris en compte si tirés au sort : d'une part Dr Rausch, tuteur de l'enquêteur, et d'autre part Dr Stein, promoteur du présent travail.

² <http://www.infowebmaster.fr/outils/generateur-nombre-aleatoire.php>

Les lettres de demande de participation à l'étude ont été envoyées le 16 mars 2018 par voie postale ensemble avec les feuilles d'information et de consentement en langue française et allemande, comme requis par le CNER. Un contact téléphonique a été effectué environ deux semaines à un mois après réception de la lettre pour leur donner plus d'informations s'ils le souhaitent et pour récolter leur avis ; en cas d'avis positif, un rendez-vous a été fixé. En cas de refus de participation à l'étude, un nouveau nombre a été tiré au sort par le même principe que précédemment.

Au total, 14 médecins ont été contactés dont 4 refus et 10 qui ont consenti à l'enregistrement de l'entretien permettant la transcription de leurs paroles.

Pour les détenus, nous avons effectué un tirage au sort de 10 dossiers papier parmi tous ceux disponibles dans le service d'infirmerie du CPL ; si la couverture du dossier mentionnait plus qu'une incarcération, une lettre les invitant à la participation de l'étude leur a été adressée par les moyens de communication interne du CPL : l'infirmier du service médical G1 a transmis une lettre sous pli fermé (demande de participation à l'étude, feuilles d'information et de consentement en langue française et allemande) au détenu en main propre ; en cas d'avis positif, un rendez-vous a été fixé lors d'une consultation médicale ou par les moyens de communication interne du CPL.

Au total, 11 détenus ont été contactés dont 10 qui ont consenti à l'enregistrement de l'entretien permettant la transcription de leurs paroles et un patient perdu de vue, car élargi.

Ni les médecins, ni les détenus n'ont reçu de compensation (financière ou autre) pour la participation à l'étude.

2. Entretiens

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés grâce à un guide d'entretien établi par l'enquêteur et adapté à l'aide de madame la professeure Michèle Baumann, sociologue médicale de l'Uni.lu. Le volet psychologique a été rajouté à la demande du CNER.

Les questions ont balayé la prise en charge médicale globale d'un patient élargi : les soins primaires en milieu carcéral, le lien entre la prison et les soins primaires en dehors de la prison, la sortie de prison, le suivi médical après l'élargissement et finalement la prévention de la réincarcération.

La langue véhiculaire lors des entretiens a été le français. En cas de barrière linguistique à la progression de l'entretien, les connaissances en langues luxembourgeoise, portugaise, française, allemande et anglaise de l'enquêteur ont permis de traduire en temps réel les questions qui n'étaient pas claires.

À chaque entretien, avant l'enregistrement proprement dit, l'enquêteur a récolté le consentement signé par le médecin ou le détenu et a contresigné ce dernier. Puis il a réexpliqué l'anonymat, le but de l'étude et la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude.

Une feuille avec des caractéristiques générales (cf. annexe 5) sur la personne interviewée a été remplie par cette dernière. Notons que le CNER a interdit le recueil du sexe chez les détenus afin de garantir mieux l'anonymat. En effet, il n'y a qu'entre 35 et 44 femmes incarcérées au CPL (45).

Des données techniques sur les entretiens ont été enregistrées par l'enquêteur le jour même après chaque entretien, mais pas en présence de la personne interviewée. Les notes personnelles n'ont pas été publiées.

C. Analyse des données

1. Transcription des entretiens

Les entretiens avec les médecins ont été numérotés de A à J et ceux des détenus de 1 à 10 selon l'ordre chronologique de réalisation.

La transcription a été réalisée par l'enquêteur mot par mot en notant également les pauses et attitudes non verbales (sans être exploitées par la suite), de préférence dans les jours suivants l'entretien afin de limiter la perte de données. Aucune correction de syntaxe ou de grammaire n'a été effectuée afin d'être au plus près des dires des personnes interviewées. Lors de la transcription, les passages qui n'étaient pas en langue française ont été traduits littérairement par l'enquêteur afin de ne pas perdre le sens des phrases.

Notons que la transcription d'environ 5 minutes d'entretien a nécessité approximativement 1 heure de transcription. Tous ces textes n'ont pas été publiés dans leur globalité suite à l'interdiction du CNER vu le sujet sensible et la population-cible fragile.

2. Analyse qualitative

Les transcriptions ont été analysées dans leur intégralité selon la méthode de l'analyse de contenu thématique catégorielle. Aucun logiciel d'analyse qualitative n'a été utilisé.

Premièrement, nous avons extrait les *verbatim*, c'est-à-dire des unités de sens dans le discours des entretiens, de toutes les transcriptions de manière exhaustive.

Deuxièmement, tous les *verbatim* ayant le même sens ont été classés dans des items, sachant qu'un *verbatim* ne peut être repris qu'une seule fois, soit dans un item. Ces derniers ont été définis par une phrase maîtresse exprimant l'idée principale contenue dans une catégorie. Les *verbatim* ont été cités de la manière suivante : EX (Y), E étant l'entretien, X étant le numéro de l'entretien et Y étant la ligne du début de la citation de l'entretien en question.

Dans l'optique d'une interprétation semi-qualitative ou quasi-quantitative, le nombre de *verbatim* par item a été noté afin de mettre en évidence les priorités des deux échantillons.

Troisièmement, les différents items ont permis de recenser des idées clés permettant de les classer dans des dimensions.

En dernier lieu, ces dernières ont été encore une fois regroupées dans un sens plus large afin de construire des thèmes.

Le travail a été réalisé pour les deux populations différentes de manière distincte, mais nous avons essayé de catégoriser avec des termes semblables afin de ressortir les points communs.

Les items, dimensions et thèmes recensés ont essayé de répondre aux objectifs de l'étude.

Aucune analyse littéraire ou psychologique des entretiens n'a été réalisée.

Nous avons eu recours à l'aide de madame la professeure Michèle Baumann, sociologue médicale de l'Uni.lu, pour toute question concernant la méthodologie de l'analyse qualitative.

D. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée grâce à différents moteurs de recherche : *Google*[®] (www.google.lu), *Medline*[®] (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), l'inventaire de la bibliothèque universitaire en ligne de l'Université de Strasbourg (bu.unistra.fr), l'inventaire en ligne des bibliothèques du Grand-Duché de Luxembourg (www.a-z.lu), ainsi que les différents sites internet de l'OMS.

Différents mots-clefs ont été utilisés comme p. ex. « *médecine en prison* », « *soins primaires en prison* », « *soins primaires après prison* », « *prison medicine* », « *primary care prison* », « *primary care after prison* ».

III. Résultats

A. Données sur les entretiens et la population interrogée

1. Données sur les entretiens et la population des médecins interrogés

a. Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des médecins interrogés

Du 20 mars 2018 au 11 mai 2018, 10 entretiens ont été effectués auprès des médecins dans leur bureau de consultation.

Le Tableau 2 reprend la date des entretiens, la durée de l'enregistrement des entretiens, les dates des transcriptions ainsi que le nombre de lignes de transcription.

La durée de ces derniers a été en moyenne 13 minutes, s'étendant de 7 minutes et 57 secondes du plus court à 19 minutes et 50 secondes au plus long, soit un total de 2 heures 20 minutes et 5 secondes.

On note un total de 1317 lignes de textes, s'étendant de 93 lignes pour la transcription la plus courte à 197 lignes pour la plus longue.

Entretien	Date de l'entretien	Durée de l'enregistrement	Date(s) de la transcription	Lignes de transcription
A	20.3.2018 vers 16 h 45	14 min et 36 s	20.3-23.3.2018	162
B	27.3.2018 vers 12 h 50	9 min 30 s	27.3.2018	104
C	6.4.2018 vers 15 h 20	19 min 50 s	8.4.2018	197
D	13.4.2018 vers 13 h 10	12 min 47 s	15.4.2018	121
E	20.4.2018 vers 11 h 55	14 min et 3 s	21.4.2018	133
F	20.4.2018 vers 15 h 10	16 min 51 s	21.4 +28. 4 .2018	144
G	27.4.2018 vers 18 h 10	7 min 57 s	3.5.2018	96
H	4.5.2018 vers 12h00	9 min 16 s	6.5.2018	104
I	9.5.2018 vers 15 h 45	17 min 3 s	10.5.2018	163
J	11.5.2018 vers 10 h 45	8 min 12 s	12.5.2018	93
Total		2 h 10 min 5 s		1317
Moyenne		13 min 0 s		131,7

Tableau 2 : Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des médecins interrogés

b. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des médecins interrogés

Le Tableau 5 reprend les caractéristiques sociodémographiques des médecins, à savoir : le sexe, la tranche d'âge, la nationalité, le canton du lieu de travail, la durée d'exercice de la médecine et la durée d'inscription dans le programme de substitution aux opiacés.

Sur les 10 médecins interviewés, huit sont des hommes et deux des femmes, de nationalité luxembourgeoise. Les femmes étaient des médecins d'âge inférieur à 40 ans n'exerçant et n'étant inscrites dans le programme de substitution que depuis moins de cinq ans. Quant aux hommes, presque toutes les tranches d'âges étaient représentées, sachant que sept d'entre eux exerçaient et participaient au programme de substitution depuis plus de 10 ans. Les principaux

cantons représentés étaient Esch-sur-Alzette avec trois médecins et Luxembourg avec cinq médecins.

Le Tableau 3 reprend les réponses des médecins à la question « *Combien d'anciens détenus suivez-vous ?* ». Notons qu'aucun médecin n'a pu donner un nombre exact, sauf pour le médecin J qui prétendait ne suivre aucun ancien détenu. La majorité des médecins suivait entre un et six anciens détenus, donc assez peu. Un médecin soulignait suivre environ 80 anciens détenus, ce qui était exceptionnel.

Entretien	Nombre d'anciens détenus en suivi
A	(93) : « (...) je pense ça doit être 6 ou 7 (...) plus ou moins. »
B	(63) : « Je pense que j'en connaît pas mal qui avaient été incarcérés, mais le nombre exact je ne sais pas. »
C	(121) : « (...) oui, un à deux je dirais (...) »
D	(62) : « (...) donc je crois que ce sont 3 ou 4 de mes patients que je suis en substitution (...) Ça fait 3 ou 4. »
E	(68) : « Oh une demi-douzaine. Une demi-douzaine jusqu'à dix (...) »
F	(70) : « Peut-être trois. »
G	(54) : « (...) 3, 4, 5. »
H	(59) : « (...) je n'ai pas de statistiques là-dessus. »
I	(103) : « (...) 80 (...) je dirais. »
J	(52) : « Aucun ! »

Tableau 3 : Réponses à la question « *Combien d'anciens détenus suivez-vous ?* »

2. Données sur les entretiens et la population des patients-détenus interrogés

a. Données techniques sur les entretiens avec l'échantillon des patients-détenus interrogés

Du 28 mars 2018 au 11 mai 2018, 10 entretiens ont été effectués auprès des patients-détenus dans un des bureaux de consultation au sein du CPL, mais lequel exactement ne peut être spécifié afin de ne pas divulguer le sexe de l'interviewé.

Le Tableau 4 reprend la date des entretiens avec les patients-détenus, la durée de l'enregistrement des entretiens, les dates des transcriptions ainsi que le nombre de lignes de transcription.

La durée de ces derniers a été en moyenne 14 minutes et 21 secondes, s'étendant de 9 minutes et 14 secondes du plus court à 22 minutes et 46 secondes au plus long, soit un total de 2 heures 23 minutes et 31 secondes.

On note un total de 1605 lignes de textes, s'étendant de 111 lignes pour la transcription la plus courte à 224 lignes pour la plus longue.

Entretien	Date de l'entretien	Durée de l'enregistrement	Date(s) de la transcription	Lignes de transcription
1	28.3.2018 vers 14 h 30	9 min 59 s	28.3-31.3.2018	118
2	28.3.2018 vers 15 h 00	9 min 14 s	31.3.2018	125
3	28.3.2018 vers 15 h 20	11 min 21 s	31.3-2.4.2018	189
4	6.4.2018 vers 15 h 45	22 min 46 s	13.4-14.4.2018	224
5	6.4.2018 vers 16 h 10	12 min et 15 s	14.4.2018	138
6	6.4.2018 vers 16 h 35	19 min 29 s	14.4.2018	163
7	20.4.2018 vers 16 h 40	9 min 39 s	28.4.2018	111
8	20.4.2018 vers 17 h 00	12 min 56 s	1.5.2018	165
9	11.5.2018 vers 16 h 00	17 min 30 s	12.5.2018	183
10	11.5.2018 vers 16 h 45	18 min 22 s (6 min 18 s puis 12 min 4 s)	13.5.2018	189
Total		2 h 23 min 31 s		1605
Moyenne		14 min 21 s		160,5

Tableau 4 : Données techniques sur les entretiens de l'échantillon des patients-détenus interrogés

b. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des patients-détenus

Le Tableau 6 reprend les caractéristiques sociodémographiques des patients-détenus, à savoir : la tranche d'âge, la nationalité, le canton du lieu de vie à l'extérieur, la durée d'incarcération actuelle ainsi qu'au total et la durée entre l'élargissement et la réincarcération. Rappelons que le sexe n'a pas été relevé pour garantir l'anonymat, comme requis par le CNER.

Sur les 10 patients-détenus interviewés, les personnes étaient pour la majorité de nationalité luxembourgeoise et portugaise, huit patients-détenus ayant moins de 40 ans, habitant pour quatre d'entre eux dans le canton d'Esch-sur-Alzette (le plus représenté). Au total, cinq nationalités différentes étaient représentées. La durée d'incarcération était variable : six détenus séjournaient depuis moins d'un an, quatre détenus ont déjà passé plus de 10 ans en prison. La réincarcération s'était passée en moins de cinq ans chez neuf détenus, même moins d'un an chez cinq détenus.

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins

Entretien	Sexe	Âge	Nationalité	Lieu de travail	Durée d'exercice de la médecine	Durée d'inscription dans le programme de substitution
A	femme	30-39	luxembourgeoise	Luxembourg	1-5	1-5
B	homme	50-59	luxembourgeoise	Luxembourg	>10	>10
C	femme	20-29	luxembourgeoise	Esch-sur-Alzette	1-5	1-5
D	homme	60-69	luxembourgeoise	Luxembourg	>10	>10
E	homme	60-69	luxembourgeoise	Luxembourg	>10	>10
F	homme	30-39	luxembourgeoise	Diekirch	1-5	1-5
G	homme	70-79	luxembourgeoise	Esch-sur-Alzette	>10	>10
H	homme	40-49	luxembourgeoise	Esch-sur-Alzette	>10	>10
I	homme	50-59	luxembourgeoise	Luxembourg	>10	>10
J	homme	50-59	luxembourgeoise	Mersch	>10	>10

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des patients-détenus

Entretien	Âge	Nationalité	Lieu de vie à l'extérieur	Durée d'incarcération actuelle	Durée d'incarcération au total	Durée entre élargissement et réincarcération
1	30-39	belge	Clervaux	1-5	1-5	<1
2	30-39	luxembourgeoise	Esch-sur-Alzette	<1	1-5	1-5
3	40-49	portugaise	Mersch	<1	5-10	>10
4	50-59	portugaise	Esch-sur-Alzette	1-5	>10	<1
5	30-39	luxembourgeoise	Mersch	1-5	>10	1-5
6	30-39	luxembourgeoise	Esch-sur-Alzette	<1	5-10	1-5
7	30-39	française	Esch-sur-Alzette	<1	1-5	1-5
8	20-29	portugaise	Luxembourg	<1	<1	<1
9	20-29	française	France	<1	>10	<1
10	30-39	italienne	Luxembourg	5-10	>10	<1

3. Distribution géographique de l'échantillon des médecins et patients-détenus interrogés

Nous avons inscrit sur une carte des 12 cantons du Grand-Duché de Luxembourg le nombre de médecins et de détenus en fonction du canton du lieu de travail respectivement de vie, ainsi que le nombre de médecins inscrits dans le programme de substitution aux opiacés (Figure 3).

Les numéros des entretiens ont été notés pour les médecins et les détenus (pas le nombre), le nombre de médecins pour la substitution.

Cette carte n'ayant pas d'échelle, voici quelques données pour avoir une idée sur les distances à parcourir : axe ouest-est = 58 km, axe sud-nord = 82 km, superficie = 2586 km², distance entre les deux principales villes du pays (Luxembourg et Esch-sur-Alzette) = 18 km (55) (56). Pour avoir des valeurs de références, le Tableau 7 reprend la population des différents cantons ainsi que la densité de médecins généralistes par 1000 habitants.

Nous avons remarqué que les cantons les plus peuplés, Luxembourg et Esch-sur-Alzette, n'avaient pas la densité de médecins généralistes la plus importante (1,09 médecins/1000 habitants respectivement 0,77 médecins/1000 habitants). Ils avaient par contre la densité la plus importante de médecins inscrits dans le programme de substitution aux opiacés (28 médecins respectivement 22 médecins). Notre échantillon montrait des proportions semblables, cinq médecins du Luxembourg et trois médecins d'Esch-sur-Alzette. C'est dans ces cantons où le besoin de prise en charge de toxicomanes semble avoir été le plus important (si on considère que les détenus sont majoritairement des toxicomanes), avec deux détenus de Luxembourg et quatre d'Esch-sur-Alzette. Certains cantons n'avaient même pas de couverture de médecins substituants comme Redange et Vianden ou une couverture très faible comme Wiltz, Echternach, Remich ou Capellen. Ceci pourrait s'expliquer par la haute concentration de

toxicomanes autour des axes ferroviaires et comme ces cantons n'étaient pas ou peu desservis, la demande était par conséquent presque zéro.

Tableau 7 : Population du Grand-Duché de Luxembourg par canton et la densité de médecins généralistes

2018	population	%	densité de médecins généralistes par 1000 habitants par canton
Grand-Duché de Luxembourg	602 005	100	0,89
canton Capellen	48 187	8,00	0,51
canton Clervaux	18 081	3,00	0,94
canton Diekirch	32 543	5,41	1,04
canton Echternach	18 899	3,14	0,95
canton Esch-sur-Alzette	176 820	29,37	0,77
canton Grevenmacher	29 828	4,96	0,84
canton Luxembourg	182 607	30,33	1,09
canton Mersch	32 112	5,33	0,62
canton Redange	18 664	3,10	0,89
canton Remich	22 366	3,72	1,39
canton Vianden	5 163	0,86	0,19
canton Wiltz	16 735	2,78	0,66

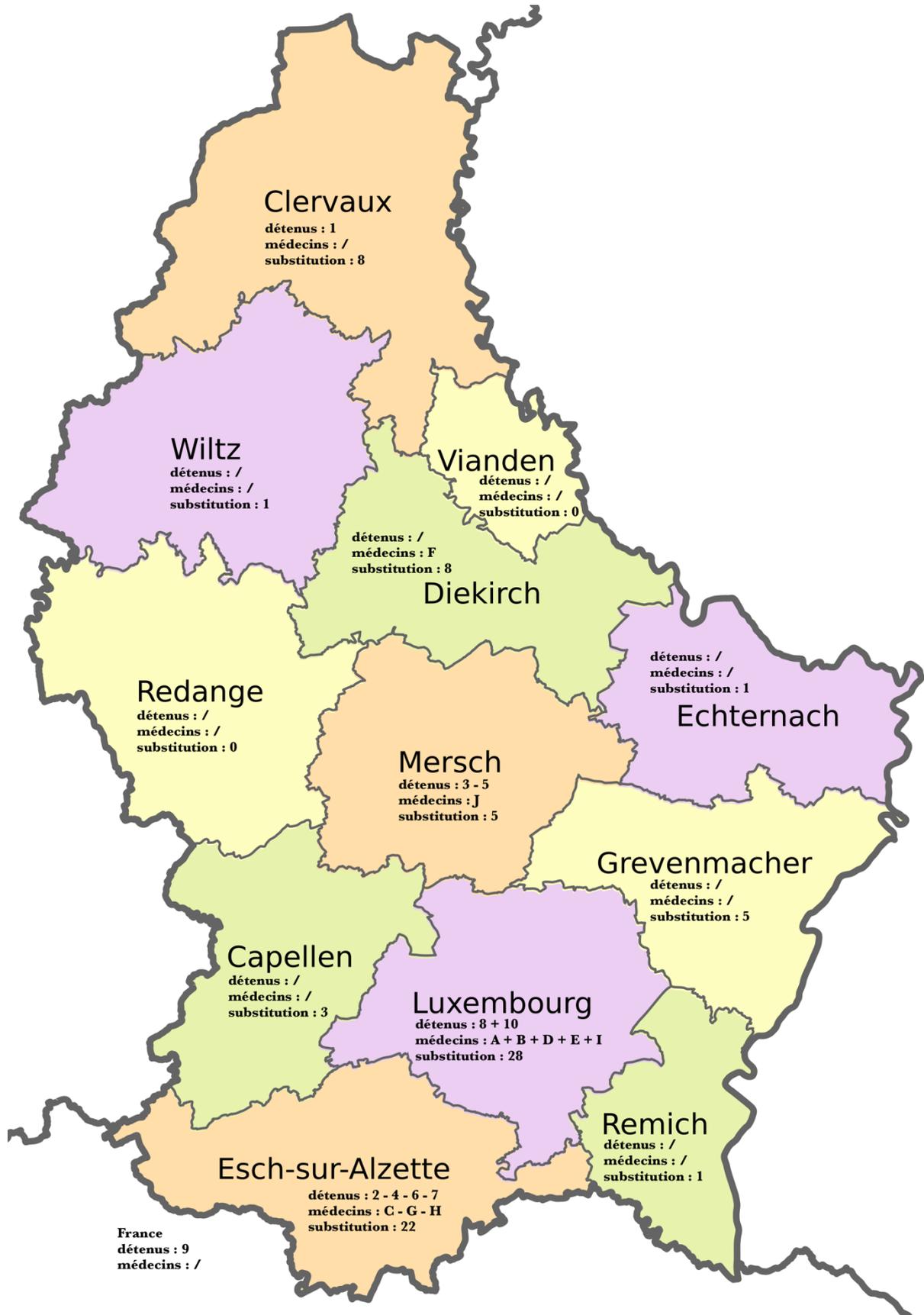


Figure 3 : Distribution géographique des détenus et médecins de l'échantillon ainsi que les médecins substituants par cantons du Grand-Duché de Luxembourg

B. Résultats de l'analyse qualitative

1. Résultats de l'échantillon des médecins interrogés

Des 10 entretiens semi-dirigés et intégralement transcrits réalisés avec les médecins, 148 items ont été mis en évidence selon le procédé d'analyse thématique catégorielle. Chaque item regroupait plusieurs *verbatim* extraits de ces transcriptions. Le tableau complet des items et de ses *verbatim* associés est consultable dans l'Annexe 7 - a.

Ces 148 items ont permis de faire ressortir 25 dimensions différentes regroupées en sept thèmes. Les thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les médecins sont représentés dans la Figure 4. L'intégralité des résultats est résumée dans le Tableau 8.

2. Résultats de l'échantillon des patients-détenus interrogés

Des 10 entretiens semi-dirigés et intégralement transcrits réalisés avec les patients-détenus, 145 items ont été mis en évidence selon le même procédé d'analyse thématique catégorielle. Chaque item regroupait plusieurs *verbatim* extraits de ces transcriptions. Le tableau complet des items et ses *verbatim* associés est consultable dans l'Annexe 7 - b.

Ces 145 items ont permis de faire ressortir 26 dimensions différentes regroupées en sept thèmes. Les thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les patients-détenus sont représentés dans la Figure 5. L'intégralité des résultats est résumée dans le Tableau 9.

Figure 4 : Thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les médecins

A. L'état de santé des détenus.	<ul style="list-style-type: none"> •A1. Les principales pathologies de la population incarcérée.
B. Ce que les médecins connaissent du système pénitentiaire.	<ul style="list-style-type: none"> •B1. Les connaissances des médecins concernant le système pénitentiaire luxembourgeois. •B2. Les connaissances des médecins concernant les soins en milieu pénitentiaire.
C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.	<ul style="list-style-type: none"> •C1. Le contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur. •C2. Les avantages et inconvénients d'un contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.
D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.	<ul style="list-style-type: none"> •D1. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes connues par les médecins. •D2. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes collaborant avec les médecins.
E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.	<ul style="list-style-type: none"> •E1. Les aides générales proposées lors de l'élargissement. •E2. Les aides médicales proposées lors de l'élargissement. •E3. Les aides sociales proposées lors de l'élargissement. •E4. Les aides psychologiques proposées lors de l'élargissement. •E5. Les plaintes exprimées concernant les aides générales et sociologiques lors de l'élargissement. •E6. Les plaintes exprimées concernant les aides médicales lors de l'élargissement. •E7. Les suspicions et craintes lors de l'élargissement. •E8. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge médicale lors de l'élargissement. •E9. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge générale lors de l'élargissement. •E10. Les aides importantes qu'un détenu nécessite lors de l'élargissement.
F. Le détenu vu par le médecin.	<ul style="list-style-type: none"> •F1. Ce que les médecins pensent d'anciens détenus. •F2. La communication entre anciens détenus et médecins.
G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.	<ul style="list-style-type: none"> •G1. Le suivi ambulatoire d'anciens détenus. •G2. Le réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement. •G3. La médecine générale comme outil de prévention de la réincarcération. •G4. La prise en charge psychiatrique comme outil de prévention de la réincarcération. •G5. La prise en charge sociale comme outil de prévention de la réincarcération. •G6. La remédicalisation de la psychiatrie.

Tableau 8 : Thèmes, dimensions, items et nombre de verbatim par item d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les médecins

Thèmes	Dimensions	Items	Nombre de verbatim
A. L'état de santé des détenus.	A1. Les principales pathologies de la population incarcérée.	1. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies infectieuses.	6
		2. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies psychiatriques/psychologiques.	7
		3. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies générales rencontrées en médecine générale de ville.	5
		4. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies liées aux addictions.	7
		5. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies orthopédiques/traumatologiques.	2
		6. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies pneumologiques.	1
		7. Les médecins pensent que les détenus ont une prise en charge médicale régulière et globale.	2
B. Ce que les médecins connaissent du système pénitentiaire.	B1. Les connaissances des médecins concernant le système pénitentiaire luxembourgeois.	8. Les médecins ne connaissent pas le fonctionnement du système pénitentiaire luxembourgeois.	9
		9. Les médecins connaissent les centres pénitentiaires.	3
		10. Les médecins connaissent en partie le fonctionnement du système pénitentiaire luxembourgeois.	3
		11. Les médecins connaissent la libération sous conditions.	2
	B2. Les connaissances des médecins concernant les soins en milieu pénitentiaire.	12. Les médecins ne connaissent pas les soins en milieu pénitentiaire.	1
		13. Les médecins connaissent le volet médical du système pénitentiaire luxembourgeois.	4
		14. Les médecins savent qu'il y a un programme de substitution aux opioïdes en prison.	1
		15. Les médecins savent qu'il existe une pharmacie en prison.	1
		16. Les médecins savent qu'il existe une équipe infirmière en prison.	3
		17. Les médecins savent qu'il existe un service de soins psychiatriques de prison.	3
		18. Les médecins savent qu'il existe un service de médecine générale/somatique de prison.	9
19. Les médecins savent qu'il existe un suivi par un infectiologue.	3		
20. Les médecins savent que l'équipe médicale de prison travaille avec le CHL.	7		
21. Les médecins prétendent que les détenus ont le libre choix du médecin.	1		

C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.	C1. Le contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.	22. Les médecins ont déjà consulté en prison. 23. Les médecins ont un contact avec le service de soins psychiatriques de prison. 24. Les médecins ont déjà eu contact avec le service de médecine générale/somatique de prison. 25. Les médecins n'ont pas eu de contact avec l'équipe médicale de prison. 26. Les médecins proposent un contact direct avec l'équipe médicale de prison déjà en début d'incarcération.	2 1 5 6 1
	C2. Les avantages et inconvénients d'un contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.	27. Les médecins voient des avantages dans un contact avec l'équipe médicale de prison. 28. Les médecins ne voient pas d'inconvénients dans un contact avec l'équipe médicale de prison. 29. Les médecins ne voient ni d'avantage ni d'inconvénient dans un contact avec l'équipe médicale de prison.	7 3 1
D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.	D1. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes connues par les médecins.	30. Les médecins connaissent la <i>Jugend- an Drogenhëllef</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 31. Les médecins connaissent l' <i>Abrigado</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 32. Les médecins connaissent <i>Liewen Dobaussen</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 33. Les médecins connaissent <i>Stëmm vun der Strooss</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 34. Les médecins connaissent <i>Arcus</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 35. Les médecins connaissent la <i>Croix-Rouge</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 36. Les médecins connaissent la <i>Caritas</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 37. Les médecins prétendent connaître toutes les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 38. Les médecins voient le réseau de médecins du programme de substitution aux opioïdes comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg. 39. Les médecins voient les médecins addictologues hospitaliers et libéraux comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	9 2 1 1 2 1 1 1 3 1

		40. Les médecins voient le Centre Pénitentiaire comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
	D2. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes collaborant avec les médecins.	41. Les médecins ont déjà travaillé avec la <i>Jugend- an Drogenhëllef</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	9
		42. Les médecins ont déjà travaillé avec <i>Arcus</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	2
		43. Les médecins ont déjà travaillé avec <i>Liewen Dobaussen</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
		44. Les médecins ont déjà travaillé avec <i>Info-Prison</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
		45. Les médecins ont déjà travaillé avec le <i>Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
		46. Les médecins ont déjà travaillé avec <i>Stëmm vun der Strooss</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
		47. Les médecins ne travaillent pas avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.	E1. Les aides générales proposées lors de l'élargissement.	48. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide en général lors de l'élargissement.	5
		49. Les médecins pensent que les détenus ont une aide en général lors de l'élargissement.	1
		50. Les médecins pensent que l'aide attribuée aux détenus dépend de leur motif d'incarcération.	1
		51. Les médecins ne savent pas si les détenus ont des aides lors de l'élargissement.	8
	E2. Les aides médicales proposées lors de l'élargissement.	52. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau médical lors de l'élargissement.	6
		53. Les médecins pensent que les détenus sont mis en contact avec un médecin à l'extérieur lors de l'élargissement.	2
		54. Les médecins pensent que les détenus sont mis en contact avec une institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg lors de l'élargissement.	2
		55. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas de couverture sociale lors de l'élargissement.	1
	56. Les médecins ne savent pas s'il y a des points faibles dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison.	2	

		57. Les médecins ne voient pas de problèmes dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison.	1
	E3. Les aides sociales proposées lors de l'élargissement.	58. Les médecins pensent que les détenus obtiennent des aides à la réinsertion en prison. 59. Les médecins pensent que les détenus sont aidés par des assistants sociaux à l'extérieur lors de l'élargissement. 60. Les médecins pensent que les détenus sont aidés par des assistants sociaux en prison lors de l'élargissement. 61. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau social lors de l'élargissement. 62. Les médecins pensent que les détenus ont une aide au travail lors de l'élargissement. 63. Les médecins pensent que les détenus n'ont aucune aide au travail lors de l'élargissement. 64. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas de logement lors de l'élargissement.	2 4 3 1 2 1 4
	E4. Les aides psychologiques proposées lors de l'élargissement.	65. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau psychologique lors de l'élargissement. 66. Les médecins pensent que les détenus ont un suivi psychologique à l'extérieur lors de l'élargissement.	3 4
	E5. Les plaintes exprimées concernant les aides générales et sociologiques lors de l'élargissement.	67. Les médecins critiquent les élargissements non préparés en prison. 68. Les médecins critiquent le système de l'élargissement. 69. Les médecins pensent que l'absence de logement après l'élargissement est problématique. 70. Les médecins critiquent les critères nécessaires pour obtenir de l'aide après l'élargissement. 71. Les médecins critiquent le manque de préparation des détenus à la réinsertion en prison.	4 1 1 1 3
	E6. Les plaintes exprimées concernant les aides médicales lors de l'élargissement.	72. Les médecins critiquent le manque d'articulation entre la prise en charge en prison et à l'extérieur. 73. Les médecins critiquent les élargissements en fin de semaine. 74. Les médecins critiquent la prise en charge médicale en prison. 75. Les médecins critiquent l'absence de médication lors de l'élargissement. 76. Les médecins critiquent l'absence de la transmission du dossier médical du détenu lors de l'élargissement. 77. Les médecins critiquent l'absence d'information d'incarcération de leurs patients qu'ils suivent. 78. Les médecins pensent que l'élargissement à Givenich se passe mieux qu'à Schrassig.	5 1 1 2 1 3 1

	E7. Les suspicions et craintes lors de l'élargissement.	<p>79. Les médecins pensent que l'inobservance des détenus favorise une rechute. 1</p> <p>80. Les médecins pensent qu'un manque d'articulation entre la prise en charge en prison et à l'extérieur favorise la rechute. 1</p> <p>81. Les médecins pensent que l'élargissement est une étape difficile pour un détenu. 2</p> <p>82. Les médecins pensent que le fait de connaître le passé d'un patient incarcéré change la prise en charge médicale. 2</p> <p>83. Les médecins pensent que la perte de vue des anciens détenus est problématique. 5</p> <p>84. Les médecins pensent que le manque d'aides aux détenus lors de l'élargissement favorise la rechute. 2</p> <p>85. Les médecins pensent que le manque d'aides aux détenus lors de l'élargissement favorise la réincarcération. 2</p>	
	E8. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge médicale lors de l'élargissement.	<p>86. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une couverture médicale lors de l'élargissement. 1</p> <p>87. Les médecins proposent que les détenus obtiennent le tiers payant social lors de l'élargissement. 1</p> <p>88. Les médecins proposent qu'on fixe des rendez-vous médicaux en ambulatoire avant l'élargissement. 1</p> <p>89. Les médecins proposent qu'on donne aux détenus leur traitement chronique lors de l'élargissement. 1</p> <p>90. Les médecins proposent une lettre médicale/rapport médical de sortie de prison. 5</p> <p>91. Les médecins proposent un rapport socio-médical de sortie de prison. 1</p> <p>92. Les médecins proposent un contact direct avec l'équipe médicale de prison lors de l'élargissement d'un patient. 5</p> <p>93. Les médecins proposent une prise en charge rapide après l'élargissement des détenus. 1</p> <p>94. Les médecins ne connaissent pas d'améliorations dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison. 1</p>	
	E9. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge générale lors de l'élargissement.	<p>95. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une aide au logement lors de l'élargissement. 4</p> <p>96. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une aide au travail lors de l'élargissement. 4</p> <p>97. Les médecins proposent une période de transition avant l'élargissement. 2</p> <p>98. Les médecins proposent un contact direct avec les assistants sociaux en prison lors de l'élargissement d'un patient. 1</p>	

		99. Les médecins proposent un contact direct en général entre le Centre Pénitentiaire et les médecins à l'extérieur lors de l'élargissement d'un patient.	1
	E10. Les aides importantes qu'un détenu nécessite lors de l'élargissement.	100. Les médecins pensent qu'il est indispensable de préparer un élargissement en avance en prison. 101. Les médecins doivent prendre en charge rapidement les anciens détenus élargis. 102. Les médecins pensent que les détenus nécessitent de l'aide de leur famille lors de l'élargissement. 103. Les médecins pensent que les détenus nécessitent un suivi infectiologique lors de l'élargissement. 104. Les médecins pensent que les détenus nécessitent un suivi psychologique/psychiatrique lors de l'élargissement.	1 1 3 2 2
F. Le détenu vu par le médecin.	F1. Ce que les médecins pensent d'anciens détenus.	105. Les médecins critiquent l'inobservance des détenus après l'élargissement.	3
		106. Les médecins se méfient d'anciens détenus.	3
		107. Les médecins pensent qu'il faut avoir de bonnes connaissances en psychiatrie pour prendre en charge d'anciens détenus.	2
		108. Les médecins critiquent le non-paiement des mémoires d'honoraires par d'anciens détenus.	2
		109. Les médecins pensent que les anciens détenus ont des problèmes psycho-socio-économiques.	4
		110. Les médecins pensent que les anciens détenus sont stigmatisés.	2
		111. Les médecins pensent que les anciens détenus consomment plus de drogues que le reste de leur patientèle.	1
		112. Les médecins pensent qu'il ne faut pas stigmatiser les anciens détenus.	2
		113. Les médecins pensent que les anciens détenus doivent prendre l'initiative de se faire prendre en charge.	5
	F2. La communication entre anciens détenus et médecins.	114. Les médecins pensent que les toxicomanes sont honnêtes.	1
115. Les médecins pensent que les détenus se sentent mieux encadrés en prison qu'à l'extérieur.		1	
		116. Les médecins ont des patients qui parlent de leur incarcération.	5
		117. Les médecins ont des patients qui n'osent pas parler de leur incarcération.	1
		118. Les médecins ne savent pas combien d'anciens détenus ils suivent.	5
		119. Les médecins savent combien d'anciens détenus ils suivent.	4

G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.	G1. Le suivi ambulatoire d'anciens détenus.	120. Les médecins suivent les anciens détenus pour une substitution aux opiacés.	9
		121. Les médecins suivent les anciens détenus pour d'autres raisons que la substitution aux opiacés.	6
		122. Les médecins pensent qu'il n'y a pas de différence dans le suivi entre un ancien détenu et le reste de sa patientèle.	6
		123. Les médecins pensent que la prise en charge médicale des anciens détenus est plus lourde.	4
		124. Les médecins pensent que les anciens détenus font du tourisme médical.	1
		125. Les médecins suivent d'anciens détenus qui veulent changer de vie pour ne plus retourner en prison.	1
	G2. Le réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	126. Les médecins prétendent que les anciens détenus ont le libre choix du médecin.	3
		127. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement serait utile dans la prise en charge médicale.	9
		128. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement ne devrait pas exister.	3
		129. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement serait un point de repère pour un ancien détenu.	1
		130. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement résout le problème de transmission des données.	1
		131. Les médecins sont intéressés à participer à un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	6
G3. La médecine générale comme outil de prévention de la réincarcération.	132. Les médecins ne sont pas intéressés à participer à un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	5	
	133. Les médecins pensent que la médecine générale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	9	
	134. Les médecins pensent qu'un médecin empathique qui est à l'écoute peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	3	
	135. Les médecins pensent que la prise en charge médicale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	7	
	136. Les médecins pensent que des conseils motivants peuvent avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	4	
	137. Les médecins pensent que leur disponibilité en cas de problèmes peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	1	

		138. Les médecins pensent que la médecine générale n'a pas de place dans la prévention de la réincarcération.	2
		139. Les médecins ne savent pas si la médecine générale a une de place dans la prévention de la réincarcération.	1
		140. Les médecins proposent que les détenus soient redirigés vers leur médecin référent.	2
	G4. La prise en charge psychiatrique comme outil de prévention de la réincarcération.	141. Les médecins pensent que la prise en charge des addictions peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	6
		142. Les médecins pensent que la prise en charge psychologique peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	3
	G5. La prise en charge sociale comme outil de prévention de la réincarcération.	143. Les médecins pensent qu'il faut une prise en charge pluridisciplinaire dans la prévention de la réincarcération.	3
		144. Les médecins pensent que la prise en charge sociale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	1
	G6. La remédicalisation de la psychiatrie.	145. Les médecins pensent que les addictions sont devenues un problème juridique et non médical.	1
		146. Les médecins proposent une dépénalisation des drogues.	1
		147. Les médecins proposent une médicalisation des troubles psychiatriques.	1
148. Les médecins se plaignent du manque de médecins dans le programme de substitution aux opiacés.		1	

Figure 5 : Thèmes et dimensions d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les patients-détenus

A. L'état de santé des détenus.	<ul style="list-style-type: none"> •A1. Les principales pathologies de la population incarcérée.
B. Les soins prestés en prison.	<ul style="list-style-type: none"> •B1. La satisfaction des détenus concernant les soins prestés en prison. •B2. Les critiques des détenus concernant les soins prestés en prison.
C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.	<ul style="list-style-type: none"> •C1. Le contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur. •C2. Les avantages et inconvénients d'un contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.
D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.	<ul style="list-style-type: none"> •D1. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes connues par les détenus. •D2. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes utilisées par les détenus.
E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.	<ul style="list-style-type: none"> •E1. Les aides générales proposées lors de l'élargissement. •E2. Les aides médicales proposées lors de l'élargissement. •E3. Les aides sociales proposées lors de l'élargissement. •E4. Les aides psychologiques proposées lors de l'élargissement. •E5. Les plaintes exprimées concernant les aides générales et sociologiques lors de l'élargissement. •E6. Les plaintes exprimées concernant les aides médicales lors de l'élargissement. •E7. Les suspicions et craintes lors de l'élargissement. •E8. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge médicale lors de l'élargissement. •E9. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge générale lors de l'élargissement.
F. Le détenu - la vie en prison et la vie en liberté.	<ul style="list-style-type: none"> •F1. Le statut social/les avoirs des détenus à l'extérieur. •F2. La communication entre anciens détenus. •F3. La vie en prison est mieux. •F4. La vie après l'élargissement. •F5. Le point de vue du détenu.
G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.	<ul style="list-style-type: none"> •G1. Les médecins ou services jouant un rôle dans la prise en charge des anciens détenus après l'élargissement. •G2. Les avantages et inconvénients de la prise en charge médicale à l'extérieure. •G3. Le réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement. •G4. La médecine générale comme outil de prévention de la réincarcération. •G5. La prise en charge psychiatrique comme outil de prévention de la réincarcération.

Tableau 9 : Thèmes, dimensions, items et nombre de verbatim par item d'après l'analyse qualitative des entretiens avec les détenus

Thèmes	Dimensions	Items	Nombre de verbatim
A. L'état de santé des détenus.	A1. Les principales pathologies de la population incarcérée.	1. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies infectieuses.	6
		2. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies orthopédiques.	4
		3. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies pneumologiques.	3
		4. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies dermatologiques.	2
		5. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies internes.	1
		6. Les détenus sont suivis ou traités pour des addictions.	2
		7. Les détenus prétendent ne pas être suivis ou traités en prison.	3
		8. Les détenus présentent les mêmes pathologies qu'avant l'incarcération.	7
		9. Les détenus obtiennent de nouvelles pathologies pendant l'incarcération.	1
B. Les soins prestés en prison.	B1. La satisfaction des détenus concernant les soins prestés en prison.	10. Les détenus sont partiellement satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	3
		11. Les détenus ne sont pas satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	1
		12. Les détenus sont totalement satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	8
		13. Les détenus pensent que la prise en charge médicale en prison équivaut à celle à l'extérieur.	5
		14. Les détenus pensent qu'il n'y a pas de points faibles dans la prise en charge médicale en prison.	2
		15. Les détenus qui passent une longue peine considèrent l'équipe médicale de prison comme leur médecin traitant.	1
	B2. Les critiques des détenus concernant les soins prestés en prison.	16. Les détenus pensent que la médecine en milieu carcéral est diversifiée.	1
		17. Les détenus critiquent le choix restreint de médecins consultables.	2
		18. Les détenus critiquent le manque de temps que l'équipe médicale leur consacre.	3
		19. Les détenus critiquent les délais d'attente pour un avis spécialisé ou un examen complémentaire.	1
20. Les détenus critiquent la lenteur administrative en cas d'urgence médicale.	1		
21. Les détenus se plaignent de ne pas pouvoir consulter l'équipe médicale de prison quand ils veulent.	4		
22. Les détenus se plaignent de ne pas avoir droit aux jours de congé-maladie qu'ils devraient pouvoir toucher.	1		

		23. Les détenus critiquent que l'accès aux soins et autres aides soit restreint en détention provisoire.	1
		24. Les détenus critiquent qu'ils n'aient pas accès aux mêmes soins que dehors.	1
C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.	C1. Le contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.	25. Les détenus ne savent pas si l'équipe médicale de prison possède un contact avec les médecins à l'extérieur.	6
		26. Les détenus savent que l'équipe médicale de prison possède un contact avec les médecins à l'extérieur.	6
		27. Les détenus savent que l'équipe médicale de prison travail avec le CHL.	3
	C2. Les avantages et inconvénients d'un contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur.	28. Les détenus ne savent pas s'il existe des avantages dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	2
		29. Les détenus ne voient pas d'avantages dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	1
		30. Les détenus pensent que la transmission des informations est un avantage dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	7
31. Les détenus ne savent pas s'il existe des inconvénients dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.		2	
		32. Les détenus ne voient pas d'inconvénients dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	6
D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.	D1. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes connues par les détenus.	33. Les détenus connaissent la <i>Croix-Rouge</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	2
		34. Les détenus connaissent l' <i>Abrigado</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	5
		35. Les détenus connaissent la <i>Jugend- an Drogenhëllef</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	5
		36. Les détenus connaissent le <i>Programme TOX</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	2
		37. Les détenus connaissent la <i>Caritas</i> comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1
		38. Les détenus connaissent le CHNP comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	1

		39. Les détenus connaissent des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes à l'étranger.	2
		40. Les détenus ne connaissent pas d'institution ou d'organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	2
	D2. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes utilisées par les détenus.	41. Les détenus ont déjà utilisé les services d' <i>Abrigado</i> .	3
		42. Les détenus ont déjà utilisé les services d' <i>Arcus</i> .	1
		43. Les détenus ont déjà utilisé les services de la <i>Jugend- an Drogenhëllef</i> .	3
		44. Les détenus ont déjà utilisé les services du <i>Programme TOX</i> .	4
		45. Les détenus ont déjà utilisé des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes à l'étranger.	2
		46. Les détenus prétendent que les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg travaillent avec ceux à l'étranger.	1
47. Les détenus utilisent plusieurs services d'institutions ou d'organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	2		
48. Les détenus n'ont jamais eu de contact avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	3		
E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.	E1. Les aides générales proposées lors de l'élargissement.	49. Les détenus prétendent qu'il existe des aides à la sortie de prison.	2
		50. Les détenus ne savent pas s'ils ont des aides à leur disposition lors de l'élargissement.	1
		51. Les détenus reçoivent des aides sous condition d'être en liberté conditionnelle.	4
		52. Les détenus reçoivent de l'aide sous forme de conseils en prison.	2
	E2. Les aides médicales proposées lors de l'élargissement.	53. Les détenus reçoivent de l'aide sous forme de thérapie lors de l'élargissement.	2
		54. Les détenus préparent leur sortie avec l'équipe médicale de prison.	1
	E3. Les aides sociales proposées lors de l'élargissement.	55. Les détenus reçoivent de l'aide pour trouver un travail à l'élargissement.	1
		56. Les détenus reçoivent de l'aide pour un logement à l'élargissement.	2
57. Les détenus reçoivent des aides financières à l'élargissement.		1	
E4. Les aides psychologiques proposées lors de l'élargissement.	58. Les détenus trouvent un suivi psychologique à la sortie de prison.	6	
	59. Les détenus ne cherchent pas de suivi psychologique à la sortie de prison.	4	

	E5. Les plaintes exprimées concernant les aides générales et sociologiques lors de l'élargissement.	<p>60. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides en général lors de l'élargissement.</p> <p>61. Les détenus pensent qu'il y a des problèmes en général au moment de l'élargissement.</p> <p>62. Les détenus se plaignent de ne pas avoir un temps de transition lors de l'élargissement.</p> <p>63. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour trouver un travail lors de l'élargissement.</p> <p>64. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour trouver un logement lors de l'élargissement.</p> <p>65. Les détenus préfèrent les aides proposées à Givenich.</p> <p>66. Les détenus doivent préparer eux-mêmes leur sortie.</p>	<p>4</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>3</p>
	E6. Les plaintes exprimées concernant les aides médicales lors de l'élargissement.	<p>67. Les détenus critiquent de ne pas avoir de médicaments à leur sortie.</p> <p>68. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour la suite des soins lors de l'élargissement.</p> <p>69. Les détenus critiquent le relais de la prise en charge médicale entre la prison et l'extérieur.</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
	E7. Les suspicions et craintes lors de l'élargissement.	<p>70. Les détenus craignent que le manque d'aides lors de l'élargissement favorise la réincarcération.</p> <p>71. Les détenus pensent qu'un soutien familial est un facteur protecteur contre la réincarcération.</p> <p>72. Les détenus pensent qu'une aide pour obtenir un travail lors de l'élargissement est un moyen de prévention de la réincarcération.</p> <p>73. Les détenus qui n'ont pas d'aide au logement ou financière à leur sortie redeviennent criminels ce qui favorise la réincarcération.</p> <p>74. Les détenus pensent qu'un suivi psychologique est nécessaire.</p> <p>75. Les détenus prétendent qu'une aide après l'élargissement peut prévenir la réincarcération.</p> <p>76. Les détenus prétendent que le manque d'aide favorise la rechute et peut être mortel.</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>
	E8. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge médicale lors de l'élargissement.	<p>77. Les détenus pensent qu'une couverture médicale protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.</p> <p>78. Les détenus pensent qu'une ordonnance de sortie protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.</p> <p>79. Les détenus pensent qu'une transmission de leur dossier ou un rapport de sortie au médecin traitant protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>5</p>

		80. Les détenus demandent une orientation médicale plus personnelle/individuelle à la sortie de prison.	1
		81. Les détenus ne savent pas s'il y a des problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	4
		82. Les détenus n'ont pas d'améliorations à proposer dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	2
		83. Les détenus demandent une couverture médicale après l'élargissement.	1
		84. Les détenus espèrent que les jeunes médecins stigmatisent moins les toxicomanes.	1
		85. Les détenus demandent plus d'aides en détention provisoire.	1
	E. Les propositions/demandes d'améliorations de la prise en charge générale lors de l'élargissement.	86. Les détenus demandent de l'aide pour obtenir un travail lors de l'élargissement.	2
		87. Les détenus demandent de l'aide pour obtenir un logement lors de l'élargissement.	2
		88. Les détenus demandent de l'aide psychologique avant l'élargissement.	1
		89. Les détenus demandent une période de transition avant l'élargissement.	2
	90. Les détenus demandent plus de documentations à la sortie de prison.	1	
F. Le détenu – la vie en prison et la vie en liberté.	F1. Le statut social/les avoirs des détenus à l'extérieur.	91. Les détenus n'ont pas de travail à l'extérieur lors de l'élargissement.	2
		92. Les détenus ont un logement à l'extérieur lors de l'élargissement.	2
		93. Les détenus n'ont pas de logement à l'extérieur lors de l'élargissement.	5
		94. Les détenus ont un soutien familial à l'extérieur lors de l'élargissement.	4
		95. Les détenus n'ont aucun soutien familial à l'extérieur lors de l'élargissement.	1
	F2. La communication entre détenus.	96. Les détenus ne parlent pas de leur élargissement avec des co-détenus.	4
		97. Les détenus savent comment se passe l'élargissement chez des co-détenus.	7
		98. Les détenus s'isolent devant la peur d'avoir des sanctions en prison.	1
	F3. La vie en prison est mieux.	99. Les détenus pensent que la vie en prison est plus facile.	3
		100. Les détenus prétendent que l'emprisonnement aide au sevrage de drogues.	3
		101. Les détenus préfèrent l'emprisonnement à la précarité dehors.	1
		102. Les détenus bénéficient d'un tiers payant généralisé pendant l'incarcération.	1
		103. Les détenus considèrent leur incarcération comme un gain de chance pour leur santé.	3
	F4. La vie après l'élargissement.	104. Les détenus veulent continuer leur vie après l'élargissement comme avant l'incarcération.	1
		105. Les détenus se méfient des mauvais conseils à l'extérieur.	1
		106. Les détenus libérés essaient d'éviter de croiser des ex-détenus après l'élargissement.	1

	F5. Le point de vue du détenu.	107. Les détenus reconnaissent leur faute ayant entraîné l'incarcération. 108. Les détenus reconnaissent leur consommation de drogues comme problématique. 109. Les détenus pensent que les toxicomanes sont stigmatisés.	2 2 3
G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.	G1. Les médecins ou services jouant un rôle dans la prise en charge des anciens détenus après l'élargissement.	110. Les détenus consultent un psychiatre ou un service de soins mentaux à la sortie de prison.	3
		111. Les détenus consultent un médecin généraliste à la sortie de prison.	8
		112. Les détenus consultent un médecin dentiste à la sortie de prison.	1
		113. Les détenus consultent des médecins spécialistes à la sortie de prison.	1
	G2. Les avantages et inconvénients de la prise en charge médicale à l'extérieur.	114. Les détenus consultent un médecin bénévole d'une ONG à la sortie de prison.	3
		115. Les détenus ne consultent pas de médecin à cause du manque d'accès aux soins.	1
		116. Les détenus utilisent le service d'urgences pour se soigner à l'extérieur.	3
		117. Les détenus utilisent les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg pour s'offrir des soins.	2
		118. Les détenus n'ont pas de suivi médical particulier à l'extérieur.	4
		119. Les détenus pensent trouver à l'extérieur plus facilement une prise en charge adaptée à leur problème de santé.	5
G2. Les avantages et inconvénients de la prise en charge médicale à l'extérieur.	120. Les détenus ne voient pas de problème dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	4	
	121. Les détenus critiquent la difficulté d'accès aux soins à l'extérieur sans couverture médicale.	5	
	122. Les détenus se plaignent du système de consultation sur rendez-vous en général.	1	
	123. Les détenus décrivent un manque de temps ou de volonté pour consulter un médecin à l'extérieur.	3	
	124. Les détenus poursuivent les soins débutés en prison.	1	
	125. Les détenus pensent que les médecins à l'extérieur ne se prennent pas assez de temps pour des toxicomanes.	1	
	126. Les détenus pensent que les médecins à l'extérieur n'aident pas les toxicomanes.	1	
	127. Les détenus critiquent l'absence d'un tiers payant à l'extérieur.	2	
	128. Les détenus critiquent les longues distances à parcourir pour trouver un médecin.	1	
	129. Les détenus se plaignent que les conseils du corps médical ne soient pas adaptés.	1	
		130. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes serait utile.	7
		131. Les détenus ne savent pas quelle utilité un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement pourrait avoir.	2

	G3. Le réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	132. Les détenus préfèrent leur médecin traitant au réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	2
		133. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes avec des psychiatres serait utile.	1
		134. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes collaborant avec des associations ou institutions serait utile.	1
		135. Les détenus sont intéressés à bénéficier d'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	9
		136. Les détenus ne sont pas intéressés à bénéficier d'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	1
	G4. La médecine générale comme outil de prévention de la réincarcération.	137. Les détenus ne savent pas si la médecine générale a une place dans la prévention de la réincarcération.	3
		138. Les détenus ne pensent pas que la médecine générale ait une place dans la prévention de la réincarcération.	6
		139. Les détenus pensent que la médecine générale possède une place dans la prévention de la réincarcération.	4
		140. Les détenus pensent que des médecins empathiques à l'écoute peuvent prévenir une réincarcération.	1
		141. Les détenus pensent qu'une prise en charge médicale peut prévenir une réincarcération.	1
		142. Les détenus pensent qu'il faut parler à son médecin traitant de son passage en prison.	1
	G5. La prise en charge psychiatrique comme outil de prévention de la réincarcération.	143. Les détenus pensent que la prise en charge des addictions peut prévenir une incarcération.	2
		144. Les détenus pensent qu'un soutien psychologique/psychiatrique possède une place dans la prévention de la réincarcération.	2
		145. Les détenus décrivent que l'aide au sevrage des drogues pourrait diminuer les réincarcérations.	1

3. Comparaison entre l'échantillon des médecins et patients-détenus interrogés

La comparaison des résultats des deux populations différentes a permis de créer un diagnostic de perception concernant les besoins dans la prise en charge médicale des patients sortant de prison. Une hiérarchisation des idées en fonction du nombre de *verbatim* s'est avérée utile afin d'identifier les besoins les plus importants. Ceux-ci ont été notés entre parenthèses MX ou DX, M étant le médecin, D étant les détenus et X le nombre des *verbatim* par item; les citations des *verbatim* ont été notées en italique pour illustration.

a. L'état de santé des détenus

Le premier thème a exposé l'état de santé des détenus, notamment des principales pathologies suivies ou traitées en milieu carcéral. Les deux échantillons ont parlé de maladies infectieuses type *E6 (3)* : « (...) *l'hépatite C, le HIV.* » (M6/D6), orthopédiques/traumatologiques (M2/D4), pneumologiques (M1/D3) et des addictions (M4/D2). Dans ce dernier point, nous avons noté que les patients souffrant d'une addiction n'avaient pas considéré leur état comme une maladie, à part le *détenu 9*.

Les maladies psychiatriques/psychologiques (M7) n'ont pas été évoquées par les patients-détenus.

Les maladies internes (D1), dermatologiques (D2) et des maladies ponctuelles comme des viroses ne nécessitant pas de suivi (D3) étaient considérées par les médecins comme des maladies de médecine de ville (M5).

La plupart des maladies suivies en prison étaient déjà présentes lors de l'incarcération (D7) ; un patient-détenu déclarait *E10 (120)* : « (...) *les soucis d'hernie discale sont arrivés plus tard (...) lors de cette dernière peine ici* ».

b. Ce que les médecins connaissent du système pénitentiaire

Afin de pouvoir prendre en charge correctement des patients issus du milieu carcéral, il est indispensable en tant que médecin généraliste d'avoir des notions sur le système judiciaire luxembourgeois (dimension B1) et des soins proposés en prison (dimension B2).

Cependant, dans notre échantillon, 9 des 10 médecins répondaient globalement *EB (2)* : « *Pas grand' chose* » ou *ED (2)* : « *Très peu (...)* ». Leurs connaissances générales concernant le système pénitentiaire luxembourgeois se résumaient à *EE (2)* : « *(...) je connais les localisations des prisons (...)* » (M3) et *EE (49)* : « *Moi je vois de temps en temps des patients qui sont dans (...) une espèce d'obligation thérapeutique après la sortie de prison (...) dans le cadre de leur peine (...) de mise sous condition (...)* » (M2).

Concernant les soins en milieu pénitentiaire au Luxembourg, il n'y a qu'un médecin ayant répondu *EJ (5)* : « *Rien du tout ! Absolument rien. Strictement rien* ». Certaines connaissances étaient liées à des liens personnels, *EB (4)* : « *Je connais quand même pas mal (...) un des médecins qui travaille au Centre Pénitentiaire, donc j'ai quand même des échos de sa part. Mais avant je n'avais aucune idée évidemment* ». En général, les médecins connaissaient le volet médical (M4) et ses structures : la pharmacie (M1), l'équipe infirmière (M3), le programme de substitution aux opiacés (M1), le suivi infectiologique (M3). Ils connaissaient également les deux services distincts, celui de soins psychiatriques (M3) et celui de médecine générale/somatique (M9). La coopération avec le CHL était également connue par les médecins (M7). Un médecin a rappelé que les patients-détenus avaient droit au libre choix du médecin malgré leur privation de liberté, *EI (14)* : « *(...) et encore j'ai quand même vu encore des gens parce qu'ils peuvent s'opposer à voir le médecin du Centre Pénitentiaire, ils peuvent demander que le médecin de confiance vienne les voir (...)* ».

c. Les soins prestés en prison

Le deuxième thème retrouvé chez les patients-détenus a tourné autour de leur satisfaction concernant les soins prestés en prison (dimension B1) ainsi que les critiques envers ces derniers (dimension B2). Comme déjà annoncé, il était important que les soins soient adaptés, car il s'agissait souvent d'un premier contact médical pour cette population souvent défavorisée.

En général, les patients-détenus étaient totalement satisfaits des soins délivrés en prison *E8 (6)* : « *Ils sont (...) bien quand même* » (D8). D'autres (D3) avaient un point de vue plus nuancé *E1 (6)* : « *Ça dépend si c'est pourquoi.* », *E10 (13)* : « *(...) surtout quand (...) il faut organiser une extraction pour se rendre chez le médecin à l'extérieur* ». Le travail de l'infectiologue a été particulièrement apprécié par deux détenus, *E1 (7)* : « *(...) mais par contre avec le Dr pour l'hépatite, là le suivi était (...) bien* » et *E6 (5)* : « *Compétents (...) appropriés. (...) Personnellement, je dirais qu'avec le médecin, le virologue qui me suit, je trouve ça un super travail* ». Un détenu n'était pas satisfait parce que *E1 (6)* : « *(...) pour le genou, là j'ai eu plusieurs histoires même si ce n'est pas encore réglé (...)* ».

La qualité de la prise en charge médicale a été décrite comme étant du même niveau qu'à l'extérieur *E9 (21)* : « *(...) je pense qu'ils ont la même compétence. (...) Je ne pense pas qu'il ait une différence entre les deux* » (D5).

Concernant le suivi en prison, un détenu ayant déjà subi plusieurs incarcérations depuis plus de 10 ans considérait que son médecin traitant était le médecin de prison.

Cependant, les patients-détenus avaient plusieurs points à critiquer, notamment administratifs : l'accès restreint de médecins consultables à cause des accords avec le CHL (D2), les délais d'attente pour avoir un examen complémentaire ou un avis spécialisé (D1), la lenteur administrative en cas d'urgence médicale (D1), les jours de congé-maladie non accordés (D1), la restriction du choix thérapeutique en détention provisoire (D1), ainsi que le fait de ne pas avoir pu consulter le jour qu'il voulait (D4) E9 (12) : « *La seule chose qui est dommage ici c'est qu'on peut solliciter le médecin qu'une fois par semaine, alors que si on a une maladie c'est tout de suite ou dans la journée par exemple quand c'est vraiment grave. De là le contact avec les surveillants c'est ce que nous met un peu le frein parce que c'est eux qui ont l'autorité de faire appel à vos soins ou qu'on puisse ne pas venir ou ils nous disent : bah il faut attendre par exemple mercredi ou vendredi, le jour où c'est le médecin. Autrement on n'a pas d'accès direct avec le médecin* ».

E7 (9) : « *Je sais qu'ici des fois le médecin qui nous suit (...) ne prend pas assez de temps avec nous je trouve, voilà* » était un autre point évoqué (D3). La critique concernant l'accès restreint aux soins concernait un patient pour E10 (28) : « (...) *une préparation magistrale (...)* » ; ceci était dû au fait que la liste des médicaments disponibles à la pharmacie en prison était celle du CHL, donc différente des officines en libéral.

d. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur

Ce thème était retrouvé dans les deux analyses, ainsi que les deux dimensions traitants du contact entre l'équipe médicale de prison et l'extérieur (dimension C1) ainsi que les avantages et inconvénients d'un tel contact (dimension C2). L'articulation entre le monde clos de la prison et le reste du monde était un point crucial, tant au début d'une incarcération et plus important lors de l'élargissement.

Du côté des médecins, ils décrivaient des contacts avec l'équipe médicale de prison, le service psychiatrique (M1) et le service somatique (M5), mais ceci était plutôt *EE (19)* : « (...) rares. Je sais que le (...) Dr S. (...) m'a déjà téléphoné au sujet d'un patient qu'il a pris en charge en prison (...), mais des contacts sont rares, sont rares oui ». Donc le plus souvent (M6), le contact se résumait à *EJ (11)* : « Aucune ! Je n'ai jamais eu de contact ». Deux médecins ont même déjà consulté en prison, dont le *médecin I* au Centre Pénitentiaire dans le cadre du libre choix du médecin. Afin de faciliter la prise en charge médicale à l'entrée en prison, le *médecin D* proposait que s'il savait qu'un de ses patients devrait être incarcéré, *ED (26)* : « (...) je contacte cette équipe pour transférer le dossier comme chaque transfert dans une autre institution (...) ».

Du côté des patients-détenus, les connaissances d'un contact entre l'équipe médicale de prison avec l'extérieur n'étaient pas claires, 6 réponses en faveur et 6 réponses en défaveur ; les *détenus 2 et 7* avaient donné des réponses contradictoires, probablement dues à une mauvaise compréhension des questions posées. *E6 (8)* : « (...) je sais seulement que c'est des infirmiers et des docteurs qui viennent du CHL (...) » a été donné comme réponse par trois patients-détenus.

La transmission des informations entre la prison et l'extérieur était clairement vue comme un avantage (M7/D7), tant par les médecins *EE (30)* : « Je pense que ça ne pourrait avoir que des avantages, neh ? » et tant par les patients-détenus *E10 (38)* : « (...) les avantages c'est justement (...) des informations de première main de la part du médecin qui probablement vous suit depuis (...) un petit moment ». Aucun inconvénient n'a été décrit (M3/D6) par les médecins *EH (22)* : « Inconvénients il n'y en a pas en principe (...) » et les patients-détenus *E8 (20)* : « Moi je ne vois pas d'inconvénients. ». Un médecin était plus neutre *ED (23)* : « Je ne crois

pas qu'il y a avantage ou désavantage, c'est des relations plutôt professionnelles (...) ». Des patients-détenus ne savaient pas répondre à cette question.

e. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes

Le quatrième thème était partagé dans les deux groupes, donc les connaissances des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes (dimension D1) et celles utilisées par les patients-détenus ou collaborant avec les médecins (dimension D2). Sachant qu'une grande partie des patients-détenus nécessitant des soins en prison était des toxicomanes, une coopération entre les médecins et ces institutions ou organisations semblaient incontournables pour une bonne prise en charge médicale.

Le Tableau 10 résume le nombre de *verbatim* concernant les connaissances des médecins et patients-détenus dans ce domaine, ainsi que les collaborations réalisées et l'utilisation par les patients-détenus de ces services. Il existait des discordances entre ce qui est connu et ce qui est utilisé dans les deux populations, ce qui était probablement dues à un problème de compréhension des questions.

La principale organisation nommée et utilisée était la JDH avec le *Kontakt 28*, puis *Abrigado* et *Arcus* avec le *Quai 57*. Le *Programme Tox*, appartenant au CHNP, ne semblait pas avoir de coopération avec les médecins généralistes. Les autres services n'offraient pas de services spécifiques dans ce domaine et n'étaient qu'évoqués par les médecins. Un médecin disait même *EI (65)* : « (...) *je les connais tous ! (...) Je les connais tous, mais les noms m'échappent. Non, je les connais tous* » tandis que le *médecin D* ne travaillait pas avec ces organisations.

Le réseau de médecins du programme de substitution aux opiacés (M3/D0), les addictologues (M1/D0), le CHNP avec la structure de Manternach (M0/D1), le CPL (M1/D0) et des organisations à l'étranger comme p. ex. *Tandem* ou *AIDES* (M0/D2) ont également été nommés.

Les *détenus 6 et 7* prétendaient utiliser plusieurs services tandis que les *détenus 2, 3 et 10* ont répondu « *Non* » et ne semblaient pas souffrir d'une addiction.

Institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg	médecins		patients-détenus	
	connues	collaborées	connues	utilisées
<i>Jugend- an Drogenhëllef</i>	9	9	5	3
<i>Abrigado</i>	2	0	5	3
<i>Arcus</i>	2	2	0	1
<i>Programme Tox</i>	0	0	2	4
<i>Croix-Rouge</i>	1	0	2	0
<i>Caritas</i>	1	0	1	0
<i>Stëmm vun der Strooss</i>	0	1	0	0
<i>Liewen Dobaussen</i>	0	1	0	0
<i>Info-Prison</i>	0	1	0	0
CePT	0	1	0	0

Tableau 10 : Principales institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg connues par les médecins et patients-détenus, ayant collaboré avec les médecins et ayant été utilisées par les patients-détenus

f. L'élargissement - aides en place et à mettre en place

Une bonne prise en charge médicale requiert une vision holistique du patient, c'est-à-dire médico-psycho-sociale. Dans les deux échantillons, nous avons essayé de voir quelles aides générales étaient proposées (dimension E1), ainsi que les aides médicales (dimension E2), sociales (dimension E3) et psychologiques (dimensions E4).

Du côté des médecins, ils pensaient (M5) que *ED (51)* : « (...) *les patients sont sinon un peu délaissés et s'ils sortent quand ils sont en prison* » ou *EJ (37)* : « *Mais ça dépend aussi de quoi ils étaient (...) dans la prison. (...) Selon ce qu'ils ont fait (...)* » selon un médecin qui pensait aussi que *EJ (36)* : « (...) *qu'ils ne sont pas lâchés comme ça dans la nature* ». En global, *EH (53)* : « (...) *Je ne sais pas. Je ne suis pas informée* » était la réponse la plus donnée (M8).

Selon deux patients-détenus, *E8 (68)* : « *On dit qu'on les aide pas alors qu'il faut juste s'y rendre en fait. (...) Il y en a plein !* », un autre prétendait *E2 (48)* : « *Ça je ne sais pas* » et les détenus 4 et 10 semblaient recevoir des conseils en prisons. Pour quatre patients-détenus, les aides accordées étaient couplées à une liberté conditionnelle.

Concernant les aides médicales, selon les médecins (M6) *EB (53)* : « (...) *Une fois qu'ils sont sortis de prison, ils sont libres, donc ils doivent se débrouiller* ». Deux médecins espéraient *EC (94)* : « (...) *qu'ils sont référés éventuellement vers des médecins en dehors de la prison où ils peuvent prendre contact (...)* » ou *EE (62)* : « (...) *sont adressé en milieu institutionnel, par exemple à la Jugend- an Drogenhëllef* ». Le médecin A était le seul à penser à l'absence de couverture sociale. Des points faibles dans la prise en charge étaient soit non connus (M2) soit niés (M1).

Selon les patients-détenus, les aides médicales consistaient soit dans des thérapies après l'emprisonnement (D2), soit dans une propre initiative de préparation de leur sortie avec l'équipe médicale de prison (D1).

Sue le plan social, deux médecins espéraient *EB (58)* : « (...) *qu'il y a des programmes un peu de réinsertion (...)* ». Ils pensaient que les patients-détenus étaient aidés par des assistants sociaux à l'extérieur (M4) ou en prison (M3). *EI (125)* : « (...) *ou un logement. Mais la plupart ils se retrouvent dans la rue, hein, enfin, ceux qui sont usagers de drogues* » a été évoqué par quatre médecins, ainsi que l'absence d'aide (M1) ou financière (M1) *EI (128)* : « (...) *ils ont*

pas de RMG (...) ». Les *médecins C et F* pensaient qu'une aide au travail était en place, ainsi que le *détenu 10*.

Selon les patients-détenus, des aides pour *E8 (54)* : « (...) *un logement encadré (...)* » (D2) et des aides *E10 (96)* : « (...) *notamment financièrement (...)* » étaient en place.

Concernant les aides psychologiques, quatre *médecins* pensaient que *EA (87)* : « (...) *on leur donne probablement des (...) adresses par exemple Jugend- an Drogenhëllef ou (...) Réseau Psy (...)* il y a des psychologues où on ne doit pas payer des factures non plus (...) » et trois *médecins* pensaient plutôt *EI (99)* : « *Très peu (...)* Ils sont largués ».

Six patients-détenus ont trouvé un suivi psychologique, p. ex. *E1 (57)* : (...) *Quai 57. Il y a des psychologues pour (...)* ils étaient même ici en prison aussi » tandis que quatre *E2 (52)* : « *Non, pas cherché* ».

Des plaintes ont également été exprimées des deux côtés, d'une part concernant les aides générales et sociologiques (dimension E5) et d'autre part concernant les aides médicales (dimension E6).

Les *élargissements non préparés (M4)* *EI (35)* : « (...) *il y a un gros problème et ça ne dépend pas du personnel médical, c'est surtout qu'il y a des sorties catastrophes, c'est-à-dire que (...)* le jour au lendemain il y a des gens qui sortent (...) » et le manque de préparation des patients-détenus (M3) *ED (77)* : « (...) *chacun qui est en prison doit se resocialiser (...)* » étaient les principaux points évoqués par les *médecins*, ce qui rejoignait l'absence d'aides en général (D4) *E6 (42)* : « (...) *vous sortez d'ici sans rien, vous restez sans rien! (...)* Moi je dirais les problèmes, c'est surtout que (...) *quand vous êtes abondé sur vous-même (...)* » et le manque de temps de transition évoqué par les patients-détenus (D3) *E7 (82)* : « *On n'est pas assez*

encadré pour la sortie, ça oui. Pas assez préparé ». Cependant, les aides à Givenich semblaient être plus adaptées aux attentes des patients-détenus (D5) E7 (31) : « *Par contre, quand on sort de Givenich, là c'est super ! On est bien encadré, ils nous aident vraiment à trouver un travail, à trouver un logement. (...)* », ce que pensait aussi le *médecin I* du point de vue médical.

D'autres points énoncés par les médecins étaient le système de l'élargissement en soi (M1) ainsi que les critères pour recevoir de l'aide (M1) EI (123) : « *Pour entrer dans les foyers il faut (...) un RMG, pour avoir le RMG il faut une adresse (...)* ». La critique de l'absence d'aides au logement était un point partagé par les deux populations (M1/D4), tandis que l'absence d'aides au travail n'a été évoquée que par le *détenu I*. Le fait de devoir préparer soi-même son départ a été mis en évidence par trois patients-détenus.

Concernant les plaintes du point de vue médical, l'articulation de la prise en charge médicale avec l'extérieur était le principal point de critique partagé par les deux populations (M5/D2), ainsi que le manque de médication lors de l'élargissement (M2/D2) EG (63) : « *(...) ils sortent et ils n'ont aucun stock donc ils sont déjà obligés d'aller les premiers jours trouver un médecin qui leur donne ce dont ils ont besoin* ». Autres critiques évoquées par les médecins : l'élargissement en fin de semaine (M1), la prise en charge en prison (M1), l'absence de transmission du dossier médical (M1), ainsi que l'absence d'information d'incarcération concernant leurs patients (M3) EF (28) : « *(...) on n'est pas informé (...) il n'y a pas de lettre de suivi ou je ne sais quoi de la part du Centre Pénitentiaire, ce qui est un peu dommage parce qu'on ne sait pas vraiment parfois si le patient (...) est toujours en prison ou non. C'est ça le problème* ». Le manque d'aide ou d'orientation pour les soins était mis en évidence par les *détenus 7 et 10*.

Différentes suspicions ou craintes ont été exprimées par les deux échantillons (dimension E7). Concernant les addictions, ces différents points ont été vus comme favorisant la rechute : l'inobservance des patients-détenus (M1), le manque d'articulation déjà critiqué avant (M1), le manque d'aides (M2/D3) E9 (122) : « *Mais si demain je sors (...) c'est sûr que je vais ressembler parce qu'il n'y a pas de travail qui a été fait* ». Différents points ont été évoqués comme favorisant la réincarcération : le manque d'aides en général (M2/D4), pour obtenir un travail (D1), pour obtenir un logement ou une aide financière (D1), l'absence de soutien familial (D2), la présence d'une aide extérieure (D1) E6 (47) : « *J'en ai vu qui se sont bien débrouillés, mais la plupart parce qu'ils avaient une aide dehors (...)* ». E3 (178) : « *J'aurais nécessité d'un psychologue pour m'aider à parler de ce qui s'est passé (...)* » a également été avancé par un détenu. Selon deux médecins, EI (79) : « *Quitter la prison c'est une catastrophe (...) donc il y a plein (...) de problèmes pour eux quand ils sortent (...)* ». La principale crainte des médecins était la perte de vue des patients (M5) EI (82) : « *(...) puis ils sortent et ils se retrouvent en fait dans ce qu'il y avait avant et ils rechutent très (...) rapidement et il y a très peu d'encadrement après, surtout pour les usagers de drogues* ».

Dans les entretiens menés, les deux échantillons ont exprimé des propositions et demandes d'améliorations de la prise en charge médicale (dimension E8) et générale (dimension E9).

Au niveau médical, citons les propositions d'amélioration concernant le patient-détenu : une couverture médicale (sécurité sociale) (M1/D1) notamment avec un tiers payant social (M1), une ordonnance de sortie avec leur traitement en cours (D1), un sachet avec leur traitement chronique (M1), une fixation de rendez-vous chez un médecin en ambulatoire (M1), une orientation médicale plus personnelle (D1), une prise en charge rapide après l'élargissement (M1) et plus d'aides en détention provisoire (D1). Les autres points médicaux étaient en relation

avec le médecin prenant en charge les ex-détenus, ils demandaient en premier lieu une lettre de sortie/rapport médical de sortie (M5/D5) *EI (57)* : « (...) un rapport (...) médical (...) ce qui s'est passé, parce que souvent il s'est passé beaucoup de choses ! (...) », puis un rapport socio-médical de sortie (M1) ou un contact direct avec l'équipe médicale de prison (M5) *EF (100)* : « Bah c'est justement d'avoir au moins un lien (...) direct ou un numéro qu'on puisse appeler au moins pour (...) avoir des informations ou (...) un centre de, une personne de (...) contact qu'on puisse appeler au moins ou une infirmerie pour avoir accès à des prises de sang ou des examens complémentaires qui ont été faits, dans un délai rapide pour avoir une réponse lorsque le patient arrive au cabinet (...) ». Une demande particulière concernait la stigmatisation des patients-détenus *E4 (212)* : « (...) Moi je dis que content que je vous ai encore. Il y a beaucoup de choses que moi penser que le cas que c'est nous, les toxicomanes, c'est comme poubelle ! Ça c'est la vérité ». D'autre part il y avait aussi des médecins et patients-détenus qui ne savaient pas s'il y avait des problèmes dans la prise en charge médicale (D4) ou qui n'avaient pas d'améliorations à proposer (M1/D2).

Au niveau sociologique ou en général, citons les propositions d'amélioration pour les patients-détenus : une aide au logement (M4/D2) et au travail (M4/D2), une aide psychologique avant l'élargissement (D1), une période de transition (M2/D2) ainsi que plus de documentations (D1). Les médecins demandaient encore un contact direct avec les assistants sociaux en prison (M1) et avec le CPL (M1).

Finalement, les médecins ont proposé des aides qu'ils jugeaient importantes pour les patients-détenus : une bonne préparation avant l'élargissement (M1), une aide de la part de leur famille (M3) *ED (83)* : « (...) qu'ils retrouvent leur famille ou au moins des relations un peu stables » ainsi qu'un suivi infectiologique (M2) et psychologique/psychiatrique (M2) en ambulatoire.

Il était jugé important de prendre en charge rapidement les patients-détenus à leur sortie pour éviter des situations comme *EI (43)* : « (...) est-ce que vous ne pouvez pas en catastrophe substituer telle ou telle personne et qu'on prend après dans le programme méthadone et on est confronté à les (...) substituer très rapidement, presque à la sortie (...) ».

g. Le détenu – la vie en prison et en liberté

Le thème F a traité des généralités du détenu en incarcération et puis en liberté, notamment le statut social/les avoirs des détenus à l'extérieur (dimension F1), la communication entre détenus (dimension F2), la vie en prison (dimension F3), la vie après l'élargissement (dimension F4) et le point de vue du détenu (dimension F5). Comme les médecins ont un point de vue externe dans ce sujet, les dimensions n'ont pas été les mêmes, à savoir ce que les médecins pensent d'anciens détenus (dimension F1) et la communication entre anciens détenus et les médecins (dimension F2).

Concernant leur statut social et leurs avoirs, il y a des détenus avec (D2) et sans logement à l'extérieur (D5), avec un soutien familial (D4) et sans (D1) ainsi que l'absence de travail à l'extérieur (D2).

La communication entre co-détenus semblait être restreinte, notamment en ce qui concerne l'élargissement (D4) *E10 (71)* : « (...) Non, pas forcément. (...) les gens sont relativement pudiques (...) On parle rarement de nos faiblesses ou autres. Donc voilà, les gens ils ont plutôt tendance (...) à ne pas vraiment parler de ça (...) » ; mais ils croyaient savoir comment se passait l'élargissement chez eux (D7) *E5 (54)* : « Ouais, ils continuent, ils font le bordel ou font de conneries (...) ». Le détenu 4 s'isolait devant la peur d'avoir des problèmes et des sanctions.

Pendant les entretiens, des éléments indiquant que la vie en prison serait mieux qu'à l'extérieur étaient ressortis. *E1 (81)* : « *Pour la vie dehors c'est plus difficile parce qu'ici on peut se reposer autant qu'on (...) jusqu'à la liberté. Dehors, (...) faut payer le loyer, faut se mettre en place, travailler* » a été mis en évidence par trois patients-détenus. Autres trois patients-détenus avançaient que *E4 (49)* : « *Bon en prison, c'est toujours (...) ferme, n'est pas la possibilité de pris toujours l'héroïne* » et qu'en général, le passage en prison était un gain de chance pour leur santé (D3) *E7 (18)* : « *(...) je pense que cette fois j'ai une chance que ça marche l'opération, donc pour moi c'est un gain d'être là (...) Oui, grâce à la prison. (...) Bein moi ici au moins tous les jours je suis soigné* ». En plus, les patients-détenus ne devaient pas payer les frais médicaux (D1), ainsi *E4 (141)* : « *C'est pour ça parfois c'est mieux ici (...) Quand réentré et réentré en prison, n'as pas besoin de rien parce qu'ici il y a de tout : des médecons, manger et vestes, tout ! Mais dehors, pour recommencer une nouvelle vie, c'est très difficile. Partout, même avec sa famille. Ça c'est un problème, hein* » (D1).

Un médecin pensait la même chose *E1 (79)* : « *(...) parce que les gens se sentent (...) souvent beaucoup mieux encadrés. (...) si c'est un délinquant, si c'est des toxicomanes souvent ils se sentent beaucoup mieux en prison parce qu'ils sont encadrés, ils ont un travail (...)* ».

Puis dehors, *E3 (43)* : « *(...) Je ne veux que retourner à ma vie normale !* » (D1), ils évitaient alors de croiser des ex-détenus (D1) ou d'accepter leur *E4 (61)* : « *(...) mal conseil, conseiller ce n'est pas bien, les gens dehors ce n'est pas amis* » (D1).

Selon les patients-détenus, un grand problème était la stigmatisation des toxicomanes (D3) *E4 (200)* : « *Un tox' c'est, comment se dit, un mal à aimer (...) C'est un tox' quand même, c'est comme (...) la personne (...) nous regarde comme (...) une personne qui a tué, un assassin, même nous regarde un tox' comme nous regarde par exemple un pédophile ou quoi, plus grave !*

Même une personne qui a rentré en prison pour a tué quelqu'un, un toxicomane c'est comment ce dit : poubelle ! Connais poubelle ? Nous c'est poubelle (...) ». En effet, trois médecins affirmaient se méfier d'anciens détenus EJ (59) : « *Donc (...) l'abord serait différent de ma part, certainement. Comme je sais (...) de quoi ils étaient détenus (...) je serais peut-être plus attentif. Mais je serais moins confiant, certainement vis-à-vis d'eux* » et EJ (68) : « *Certainement. Ils sont classés dès le départ. Ils ont une étiquette quand ils étaient une fois dans la prison ils ont, ils sont (...) classés à l'intérieur de la population à mon avis et aussi vis-à-vis du médecin, je pense* » (M2). Cependant le médecin G croyait que les patients-détenus étaient honnêtes, malgré que EH (70) : « *(...) il y a bien sûr plus fréquemment des problèmes de drogues* » (M1).

Deux *mea culpa* de la part de patients-détenus ont été trouvés, E3 (53) : « *(...) Je sais que j'ai eu tort, je suis en train de payer, n'est-ce pas ? (...) Tout le monde sait qu'une personne pour arriver en prison a eu tort. Il y a des personnes qui font plusieurs erreurs, moi j'en ai fait une dans ma vie et j'espère ne plus jamais en refaire !* » (D2) et E4 (50) : « *Dehors (...) je veux trouver plus de liberté pour trouver (...) l'héroïne, c'est mon problème, ça c'est mon grand problème de moi. C'est pour ça que l'héroïne c'est toujours compliquée pour moi* » (D2).

Le point de vue des médecins était souvent constitué de critiques EF (79) : « *(...) parce que c'est des gens qui, à mon avis, pas très observant (...)* » (M3) ou EA (118) : « *(...) parfois ils n'ont pas les moyens de payer les mémoires d'honoraires s'ils sortent (...)* » (M2). Concernant la prise en charge, des bonnes bases devraient être exigées par le médecin généraliste en psychiatrie (M2), notamment EE (94) : « *(...) quid à ce que ces médecins généralistes soient quand même formés à l'addictologie* ». Les problèmes psycho-socio-économiques ont aussi été mis en évidence (M4) EH (67) : « *(...) il y a quand même toujours un problème (...) social derrière parce que c'est des personnes qui ont été déracinées de la société et incarcérées et qui*

doivent refaire, recréer leur place dans la société. Donc il y a tout un cortège psycho-social derrière ». Malgré ceci, il devrait être aux patients-détenus de se prendre responsable (M5).

Concernant la communication entre médecin et ancien détenu, on remarquait plutôt (M5) EA (102) : « (...) ils me racontent qu'ils étaient en prison (...) », sauf chez le médecin B. En effet, selon un détenu E9 (161) : « (...) dire qu'on était en prison il faut savoir le dire, ne pas rester caché parce qu'autrement ça va nous fermer des portes, le médecin va nous refuser ce traitement (...) ».

h. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération

Le dernier thème retrouvé a traité de la place du médecin dans la prise en charge d'un ex-détenu. Chez les médecins, nous avons parlé du suivi ambulatoire d'anciens détenus (dimension G1), de la prise en charge sociale comme outil de prévention de la réincarnation (dimension G5) et de la remédicalisation de la psychiatrie (dimension G6). Chez les détenus, nous avons parlé des médecins ou services prenant en charge les anciens détenus (dimension G1) ainsi que de ses avantages et inconvénients (dimension G2). Dans les deux échantillons, nous avons traité le réseau de médecins généralistes après l'élargissement (dimension G2 chez les médecins, G3 chez les détenus), ainsi que la médecine générale (dimension G3 chez les médecins, G4 chez les détenus) ou la psychiatrie (dimension G4 chez les médecins, G5 chez les détenus) comme outils de prévention de la réincarcération.

Pour commencer, il fallait connaître les besoins et attitudes des patients-détenus. Selon leurs dires et le nombre de *verbatim* donnés, la hiérarchisation des services médicaux utilisée après la sortie de prison était : le médecin généraliste en première ligne *E5 (39)* : « *Après quand je suis sorti de la thérapie, j'ai pris direct contact avec mon généraliste que je vais depuis mon enfance (...)* » (D8), les services de soins mentaux *E9 (99)* : « *(...) psychiatre, psychologue et (...)* infirmiers psy. » (D3), les ONG (D3) et organisations prenant en charge des toxicomanes (D2) *E7 (68)* : « *Je dois avoir recours à Médecins du Monde ou à l'Abrigado, des choses comme ça. (...) Surtout si on ne travaille pas, c'est difficile. (...)* », le service d'urgences *E8 (45)* : « *Bah là je me rendrais (...) quand je serais malade, quand je sors, je vais à l'hôpital (...)* » (D3), le dentiste (D1) ou un médecin spécialiste d'organe (D1). Un détenu devait renoncer à se faire soigner *E6 (65)* : « *En fait aucun. Maintenant aucun. (...), mais médecin généraliste la dernière fois j'étais le voir, il m'a dit que je n'avais pas besoin de revenir sans caisse de maladie. (...)* » ; d'autres patients-détenus n'avaient pas le besoin de se faire suivre par un médecin (D4).

Quels avantages et inconvénients de la prise en charge médicale ont été avancés par les patients-détenus ? Selon eux, dehors *E1 (72)* : « *C'est plus facile de trouver un docteur pour ce problème qu'on a. (...)* » (D5), mais en même temps *E4 (138)* : « *C'est difficile de trouver un médecin (...) c'est problème parce que moi je n'ai pas de caisse de maladie, rien du tout* » (D5). Des patients-détenus ne voyaient pas de problème dans la prise en charge médicale lors de leur sortie (D4), tandis que d'autres se plaignaient des points suivants : le système de consultation sur rendez-vous (D1), le fait que les médecins ne se prenaient pas le temps (D1), le fait que les médecins ne voulaient pas aider les toxicomanes (D1), l'absence d'un tiers payant (D2), les longues distances à parcourir pour trouver un médecin (D1) ainsi que le fait que les conseils donnés n'étaient pas adaptés (D1). Le *détenu 7* voulait poursuivre les soins débutés en prison, mais ils décrivaient que ceci n'était pas toujours évident, car *E8 (67)* : « *(...) ils ont pas la*

volonté d'aller voir quelqu'un. (...) ici ils sont suivi donc c'est plus simple et dehors ils sont plus concentré à autre chose, alors ils ne vont pas s'inquiéter à ce qu'ils ont ou ce qu'ils n'ont pas. Voilà. (...) Surtout les gens que je connais c'est des drogués et (...) alors ils pensent à cocaïne, cocaïne, cocaïne, alors ils ne vont pas (...) même ils sont pas propre, ils s'en foutent » (D3).

Du côté des médecins, ils ont décrit le suivi ambulatoire d'anciens détenus. Il y avait des médecins qui savaient combien ils en suivaient (M5) et d'autres pas (M4), un prétendait ne pas en suivre ; combien ils en suivaient peut être retrouvé dans le Tableau 3. La principale raison pour le suivi était *EB (47) : « (...) souvent pour la substitution (...) » (M9)*, mais pas que *EC (126) : « (...) souvent ils reviennent vers nous soit pour des pathologies aiguës quand même aussi (...) et puis bien sûr des pathologies chroniques (...) il y a quand même souvent une hépatite sous-jacente de toute façon qui est là » (M6)*. D'une part, les médecins avançaient *ED (70) : « (...) je les reçois quand même comme un chacun patient. Il n'y a pas de différence. » (M6)* et d'autre part, *EF (79) : « La prise en charge (...) est plus difficile en général (...) Je ne pense pas ça soit fait pour chaque médecin (...) parce que ça demande une certaine (...) rigueur (...) parce qu'ils vont vous demander des choses qui sont, avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord et à ce moment-là il faut être un peu plus ferme qu'avec les autres je veux dire (...) » (M4)*. Ils critiquaient aussi le tourisme médical des ex-détenus (M1), mais saluaient aussi leurs efforts pour changer de vie (M1). Le principe que *EB (90) : « (...) au Luxembourg il y a la liberté de choix du médecin, donc on ne peut pas forcer quelqu'un à aller voir un tel. »* a été rappelé par trois médecins.

Une possible solution évoquée aux problèmes de la prise en charge médicale des patients sortant de prison était un réseau de médecins généralistes les prenant en charge directement après l'élargissement. Globalement les deux échantillons étaient en faveur d'un tel projet (M9/D7) et seraient intéressés à participer (M6) ou à en bénéficier (D9). En effet, *EA (139)* : « (...) pas qu'ils sortent et qu'ils ne savent pas où aller, donc un point ou un repère où ils peuvent s'orienter. » (M1), *EC (176)* : « (...) Oui, je crois, ce serait utile surtout, ça résout le problème de la communication et du transfert des données, donc comme ça au moins c'est tout de suite la prison qui contacte le réseau qui dit : voilà, cette personne va sortir, voilà je vous envoie cette personne deux semaines après pour un contrôle ou pour une mise au point (...) » (M1). Des patients-détenus pensaient que ç n'allait pas assez loin comme p. ex. *EI (99)* : « Si c'est plutôt un réseau de généralistes et de psychiatres ensemble pour pas les gens retombent tout de suite de nouveau dans les drogues ou dans la rue. » (D1) ou *EI (101)* : « Et peut-être aussi encore avec des associations, avec Quai 57 ou SCAS, pour trouver quelque chose pour tout de suite aider les gens, ça veut dire ça c'était quelque chose quand vous travaillez tous ensemble. » (D1) ce qui rejoignait la demande des médecins d'une prise en charge pluridisciplinaire (M3). Il y a eu également des regards critiques comme p. ex. *EI (149)* : « Je ne vois pas de sens à refaire des structures, à refaire quelque chose (...) on veut tout structurer ! Les médecins sont là, les cabinets sont là, ce qui ne fonctionne pas c'est le lien entre les médecins et la sortie de prison. » (M3) ou la non-participation à un tel réseau, car *EH (90)* : « Non, parce que je ne veux pas qu'il y ait un réseau ! » (M5). En plus, le détenu 4 expliquait ne pas être intéressé à participer à un tel réseau, car il préférerait se tourner vers son médecin traitant (D2), point également évoqué par les médecins (M2).

La dernière question posée aux 20 personnes interviewées était « *Dans quelle mesure la médecine générale a-t-elle une place dans la prévention de la réincarcération ?* ». Les avis étaient divergents : d'une part EG (85) : « *Oui bien sûr (...)* » (M9/D4) et d'autre part E2 (121) : « *Non. Tout le monde est lui-même, hein. Si moi je n'aurais pas fait le bordel, je n'aurais pas été ici ! Là le docteur ne pouvait rien faire !* » (M2/D6). Cependant, EC (186) : « *Je dirais nous en tant que médecins ce qu'on peut faire c'est (...)* bien sûr prendre en charge les personnes du point de vue médical (...) » (M7/D1), notamment E6 (159) : « *(...) avec les mots justes et l'affinité qu'il faut (...)* » (M3/D1), EF (135) : « *(...) par exemple par l'entretien motivationnel (...) d'inciter à la motivation intrinsèque du patient pour qu'il puisse trouver en lui-même la motivation pour rester sur la bonne voie.* » (M4) et finalement EG (91) : « *(...) déjà par sa disponibilité en cas de problème. Je pense qu'il devrait être disponible dans les 3-4 heures qui suivent (...)* » (M1). Le médecin B a préféré s'abstenir.

D'autres volets médicaux ont été proposés comme outil de prévention de la réincarcération, comme p. ex. la prise en charge psychologique/psychiatrique (M3/D2) et la prise en charge des addictions (M6/D2) avec les sevrages E4 (69) : « *Tous les gens me disent : pour mon âge, c'est bien pour moi parce que comme ça tu pouvais arrêter avec la drogue et recommencer après la thérapie une nouvelle vie. (...) Moi j'ai dit que la thérapie, moi jamais c'est la première fois de ma vie que je vais faire la thérapie, en 20 ans d'héroïne, comme consommateur. C'est pas facile, hein ?!* » (D1).

Le volet non médical a été aussi souligné par un médecin EI (149) : « *(...), mais je pense que c'est beaucoup plus dans le domaine social que dans le domaine médical. (...) Donc c'est plus du point de vue social et pas médical qu'il faudrait structurer. (...) Travail, logement, c'est la réinsertion, pas le médecin* ».

La dernière dimension notable retrouvée dans les entretiens avec les médecins était la remédicalisation de la psychiatrie. En effet, ED (104) : « (...) la toxicomanie pour moi est devenue (...) un problème de prison, de justice, du tribunal à cause de l'interdiction de la drogue ! (...) Bon je crois qu'il faut certainement reparler de la législation des drogues (...) » (M1), ED (105) : « La non-interdiction de la drogue nous enlèverait beaucoup de problèmes d'incarcérations, eh ? (...) Mais ça c'est une question politique. (...) Et si on libère (...) les drogues, il n'y a plus de problème de délinquance, eh ? (...) il y a certainement de la délinquance à cause des achats et rachats et aussi même si on légaliserait certaines drogues, il en restera toujours, eh ? Et le jeu avec le feu malheureusement, les gens qui ont les tendances avec la toxicomanie, ils vont toujours jouer avec. Le toxicomane joue avec sa vie, eh ? Ils essaient les drogues, de plus en plus différentes, des fortes. Mais je crois légaliser au moins les drogues légères, bon légères en guillemets parce qu'il n'y a pas de drogue légère, c'est tout une drogue. Mais l'alcool est aussi une drogue. Et le travail aussi ! (...) Nous éviterait je crois beaucoup de problèmes d'incarcérations, eh » (M1). Pour ceci il faudrait des médecins avec une formation particulière, mais un médecin déplorait que EI (147) : « (...) on devient de moins en moins nombreux à prendre des gens responsables ». Finalement, EI (87) : « J'en ai 2-3 qui sont en fait des psychotiques qui sont très agressifs qui aboutissent en prison (...) qui aussi ne devraient pas être en prison, mais dans une structure plutôt médicalisée, mais qui ont agressés plusieurs personnes et ils se retrouvent en prison, bon, et qui ne sont pas usagers de drogues. Donc ça c'est parfois des psychotiques, des maladies (...) autres » (M1).

IV. Discussion

Selon l’OMS, les patients-détenus sont une population défavorisée vieillissante, souffrante de nombreuses comorbidités non dépistées, pour laquelle plus de recherche devrait être réalisée. D’après nos recherches bibliographiques, aucune étude n’a analysé conjointement le point de vue des médecins et des patients concernant la prise en charge médicale des patients sortant de prison, ni de manière qualitative, ni de manière quantitative, notamment pas en Europe et encore moins au Grand-Duché de Luxembourg ; en plus, l’étude a traité le relais des soins primaires entre la prison et l’extérieur et le patient dans ses dimensions médico-psycho-sociales, et pas que du point de vue du VIH.

Le relais d’une prise en charge est multifactoriel comme décrit dans un travail multidisciplinaire de santé publique : « *La continuité des soins à l’extérieur suppose la réunion de trois conditions : une absence de rupture dans la couverture sociale, une offre de soins adaptée et coordonnée ainsi qu’un accompagnement en vue de la réinsertion sociale* » (57).

L’objectif principal de l’étude était l’identification et l’analyse des facteurs qui favorisent et qui peuvent être des obstacles à la pratique de soins primaires chez les patients sortant du milieu carcéral au Luxembourg. Nous avons effectué 10 entretiens avec des médecins générales inscrits dans le programme de substitution aux opiacés et 10 entretiens avec des patients-détenus ayant déjà été élargis au moins une fois. Les questions des deux guides d’entretien utilisés étaient semblables afin que l’analyse permette une mise en miroir des résultats. Les transcriptions de ces derniers ont été analysées dans leur intégralité selon la méthode de l’analyse de contenu thématique catégorielle. Pour l’échantillon des médecins, 148 items mis en évidence ont permis de faire ressortir 25 dimensions regroupées en sept thèmes (cf.

Tableau 11). Pour l'échantillon des patients-détenus, 145 items mis en évidence ont permis de faire ressortir 26 dimensions regroupées en sept thèmes (cf. Tableau 11).

Tableau 11 : Thèmes des échantillons des médecins et patients-détenus interrogés

médecins	patients-détenus
A. L'état de santé des détenus.	A. L'état de santé des détenus.
B. Ce que les médecins connaissent du système pénitentiaire.	B. Les soins prestés en prison.
C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.	C. Le lien entre les soins en prison et l'extérieur.
D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.	D. Les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes.
E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.	E. L'élargissement – aides en place et à mettre en place.
F. Le détenu vu par le médecin.	F. Le détenu – la vie en prison et la vie en liberté.
G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.	G. La place du médecin dans la vie d'un ex-détenu – de la prise en charge à la prévention de la réincarcération.

L'objectif secondaire était le recensement des solutions aux problèmes identifiés à travers une revue de la littérature afin d'élaborer des recommandations. Effectivement, les entretiens menés ont permis de récolter le point de vue des médecins et des détenus ; maintes plaintes et propositions d'améliorations ont été exprimées, mais seules les plus pertinentes seront discutées, expliquant une structuration différente de celles des thèmes ci-dessus.

A. Diagnostic des plaintes exprimées et améliorations possibles

1. La prise en charge médicale en prison

a. L'incarcération : un gain de chance pour la santé

L'optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison débute dès l'entrée dans une structure pénale. 30 % à 50 % des nouveaux détenus sont nouvellement diagnostiqués avec une maladie chronique et approximativement 80 % nécessitent des soins liés à une addiction et/ou à une maladie chronique psychiatrique ou somatique (58).

Le contact avec l'extérieur, donc avec le médecin traitant d'un nouveau détenu, peut être bénéfique dès le départ et semble être appliqué *EG (22)* : « *Mah j'ai du contact (...) quand il y a un de mes patients qui est interné, très souvent l'infirmier, le médecin me téléphone pour savoir quelle pathologie, pour quoi il est traité, quelle est la dose de méthadone par exemple ou quel est le nombre de comprimés de Temesta ou autre chose qu'ils prennent* ».

Globalement, la qualité de la prise en charge médicale est considérée comme positive *E3 (10)* : « (...) *Oui, c'est bien. (...) C'est bien les médecins ici* ». Ces soins sont surconsommés en comparaison par rapport à la population générale : ils consultent 3 à 4 fois plus souvent un médecin généraliste (59). Cette surconsommation médicale peut avoir différentes raisons : *E5 (81)* : « *Ici, on ne doit rien payer (...)* », l'absence d'une famille qui pourrait s'occuper de troubles mineurs, l'absence d'un tri infirmier, troubles anxieux avec somatisations, recherche de contacts humains et autres.

L'incarcération peut être un gain de chance pour la santé comme un détenu l'a avancé *E7 (18)* : « (...) pour moi c'est un gain d'être là (...) Oui, grâce à la prison (...) ». L'absence de statistiques sur les pathologies en milieu carcéral ne permet pas d'adapter des programmes de prévention et de traitement, car « *Know your epidemic, know your response* » (60). En Australie, une base de données nationale a été mise en place afin de suivre l'état de santé des patients-détenus afin de pouvoir définir leurs besoins (61).

b. Les pathologies des patients-détenus

Les pathologies avancées par les médecins et les patients-détenus semblent correspondre à ce qui se trouve en moyenne dans d'autres prisons ; selon une cohorte belge de 2005, les principales raisons de consultations étaient : procédures administratives (22 %), troubles psychologiques/psychiatriques (13,1 %), respiratoires (12,9 %), digestifs (12,5 %), orthopédiques (12 %) et dermatologiques (7,7 %). Le Tableau 12 montre la proportion de pathologies dans les prisons belges en 2005, mais selon les déclarations des patients-détenus ; les maladies infectieuses et chroniques sont souvent méconnues et donc sous-représentées sur ce tableau. Les maladies chroniques cardiovasculaires ou diabétiques n'ont pas été souvent relevés vu l'âge jeune de 34 ans de cette population, mais vu le vieillissement de cette population ceux-ci gagnent en importance de nos jours. Dans notre étude, peu de patients-détenus ont auto-déclaré souffrir d'une addiction ou d'une autre pathologie psychiatrique contrairement à la population belge, car celles-ci ne sont probablement pas considérées comme des maladies, notamment si elles sont contrôlées et donc asymptomatiques (59).

ICPC code	Title	Number	%	95% CI
P19	Drug misuse	97	22.1	18.2 to 26.0
P15	Chronic alcohol misuse	21	4.8	2.8 to 6.8
D72	Viral hepatitis	19	4.3	2.4 to 6.2
R96	Asthma	17	3.9	2.1 to 5.7
D86	Peptic ulcer	13	3.0	1.4 to 4.5
A70	Tuberculosis	10	2.3	0.9 to 3.7
N88	Epilepsy	10	2.3	0.9 to 3.7
P76	Depressive disorder	10	2.3	0.9 to 3.7
P18	Medication misuse	8	1.8	0.6 to 3.1
R97	Allergic rhinitis	8	1.8	0.6 to 3.1
K86	Hypertension, uncomplicated	6	1.4	0.3 to 2.5
T90	Diabetes, non-insulin dependent	6	1.4	0.3 to 2.5
D03	Heartburn	5	1.1	0.1 to 2.1
K96	Haemorrhoids	5	1.1	0.1 to 2.1
N01	Headache	5	1.1	0.1 to 2.1
T92	Gout	5	1.1	0.1 to 2.1
A92	Allergy/allergic reaction	4	0.9	0.0 to 2.0
D02	Abdominal pain, epigastric	4	0.9	0.0 to 2.0
B90	HIV infection, AIDS	3	0.7	0.0 to 2.0
K75	Acute myocardial infarction	3	0.7	0.0 to 2.0
K90	Stroke/cerebrovascular accident	3	0.7	0.0 to 2.0
L86	Back syndrome with radiating pain	3	0.7	0.0 to 2.0
P77	Suicide/suicide attempt	3	0.7	0.0 to 2.0
S18	Laceration/cut	3	0.7	0.0 to 2.0
T89	Diabetes, insulin dependent	3	0.7	0.0 to 2.0

Tableau 12 : Pathologies (actuelles ou passées) autodéclarées par les patients-détenus lors de l'incarcération (n=439) dans les prisons belges en 2005

c. Améliorations internes

Malgré que les recommandations internationales soient respectées, des critiques ont été exprimées principalement par les patients-détenus concernant l'organisation interne. Des recommandations ont été formulées en 2017 par les professeurs Gravier et Elchardus dans leur *Rapport d'audit de la médecine pénitentiaire du Grand-Duché du Luxembourg*; nous ne reviendrons pas en détail sur leurs propositions, mais certains points nous semblent pertinents (45).

Actuellement, les services médicaux somatique et psychiatrique ne travaillent pas main en main, une constatation également retrouvée à l'étranger (62). Comme déjà proposé en 1996 dans le rapport de la prise en charge médicale et psychiatrique de la population carcérale au Luxembourg de Prof. Bernheim, un service unique de santé carcéral devrait être formé avec les deux pôles existants ; le dossier médical informatisé serait ainsi fusionné évitant tout document

manuscrit obsolète de nos jours. La délivrance des médicaments substitutifs à l'héroïne devrait également être uniformisée.

Le financement devrait être issu du Ministère de la Santé et pas du Ministère de la Justice ou d'une administration pénitentiaire. En addition, des médecins et des infirmiers/infirmières spécialisées en médecine pénitentiaire et/ou psychiatrie légale devraient être privilégiés dans la constitution de l'équipe médicale.

Comme décrit par un médecin, il existait un usage excessif de médicaments sédatifs *EI (37)* : « (...) *les doses administrées très souvent côté tranquillisants sont extrêmement élevées par rapport à un traitement en ambulatoire* » ; ceci a déjà été critiqué dans le rapport de 2015 du Comité de Prévention de la torture et des traitements inhumains et dégradants du Conseil de l'Europe (CPT) (45).

Malgré les efforts des équipes médicales de prison, un autre point mentionné dans le rapport et avancé dans notre étude était *E6 (26)* : « (...) *quand les gens se mettent en maladie, qu'ils disent qu'ils sont malades, qu'ils sont vraiment malades, qu'il n'y a pas de médecins sur place pour le traiter. (...) de temps en temps dans certains cas on doit attendre entre une semaine, si pas plus. (...) on ne peut pas les voir le weekend, je crois que les médecins doivent appeler pour (...) qu'on leur certifie d'avoir le droit de donner des médicaments ou de faire quelque chose, ici ou ça* ». Un changement ne pourrait avoir lieu que si les ETP de toutes les équipes sont majorées, notamment niveau médecins, comme l'a décrit un détenu *E6 (14)* : « (...) *Je dirais peut-être que de temps en temps on est en manque de médecins ici (...) comme j'avais dit, il y a peut-être un manque de docteurs justement (...)* ».

Les autres critiques avancées étaient plutôt d'ordre administratif.

d. Le monde médical rencontre le monde juridique

Concernant les connaissances des médecins sur le système pénitentiaire, aucune statistique ne permet une comparaison à notre échantillon. Cependant, une des réponses type était *EH (2)* : « *Le strict minimum. (...) je n'ai pas de formation particulière concernant le système pénitentiaire luxembourgeois* ». En effet, l'instauration d'un cours sur la problématique de cette population défavorisée dans le cursus de médecine générale et dans la formation de la substitution aux opiacés nous semble indispensable pour améliorer la prise en charge médicale des patients élargis. Un stage en milieu pénitentiaire pour tout futur médecin généraliste n'est actuellement pas réalisable, mais il serait une bonne préparation pour tout travail pluridisciplinaire ultérieur (43) (63) (64).

En plus, la stigmatisation craint par les détenus *E9 (33)* : « (...) *de ne pas avoir de jugement sur les personnes qui sont incarcérées (...)* » et réelle chez les médecins *EA (111)* : « (...) *qu'il y a aussi des préjugés auprès des patients que voilà : il était en prison, je dois me méfier, il peut être agressif. Je ne sais pas ! C'est parfois les médecins qui ont un peu peur quand ils sont au courant qu'il était en prison. (...) au cabinet il y a peut-être des gens qui ne veulent pas trop prendre en charge les prisonniers (...) par sécurité, par problèmes, par peur !* » diminuerait ; notons qu'une stigmatisation est directement liée à la prise de substances psychoactives, une rechute et donc une détérioration d'un suivi médical (21). En plus, cette stigmatisation crée une perte de confiance dans le corps médical, diminuant l'accès aux soins primaires même si les conditions idéales étaient en place (65).

2. La coordination de la prise en charge médicale lors de l'élargissement

L'élargissement d'un patient-détenu est une période de vulnérabilité sous-estimée. Selon une analyse rétrospective entre 2002 et 2010 aux États-Unis, les taux d'hospitalisations sont de 1,4 % dans la première semaine, 3,9 % le premier mois et même 8,3 % dans les trois premiers mois, soit 1 ex-détenu sur 12. Les principales raisons d'hospitalisation étaient la décompensation de maladies chroniques type diabète type II ou BPCO, la décompensation de maladies psychiatriques ainsi que des surconsommations de drogues illicites, soit des hospitalisations évitables (66). Le taux d'hospitalisation est plus que le double par rapport à la population générale et 12 fois concernant le risque de mortalité (67).

Le principal problème est l'articulation entre le monde de la prison et l'extérieur, ce qui a été repris plusieurs fois dans les deux échantillons analysés : *EF (26) : « (...) après on ne les revoit plus lorsqu'ils rentrent en prison, et ensuite on les revoit de nouveau, donc il n'y a pas véritablement de relais ou de contact avec l'équipe médicale là-bas (...) »*, *E8 (62) : « (...) ils étaient bien quand ils étaient ici, puis quand ils sont sortis (...) dehors vous les voyez (...) un peu mal je trouve. (...) quand ils sortent, ils ne sont pas suivis (...) »*.

En France, le *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* propose dans la mesure n° 13 d'« organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie » (57).

a. *L'examen et le traitement de sortie*

Selon l'article 33.6 des règles pénitentiaires européennes du Conseil de l'Europe (38) : « *Lorsque la libération est fixée en avance, le détenu doit se voir proposer un examen médical conformément à la Règle 42 (devoirs du médecin), aussi peu de temps que possible avant l'heure de sa libération* ». En France, un examen médical dans le mois précédant l'élargissement est prévu dans l'article 53 de loi du 24 novembre 2009 (57). Ceci permettrait de donner en main propre leur dossier médical ainsi que leur traitement en cours. Le manque d'effectifs et la date de sortie souvent inconnue des détenus sont un frein majeur à la mise en place de ce projet.

Cependant, en théorie, les patients suivis pour une maladie infectieuse (VIH, hépatites B et C) reçoivent en principe lors de l'élargissement le traitement pour au moins une semaine avec des documents explicatifs pour réaliser une suite de la prise en charge (42). Aux États-Unis, les patients reçoivent leur traitement pour une durée jusqu'à 60 jours (67). En France, selon des notes interministérielles de 2000 et 2001 « *la sortie doit être organisée pour permettre un accompagnement sanitaire et social* », le patient-détenu devrait alors recevoir une ordonnance (pour la substitution) valable pour éviter tout arrêt thérapeutique.

Ces mêmes notes prévoyaient aussi qu'on remette au détenu les adresses d'associations et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (68). *EE (85) : « (...) on sait qu'en addictologie l'information ne suffit pas, c'est-à-dire qu'il faut organiser activement, proactivement des rendez-vous parce qu'on est en contact avec des patients avec lesquels il ne suffit pas de donner une brochure. Il faut prendre un rendez-vous par téléphone, pratiquement leur communiquer le rendez-vous (...) »* a été avancé par un médecin ; une approche proactive est nécessaire avant l'élargissement, même si les études montrent un effet limité de cette dernière (14) (17).

EC (58) : « (...) le fait de recevoir un petit rapport médical par exemple à la sortie (...) comme chez les gens qui étaient à l'hôpital (...) » était un point récurrent dans les interviews menés ; ceci est réalisé en Australie (61). Les barrières à l'instauration d'un tel projet sont les mêmes que pour l'examen de sortie.

b. Le réseau de médecins généralistes

E7 (89) : « Ah ! Déjà pour les personnes comme moi qui ont un truc chronique, ça (...) serait bien parce qu'il faut voir une fois par semaine. Pour les personnes qui ont le HIV, pour ça aussi. (...) Oui, pour les plaies chroniques, pour tout ça il faut qu'on soit suivi. Et les toxicomanes en général, on se laisse un peu aller, donc voilà. Il faut nous pousser un peu, je pense, et ça irait (...) oui ». *E9 (156) : « Pour des personnes qui ont des traitements (...) lourds ou des traitements de substitution, d'avoir un travail directement avec les généralistes, je pense que ça sera plus simple (...) que de sortir comme ça et (...) être dans le néant, d'aller voir un médecin (...) ».*

L'élargissement est une période critique de vulnérabilité, notamment du point de vue médical. Malgré l'estimation qu'environ 80 % des patients-détenus souffrent d'une pathologie chronique (médicale ou psychiatrique, 3 en moyenne par patient), il n'y a que 15 à 25 % des ex-détenus qui prétendent consulter en soins primaires (à part le service d'urgences) jusqu'à 1 an après l'élargissement (64) (69). Un contact médical précoce après l'élargissement, dans le premier mois, augmente la probabilité du suivi chronique en soins primaires et ainsi la réussite thérapeutique (p. ex. pour poursuivre un traitement antirétroviral) notamment chez les femmes, les personnes âgées ainsi que les malades chroniques et polymédiqués. En même temps, le recours aux soins d'urgences (souvent non indiqué) et aux hospitalisations pour des complications liées à l'interruption thérapeutique diminue (12) (15). Afin d'optimiser le relais

de la prise en charge médicale, les permissions de sortie pourraient être utilisées pour une première visite médicale à l'extérieur.

La création d'un réseau de médecins généralistes, en premier lieu ceux participants au programme de substitution aux opiacés/de la dépendance à l'héroïne a été reprise dans le *Plan d'action national SIDA 2018-2022* après avoir été évoqué dans une étude antérieure (7) (60).

Un tel réseau n'a pas été trouvé dans la littérature, mais des concepts pareils sont en place.

Une des premières initiatives a été au début des années 2000 le *Health Link* : il s'agissait d'un programme destiné aux femmes incarcérées afin de réduire la récidive criminelle et la rechute dans les drogues, ainsi que pour améliorer leur qualité de vie et la santé publique des quartiers défavorisés de New York City (États-Unis) ; le travail de ce programme holistique commençait en prison pour se poursuivre après l'élargissement, avec un accompagnement social continu sur le terrain pour améliorer particulièrement leur prise en charge médicale (70).

Puis, prenons un exemple canadien du « *Community Relapse Prevention and maintenance (CRPM) program* » organisé par l'administration pénitentiaire depuis mai 2003 et faisant partie du « *Women Offenders Substance Abuse Programming (WOSAP)* ». Il s'agit d'un programme de prise en charge globale multicentrique spécifiquement dédié aux femmes toxicomanes qui débute en prison pour être poursuivi en ambulatoire après l'élargissement ; des équipes pluridisciplinaires proposent une approche holistique combinant des psychothérapies de type cognitivo-comportementales avec un programme individuel de prévention de la rechute. Ce programme a permis de réduire le taux d'incarcération sur un an d'un facteur 10 ; les récidives et rechutes se passaient pour un tiers dans les six premiers mois et étaient liées à un âge jeune, un niveau de scolarité bas et l'absence d'éducation pendant l'incarcération (71).

Aux États-Unis il existe des « *continuity clinics* » ou « *transitions clinics* », donc des cabinets médicaux spécialisés prenant le relais des soins prestés en prison avec des *primary care-based complex care management programs* (72). *The Transitions Clinic Network* est un réseau

multicentrique dans différents États proposant également une prise en charge médicale adaptée aux origines culturelles diverses (73). Les suites de prise en charge concernent principalement le VIH (*cf. Introduction*) avec des résultats bénéfiques pour le patient et la santé publique, car une cessation d'un traitement antiviral est source de résistances virales aux traitements et d'une majoration de la transmission de la maladie dans la population générale (69). Cependant, *EF* (79) : « (...) *c'est des gens (...) pas très observant (...)* » comme le montrent les études : 31 % des ex-détenus n'ont pas réalisé une suite de prise en charge malgré que les rendez-vous aient été fixés en avance, notamment chez ceux avec une charge virale importante et n'ayant jamais bénéficié d'un traitement antirétroviral (22). Le projet « *EnhanceLink* » est semblable et se concentre également sur les ex-détenus séropositifs (14). Ce projet a montré que différents paramètres étaient en faveur d'une bonne suite de prise en charge : hommes de plus de 40 ans, éducation thérapeutique en prison, plan de décharge pour la suite de prise en charge organisée avant l'élargissement, date d'élargissement connue en avance notamment par l'équipe médicale de prison, libération conditionnelle et une vie stable (logement et/ou emploi) endéans le mois d'élargissement (19).

En outre, un programme au *Hampden County jail* au Massachusetts (États-Unis) propose que les médecins engagés en prison reprennent eux-mêmes dans leur cabinet privé les patients-détenus lors de l'élargissement afin de ne pas avoir d'interruption thérapeutique (64). Le *Women's HIV/Prison Prevention Program (WHPPP)* de la prison de Rhode Island (États-Unis) présente un programme semblable, sauf que la suite de prise charge concerne le volet médical ainsi que celui social (74).

Une telle initiative serait possible au Luxembourg vu que les médecins en prison ont ce même double statut, mais vu le faible nombre de médecins et le nombre important d'élargissements ceci s'avérerait compliqué.

c. Le médecin référent et le dossier de soins partagé

Malgré que cette option d'amélioration de la prise en charge médicale lors de l'élargissement n'ait pas été évoquée, les outils « médecin référent » et « dossier de soins partagé » méritent d'être évoqués.

Des médecins généralistes consultent rarement en prison même si les patients-détenus ont le droit de garder leur médecin traitant, *EI (14)* : « (...) et encore j'ai quand même vu encore des gens parce qu'ils peuvent s'opposer à voir le médecin du Centre Pénitentiaire, ils peuvent demander que le médecin de confiance vienne les voir. Bon, c'est une mer à boire parce que ça dure (...) pour une consultation c'est 2 heures, mais je l'ai fait pour certains patients ».

Mais pour les détenus qui doivent passer une longue peine, le médecin généraliste du SMP devrait être leur médecin référent, comme le décrit un des patients-détenus *E4 (15)* : « Moi je n'ai pas de médecin extérieur. (...) Je contactais plus le docteur de prison, 10 ans que je rentré et sorti ! 2009 et toujours rentré, sorti, rentré, sorti ».

En effet, le médecin du SMP remplit les missions requises pour être désigné « médecin référent » selon l'article 19bis du *Code de la Sécurité Sociale (75)* :

- « d'assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
- de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60 ;
- de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires ;
- de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée ;

- *d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins ;*
- *le médecin référent doit avoir la qualité de médecin généraliste ou celle de médecin en pédiatrie ».*

Avec l'accord du patient-détenu, un dossier de soins partagé (donc électronique, personnel et sécurisé) peut être poursuivi, s'il est déjà existant, ou être créé. Cette plateforme d'échange et de partage de données de santé aurait plusieurs avantages (76) :

- lors de l'admission, si le dossier est complet, une suite de prise en charge en prison pourrait être poursuivie ;
- de même lors de l'élargissement, si le dossier est complet, le médecin à l'extérieur pourrait poursuivre le traitement entamé en prison ;
- il aurait également accès à tous les examens réalisés *EI (57) : « (...) parce que souvent il s'est passé beaucoup de choses ! (...) »* évitant ainsi de les refaire et réalisant des économies.

Une fois à l'extérieur, un nouveau médecin référent doit être défini. *E3 (74) : « Quand moi sorti, si moi a un problème, c'est le médecin de famille. (...) Oui. Quelconque problème avec moi, c'est le médecin. La première chose c'est le médecin de famille, et puis il va regarder, il va faire s'il y a une chose ».* Selon notre étude, huit patients-détenus sur 10 ont prétendu consulter un médecin généraliste à la sortie de prison, ce qui correspond environ aux chiffres d'une thèse de médecine française récente (77). Selon celle-ci, 67 % des détenus ont mis leur médecin traitant au courant de leur passé carcéral, point important pour une prise en charge optimale, *E9 (161) : « Donc de dire qu'on était en prison il faut savoir le dire, ne pas rester caché parce qu'autrement ça va nous fermer des portes, le médecin va nous refuser ce traitement, parce que c'est un traitement qui est lourd, quelqu'un qui prend la méthadone ou*

un traitement assez lourd comme ça (...) ». En plus, selon cette étude, 77 % des individus prétendaient de leur médecin traitant étant à l'écoute et étant un soutien psychologique, *E6 (159) : « (...) Il pourrait avec les mots justes et l'affinité qu'il faut, oui. (...) ».*

D'une part, l'utilisation de ces outils n'appartient pas encore à la routine des médecins généralistes. Le Ministère de la Santé devrait proposer des formations particulières pour ces derniers et les inciter à passer le pas avec des offres et compensations. D'autre part, le dossier médical de prison/du CHL devrait être compatible avec ces outils (ce qui n'est pas le cas à notre connaissance).

d. Médecin coordinateur de soins

Les médecins réclament une interface de contact avec l'équipe médicale de prison *EF (100) : « Bah c'est justement d'avoir au moins un lien (...) direct ou un numéro qu'on puisse appeler au moins pour (...) avoir des informations ou (...) un centre de, une personne de (...) contact qu'on puisse appeler au moins ou une infirmerie pour avoir accès à des prises de sang ou des examens complémentaires qui ont été faits, dans un délai rapide pour avoir une réponse lorsque le patient arrive au cabinet. (...) Donc moi ce que je ferais, c'est d'avoir un numéro où on puisse appeler pour avoir les infos au moins (...) »* ; celle-ci pourrait être réalisée grâce à un médecin coordinateur de soins comme c'est le cas en Suisse depuis plusieurs années (40).

Comme déjà proposés dans le rapport de 2010 de l'Ombudsman, organe de contrôle externe des lieux privés de liberté, après une fusion des équipes somatiques et psychiatriques, un responsable médical et un responsable des soins devraient être désignés. Un poste de médecin coordinateur de soins devrait alors être créé : il servirait de médecin-contrôle et directeur interne des soins prestés en prison, de personne de contact pour l'administration pénitentiaire et comme une interface avec les organisations et les médecins à l'extérieur (45).

3. La coordination de la prise en charge médicale avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg

Comme la population carcérale concentre une proportion notable de toxicomanes, des liens avec des ONG ayant passé une convention avec le Ministère de la Santé sont indispensables pour leur prise en charge holistique médico-socio-psychologique. Il n'existe pas d'équivalent luxembourgeois à l'*Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie* (ANIT) comme en France. Présentons les principales organisations luxembourgeoises mentionnées dans ce travail.

a. Jugend- an Drogenhëllef

La fondation *Jugend- an Drogenhëllef* (JDH) a été l'institution principale nommée et utilisée par les médecins et patients-détenus. Il s'agit depuis de nombreuses années de l'adresse principale vers laquelle des toxicomanes se dirigent pour une prise en charge médico-psycho-sociale, mais également l'adresse principale avec laquelle les médecins généralistes ont un échange régulier. L'équipe pluridisciplinaire est constituée d'assistants sociaux, éducateurs gradués, psychologues ainsi que de médecins généralistes pour la substitution aux opiacés. Ils proposent différents services : service médical de substitution aux opiacés (avec la substitution à l'héroïne, *cf. chapitre IV-A-5-c*), services d'accueil de bas seuil (aide inconditionnelle médicale et sociale de base), logement accompagné *Les Niches*, service de consultation pour les usagers de drogues ainsi que leur entourage ainsi que le service parentalité pour les femmes consommatrices enceintes ou ayant des enfants.

A part les médecins généralistes (et quelques psychiatres et médecins internistes) inscrits dans le programme de substitution aux opiacés, la JDH s'occupe en grande partie de ce volet. En plus, depuis peu de temps, un psychiatre du SMPP assure la suite de prise en charge de ce volet médical lors de l'élargissement.

La JDH propose trois accueils de bas seuil distribués de manière homogène dans le pays, mais avec des horaires d'ouverture restreints :

Kontakt 28	Contact Esch	Contact Nord
28, rue du Fort Wedell	11, rue St. Vincent	3, rue de la Gare
L-2718 Luxembourg	L-4344 Esch/Alzette	L-9044 Ettelbruck
Tél. : (+352) 49 10 40 301	Tél. : (+352) 49 10 40 311	Tél. : (+352) 49 10 40 321
kontakt28@jdh.lu		
www.jdh.lu		

Sans rendez-vous et de manière gratuite, les patients peuvent bénéficier de matériel de prévention et de réduction de risques (échange de seringues, préservatifs), possibilité de se laver ou de laver les vêtements, organiser des visites à l'hôpital ou en prison, lire des journaux ou boire quelque chose ; des consultations sont sur rendez-vous dans un des trois sites précités ou à la Maison Sociale de Dudelange (27, rue du Commerce, L-3450 Dudelange, Tél. : 49 10 40 1).

En plus, ils mettent à disposition des distributeurs de seringues (3 pour 1,50 €) à Esch-sur-Alzette (croisement boulevard Kennedy/rue du Brill, parking derrière les garages) et à Ettelbruck (au CHNP).

Les logements accompagnés (*cf. chapitre IV-A-4-b*) sont destinés à des consommateurs de drogues actifs ou sevrés sur base d'un contrat d'hébergement avec un accompagnement médico-psycho-social ; 5 places sont pour des toxicomanes vieillissants selon un projet pilote et 4 places pour des mères avec enfants dans une maison communautaire (78) (79).

b. Arcus

Arcus a.s.b.l. est une association née d'une fusion en 2008 de plusieurs œuvres caritatives chrétiennes. Elle propose de manière décentralisée, partout dans le pays, des services de soutien socio-pédagogique et des structures d'accueil pour enfants et familles.

En plus, le service *Quai 57*, nommé à plusieurs reprises dans nos entretiens, propose des conseils sur la dépendance et une assistance aux toxicomanes et leur entourage, à l'aide de consultations concentrées sur l'élaboration de projets individuels type thérapies ou insertion sociale. L'équipe pluridisciplinaire est constituée d'assistants sociaux, psychologues et éducateurs gradués, donc pas de médecins ; il est à noter qu'ils cherchent à collaborer avec des médecins généralistes et des psychiatres (79) (80).

Quai 57

57, avenue de la Gare L-1611 Luxembourg

Tél. : (+352) 26 48 04 90 ; Fax : (+352) 26 48 04 91

quai57@arcus.lu ; www.arcus.lu

c. *Comité National de Défense Sociale*

Le *Comité National de Défense Sociale* (CNDS) propose des structures de domaines différents : *Nei Aarbecht* (projet de travail pour intégrer des chômeurs de longue durée au niveau socio-professionnel avec un logement dans un de ses foyers), *CNDS-Vollekskichen* derrière la gare de Luxembourg-Ville (offre de repas à prix modestes pour des personnes isolées et/ou à bas revenu), *CNDS-Wunnen* (cf. chapitre IV-A-4-b), *CNDS-Naturaarbechten* (projet de travail en matière de conservation de la nature pour intégrer des chômeurs de longue durée au niveau socio-professionnel) et les services de l'entraide (initiative sociale en faveur de l'emploi). Finalement, ils proposent des services destinés aux toxicomanes, l'*Abrigado*, comme décrits dans nos entretiens. Celui-ci se compose d'un projet TABA à Walferdange (offre d'occupation pour des toxicomanes âgés), d'un asile de nuit (structure d'hébergement d'urgence avec 42 lits), d'un centre de jour composé d'un *Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues* (CAARUD), d'une salle de consommation de drogues pour personnes toxicomanes (cf. chapitre IV-A-5) ainsi que d'un service médical (avec des médecins généralistes qui consultent gratuitement trois fois par semaine) (79) (81) (82).

Abrigado, CNDS asbl

8, route de Thionville L-2610 Luxembourg

Tél. : (+352) 27 36 84 11 ; Fax : (+352) 27 36 84 10

abrigado.jour@cnds.lu ; www.cnds.lu

d. Croix-Rouge

La *Croix-Rouge* luxembourgeoise a également été nommée dans nos entretiens. Connue pour l'organisation des dons de sang et leur engagement humanitaire international, leurs activités sont très diversifiées : santé, social, jeunesse et humanitaire.

Le *dropIn* est un dispensaire pour *sexworkers* (prostitué(e)s, travailleur du sexe) proposant un soutien et suivi médico-psycho-social, du matériel nécessaire à l'exercice de leur travail ainsi que des vaccins ; une permanence médicale est assurée tous les mercredis soir.

Le service *HIV Berodung* propose un dépistage gratuit et anonyme des IST, un soutien psychosocial ainsi que des logements encadrés (*cf. chapitre IV-A-4-b*). Il organise régulièrement des campagnes d'information et d'éducation sexuelle pour le grand public ainsi qu'en prison.

Ce service travaille en étroite collaboration avec le *DiMPS (Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle)* qui est une antenne mobile de ce dernier, afin d'aller de manière proactive à l'encontre des personnes à risques marginalisées (79) (83).

dropIn

31, rue de Bonnevoie

L-1260 Luxembourg

Tél. : (+352) 48 90 01 1

Fax : (+352) 48 90 01 20

HIV Berodung

94, boulevard du General

Patton, L-2316 Luxembourg

Tél. : (+352) 27 55 45 00

hivberodung@croix-rouge.lu

www.sida.lu

DiMPS

Tél. : (+352) 27 55 45 00

dimps@croix-rouge.lu

www.dimps.lu

e. *Stëmm vun der Strooss*

L'association *Stëmm vun der Strooss* (= voix de la rue) proposent des services divers à des sans-abris : *Stëmm Caddy* (atelier de réinsertion professionnelle qui s'occupe de la distribution alimentaire de denrées comestibles, mais invendables), un restaurant social (à Hollerich et à Esch-sur-Alzette), des douches avec buanderie, *Immo Stëmm* (cf. chapitre IV-A-4-b), un atelier de rédaction (travail supervisé de réinsertion socio-professionnelle), *Schweessdrëps* (atelier thérapeutique s'occupant des tenues sportives de 280 équipes) et *Kleederstuff* (mesure de réinsertion socio-professionnelle s'occupant de la distribution de dons de vêtements à des personnes défavorisées). Elle propose également deux services à visée médicale : d'une part, le Centre post-thérapeutique de Schoenfels (suite de prise en charge après une thérapie stationnaire de sevrage) et d'autre part *Dr Stëmm* (soins gratuits médico-psycho-sociaux prestés par cinq médecins chaque mercredi après-midi) (79) (84).

Accueil pour les sans-abris

7, rue de la Fonderie, L-1531 Luxembourg

Tél. : (+352) 49 02 60, Fax : (+352) 49 02 63

stemm@stemm.lu

www.stemm.lu

Centre de post-thérapie Schoenfels

1, rue du Village, L-7473 Schoenfels

Tél. : (+352) 27 84 66 1, Fax : 27 84 66 33

nachsorge@stemm.lu

posttherapie@stemm.lu

f. Autres

D'autres organisations existent au Luxembourg et qui ont été nommées dans les entretiens.

Le *Centre Ulysse* (foyer d'accueil d'urgence et d'hébergement pour la nuit ; 3, Dernier Sol L-2543 Luxembourg) de *Caritas Luxembourg* est un de leurs logements, à côté de logements encadrés pour personnes en difficulté, demandeurs de protection internationale ou des réfugiés ; cependant, ils ne proposent pas de soins médicaux (85).

Le centre thérapeutique pour toxicomanes *Syrdall Schlass* (L-6851 Manternach ; Tél. : (+352) 71 06 06 ; Fax : (+352) 71 98 48 ; syrdallschlass@chnp.lu) fait partie du CHNP et propose des thérapies stationnaires individuelles ou en groupe pour des périodes de 4 à 12 mois (79).

L'association *Liewen Dobaussen* (1, rue Abbé H. Muller L-9065 Ettelbruck; Tél. : 26 81 51 - 1 ; Fax : 26 81 30 99 ; liewen@liewen-dobaussen.lu) proposent différentes structures de logement pour des personnes en situation d'isolement social, notamment celles souffrant de troubles psychiques (86).

Aucune information n'a été trouvée concernant l'association *Info-Prison*, à part une adresse (2, Rue de la Boucherie L-1247 Luxembourg) (87).

Pour d'amples informations concernant les associations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg, le *Centre de Prévention des Toxicomanes* (CePT), coordinateur national des activités de prévention des toxicomanies, propose toutes les années un listing de toutes ces dernières (79) (88).

La Figure 6 montre la répartition des différentes institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg, sauf les cabinets médicaux privés participant au programme de substitution (49). La distribution de médecins généralistes peut être retrouvée sur la Figure 3.

E6 (108) : « (...) une longue route si on est pas mobile, qui restreint aussi d'aller chez le médecin, ça dépend aussi de ce qu'on a ». Cette critique est également trouvée aux États-Unis (20). Au Luxembourg, l'accès à ces structures peut être limité par leur localisation, même si la plupart se trouvent proches des transports publics, notamment ferroviaires. Un titre de transport gratuit lors de l'élargissement devrait être mis à disposition comme en France (89).

Une autre piste essayée aux États-Unis est le soutien avec des pairs : un projet pilote aux Texas, Wisconsin et Michigan, entièrement pris en charge et donc gratuitement pour les patients, propose que des ex-détenus qui sont passés par toutes les étapes difficiles lors de l'élargissement aident ceux qui le désirent (67). Des *transitions clinics* (cf. chapitre IV-A-2-b) proposent également une coopération avec des ex-détenus, dits *community health worker*, ce qui augmente l'observance du suivi thérapeutique en soins primaires (64) (72). Au Luxembourg, une telle initiative a été lancée par Guy Peiffer, ancien détenu pendant 24 ans, sous le nom de « *Second Chance* » : cette association essaie de réintégrer les détenus avec des aides au niveau logement et travail (90). De telles initiatives devraient être soutenues et élargies par l'État ; une coopération avec un éventuel réseau de type *transitions clinic* serait à envisager.



Figure 6 : Répartition géographique des organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg en 2017 selon Dr Origer

4. Phase de transition entre l'incarcération et la liberté

EI (35) : « (...) il y a un gros problème et ça ne dépend pas du personnel médical, c'est surtout qu'il y a des sorties catastrophes, c'est-à-dire que (...) le jour au lendemain il y a des gens qui sortent (...) ». Tous les problèmes lors de l'élargissement ne sont pas d'ordre médical et ne dépendent pas des médecins, même si ce dernier y joue un rôle. La préparation du retour dans la société est principalement dans les mains des deux principales structures SPSE et SCAS (*cf. chapitre I - B - 4*). En plus, l'approche pluridisciplinaire doit être individualisée, car « *one size fits all approaches may not work* » (18). En effet, des programmes individualisés et accompagnés médico-psycho-sociologiques après l'élargissement ont été mis en place avec succès aux États-Unis, mais que pour les patients souffrants du VIH, sous le nom de « *Community Partnerships and Supportive Services for HIV-Infected People Leaving Jail (COMPASS)* » (20). Un suivi individualisé après l'élargissement augmente l'utilisation de soins primaires et ainsi le taux de réussite du suivi (91).

Le verdict de la part des médecins et des détenus était plutôt négatif : *EF (49) : « Il sort de la prison d'un jour à l'autre en fait (...) Je pense qu'il va être éjecté un peu dans la nature, non ? (...) Dans ma conception, je pense qu'ils sont (...) probablement laissés à eux-mêmes (...) »* et *E6 (42) : « (...) vous sortez d'ici sans rien, vous restez sans rien ! (...) Moi je dirais les problèmes, c'est surtout que (...) quand vous êtes abondé sur vous-même (...) ».*

E7 (30) : « Bein ici quand on quitte Schrassig c'est (...) t'as pas de suivi, ça c'est sûr ! T'as la SCAS, mais pff (...) je trouve on n'est pas bien encadré ». Selon les chiffres français, 75 % des élargissements ne sont pas préparés, « *la libération devient pour l'ancien prisonnier un parcours d'exclusion auquel les plus vulnérables n'échapperont pas* » (68).

Comme mis en avant dans une étude qualitative américaine en prison, les prisonniers veulent s'occuper de leur santé et sont donc prêt à s'investir pour un élargissement préparé (92) : E6 (51) : « *C'est dans un bon moment et jusque-là je vais essayer de faire quelque chose. Je vais m'organiser, préparer ma sortie, donc j'irai aussi m'informer et voir où est-ce que je peux trouver des aides concrètes* ». Cependant, selon une autre étude qualitative américaine, le pourcentage de ces patients est faible, il n'y a que 16 % des patients-détenus qui ont considéré que le traitement médical après l'élargissement était une priorité ; leurs priorités ne sont pas celles que le corps médical aurait pensé : 63 % considéraient le logement comme priorité absolue et pour 35 % une source financière était le plus important (cf. Tableau 13) (93).

EI (149) : « (...) *Donc c'est plus du point de vue social et pas médical qu'il faudrait structurer. (...) Travail, logement, c'est la réinsertion, pas le médecin* ». En effet, la prise en charge médicale lors de l'élargissement n'est pas considérée comme une priorité, c'est le logement, car E7 (67) : « *Quand je sors, si je n'ai pas d'adresse (...) j'ai rien !* », le logement est une condition primaire pour la structuration de la vie d'un ex-détenu (cf. Figure 7) (93).

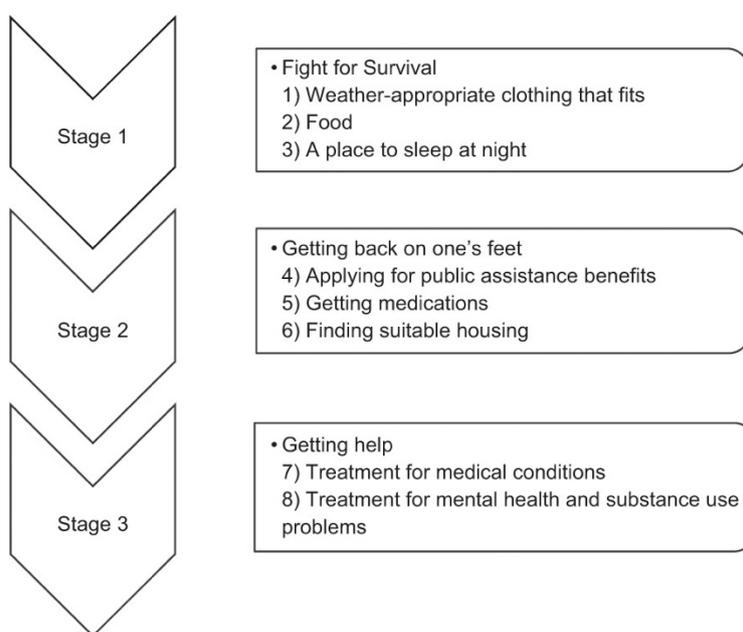
EA (69) : « *Puis j'ai déjà (...) eu un cas d'un patient qui était sorti juste le vendredi avant le weekend et c'était en plus, je pense, une période de vacances. (...) Il est venu chez nous en catastrophe parce qu'il ne savait pas quoi faire. (...) c'était très difficile. (...) pas les laisser sortir avant un weekend ou les vacances. (...) En catastrophe, comme ça, parce qu'on a besoin de la place (...)* » est un point également évoqué dans cette étude, soulignant l'importance de l'organisation et préparation *intra-muros* de l'élargissement.

Tableau 13 : Priorités des services nécessaires après l'élargissement selon des patients-détenus américains

Services and Supports	Percentage (n) of individuals who identified needing each service or support after release from jail	Percentage (n) of individuals who identified the service or support as being among the two most important to them when they got released from jail
Housing	70% (80)	63% (72)
Money	59% (68)	35% (40)
Medication	27% (31)	16% (18)
Family and friends	22% (25)	14% (16)
Help with public assistance benefits	20% (23)	11% (13)
Case management services	25% (29)	10% (11)
Mental health treatment	24% (28)	8% (9)
I2-step program	18% (21)	7% (8)
Employment and educational services	15% (17)	5% (6)
Drug and alcohol treatment	15% (17)	4% (4)
Help obtaining identification	6% (7)	0% (0)

Note: N = 115 (includes both incarcerated and released clients of the reentry program).

Figure 7 : Hiérarchie des aides nécessaires lors de l'élargissement selon des patients-détenus américains



Bien que la population ne soit pas la même (principalement des afro-américains), des constats semblables à ceux de notre étude ont été trouvés lors d'une étude qualitative avec des ex-détenus aux États-Unis à Nouvelle-Orléans (Louisiane), lieu avec le plus haut taux d'incarcération des États-Unis (67) : pas de papiers explicatifs concernant les aides médico-psycho-sociales à l'extérieur, pas d'ordonnance de sortie, pas d'explications concernant les lieux pour une suite de prise en charge médicale, pas de transmission de leur dossier médical

lors de l'élargissement, pas d'informations concernant l'obtention d'une couverture sociale, impossibilité à payer les consultations chez les médecins, pas d'aides psycho-sociales ou familiales lors de l'élargissement. Les propositions d'améliorations ont été également comparables à notre échantillon : une transition médicale organisée, coordonnée et abordable (donc pris en charge) avec un rendez-vous déjà fixé en avance chez un médecin qui reçoit en avance l'intégralité du dossier médical pénitentiaire, mise en place d'une couverture sociale avant l'élargissement, recevoir assez de médicaments pour ne pas interrompre la suite d'un traitement en cours ainsi qu'une prescription médicale valable, une phase de transition avec un accompagnement psycho-social, désire de prendre en charge les maladies chroniques nouvellement diagnostiquées en prison et l'importance d'avoir un travail et un logement pour pouvoir s'occuper de sa santé.

Il est à noter que les femmes représentent une sous-population certes minoritaire, mais à risque : enfants à charge, statut social en général plus bas que celui des hommes, moins d'aides sociales avec un risque accru de n'avoir aucun logement, une moindre adhérence au traitement médical, etc (16). Notre étude n'a pas permis de mettre évidence les problèmes de cette population vu le non-recensement du sexe chez les détenus. Néanmoins, l'État et les associations diverses devraient mettre un accent particulier aux aides apportées aux femmes élargies.

E7 (31) : « Par contre, quand on sort de Givenich, là c'est super ! On est bien encadré, ils nous aident vraiment à trouver un travail, à trouver un logement. (...) » Des structures de transition comme Givenich existent également aux États-Unis comme le *Delaware work-release treatment program* qui combinent traitement de substitution aux opioïdes au travail ; effectivement, le taux d'emploi a augmenté de 45,4 % à 54,6 % (94). L'Autriche propose également un programme de resocialisation axé sur l'emploi intitulé « *Schritt für Schritt* » (= pas à pas) (3). Ceci montre que de telles structures sont à privilégier à la peine de réclusion classique.

Toutes les aides, comme p. ex. pour l'emploi ou un soutien psychologique, contribuent à un bon retour dans la société, mais voyons en détail les deux points les plus importants : l'accès aux soins et au logement.

a. Accès aux soins

E6 (36) : « Aujourd'hui c'est difficile parce qu'avant en sortant de prison vous étiez suivi, vous aviez encore une caisse de maladie, on va dire pendant 6 mois, je crois que ça a rabaisé à 3 mois et jusque maintenant à 0. Donc si vous avez quelque chose en sortant de prison, vous ne pouvez pas vous faire traiter correctement puisque vous n'avez pas de caisse de maladie si vous n'avez pas de travail ».

Une critique récurrente lors des entretiens a été la difficulté d'accès aux soins. En effet, une fois sortie de prison, la population incarcérée est à risque de tomber dans une situation de précarité sociale, sans logement, sans revenu et donc sans affiliation à la CNS. En France, un mécanisme de maintien temporaire d'une affiliation à l'assurance maladie pendant un an après l'élargissement permet de garantir une continuité des soins (57). Selon le *Plan d'action national de lutte contre les hépatites au Grand-Duché de Luxembourg 2018-2022*, des efforts vont être réalisés afin d'améliorer l'accès aux soins pour les populations les plus précaires et défavorisées (95). En cas de besoins, les patients ont recours aux ONG pour bénéficier de soins gratuitement comme expliqué par différents détenus : *E7 (68) : « Je dois avoir recours à Médecins du Monde ou à l'Abrigado, des choses comme ça. (...) Surtout si on ne travaille pas, c'est difficile. Bon, il y a les ONG, c'est comme ça qu'on dit ? Heureusement il y a les Médecins du Monde, tout ça, mais (...) oui ».*

De plus, afin d'avoir accès aux traitements souvent onéreux comme les antirétroviraux, des services comme la *HIV Berodung* de la Croix-Rouge paient des cotisations à la CNS comme solution transitoire. Une assurance maladie volontaire en hauteur d'une centaine d'euros mensuelle est possible en cas de logement disponible, donc cette option n'est pas réaliste (96). Des fois le frein pour accéder aux soins n'est pas d'ordre financier, mais simplement secondaire au cercle vicieux de l'isolement par la prise de drogues : la consommation est réalisée afin de soulager les souffrances psychiques et les psychoses ainsi que pour soulager des douleurs physiques importantes p. ex. causées par des abcès ou des thromboses septiques (60).

Les informations des campagnes de prévention n'arrivent souvent pas aux personnes marginalisées. Il faut donc aller à leur rencontre via un travail de rue et les informer de leurs droits.

Un tiers payant devrait être proposé pour une durée illimitée à toutes les personnes sans domicile fixe et pour une durée limitée jusqu'à l'obtention d'une affiliation à la CNS si un travail est débuté, comme p. ex. selon le modèle de la *protection universelle maladie* en France (97). Dans ce cadre, une réforme du système actuel du tiers payant social, où un domicile au Grand-Duché de Luxembourg est exigé, s'avère nécessaire (98). Les démarches devraient alors être effectuées par les assistants sociaux en milieu carcéral afin de garantir la gratuité pour le patient d'une suite de prise en charge médicale lors de l'élargissement.

b. Accès au logement

« *La réinsertion sociale de la personne sortie de prison est la condition sine qua non pour garantir une continuité des soins effective* » (57). Effectivement, un accès aux soins primaires s'avère être nécessaire, mais pas suffisant pour un contrôle de pathologies chroniques tel que l'hypertension artérielle et le diabète (20) (69) (99).

Une étape primordiale à la resocialisation passe par l'obtention d'un logement. En effet, la situation précaire d'un ex-détenu est souvent aggravée par l'absence d'un logement fixe. Une incarcération et en plus la toxicomanie sont des critères d'exclusion pour les structures de logement encadré et un critère d'exclusion dans le marché privé. Ceci n'est pas uniquement problématique au niveau social, mais également au niveau médical. En effet, le logement permettrait de stabiliser leur vie afin de bénéficier d'aides sociales comme le RMG (dorénavant appelé REVIS = revenu d'inclusion sociale), trouver un travail et être affilié à la CNS ; en plus, l'adhérence à un traitement comme p. ex. contre l'hépatite C ou une substitution aux opiacées est augmentée, permettant un meilleur taux de réussite de guérison (18) (95). Une structure particulière existe déjà, cependant elle est réservée aux séropositifs ; la *HIV Berodung* de la Croix-Rouge dispose de 17 logements encadrés pour des patients en détresse médico-psycho-sociale afin permettre en encadrement adapté pour gérer l'infection de manière autonome (60). De telles structures existent également aux États-Unis où il a été montré que les séropositifs sans domicile fixe avaient alors un gain de santé par rapport aux séronégatifs (69).

Une autre forme de logement accompagné et coordonnée par la JDH est celle appelée *Les Niches*, adressées aux consommateurs ou anciens consommateurs de drogues ; ce dernier est constitué de 55 appartements mis à disposition si nécessaire à long terme avec un accompagnement individuel (49) (100).

Le CNDS propose également des aides au logement, à différents niveaux : des centres d'accueil classiques (six foyers soit 48 lits), des logements encadrés et accompagnés (19 studios, cinq appartements et une maison familiale) ainsi que le projet pilote *Housing First*, tous avec des critères d'admission différents. L'objectif de *CNDS-Wunnen* est la réinsertion d'une population marginalisée avec l'intervention d'assistants sociaux (81) (82).

Des structures semblables sont également en place en France sous le nom de *Centre de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement collectif*, pouvant accueillir des patients substitués pour une période de trois à 12 mois (68).

Comme les structures d'hébergements sont soit restrictives avec leurs critères d'inclusion soit saturées, de nouveaux logements encadrés doivent être proposés. Le *Plan d'action national de lutte contre les hépatites au Grand-Duché de Luxembourg 2018-2022* décrit le projet d'un logement encadré pour les toxicomanes souffrants de VIH et/ou hépatite C permettant d'assurer un suivi médico-psycho-social quotidiennement avec un suivi médical infectiologique. Le *Plan d'action national SIDA 2018-2022* va plus loin et propose de créer des structures donnant la possibilité de s'y domicilier pour sortir du cercle vicieux et pour avoir accès à des aides sociales et droit à la CNS par une cotisation volontaire ; de plus, ces structures pourraient distribuer des médicaments sur avis d'un médecin qui consulterait régulièrement sur place (60) (95). Un suivi par un médecin référent généraliste n'est pas prévu, mais nous paraît indispensable pour une vision holistique et le suivi des comorbidités (84).

Pour les détenus avec des revenus garantis et sans domicile, une coopération entre les services pénitentiaires et *Stämm vun der Strooss* serait une option : ils proposent depuis 2005 un service d'accompagnement et d'aide à l'accès immobilier pour des personnes à revenu modeste appelé *Immo Stämm* (84). Dorénavant, la *Caritas* luxembourgeoise proposera aux ex-détenus des « *Maisons de transitions* » selon des modèles d'autres pays européens, dont les buts seront : responsabilisation des leurs actions pour « normaliser » leur cadre de vie, éviter toute forme de stigmatisation des ex-détenus, réintégration dans la société et utiliser à ces fins les ressources des ex-détenus (101).

Le plan d'action stratégique français d'amélioration du lien entre la prison et l'extérieur prévoit comme dispositif des *appartements de coordination thérapeutique* (57). À Amiens (France), l'association *Le Mail* propose différents services pluridisciplinaires, dont un *Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie*, avec des hébergements mixtes visant une autonomisation des utilisateurs de drogues ainsi qu'un échange de seringues usagées ; à part ce service, des consultations de prévention et de soins sont proposées à titre gratuit, ainsi que des formations pour des médecins (102). Une généralisation d'un tel service à toute personne demandant une admission, notamment après une détention, pourrait être organisée au Luxembourg.

La Finlande va encore plus loin ; depuis une dizaine d'années, une politique de « *logement d'abord* » a permis de réduire le nombre de sans-abris de 18'000 en 1987 à 6'700 en 2016 (103). Malgré différents projets de la *stratégie nationale contre le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement 2013-2020*, une initiative de telle ampleur ne demande qu'une volonté politique de la part du Grand-Duché de Luxembourg, un des pays les plus riches du monde (104).

5. Réduction des risques (*harm reduction*)

En matière de réduction des risques de transmissions de maladies liées à l'usage de drogues illicites, le Luxembourg est un des bons élèves (49). Il existe quatre méthodes principales pour une réduction de risques :

- a) programme d'échange d'aiguilles et de seringues ;
- b) salles de consommation de drogues encadrées ;
- c) programme de substitution aux opioïdes ;
- d) programme d'auto-injection de naloxone.

Les trois premiers points sont en place au Luxembourg, cependant la distribution de naloxone n'existe pas jusqu'à ce jour (*cf. chapitre 6. La rechute*) (105).

E9 (171) : « (...) ils peuvent nous orienter par rapport aux risques de rechutes (...) en nous donnant des outils pour pas resombrer (...) pour ne plus replonger parce que généralement ce qui nous fait replonger (...) et si on a des outils pour (...) être dans notre état normal, je pense que ça aurait vraiment 50 % d'incarcérations sur des personnes addict' ». Un point non mentionné dans la liste est le changement du mode consommation (95). En effet, tout médecin peut et devrait réaliser une intervention brève et informer le patient des risques encourus lors d'un partage de matériel notamment injectable ; des alternatives comme des techniques de consommation par inhalation ou en fumant devraient être préconisées si un sevrage n'est pas envisageable.

Un autre point non évoqué est la transmission de maladies lors du tatouage, pratique très répandue dans cette population : d'une part, le projet « *safe tattoo* » a été mis en place en mars 2017 au CPL afin de réduire les risques d'infections en évitant la réutilisation du matériel et d'autre part, tout tatoueur doit être formé aux risques d'infections depuis la loi du 24 mai 2018 (60) (106).

a. Programme d'échange d'aiguilles et de seringues

Le programme national luxembourgeois d'échange d'aiguilles et de seringues est destiné à réduire la transmission de maladies infectieuses transmissibles par voie sanguine depuis 1993. Introduit en France qu'en 1996, celui-ci a permis en 10 ans de réduire par cinq les décès par *overdose*, par quatre la prévalence du VIH parmi les injecteurs de drogues et de 70 % à 60 % l'hépatite C (107).

Il existe cinq sites fixes distribués dans le pays ainsi que trois machines dans chaque ville ayant une forte concentration en toxicomanes (Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck). Depuis 2012, il existe aussi une unité mobile réalisant des soins primaires pour les plus défavorisés. En 2016, un total de 423'000 seringues a été distribué (49).

Une orientation vers ces services devrait être réalisée par tout médecin réalisant des substitutions aux opioïdes.

b. Salles de consommation de drogues encadrées

Depuis 2012, l'*Abrigado* est la structure principale de *salles de shoot* dit « *Fixerstuff* » au Luxembourg permettant aux toxicomanes de s'injecter des drogues avec un matériel propre dans des conditions hygiéniques appropriées ; d'autres structures existent à Ettelbruck depuis février 2015 (Contact Nord) et à Esch-sur-Alzette. Cette dernière serait en élaboration jusqu'en décembre 2018 et serait gérée par la JDH (Contact Esch) (108). Une salle d'inhalation est également proposée avec des kits de sniff. Le nombre d'utilisateurs de cette structure est en constante augmentation avec en 2016 un total de 1717 clients, soit 67'000 injections supervisées. Cette supervision est pratiquée par un infirmier et des visites par des médecins généralistes sont programmées trois fois par semaine (108).

Comme le confirme Raoul Schaaf, directeur du CNDS, les structures actuelles sont arrivées à saturation et de nouvelles salles devraient être construites, notamment dans le nord du pays (p. ex. Ettelbrück) et dans d'autres quartiers de Luxembourg-Ville (109).

c. Programme de substitution aux opioïdes

E6 (156) : « Peut-être que dans la prévention (...) les gens auraient le déclic de réagir autrement. (...) Il pourrait ! (...) Bien sûr avec la compétence aussi ».

La poursuite d'une substitution à la méthadone ou buprénorphine après l'élargissement permet de réduire le risque de rechute de manière significative : une étude américaine a montré que la substitution permettait d'augmenter le taux d'abstinence de 9,9 % à 32,2 % et le temps de rechute de 13,2 mois à 28,8 mois (94). En plus, la substitution permet de sauver des vies ; en effet, une étude britannique prospective récente a montré une réduction de la mortalité de 75 % ainsi qu'une réduction de 85 % des décès par surdosage aux opioïdes pendant le premier mois ; cependant, cet effet protecteur s'estompe après probablement à cause de l'accoutumance (110). La substitution aux opioïdes n'est pas seulement un moyen de réduction de risques, mais également un moyen de réduction de la criminalité et donc de réincarcération ; selon une étude anglaise rétrospective conduite en 2009 dans des cabinets de médecine générale, la participation au programme de substitution à la méthadone a permis de diminuer la criminalité de 39,3 % et le temps d'emprisonnement de 82,8 %. L'argent investi dans ce programme compensait largement les frais juridiques (111). En plus, il existe un effet positif sur l'emploi et la rechute (71).

Au Luxembourg, la substitution aux opioïdes est principalement exécutée par des médecins généralistes et des psychiatres en ambulatoire, ainsi que par la JDH. En 2016, 1085 patients étaient inscrits, principalement substitués à la méthadone (95 %) et en moindre quantité buprénorphine + naloxone (contrairement à la France, où la méthadone est jugée plus risquée à cause de son temps de demi-vie plus long avec des effets retardés en cas de surdosage ou mélangés avec la prise d'héroïne) (49) (68).

EC (69) : « Bon il y a bien sûr la Jugend- an Drogenhëllef. (...) ils ont maintenant aussi mis en place le programme avec l'héroïne (...) je crois que c'est une bonne chose (...) ». Depuis 2017, la JDH propose également un traitement assisté à la diacétylmorphine (héroïne médicalisée)

dans le cadre d'un projet pilote organisé par la Direction de la Santé (112). Cependant, la durée du projet est insuffisante pour en faire une évaluation.

En France, l'association *AIDES* essaie avec l'étude PrébupIV une substitution à la buprénorphine injectable, plus adaptée aux habitudes de certains consommateurs de drogues (113).

6. La rechute

Rappelons la définition de la dépendance (qui a remplacé le terme *addiction* dans la Classification statistique internationale CIM-10) : « *Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).*

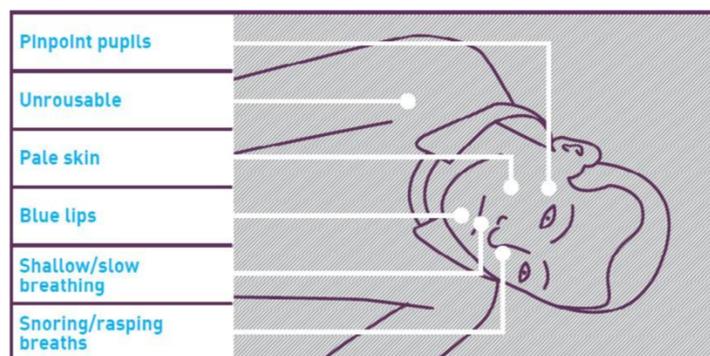
Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement » (114). Selon une étude de 2005 réalisée par la *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* du Ministère de la Santé de France : « *la réinsertion des personnes détenues souffrant de dépendances est tributaire tant de la qualité des soins en prison que de l'organisation d'une prise en charge sociale et d'une continuité de soins à la libération* » (57); le manque de préparation peut quant à lui s'avérer néfaste.

E6 (49) : « Et le pire c'est que j'en ai vu partir pour du bon ». E9 (122) : « Mais si demain je sors (...) c'est sûr que je vais ressembler parce qu'il n'y a pas de travail qui a été fait ».

« *If such high rates of death were occurring among young, ambulatory patients released from hospital there would be a scandal* » (115).

Un grand fléau à la sortie de prison est la rechute dans la consommation de drogues ainsi que le risque de surdosage y associé et même la mort par surdosage, principalement lors des deux premières semaines (116) (117). En effet, le risque d'un décès par *overdose* est jusqu'à 120 fois plus grand par rapport à la population générale pour le groupe de 15-34 ans, même 270 fois pour la tranche d'âge 35-54 ans (9) (107) ; ce risque est exacerbé dans le cas des femmes élargies, car elles sont plus à risque (16) (73) (118). Pendant l'incarcération, un sevrage est souvent initié et le consommateur de drogues n'est plus habitué aux doses d'avant l'incarcération (diminution de la tolérance) ou est exposé à des mélanges dangereux de différentes drogues à l'extérieur (3) (115) (116) (110). Au niveau mondial, il est estimé que 69'000 personnes sont victimes d'un surdosage aux opioïdes, dont 8000 morts par an en Europe, même si les chiffres sont sous-estimés, car souvent non déclarés. Cette mort est évitable notamment par la bonne reconnaissance des signes cliniques du surdosage (cf. Figure 8) (119).

Figure 8 : Signes cliniques d'un surdosage aux opiacés



La responsabilité de l'État envers un détenu se poursuit à l'extérieur en cas de problèmes. En effet, selon un précédent juridique lyonnais dans un suicide par surdosage, le fait d'avoir élargi un toxicomane sans traitement de substitution, la responsabilité a été celle de l'État ainsi que de l'hôpital dont le service médical de prison dépendait (68).

Au Luxembourg, les registres nationaux de 1994 à 2016 montrent une baisse des décès liés au surdosage avec cinq cas (que des hommes avec une moyenne d'âge de 41 ans, polyconsommateurs et injecteurs de drogues) en 2016, principalement liés à l'héroïne ou méthadone et pas aux opioïdes à visé médicale comme p. ex. le fentanyl, actuel fléau en 2018 aux États-Unis (120). Ceci correspond à 12,5 décès par million, ce qui est inférieur à la moyenne européenne de 21,8 décès par million. L'âge moyen des victimes de surdosages mortelles a également augmenté les dernières années, 25 ans pour le plus jeune et 51 ans pour le plus vieux en 2016. Cependant, des complications sont néanmoins recensées comme p. ex. les 29 cas de pertes de connaissances par surdosage en 2016 à l'*Abrigado* (22) (108).

Des kits d'injections simples d'utilisation avec de la naloxone (0,4-0,8 mg) (antagoniste opioïde de courte durée avec une très grande marge thérapeutique, donc sans grand risque d'utilisation) devraient être mis à disposition des injecteurs de drogues dans les principaux lieux de consommation connus ou dans des lieux hautement fréquentés comme des gares à l'instar des défibrillateurs, ainsi qu'à tous les héroïnomanes lors de l'élargissement. En effet, un tel programme écossais a permis en 2 ans de réduire la mortalité liée aux opioïdes de 36 % (110). Plusieurs pays ont également mis en place des programmes pareils, notamment en relation avec l'élargissement de patients-détenus à risques.

Il est à noter qu'une nouvelle galénique en spray intranasal (1,8 mg) est en train d'être mise sur le marché qui pourrait bien remplacer les formes injectables. Un cadre légal pour la possession et l'injection du produit devrait être réalisé, idéalement au niveau européen, comme c'est le cas en Grande-Bretagne depuis 2015 et en France depuis juillet 2017, avec une distribution sans prescription médicale (121).

Pour les abstinents en prisons, une autre possibilité serait l'utilisation d'une injection intramusculaire de naltrexone à libération prolongée (en l'absence de contre-indication) lors de l'élargissement comme utilisé dans des projets pilotes américains (110).

Un guide récent intitulé « *My first 48 hours out* » présentant en détail des recommandations concernant la naloxone lors de l'élargissement est consultable sur un site internet dédié à la réduction des risques. Ce dernier propose des conseils de type *harm reduction* que tout médecin devrait expliquer à des patients à risque (119) (122) :

- connaître son niveau de tolérance en cas d'abstinence et prendre une dose test faible ;
- considérer de fumer au lieu de s'injecter ;
- éviter de mixer des drogues, même avec de l'alcool ou de médicaments (p. ex. benzodiazépines) ;
- ne pas consommer seul ;
- avoir de la naloxone à portée de main et s'assurer que tout le monde sache l'utiliser ;
- savoir reconnaître les signes d'un surdosage ;
- appeler une ambulance si nécessaire.

7. Remédicalisation des addictions

« *Le monde de la psychiatrie aboutit sur un déplacement de l'hôpital vers la prison* » (68).

Jusqu'au début du siècle passé, la consommation de drogues psychotropes n'était pas considérée comme une infraction à la loi, elle était socialement acceptée. A part l'alcool pendant le temps de la prohibition, la société des pays industrialisés a commencé à classer ces psychotropes comme drogues illicites. En effet, la France a adopté en 1916 une loi concernant l'interdiction des drogues. Plus tard, la loi du 24 décembre 1953 modifiant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants a introduit un volet médical avec les cures de sevrages, le premier pas vers la médicalisation de l'usage de drogues (123).

En 1964, l'OMS a changé la terminologie de *toxicomanie* à *pharmacodépendance* et l'a repris dans la classification *ICD-10/CIM-10* ; dans la classification *DSM* de l'*American Psychiatric Association*, les addictions sont décrites dans la rubrique « *Troubles liés à une substance* » (124).

a. Alternatives à la répression

ED (104) : « (...) je crois (...) la toxicomanie pour moi est devenue (...) un problème de prison, de justice, du tribunal à cause de l'interdiction de la drogue ! (...) Bon je crois qu'il faut certainement reparler de la législation des drogues (...) La non-interdiction de la drogue nous enlèverait beaucoup de problèmes d'incarcérations (...) Mais ça, c'est une question politique. (...) il y a certainement de la délinquance à cause des achats et rachats et aussi même si on légaliserait certaines drogues, il en restera toujours, eh ? Et le jeu avec le feu malheureusement, les gens qui ont les tendances avec la toxicomanie, ils vont toujours jouer

avec. Le toxicomane joue avec sa vie, eh ? Ils essaient les drogues, de plus en plus différentes, des fortes. Mais je crois légaliser au moins les drogues légères, bon légères en guillemets parce qu'il n'y a pas de drogue légère, c'est tout une drogue. Mais l'alcool est aussi une drogue. Et le travail aussi ! (...) Nous éviterait je crois beaucoup de problèmes d'incarcérations ».

En 2006, le ministre de la santé français Xavier Bertrand a reconnu dans son discours que les addictions constituaient un problème de santé publique nécessitant l'intervention de différents acteurs, notamment médicaux et sociaux, mais une dépénalisation reste *tabou* (68).

Au Luxembourg, les principaux textes concernant la criminalisation des drogues sont inscrits dans la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (125). Différents amendements ont été effectués les dernières années, notamment dans celui de 2001 : décriminalisation de l'utilisation du cannabis, diminution des peines pour l'utilisation de drogues ainsi que l'introduction de différentes mesures de diminution de risques et de traitement de substitutions. En plus, toute demande d'aide médicale lors d'une utilisation de drogues est exempte de suites judiciaires (126).

L'approche répressive est un échec, ainsi d'autres pays sont allés plus loin, par exemple le Portugal. En 2001, ce pays européen a dépénalisé l'utilisation personnelle (possession et consommation, avec des doses maximales) de toutes les drogues, du cannabis à l'héroïne, tandis que les réseaux de ventes restent punissables. Au lieu d'enfermer ces personnes, on leur conseille de consulter leur médecin afin de recevoir de l'aide pour un sevrage ou pour avoir des conseils de réduction de risques. Le point de vue a changé, au lieu de les appeler des *drogués*, on les appelle maintenant des *utilisateurs de drogues* ou des *personnes souffrant d'addictions*.

Ceci a permis de réduire considérablement les taux d'infection au VIH (1016 nouveaux cas en 2001 à 56 cas en 2012) ainsi que les décès par *overdose* (80 cas en 2001 à 16 cas en 2012) (127) (128). Aux États-Unis, différents États (p. ex. la Californie) légalisent l'utilisation récréative ou médicale de cannabis, permettant de diminuer la consommation d'opioïdes, actuel fléau de santé publique chez eux, ainsi que la criminalité en moyenne de 13 % et les homicides liés aux drogues de 41 % (129) (130) (131). L'Uruguay ou le Canada ont également déjà franchi le pas récemment, permettant de contrôler la qualité du cannabis en assurant un contrôle de la production ainsi que de récolter des recettes pouvant être investies dans les réductions de risques et les sevrages (132).

En juin 2018, le Luxembourg a fait le premier pas vers la légalisation du cannabis avec un projet pilote de deux ans autorisant sur prescription médicale sécurisée l'utilisation médicale du CBD (cannabidiol), principe actif non euphorisant du cannabis, dans des indications restrictives telles que les douleurs liées aux cancers non soulagés par les opioïdes (133). Des pétitions ont déjà été lancées et discutées afin de suivre le modèle canadien malgré les réticences politiques (134). Il n'a pas fallu longtemps (août 2018) pour qu'une première boutique ouvre ses portes en Luxembourg-Ville avec des produits dérivés du cannabidiol (135).

b. Le volet médical dans les peines

Une autre manière de désengorger les prisons en assurant conjointement une vision médicale est l'utilisation de la libération conditionnelle (injonction thérapeutique ou de soins en France) dont certains patients-détenus ont parlé E5 (41) : « (...) et de là il m'a donné aussi, j'allais pour les (...) j'avais dans la conditionnelle des tests d'urines. J'allais prendre (...) une prescription pour les tests d'urines (...) chez mon médecin et je faisais les tests (...) à l'hôpital. (...) C'était

aussi une condition dans ma sortie, dans ma conditionnelle, et ça, j'ai signé ». Il s'agit donc d'un élargissement avant la date proposée dans le jugement de la peine d'emprisonnement, mais sans retrouver une totale liberté ; en effet, principalement destiné aux usagers de drogues, ceux-ci doivent réaliser un suivi médical étroit avec des tests attestant le sevrage. Comme décrit par le patient-détenu E5, ce suivi est réalisé par le médecin généraliste, ce qui le place comme acteur principal dans la prévention de la rechute de drogues et *in fine* criminelle. En plus de la vertu médicale, « *les taux de retour sous écrou des condamnés ayant bénéficié d'une libération conditionnelle sont, dans toutes les sous-cohortes étudiées (c'est-à-dire pour tous les types d'infractions), plus faibles que les taux des libérés en fin de peine* » selon l'*Observatoire International des Prisons* en 2005 (19) (57).

Un autre volet est l'éducation médicale des acteurs de justice. Une implication plus importante des agents pénitentiaires dans la prise en charge psychologique des patients-détenus par les réformes en cours (*cf. I-B-1*). Une formation spécifique sur les maladies les plus courantes, notamment psychiatriques, des agents probatoires du SCAS se montrerait également efficace comme le montre une étude américaine : le taux d'incarcération à cause d'une récidive criminelle était 2,68 fois plus important dans le groupe d'agents non formés par rapport à ceux ayant bénéficié d'une formation spécifique sur les maladies psychiatriques (136). De telles formations pourraient également être proposées au Luxembourg.

B. Limites et forces de l'étude

1. Choix de la population

L'originalité de l'étude était la population en miroir : d'une part des médecins et d'autre part des patients.

Nous avons décidé de n'inclure que des médecins spécialistes en médecine générale et pas d'autres spécialisations, car il s'agit de la seule prenant en charge le patient dans sa globalité, point crucial pour des patients souvent polypathologiques. L'échantillon s'est limité aux médecins généralistes inscrits au programme de substitution aux opiacés, car la probabilité d'avoir un ex-détenu dans sa patientèle est supérieure à celle de la globalité des généralistes, vu le taux important de toxicomanes incarcérés. Ce critère d'inclusion était important afin de récolter un matériel exploitable.

Pour les patients, nous avons choisi d'interviewer que des détenus récidivistes pour des raisons logistiques et méthodologiques. En effet, des primo-délinquants n'ont pas encore l'expérience de l'élargissement et ne connaissent pas les éventuels problèmes et trouver des ex-détenus à l'extérieur pour les interviews nous a semblé très compliqué. En plus, le critère d'inclusion d'avoir déjà été élargi était indispensable afin de récolter un matériel exploitable.

Une des critiques du CNER a été le nombre restreint de patients inclus ; cependant, la vocation d'une étude qualitative n'est pas d'être statistiquement représentative d'une population-cible comme dans les études quantitatives ; les résultats de ce travail ne sont donc pas généralisables (137) (138).

2. Choix d'une étude qualitative

La recherche en médecine générale est encore assez jeune par rapport aux autres spécialisations et les méthodologies classiques d'études quantitatives ont leur place. Cependant, les soins primaires traitent une autre population de patients et ainsi une autre méthodologie s'est imposée : *social general practice research* (= recherche sociologique en médecine générale).

La vue holistique de la population étudiée, donc pas qu'une partie d'une maladie, permet une recherche en santé publique tournée vers la communauté ; il s'agit donc d'une recherche socio-médicale. Comme le nombre de variables est très complexe, une approche quantitative ne se prête pas à ce type de recherche.

Une approche qualitative inductive permet d'analyser en profondeur le « *pourquoi* » d'une question non ou peu traitée (comme dans notre cas) afin de récolter des hypothèses, avant qu'une étude quantitative puisse répondre « *combien* » à un des points trouvés. En plus, cette méthodologie permet d'explorer des détails tels que des émotions, des avis nuancés, une réflexion et argumentation d'un avis (139).

Afin de récolter le matériel à analyser, des entretiens semi-dirigés étaient le plus appropriés afin d'avoir les points de vue singuliers des médecins et patients, ce que des *focus group* n'auraient pas permis (138).

La méthodologie que nous avons choisie s'est basée sur l'analyse par théorisation ancrée/analyse en émergence (*grounded theory method*), donc un modèle interprétatif avec une démarche à produire de nouvelles hypothèses ; cependant, l'échantillonnage n'a pas pu être adapté en cours de route à cause des restrictions imposées par le CNER limitant ainsi la saturation des données estimée à 90 % par l'enquêteur (137).

Une approche semi-qualitative ou quasi-quantitative a été utilisée afin de mettre en évidence les priorités des deux échantillons. Répétons que ces résultats ne sont pas généralisables, mais les idées maîtresses forment une base pour la réalisation d'études quantitatives ou pour des interventions médico-socio-politiques.

3. Biais de l'étude

Les biais classiques d'une étude quantitative ne sont pas tous directement transférables aux études qualitatives. Le sociologue Neuman a proposé six catégories de biais pouvant apparaître lors d'un entretien, applicable à notre étude (140) :

- les erreurs de l'interviewé : biais de mémoire, mauvaise compréhension des questions (notamment à cause des barrières linguistiques, ce qui était probablement le cas dans cette étude), d'une gêne à cause de l'enregistrement, etc. ;
- les erreurs non intentionnelles lors des entretiens : négligence de l'enquêteur, mauvaise lecture d'une question, modification non pertinente de l'ordre des questions (possible car l'enquêteur a peu d'expérience dans ce domaine), mauvaise interprétation d'une réponse, prise en compte d'une réponse non pertinente (improbable, car enregistrement complet) ;
- les altérations intentionnelles de l'enquêteur : formulations des questions pour avoir une réponse souhaitée, modifications des réponses (peu probable, car l'enquêteur a essayé de suivre le questionnaire validé par une sociologue médicale) ;
- les influences directement dues à l'enquêteur : son apparence, le ton sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses remarques effectuées hors du contexte de l'entretien, la signature du consentement avant l'enregistrement, etc. ;

- les influences dues aux attentes de l'enquêteur : l'apparence de l'interviewé, le lieu de l'interview (ce point était constant pour les patients en prison, mais l'enquêteur s'est déplacé aux lieux de travail des médecins) ;
- les erreurs des résultats : exploitation insuffisante ou inappropriée des transcriptions (ce point interfère moins vu l'avis d'une sociologue médicale).

Notons qu'un biais d'analyse ou d'interprétation est probable à cause de préconceptions : d'une part, l'enquêteur a travaillé dans le milieu pénitentiaire et d'autre part, il a réalisé une revue de la littérature avant de commencer les entretiens, ce qui a influencé la grille de questions et son interprétation.

Un biais de sélection ne peut être exclu également pour les médecins, car ceux inscrits dans le programme de substitution aux opiacés peuvent avoir une affinité pour des ex-détenus et nous n'avons interviewé que ceux consentants (à noter qu'il y a eu 4 refus et 10 consentements) ; en plus, parallèlement au vieillissement du corps médical, beaucoup de médecins dans notre échantillon étaient plus âgées, ce qui a eu des répercussions sur la quantité d'informations données.

4. Validations interne et externe

Idéalement, le codage des transcriptions est réalisé par plusieurs enquêteurs, ce qui n'a pas pu être réalisé vu la nature du travail (thèse) et les restrictions d'accès aux enregistrements par le CNER.

Comme décrit plus haut, une saturation des idées n'a probablement pas été atteinte à 100 % (*cf. chapitre IV-B-1*).

Certaines étapes ont été validées par Prof. Baumann, sociologue médicale ayant déjà réalisé des travaux dans le domaine de la santé pénitentiaire (notamment à Givenich), ce qui a permis d'éviter un bon nombre de biais. La validation du point de vue éthique par le CNER est également notable.

La triangulation est un des principaux critères de validation dans les études qualitatives, ce qui est le cas chez nous : nous avons réalisé un croisement de nos données avec la littérature puis recontextualisé les résultats par rapport aux spécificités des populations (137) (138).

Une comparaison directe avec d'autres études dans le domaine des soins primaires après une incarcération au Luxembourg (ou en Europe) n'est pas possible vu le faible nombre d'études dans ce domaine.

V. Conclusion

Cette étude qualitative originale est la première à avoir analysé en miroir les points de vue des médecins et des patients-détenus concernant la prise en charge médicale des patients sortant de prison ; les dimensions médico-psycho-sociales ont été analysées afin de réaliser un diagnostic des soins primaires après l'élargissement. Des solutions dans la littérature ont été cherchées et comparées afin de rechercher une applicabilité au Grand-Duché de Luxembourg.

Les *take home messages* de ce travail rejoignent (en grande partie) les recommandations américaines publiées en 2014 d'un groupe de travail du *National Research Council* avec le *Institute of Medicine*, destinés aux acteurs de santé et politiciens (8) :

- pour les délits les moins importants et non violents, tel que la possession de drogues chez des primo-délinquants, des alternatives à la peine de réclusion/emprisonnement telle que le bracelet électronique devraient être envisagées ;
- les données médico-socio-administratives devraient être récoltées pour chaque patient-détenu afin de pouvoir réaliser des statistiques (« *Know your epidemic, know your response* ») et pour appliquer le modèle criminologique canadien *risk-need-responsivity model*, donc des recommandations visant à diminuer la récidive criminelle, le changement du comportement criminel et *in fine* la santé ; une coopération entre le service médical de prison, le SPSE et le SCAS s'avère nécessaire (60) (141) ;
- des réformes internes dans le service de médecine pénitentiaire doivent être réalisées selon les recommandations formulées en 2017 par les professeurs Gravier et Elchardus dans leur *Rapport d'audit de la médecine pénitentiaire du Grand-Duché du Luxembourg* (45) ;

- l'incarcération présente un gain de chance pour la santé de l'individu et une opportunité de santé publique pour le dépistage, et éventuel traitement, d'une population défavorisée vieillissante ; un investissement dans le service médical de prison est un investissement dans la santé publique ;
- la préparation de l'élargissement débute dès l'incarcération également du point de vue médical ; des liens entre les soins prestés en prison et les structures de soins primaires externes, tels que les cabinets médicaux libéraux de médecins généralistes ou les institutions prenant en charge des toxicomanes, sont primordiaux et sont à promouvoir ; ce gain de chance pour la santé peut être volatile si l'accès aux soins débuté en prison n'est pas poursuivi à la sortie de prison, que ce soit sous forme d'une affiliation automatique à la sécurité sociale limitée dans le temps après l'élargissement, soit par un accès direct au tiers payant social après l'élargissement, soit par une autre forme de gratuité des soins ;
- l'informatisation du dossier médical devrait permettre un transfert d'informations entre la prison et l'extérieur, que ce soit via le dossier de santé partagé, soit via la transmission du dossier au patient lors d'un examen médical de sortie, soit via la transmission du dossier ou d'un rapport vers le médecin généraliste à l'extérieur prenant le relais de la prise en charge médicale ;

- le taux important de pathologies psychiatriques et d'addictions ainsi que le faible niveau d'éducation des patients-détenus soulignent l'importance du volet psycho-social ; des tâches à priori simples comme la prise de rendez-vous chez un médecin, la recherche d'un emploi ou d'un logement sans aide s'avèrent impossibles et constituent une barrière à l'accès aux soins ; ces tâches socio-administratives ainsi que la recherche à se procurer des drogues à cause du *craving*, dans le cadre d'une addiction non prise en charge, sont très chronophages ; se soigner n'est plus une priorité et l'isolement social y associée devient fortement nuisible à la santé de cette population déjà défavorisée ; le travail psycho-social joue alors un rôle direct dans la santé du patient, ce qui rappelle l'importance d'une coopération pluridisciplinaire entre le service médical de prison, le SPSE, le SCAS ainsi que tous les acteurs externes tels que les médecins généralistes et les organisations prenant en charge les toxicomanes ;
- l'élargissement est un temps critique avec un taux de décès important, notamment chez des toxicomanes ; la mise en place de toutes les formes de *harm reduction* sont à soutenir ou à mettre en place, comme la distribution de naloxone ;
- il existe une forte demande pour une période de transition dans des structures de resocialisation en semi-liberté comme Givenich, ce qui est favorable pour l'accès aux soins, au travail et au logement ;
- des initiatives et services de réintégration dans la société au niveau logement et emploi en coopération avec des ex-détenus, collaborant avec le système de soins, sont à promouvoir au niveau politique, car ceci diminue le taux de réincarcération et augmente le suivi en soins primaires ;

- un réseau de médecins généralistes prenant le relais de la prise en charge médicale lors de l'élargissement peut constituer un élément supplémentaire dans la prévention de la réincarcération comme les montrent les *transitions clinics* aux États-Unis ; la mise en place d'un tel réseau au Grand-Duché de Luxembourg et même au niveau européen mériterait d'être discutée par tous les acteurs politiques, médicaux et sociaux ;
- la stigmatisation des ex-détenus constitue une barrière aux soins et des formations concernant cette population à risque dans le cursus de médecine pourraient être une solution ;
- l'investissement dans la prise en charge médicale en prison et dans une transition efficace lors de l'élargissement permet de réduire les coûts de santé publique et juridique à cause de la baisse des taux de réincarcérations ;
- une remédicalisation des troubles addictifs permettrait de décharger la police et les prisons en premier lieu, mais aussi de mettre le focus sur la prise en charge médicale d'un malade et non d'un criminel.

VU

Strasbourg, le..... 28.10.2018

Le président du Jury de Thèse

(signature) Professeur Emmanuel ANDRES

VU et approuvé

Strasbourg, le..... 29 OCT. 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

(signature) Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Annexe 1 : Synopsis du projet d'étude qualitative validé par l'Université du Luxembourg

Synopsis d'un projet de recherche qualitative

1. **Coordonnées :** RODRIGUES BATISTA Jorge, 3^e année (2017-2018)
2, rue des Chaudronniers L-3583 Dudelange, 661 901855, jorgerb1988@gmail.com
2. **Nature du projet :** thèse-mémoire (double inscription à l'Université de Strasbourg)
3. **Directeur de thèse/promoteur de TFE :** Dr STEIN Romain, médecin généraliste au Limpertsberg et chef de service de la médecine somatique au Centre Pénitentiaire de Luxembourg
4. **Date de soutenance envisagée :** octobre-novembre 2018 (date exacte à prévoir)
5. **Résumé du projet**
 - a) **Titre du projet :** Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg
 - b) **Justification :** L'emprisonnement est souvent le lieu de premier contact médical pour bon nombre de cette population souvent défavorisée.¹ Des organisations/associations ayant un lien avec la prison sont en place², cependant il n'existe pas assez de communication ou de coopération avec le corps médical. A la sortie de prison, il n'existe pas de coordination du suivi médical, contrairement à ce qui se fait à l'étranger^{3,4}. Dès lors, une perte de vue des patients élargis peut entraîner des conséquences néfastes pour ceux qui ont besoin d'une prise en charge ultérieure.
N'oublions pas que les premiers mois après la sortie constituent une période de vulnérabilité avec des taux élevés de suicide^{5,6} et de récidive du comportement ayant causé l'incarcération. L'âge de sortie des détenus étant en nette augmentation, les pathologies liées au vieillissement comme les maladies cardiovasculaires et la BPCO⁷ méritent un suivi multidisciplinaire adapté.
 - c) **Objectif :** L'objectif principal est d'identifier les facteurs favorisant et de recenser les obstacles à la pratique des soins primaires des patients sortant de prison au Luxembourg ; l'objectif secondaire est l'étude de solutions proposées dans la littérature.
 - d) **Schéma général :** entretiens individuels semi-dirigés
 - e) **Scripts des entretiens/thématiques abordées :** I. Soins primaires en milieu carcéral, II. Lien entre la prison et les soins primaires en dehors de la prison, III. Sortie de prison, IV. Suivi médical après l'élargissement, V. Prévention de la réincarcération
 - f) **Population de l'étude :** médecins généralistes exerçant au Luxembourg ; détenus au Luxembourg
Mode de recrutement : choix au hasard d'un médecin généraliste parmi la liste des médecins généralistes participant au programme de substitution aux opiacés du Luxembourg et choix au hasard de détenus ayant déjà été incarcérés auparavant au Luxembourg
 - g) **Effectif minimum envisagé :** 8-10 effectifs pour chaque groupe
 - h) **Méthode d'analyse du contenu des entretiens :** Rodrigues Batista Jorge (enquêteur), Dr Stein Romain (promoteur/directeur de thèse), Pr Baumann Michèle (sociologue luxembourgeoise de l'Uni.lu spécialisée en sociologie médicale et santé publique)
 - i) **Résultats/bénéfices pour la médecine générale :** Nous voulons valoriser la place du médecin généraliste dans la santé publique, au bénéfice de cette population de patients. Différentes solutions pourraient être explorées au niveau des soins primaires : une coopération adéquate entre les institutions existantes et les médecins généralistes, un réseau de médecins généralistes⁸, etc. Ceci permettrait de diminuer d'une part les dépenses publiques médicales et judiciaires et serait d'autre part un élément important dans la politique de drogues luxembourgeoise^{9,10}.

¹ ARENDT V et al. Comité de surveillance du SIDA : Rapport d'activité 2016.

² CePT (Centre de Prévention des Toxicomanies). Rapport d'activité 2015. [En ligne] http://cept.lu/wp-content/uploads/2016/07/CePT_rapport-d'activités-2015.pdf. Consulté le 19 août 2017.

³ BAN PUBLIC, Le portail d'information sur les prisons. Préparer la sortie ; suivi médical et prise en charge après une incarcération. [En ligne] <http://prison.eu.org/spip.php?article9109>. Publié le mardi 6 mars 2007. Dernière modification le lundi 5 mars 2007. Consulté le 10 août 2017.

⁴ FRIZON C et al (Groupe n°19). « Garantir la continuité des soins à la sortie de » L'exemple de la prise en charge des addictions. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Module Interprofessionnel de Santé Publique. 2011.

⁵ PRUDHOMME J, VERGER P, ROTILY M. Fresnes - Mortalité de sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes - Second volet de l'évaluation des unités pour sortants. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2003;58.

⁶ SEAMAN SR, BRETTLE RP, GORE SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ*. 1998;Jul;316(7129):426-8.

⁷ WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe. Prisons and Health. 2014. [En ligne] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>. Consulté le 16 juillet 2017.

⁸ ARENDT V et al. Prise en charge de l'Hépatite C en milieu carcéral : étude épidémiologique prospective [to be published].

⁹ ORIGER A et al. 2016 National report on the state of the drugs phenomenon : Grand Duchy of Luxembourg / L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg : Rapport annuel 2016 (RELIS).

¹⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Luxembourg, Country Drug Report 2017, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Annexe 2 : Protocole d'étude qualitative validé par le Comité National d'Éthique de la Recherche

Protocole d'étude étude qualitative n°201801/04

1. **Coordonnées :** RODRIGUES BATISTA Jorge, 3^e année (2017-2018)
2, rue des Chaudronniers L-3583 Dudelange, 661 901855, jorgerb1988@gmail.com
2. **Nature du projet :** thèse-mémoire (double inscription à l'Université de Strasbourg)
3. **Directeur de thèse/promoteur de TFE :** Dr STEIN Romain, médecin généraliste au Limpertsberg et chef de service de la médecine somatique au Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL)
4. **Date de soutenance envisagée :** octobre-novembre 2018 (date exacte à prévoir)
5. **Résumé du projet**
 - a) **Titre du projet :** Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg
 - b) **Justification :** L'emprisonnement est souvent le lieu de premier contact médical pour bon nombre de cette population souvent défavorisée.¹ Des organisations/associations ayant un lien avec la prison sont en place², cependant il n'existe pas assez de communication ou de coopération avec le corps médical. A la sortie de prison, il n'existe pas de coordination du suivi médical, contrairement à ce qui se fait à l'étranger^{3,4}. Dès lors, une perte de vue des patients élargis peut entraîner des conséquences néfastes pour ceux qui ont besoin d'une prise en charge ultérieure.
N'oublions pas que les premiers mois après la sortie constituent une période de vulnérabilité avec des taux élevés de suicide^{5,6} et de récurrence du comportement ayant causé l'incarcération. L'âge de sortie des détenus étant en nette augmentation, les pathologies liées au vieillissement comme les maladies cardiovasculaires et la BPCO⁷ méritent un suivi multidisciplinaire adapté.
 - c) **Objectif :** L'objectif principal est d'identifier les facteurs favorisant et de recenser les obstacles à la pratique des soins primaires des patients sortant de prison au Luxembourg ; l'objectif secondaire est l'étude de solutions proposées dans la littérature.
 - d) **Schéma général :** entretiens individuels semi-dirigés
 - e) **Scripts des entretiens/thématiques abordées :** I. Soins primaires en milieu carcéral, II. Lien entre la prison et les soins primaires en dehors de la prison, III. Sortie de prison, IV. Suivi médical après l'élargissement, V. Prévention de la réincarcération
 - f) **Population de l'étude :** médecins généralistes exerçant au Luxembourg ; détenus au Luxembourg
Mode de recrutement :
 - choix au hasard d'un médecin généraliste parmi la liste des médecins généralistes participant au programme de substitution aux opiacés du Luxembourg : parmi la liste des médecins participant au programme de substitution aux opiacés du Luxembourg, les médecins généralistes seront attribués un nombre, puis tirage au sort avec un générateur de nombres aléatoires en ligne ; ceux-ci recevront une lettre par voie postale et/ou mail (si connue) les invitant à la participation de l'étude ; un contact téléphonique sera effectué après réception de la lettre pour leur donner plus d'informations s'ils le souhaitent et pour récolter leur avis ; en cas d'avis positif, un rendez-vous sera fixé ;
 - choix au hasard de détenus ayant déjà été incarcérés auparavant au Luxembourg : dans le service d'infirmerie du CPL, un choix au hasard des dossiers papiers sera effectué ; si la couverture du dossier montre plus qu'une incarcération, une lettre les invitant à la participation de l'étude leur sera adressé par les moyens de communication interne du CPL : l'infirmier du service médical G1 recevra une lettre sous pli fermé (demande de participation à l'étude, feuilles d'information et de consentement) qu'il délivrera au détenu en main propre ; en cas d'avis positif, un rendez-vous sera fixé lors d'une consultation médicale ou par les moyens de communication interne du CPL.
 - les formulaires de consentement seront exclusivement stockés dans un classeur mis sous clé au lieu de domicile de l'enquêteur.
 - g) **Effectif minimum envisagé :** au moins 10 effectifs pour chaque groupe

¹ ARENDT V et al. Comité de surveillance du SIDA : Rapport d'activité 2016.

² CePT (Centre de Prévention des Toxicomanies). Rapport d'activité 2015. [En ligne] http://cept.lu/wp-content/uploads/2016/07/CePT_rapport-dactivites-2015.pdf. Consulté le 19 août 2017.

³ BAN PUBLIC. Le portail d'information sur les prisons. Préparer la sortie ; suivi médical et prise en charge après une incarcération. [En ligne] <http://prison.eu.org/spip.php?article9109>. Publié le mardi 6 mars 2007. Dernière modification le lundi 5 mars 2007. Consulté le 10 août 2017.

⁴ FRIZON C et al (Groupe n°19). « Garantir la continuité des soins à la sortie de » L'exemple de la prise en charge des addictions. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Module Interprofessionnel de Santé Publique. 2011.

⁵ PRUDHOMME J, VERGER P, ROTILY M. Fresnes - Mortalité de sortants, Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes - Second volet de l'évaluation des unités pour sortants. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2003:58.

⁶ SEAMAN SR, BRETTLER RP, GORE SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ*. 1998;316(7129):426-8.

⁷ WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe. Prisons and Health. 2014. [En ligne] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>. Consulté le 16 juillet 2017.

h) Méthode d'analyse du contenu des entretiens :

- Rodrigues Batista Jorge (enquêteur), Dr Stein Romain (promoteur/directeur de thèse), Pr Baumann Michèle (sociologue luxembourgeoise de l'Uni.lu spécialisée en sociologie médicale et santé publique) ;
- protection de la vie privée : les données seront traitées de manière totalement anonyme depuis le début de l'étude avec l'attribution d'une lettre pour les médecins (de manière croissante à partir de A) et d'un chiffre pour les détenus (de manière croissante à partir de 1). L'accès aux données, gardées dans un classeur mis sous clé au lieu de domicile de l'enquêteur, est réservé à l'enquêteur et au directeur de thèse. Tous les noms de personnes et de lieux exacts seront modifiés afin de garantir la non identification de la personne en question. Les données seront uniquement stockées sur les appareils d'enregistrement puis transférées sur le disque dur de l'ordinateur de l'enquêteur (protégé par un mot de passe) et le back-up (mis sous clé) de ce dernier. Tout document recevra un mot de passe supplémentaire. Que des extraits des retranscriptions seront publiés de manière anonyme dans la thèse. Si le participant décide de se retirer de l'étude, les données récoltées seront gardées le même temps que les autres dans le cadre où ce dernier changerait d'avis, mais ne seront pas exploitées. Toutes les données seront détruites une fois le travail présenté lors de la soutenance de thèse. Il est certifié que les données seront protégées selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données.

i) Résultats/bénéfices pour la médecine générale : Nous voulons valoriser la place du médecin généraliste dans la santé publique, au bénéfice de cette population de patients. Différentes solutions pourraient être explorées au niveau des soins primaires : une coopération adéquate entre les institutions existantes et les médecins généralistes, un réseau de médecins généralistes⁸, etc. Ceci permettrait de diminuer d'une part les dépenses publiques médicales et judiciaires et serait d'autre part un élément important dans la politique de drogues luxembourgeoise^{9,10}.

⁸ ARENDT V et al. Prise en charge de l'Hépatite C en milieu carcéral : étude épidémiologique prospective [to be published].

⁹ ORIGER A et al. 2016 National report on the state of the drugs phenomenon : Grand Duchy of Luxembourg / L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg : Rapport annuel 2016 (RELIS).

¹⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Luxembourg, Country Drug Report 2017, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Annexe 3 : Rapport de Thèse de Médecine de l'Université de Strasbourg

Faculté
de médecine



Rapport de Thèse de Médecine

"Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg"

Concerne la Thèse de Mr Jorge RODRIGUES BATISTA

Le travail de Thèse de Mr Jorge RODRIGUES BATISTA concerne la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg.

L'emprisonnement est souvent le lieu de premier contact médical pour bon nombre de sujets de cette population souvent défavorisée. A la sortie de prison, il n'existe pas de coordination du suivi médical, contrairement à ce qui se fait à l'étranger. Dès lors, une perte de vue des patients élargis peut entraîner des conséquences néfastes pour ceux qui ont besoin d'une prise en charge ultérieure.

Le travail de Thèse de Mr BATISTA est mené sous la direction du Dr STEIN, avec l'aide de la sociologue médicale de l'Uni.lu du Pr BAUMANN, dans le cadre de l'Université du Luxembourg.

L'objectif principal de cette Thèse est d'identifier les facteurs favorisant et de recenser les obstacles à la pratique des soins primaires des patients sortant de prison au Luxembourg ; l'objectif secondaire est l'étude de solutions proposées dans la littérature.

Ce travail repose sur une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes exerçant au Luxembourg et de détenus au Luxembourg. L'étude a été validée par le Comité d'Éthique de Recherche du Luxembourg ainsi que par la Commission de Protection des Données.

La première partie du travail de Thèse de Mr BATISTA concerne une revue de la littérature scientifique au regard de la thématique abordée.

La seconde partie, originale, du travail de Thèse est consacrée à la description des résultats obtenus lors de l'étude qualitative. Cette partie met en évidence des potentiellement points importants au regard la pratique médicale au Luxembourg.

En conclusion, il s'agit d'un travail intéressant, bien mené, avec une application pratique aux retombées intéressantes pour la Médecine Générale, notamment au Luxembourg.

Avis favorable pour la soutenance de la Thèse et l'obtention du Grade de Docteur en Médecine.

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Clinique Médicale B
67 10 7456 5

Strasbourg le 09 juillet 2018

Professeur E. ANDRES
Président du Jury de Thèse

Annexe 4 : Feuille d'information et de consentement éclairé

a. Version française pour les médecins

FEUILLE D'INFORMATION ET DE CONSETEMENT ECLAIRE

1

Nom de l'étude : Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg

Enquêteur et personne de contact pour toute demande d'information : RODRIGUES BATISTA Jorge, 661 901855, jorgerb1988@gmail.com

Directeur de thèse : Dr STEIN Romain, médecin généraliste au Limpertsberg et chef de service de la médecine somatique au Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL)

Date de soutenance envisagée : octobre-novembre 2018 (date exacte à prévoir)

Informations générales : Vous êtes invité à prendre part à une étude de recherche qualitative dans le cadre d'une thèse de médecine selon la convention interfacultaire entre l'Université de Strasbourg et l'Université du Luxembourg.

Ce document est destiné à mieux vous informer, de telle manière à ce que vous puissiez donner votre consentement ou refuser de participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire. Aucune information personnelle obtenue ne sera communiquée aux institutions pénitentiaires, judiciaires ou sociales. Aucun jugement de valeur ne sera apporté aux propos recueillis lors des entretiens. Si vous décidez de participer à cette étude, vous pourrez vous retirer à tout moment. Cette étude a reçu un avis positif du Comité National d'Éthique de Recherche, de la Commission Nationale pour la Protection des Données et de la déléguée du Procureur Général d'État.

Objectif et description de l'étude : L'objectif principal est la réalisation d'un état des lieux au niveau des soins primaires des patients sortant de prison au Luxembourg ; les objectifs secondaires sont l'identification des lacunes, ainsi que la proposition d'améliorations du système en place.

Une étude qualitative sera réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés d'une part chez des détenus au Luxembourg et d'autre part chez des médecins généralistes exerçants au Luxembourg.

Un dictaphone et un téléphone portable seront utilisés pour l'enregistrement des entretiens après l'obtention de votre consentement. Ceux-ci seront retranscrits, c'est-à-dire que l'on écrira mot par mot ce qui y a été dit, afin de rester le plus fidèle possible à vos propos. Puis les retranscrits seront analysés en coopération avec la sociologue Pr Baumann, spécialisée en sociologie médicale.

Risques ou désagréments possibles : Aucuns.

Rémunération : Aucune.

Protection de la vie privée : Les données seront traitées de manière totalement anonyme depuis le début de l'étude. L'accès aux données, gardées dans un classeur mis sous clé au lieu de domicile de l'enquêteur, est réservé à l'enquêteur et au directeur de thèse. Tous les noms de personnes et de lieux exacts seront modifiés afin de garantir la non identification de la personne en question.

Les données seront uniquement stockées sur les appareils d'enregistrement puis transférées sur le disque dur de l'ordinateur de l'enquêteur (protégé par un mot de passe) et le back-up de ce dernier. Que des extraits des retranscriptions seront publiés de manière anonyme dans la thèse.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données récoltées seront gardées le même temps que les autres dans le cadre où vous changeriez d'avis, mais ne seront pas exploitées. Toutes les données seront détruites une fois le travail présenté lors de la soutenance de thèse.

Il est certifié que vos données seront protégées selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données.

FEUILLE D'INFORMATION ET DE CONSETEMENT ECLAIRE

2

Je soussigné(e), confirme par la présente que j'ai reçu suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de l'enquêteur, et que j'ai lu la feuille d'information attachée et en ai compris le sens.

Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me porte préjudice.

Mes données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu dans la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Nom du participant :

Date :

Signature du participant :

Partie réservée à l'enquêteur :

Je soussigné, Jorge RODRIGUES BATISTA, confirme avoir informé le participant ci-dessus, des buts, de la nature et des procédures de cette étude, et qu'il a accepté de participer à cette étude.

Date :

Signature :

b. Version allemande pour les médecins

Informationsblatt und Einverständniserklärung

1

Titel der Studie: Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg (*direkte Übersetzung:* Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten, die das Gefängnis in Luxemburg verlassen)

Forscher und Kontaktperson für weitere Informationen: RODRIGUES BATISTA Jorge, 661 901855, jorgerb1988@gmail.com

Doktorvater: Dr. STEIN Romain, Allgemeinarzt auf dem Limpertsberg und Chefarzt der somatischen Medizin der Strafvollzugsanstalt Luxemburgs (CPL)

Vorgeschlagenes Datum der Verteidigung: Oktober-November 2018 (genaues Datum ist noch in Planung)

Allgemeine Informationen: Hiermit laden wir Sie ein, an einer wissenschaftlichen qualitativen Untersuchung im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit teilzunehmen. Diese Arbeit unterliegt der interfakultären Konvention zwischen den Universitäten Straßburg und Luxemburg.

Das vorliegende Dokument dient Ihrer Information, damit Sie Ihr Einverständnis oder Ihre Ablehnung für die Teilnahme an der Studie geben können. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Es werden keine persönlichen Informationen an eine dritte Person, wie z.B. die Strafvollzugsanstalt, oder eine gerichtliche oder soziale Einrichtung, weitergeleitet. Den Aussagen, die während den Interviews gemacht werden, wird kein Werturteil gegeben. Sie können sich zu jedem Zeitpunkt von der Studie zurückziehen. Die Studie hat eine positive Stellungnahme von der nationalen Ethikkommission für Forschung, von der Nationalen Kommission für den Datenschutz und von der Vertreterin der Staatsanwaltschaft erhalten.

Ziel und Beschreibung der Studie: Das Hauptziel der Studie ist die Realisation einer Bestandsaufnahme der Grundversorgung der Patienten, die das luxemburgische Gefängnis verlassen. Die sekundären Ziele sind die Identifikationen von Lücken sowie Vorschläge für Verbesserungen des bestehenden Systems.

Eine qualitative Studie wird auf Grundlage von halbstrukturierten Einzelbefragungen einerseits bei Gefangenen aus Luxemburg, andererseits bei in Luxemburg praktizierenden Allgemeinärzten durchgeführt. Ein Diktiergerät und ein Mobiltelefon werden nach Einholung Ihrer Zustimmung für die Aufnahme der Interviews verwendet. Diese werden umgeschrieben/transkribiert, das heißt dass das Gesagte Wort für Wort niedergeschrieben wird, um Ihren Worten so treu wie möglich zu bleiben. Anschließend werden die Transkriptionen in Zusammenarbeit mit der auf medizinische Soziologie spezialisierten Soziologin Pr. Baumann analysiert.

Risiken und mögliche Unannehmlichkeiten der Studie: Keine.

Entlohnung: Keine.

Angaben zum Datenschutz: Die Daten werden ab Beginn der Studie vollständig anonym behandelt. Der Zugriff auf die Daten, die beim Forscher zu Hause in einem verschlossenen Ordner liegen, ist dem Forscher und dem Doktorvater vorbehalten. Alle Namen von Personen und genaue Standorte werden geändert, um sicherzustellen, dass die Person nicht identifizierbar ist.

Die Daten werden ausschließlich auf den Aufnahmegegeräten gespeichert und auf die Festplatte des Computers des Forschers (passwortgeschützt) und dessen Back-Up übertragen. Nur Ausschnitte der Transkriptionen werden anonym in der Doktorarbeit veröffentlicht.

Wenn Sie sich entschließen, sich aus der Studie zurückzuziehen, werden die erhobenen Daten nicht genutzt, aber genauso lange gespeichert bleiben wie die anderen Daten, im Falle dass Sie Ihre Ablehnung zurückziehen würden. Alle Daten werden nach der Verteidigung der Doktorarbeit zerstört. Es wird bescheinigt, dass Ihre Daten gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 geschützt sind.

Hiermit erkläre ich, ausreichende Informationen über diese Studie vom Forscher erhalten zu haben. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden.

Informationsblatt und Einverständniserklärung

2

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und dass ich mich zu jedem Zeitpunkt davon zurückziehen kann, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen.

Meine persönlichen Daten werden gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 streng vertraulich behandelt. Ich habe verstanden warum die Daten gesammelt, behandelt und benutzt werden.

Ich stimme der freiwilligen Teilnahme an dieser Studie zu und erkläre mich mit den Bedingungen der Studie, die im Informationsblatt für Teilnehmer beschrieben werden, einverstanden.

Name des Teilnehmers:

Datum:

Unterschrift des Teilnehmers:

Von dem für die Studie verantwortlichen Forscher auszufüllen:

Hiermit bestätige ich, Jorge RODRIGUES BATISTA, den oben genannten Teilnehmer über die Ziele, die Art, die Natur und die Prozeduren der Studie aufgeklärt zu haben, und bestätige, dass er/sie sich zur Teilnahme an der Studie entschlossen hat.

Datum:

Unterschrift:

c. Version française pour les détenus

FEUILLE D'INFORMATION ET DE CONSETEMENT ECLAIRE

1

Nom de l'étude : Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg

Enquêteur et personne de contact pour toute demande d'information : RODRIGUES BATISTA Jorge, Service Médical Pénitentiaire, G1

Directeur de thèse : Dr STEIN Romain, médecin généraliste au Limpertsberg et chef de service de la médecine somatique au Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL)

Date de soutenance envisagée : octobre-novembre 2018 (date exacte à prévoir)

Informations générales : Vous êtes invité à prendre part à une étude de recherche qualitative dans le cadre d'une thèse de médecine selon la convention interfacultaire entre l'Université de Strasbourg et l'Université du Luxembourg.

Ce document est destiné à mieux vous informer, de telle manière à ce que vous puissiez donner votre consentement ou refuser de participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire. Aucune information personnelle obtenue ne sera communiquée aux institutions pénitentiaires, judiciaires ou sociales. Aucun jugement de valeur ne sera apporté aux propos recueillis lors des entretiens. Si vous décidez de participer à cette étude, vous pourrez vous retirer à tout moment. Cette étude a reçu un avis positif du Comité National d'Éthique de Recherche, de la Commission Nationale pour la Protection des Données et de la déléguée du Procureur Général d'État.

Objectif et description de l'étude : L'objectif principal est la réalisation d'un état des lieux au niveau des soins primaires des patients sortant de prison au Luxembourg ; les objectifs secondaires sont l'identification des lacunes, ainsi que la proposition d'améliorations du système en place.

Une étude qualitative sera réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés d'une part chez des détenus au Luxembourg et d'autre part chez des médecins généralistes exerçants au Luxembourg.

Un dictaphone et un téléphone portable seront utilisés pour l'enregistrement des entretiens après l'obtention de votre consentement. Ceux-ci seront retranscrits, c'est-à-dire que l'on écrira mot par mot ce qui y a été dit, afin de rester le plus fidèle possible à vos propos. Puis les retranscrits seront analysés en coopération avec la sociologue Pr Baumann, spécialisée en sociologie médicale.

Risques ou désagréments possibles : Aucuns.

Rémunération : Aucune.

Protection de la vie privée : Les données seront traitées de manière totalement anonyme depuis le début de l'étude. L'accès aux données, gardées dans un classeur mis sous clé au lieu de domicile de l'enquêteur, est réservé à l'enquêteur et au directeur de thèse. Tous les noms de personnes et de lieux exacts seront modifiés afin de garantir la non identification de la personne en question.

Les données seront uniquement stockées sur les appareils d'enregistrement puis transférées sur le disque dur de l'ordinateur de l'enquêteur (protégé par un mot de passe) et le back-up de ce dernier. Que des extraits des retranscriptions seront publiés de manière anonyme dans la thèse.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données récoltées seront gardées le même temps que les autres dans le cadre où vous changeriez d'avis, mais ne seront pas exploitées. Toutes les données seront détruites une fois le travail présenté lors de la soutenance de thèse.

Il est certifié que vos données seront protégées selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données.

FEUILLE D'INFORMATION ET DE CONSETEMENT ECLAIRE

2

Je soussigné(e), confirme par la présente que j'ai reçu suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de l'enquêteur, et que j'ai lu la feuille d'information attachée et en ai compris le sens.

Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me porte préjudice.

Mes données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu dans la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Nom du participant :

Date :

Signature du participant :

Partie réservée à l'enquêteur :

Je soussigné, Jorge RODRIGUES BATISTA, confirme avoir informé le participant ci-dessus, des buts, de la nature et des procédures de cette étude, et qu'il a accepté de participer à cette étude.

Date :

Signature :

d. Version allemande pour les détenus

Informationsblatt und Einverständniserklärung

1

Titel der Studie: Optimisation de la prise en charge médicale des patients sortant de prison au Luxembourg (*direkte Übersetzung:* Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten, die das Gefängnis in Luxemburg verlassen)

Forscher und Kontaktperson für weitere Informationen: RODRIGUES BATISTA Jorge, Service Médical Pénitentiaire, G1

Doktorvater: Dr. STEIN Romain, Allgemeinarzt auf dem Limpertsberg und Chefarzt der somatischen Medizin der Strafvollzugsanstalt Luxemburgs (CPL)

Vorgeschlagenes Datum der Verteidigung: Oktober-November 2018 (genaues Datum ist noch in Planung)

Allgemeine Informationen: Hiermit laden wir Sie ein, an einer wissenschaftlichen qualitativen Untersuchung im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit teilzunehmen. Diese Arbeit unterliegt der interfakultären Konvention zwischen den Universitäten Straßburg und Luxemburg.

Das vorliegende Dokument dient Ihrer Information, damit Sie Ihr Einverständnis oder Ihre Ablehnung für die Teilnahme an der Studie geben können. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Es werden keine persönlichen Informationen an eine dritte Person, wie z.B. die Strafvollzugsanstalt, oder eine gerichtliche oder soziale Einrichtung, weitergeleitet. Den Aussagen, die während den Interviews gemacht werden, wird kein Werturteil gegeben. Sie können sich zu jedem Zeitpunkt von der Studie zurückziehen. Die Studie hat eine positive Stellungnahme von der nationalen Ethikkommission für Forschung, von der Nationalen Kommission für den Datenschutz und von der Vertreterin der Staatsanwaltschaft erhalten.

Ziel und Beschreibung der Studie: Das Hauptziel der Studie ist die Realisation einer Bestandsaufnahme der Grundversorgung der Patienten, die das luxemburgische Gefängnis verlassen. Die sekundären Ziele sind die Identifikationen von Lücken sowie Vorschläge für Verbesserungen des bestehenden Systems.

Eine qualitative Studie wird auf Grundlage von halbstrukturierten Einzelbefragungen einerseits bei Gefangenen aus Luxemburg, andererseits bei in Luxemburg praktizierenden Allgemeinärzten durchgeführt. Ein Diktiergerät und ein Mobiltelefon werden nach Einholung Ihrer Zustimmung für die Aufnahme der Interviews verwendet. Diese werden umgeschrieben/transkribiert, das heißt dass das Gesagte Wort für Wort niedergeschrieben wird, um Ihren Worten so treu wie möglich zu bleiben. Anschließend werden die Transkriptionen in Zusammenarbeit mit der auf medizinische Soziologie spezialisierten Soziologin Pr. Baumann analysiert.

Risiken und mögliche Unannehmlichkeiten der Studie: Keine.

Entlohnung: Keine.

Angaben zum Datenschutz: Die Daten werden ab Beginn der Studie vollständig anonym behandelt. Der Zugriff auf die Daten, die beim Forscher zu Hause in einem verschlossenen Ordner liegen, ist dem Forscher und dem Doktorvater vorbehalten. Alle Namen von Personen und genaue Standorte werden geändert, um sicherzustellen, dass die Person nicht identifizierbar ist.

Die Daten werden ausschließlich auf den Aufnahmegeräten gespeichert und auf die Festplatte des Computers des Forschers (passwortgeschützt) und dessen Back-Up übertragen. Nur Ausschnitte der Transkriptionen werden anonym in der Doktorarbeit veröffentlicht.

Wenn Sie sich entschließen, sich aus der Studie zurückzuziehen, werden die erhobenen Daten nicht genutzt, aber genauso lange gespeichert bleiben wie die anderen Daten, im Falle dass Sie Ihre Ablehnung zurückziehen würden. Alle Daten werden nach der Verteidigung der Doktorarbeit zerstört. Es wird bescheinigt, dass Ihre Daten gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 geschützt sind.

Hiermit erkläre ich, ausreichende Informationen über diese Studie vom Forscher erhalten zu haben. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden.

Informationsblatt und Einverständniserklärung

2

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und dass ich mich zu jedem Zeitpunkt davon zurückziehen kann, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen.

Meine persönlichen Daten werden gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 streng vertraulich behandelt. Ich habe verstanden warum die Daten gesammelt, behandelt und benutzt werden.

Ich stimme der freiwilligen Teilnahme an dieser Studie zu und erkläre mich mit den Bedingungen der Studie, die im Informationsblatt für Teilnehmer beschrieben werden, einverstanden.

Name des Teilnehmers:

Datum:

Unterschrift des Teilnehmers:

Von dem für die Studie verantwortlichen Forscher auszufüllen:

Hiermit bestätige ich, Jorge RODRIGUES BATISTA, den oben genannten Teilnehmer über die Ziele, die Art, die Natur und die Prozeduren der Studie aufgeklärt zu haben, und bestätige, dass er/sie sich zur Teilnahme an der Studie entschlossen hat.

Datum:

Unterschrift:

Annexe 5 : Caractéristiques générales de la population

	Médecins	Détenus
Sexe		
Âge ¹		
Nationalité		
Lieu de vie à l'extérieur ²		
Durée d'incarcération actuelle ³		
Durée d'incarcération au total ³		
Durée entre élargissement et réincarcération (plusieurs dates si applicable) ³		
Lieu de travail ²		
Durée d'exercice de la médecine ³		
Durée d'inscription dans le programme de substitution ³		

¹ Tranches d'âge, p.ex. si l'âge est 43 ans, la tranche d'âge notée sera 40-49

² Canton luxembourgeois ; si le canton n'est pas connu par l'enquêteur ou la personne interviewée, la commune sera notée et remplacée par le canton en question après recherche

³ Tranches de durée : <1an, 1-5 ans, 5-10 ans, >10 ans

Annexe 6 : Guide d'entretien semi-dirigé des médecins et détenus

Thèmes	Médecins	Détenus
I. Soins primaires en milieu carcéral	1) a) Que connaissez-vous du système pénitentiaire luxembourgeois ? b) Particulièrement au niveau des soins ? 2) Quels types de pathologies sont d'après vous traités et suivis en prison ?	1) Quelles sont les principales maladies pour lesquelles vous êtes suivi ou traité ici ? 2) Que pensez-vous des soins médicaux prestés en prison ?
II. Lien entre la prison et les soins primaires en dehors de la prison	3) a) Quel contact avez-vous déjà eu avec l'équipe médicale de prison ? b) Quelles avantages et inconvénients voyez-vous dans ce contact ? 4) a) Quelles institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg connaissez-vous ? b) Avec lesquelles avez-vous déjà eu contact ou travaillé ?	3) a) Quel contact ou suivi croyez-vous possède l'équipe médicale de prison avec les médecins à l'extérieur ? b) Quelles avantages et inconvénients voyez-vous dans ce contact ? 4) a) Quelles institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg connaissez-vous ? b) Avec lesquelles avez-vous déjà eu contact ?
III. Sortie de prison	5) a) Que diriez-vous de l'élargissement des détenus au Luxembourg ? b) Quelles aides ont-ils à leur disposition lors de leur sortie selon vous ? c) <i>relance</i> : au niveau médical, psychologique, sociologique ?	5) a) Comment se passe l'élargissement ? b) le vôtre ? de collègues ou co-détenus ? c) Quelles aides sont à votre disposition lors de votre sortie ? d) Avez-vous trouvé un suivi psychologique à la sortie de prison ?
IV. Suivi médical après l'élargissement	6) Combien d'anciens détenus suivez-vous ? 7) Pour quels types de pathologies les suivez-vous ? 8) Dans quelles mesures le suivi est-il différent entre des anciens détenus et le reste de votre patientèle ? 9) a) Quels sont les points faibles dans la prise en charge des patients ayant quitté récemment la prison ? b) Quelles améliorations proposez-vous ? 10) a) Quelle utilité ou place aurait selon vous un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement ? b) Est-ce que vous seriez intéressé à participer à ce réseau ?	6) Quels médecins consultez-vous à votre sortie ? 7) Pour quels types de pathologies étiez-vous suivi à l'extérieur ? 8) Quelles sont les points forts et faibles selon vous entre la prise en charge médicale en prison et à l'extérieur ? 9) a) Quels sont les points faibles dans la prise en charge des patients ayant quitté récemment la prison ? b) Quelles améliorations proposez-vous ? 10) a) Quelle utilité ou place aurait selon vous un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement ? b) Est-ce que vous seriez intéressé à bénéficier de ce réseau ?
V. Prévention de la réincarcération	11) Dans quelle mesure la médecine générale a-t-elle une place dans la prévention de la réincarcération ?	11) Dans quelle mesure la médecine générale a-t-elle une place dans la prévention de la réincarcération ?

Annexe 7 : Grille d'analyse thématique

a. Items et verbatims des médecins interrogés

Items	Verbatims	Nombre de verbatims
<p>1. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies infectieuses.</p>	<p>EA (11) : « (...) où ils ont aussi traité les hépatites C, HIV. » EB (19) : « (...) donc avec les pathologies infectieuses comme les hépatites, le SIDA, etc. Peut-être d'autres pathologies infectieuses qu'on voit moins en médecine de ville comme la tuberculose (...) » EC (36) : « (...) souvent ils ont des pathologies chroniques type hépatites éventuellement ou HIV (...) » ED (15) : « (...) c'est le problème des hépatites et les HIV. » EG (18) : « Je pense que (...) la pathologie principale devrait être l'hépatite C, peut-être le SIDA. » EI (27) : « (...) ils suivent tout (...) ce qui est hépatite C, HIV (...) »</p>	6
<p>2. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies psychiatriques/psychologiques.</p>	<p>EA (9) : « (...) où ils suivent surtout les addictions, les dépressions, peut-être aussi les autres (...) psychoses (...) » EB (17) : « D'après ce que j'ai compris, donc il y a beaucoup de problèmes psychiatriques, ça c'est un volet. » EC (39) : « (...) ça suppose aussi parfois des pathologies aussi psychologiques dont je ne sais pas qu'elle est vraiment la demande des détenus par rapport à ça, par rapport au mal-être psychologique, dépression ou de l'anxiété. » ED (73) : « (...) ont des problèmes relationnels (...) » EF (12) : « Moi je pense principalement les pathologies psychiatriques, genre dépression (...) » EG (18) : « Les psychoses incluses bien-sûr. Je pense qu'il y a beaucoup de patients psychotiques d'après ce que j'ai cru entendre. » EJ (8) : « Toutes les pathologies qui se rapportent (...) surtout en psychiatrie je pense. C'est là qu'il y a le plus important hein, c'est (...) les troubles psychiatriques à mon avis. »</p>	7
<p>3. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies générales rencontrées en médecine générale de ville.</p>	<p>EB (21) : « (...) et puis je pense qu'il y a tous les autres problèmes médicaux qu'on peut rencontrer aussi dans la pratique médecine générale quotidienne. » EC (33) : « Bon, je suppose pour tout le monde les pathologies infectieuses, principalement donc, même si c'est des petits rhumes, on s'attend que les détenus soient là. Bien-sûr aussi les pathologies chroniques, bon j'espère en tout cas aussi (...) » ED (13) : « (...) pathologies de chaque jour, je suppose toutes les infections (...) récentes, parce que c'est une population quand-même assez jeune (...) » EF (14) : « Et tout ce qui réfère à la médecine générale ? » EH (15) : « (...) les pathologies courantes des (...) incarcérés (...) On traite un peu de tout. »</p>	5

<p>4. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies liées aux addictions.</p>	<p>EB (18) : « (...) dans les problèmes autres médicaux, je pense que c'est un peu (...) les problèmes liés à la, au patient éventuellement dépendant (...) » EC (35) : « Bon, vu que c'est souvent quand-même des personnes plus ou moins criminelles ou aussi utilisateurs de drogues (...) » ED (14) : « (...) certainement pour les toxicomanes ou les ex-toxicomanes (...) surtout comme c'est des gens en contact avec la drogue (...) » EE (14) : « (...) j'ai l'impression donc que (...) on donne notamment des médicaments de substitutions et j'ai l'impression qu'on donne surtout de la Suboxone aux gens qui sont présumés avoir une addiction (...) aux opiacés. » EF (13) : « Peut-être qu'il y a une partie de toxicomanie aussi. » EH (42) : « (...) lui a été sevré en prison, ça s'est une bonne chose, c'est un toxicomane qui a été sevré en prison. » EI (26) : « (...) c'est énormément substitution, (...) des problèmes tournés autour de la drogue, ça c'est clair. »</p>	7
<p>5. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies orthopédiques/traumatologiques.</p>	<p>EC (41) : « Oui, je suppose aussi parfois probablement aussi des problèmes de l'appareil musculo-articulaire je suppose aussi peut-être éventuellement des blessures ou des (...) voilà. » EH (16) : « Je sais que j'ai eu un patient qui a eu un problème d'arthrose avancée du genou, il a été opéré lors de sa période d'incarcération. »</p>	2
<p>6. Les médecins pensent que les détenus sont traités ou suivis pour des maladies pneumologiques.</p>	<p>EF (13) : « (...) peut-être toutes les pathologies chroniques comme (...) les BPCO. »</p>	1
<p>7. Les médecins pensent que les détenus ont une prise en charge médicale régulière et globale.</p>	<p>EA (13) : « Voilà, je pense qu'il y a une prise en charge assez globale. (...) Donc il y a un suivi et il y a différentes sortes de spécialisations qui participent. » EC (26) : « Je sais aussi que le suivi est assez régulier aussi par le personnel soignant. (...) je crois qu'à priori, je suppose que le système est assez bien mis en place. »</p>	2
<p>8. Les médecins ne connaissent pas le fonctionnement du système pénitentiaire luxembourgeois.</p>	<p>EA (2) : « (...) l'autre volet organisationnel je ne connaît pas trop (...) mais je connais pas trop les procédures organisationnelles. » EB (2) : « Pas grand' chose. » EC (12) : « Maintenant en ce qui concerne la législation pour les personnes qui sont vraiment en prison, je ne connais pas grande chose franchement (...) par rapport à leurs droits ou par rapport aux structures qui sont là. (...) je ne connais franchement pas non plus beaucoup de détails. » ED (2) : « Très peu (...) » EE (2) : « En fait je connais très peu de choses (...) le reste des informations je les ai en fait à travers des informations plus ou moins exactes (...) de la presse quotidienne voire hebdomadaire. Personnellement, je n'ai pas d'informations sur (...) la manière dont les prisonniers sont (...) traités,</p>	9

	<p>occupés, etc. (...) <i>Bein</i>, comme personnellement je ne connais pas la procédure, je ne connais pas la procédure de la médecine pénitentiaire (...) luxembourgeoise quant au moment (...) où les gens sortent (...) »</p> <p>EG (2) : « Pas grand-chose. Je ne suis pas très impliqué dans le système. (...) Pas grand-chose. »</p> <p>EH (2) : « Le strict minimum. (...) je n'ai pas de formation particulière concernant le système pénitentiaire luxembourgeois. »</p> <p>EI (2) : « Pas grand' chose, ça dépend de quel point de vue. (...) Non, non (...) non, pas assez. Non (...) mais je ne sais pas du tout comment ça fonctionne. (...) mais je n'ai jamais eu d'entretien avec eux comment fonctionne la structure. »</p> <p>EJ (2) : « Très peu de choses. Très peu de choses franchement. Je ne suis pas confronté au système et (...) je ne connais pas de détails, certainement pas. »</p>	
9. Les médecins connaissent les centres pénitentiaires.	<p>ED (2) : « (...) Plutôt, je sais où se trouve la prison et je sais où est Givenich, comment ça fonctionne plus ou moins. »</p> <p>EE (2) : « (...) je connais les localisations des prisons (...) »</p> <p>EF (2) : « (...) je sais qu'il y a Schrassig et Givenich (...) »</p>	3
10. Les médecins connaissent en partie le fonctionnement du système pénitentiaire luxembourgeois.	<p>EC (5) : « Bon, je sais que, bon c'est sûr que tout le monde a le droit d'avoir un procès s'il a fait quelque chose de (...) une faute. (...) Bon, je sais aussi (...) qu'à priori, je suppose en tout cas, que tout le monde a aussi le droit à son avocat s'il a fait une faute, s'il est devant la justice. »</p> <p>EF (2) : « Il y a Schrassig il y a donc le système fermé, à Givenich il y a les gens qui sont détenus, qui sont dans un système de resocialisation je crois. »</p> <p>EI (6) : « Je connais des gens qui travaillent dans l'administration mais (...) je connais le système un peu comment est structuré le Centre Pénitentiaire, sans plus. »</p>	3
11. Les médecins connaissent la libération sous conditions.	<p>EC (18) : « (...) si c'est par rapport à des drogues ou consommation de drogues, que souvent après ils doivent quand-même aussi faire régulièrement des analyses pour aussi prouver en partie que voilà, qu'ils n'en consomment plus (...) Comme j'ai dit, par exemple aux personnes qui étaient par des consommations ou même la vente de drogues qu'ils sont quand-même (...) qu'ils doivent régulièrement quand-même faire des analyses pour bien prouver (...) qu'ils n'en consomment plus ou moins. »</p> <p>EE (49) : « Moi je vois de temps en temps des patients qui sont dans (...) une espèce d'obligation thérapeutique après la sortie de prison, <i>neh</i> ? C'est-à-dire qu'ils doivent continuer à voir (...) des médecins (...) ou des structures (...) dans le cadre de leur peine (...) éventuellement de mise sous condition, etc, etc. »</p>	2
12. Les médecins ne connaissent pas les soins en milieu pénitentiaire.	<p>EJ (5) : « Rien du tout ! Absolument rien. Strictement rien. »</p>	1

13. Les médecins connaissent le volet médical du système pénitentiaire luxembourgeois.	EA (2) : « (...) je connais un peu plus le volet médical (...) je sais qu'il y a des consultations médicales, infectiologiques, psychiatriques (...) » EB (4) : « Je connais quand même pas mal (...) un des médecins qui travaille au Centre Pénitentiaire, donc j'ai quand même des échos de sa part. Mais avant je n'avais aucune idée évidemment. » EE (8) : « Relativement peu aussi (...) je vois de temps en temps des patients qui sortent donc de prison. » EI (14) : « (...) donc que les médecins sont fixes sur place (...) »	4
14. Les médecins savent qu'il y a un programme de substitution aux opioïdes en prison.	EA (4) : « (...) il y a une substitution (...) à la méthadone (...) Il y a aussi la substitution comme j'ai déjà dit. »	1
15. Les médecins savent qu'il existe une pharmacie en prison.	EA (4) : « (...) ils ont une pharmacie pour procurer le sirop (...) »	1
16. Les médecins savent qu'il existe une équipe infirmière en prison.	EC (24) : « Bon, je sais qu'il y a (...) un système médical, qu'il y a une équipe médicale qui est en prison lui-même, donc des infirmières, du personnel soignant (...) » ED (8) : « (...) qu'il y a une infirmière (...) une infirmerie ou même avec des lits, mais c'est tout ce que je sais. » EI (20) : « (...) j'ai eu à faire à des infirmiers qui m'ont amené dans le lieu de soins (...) »	3
17. Les médecins savent qu'il existe un service de soins psychiatriques de prison.	EA (8) : « (...) il y a les psychiatres, donc des consultations psychiatriques (...) » EB (11) : « (...) et un autre psychiatrique qui s'occupe donc plus des problèmes de toxicomanie et autres maladies psychiatriques, et qu'il y a donc des consultations régulières (...) » EG (10) : « Je sais qu'ils sont organisés (...) du point de vue psychiatrique par un psychiatre qui dépend du Centre d'Ettelbrück (...) »	3
18. Les médecins savent qu'il existe un service de médecine générale/somatique de prison.	EA (12) : « Il y aussi les médecins généralistes qui font les consultations régulièrement. » EB (10) : « (...) je sais qu'il y a une équipe médicale qui s'occupe (...) donc des détenus, avec un volet plus médical pur (...) » EC (25) : « (...) qu'il y a aussi des médecins qui font des visites en prison pour les détenus bien-sûr. » ED (8) : « (...) je sais qu'il y a un médecin accrédité (...) » EE (8) : « Je sais qu'il y a des médecins qui sont affectés à cette mission. » EF (7) : « Je sais qu'il y a des médecins généralistes qui travaillent là-bas, qui sont salariés et qui travaillent soit partiellement soit à temps plein là-bas. » EG (11) : « (...) et du point de vue plutôt médical ou choses comme ça (...) » EH (7) : « Je sais que c'est géré par des médecins, je sais qui est le responsable (...) » EI (21) : « Je sais que c'est des médecins que je connais bien qui y vont. Je connais (...) je dirai tous les médecins qui y vont (...) »	9

19. Les médecins savent qu'il existe un suivi par un infectiologue.	EA (10) : « (...) des consultations d'infectiologie (...) » EC (37) : « (...) donc je suppose aussi qu'ils sont vu régulièrement pour ça avec des analyses et éventuellement même par des infectiologues. » EI (28) : « (...) en étroite collaboration avec le Centre Hospitalier (...) avec le service des maladies infectieuses, avec Dr A. »	3
20. Les médecins savent que l'équipe médicale de prison travaille avec le CHL.	EB (12) : « (...) que l'équipe dépend du Centre Hospitalier. Et donc en cas de problème les patients sont donc (...) transférés vers le Centre Hospitalier. » ED (9) : « (...) Et que pour tout problème majeur, c'est le Centre Hospitalier qui est pris, qui prend en charge les prisonniers pour l'hospitalisation. » EE (8) : « Je sais que notamment le, je crois que c'est le Centre Hospitalier qui est l'hôpital (...) plus spécialement affecté aux traitements des gens. » EF (8) : « Je crois qu'ils sont même engagé par le CHL (...) » EG (11) : « (...) ils étaient organisés par le Centre Hospitalier (...) » EH (7) : « Je sais qu'il y a une structure hospitalière qui les prends en charge. (...) En cas de besoin : hospitalisation et intervention en cas de besoin. » EI (13) : « (...) c'était avant, ça fait quelques années que le Centre Hospitalier a la convention avec le Centre Pénitentiaire (...) »	7
21. Les médecins prétendent que les détenus ont le libre choix du médecin.	EI (14) : « (...) et encore j'ai quand même vu encore des gens parce qu'ils peuvent s'opposer à voir le médecin du Centre Pénitentiaire, ils peuvent demander que le médecin de confiance vienne les voir. Bon, c'est une mer à boire parce que ça dure (...) pour une consultation c'est 2 heures, mais je l'ai fait pour certains patients. »	1
22. Les médecins ont déjà consulté en prison.	ED (3) : « J'étais appelé pendant les gardes peut-être (...) il y avait encore une prison ici au Grund dans les '80. J'ai fait des visites là, j'ai peut-être une fois vu la prison, bon, une fois tous les 5 ans pendant les gardes, rien de plus. » EI (4) : « (...) j'y suis allé un certain temps voir des patients s'ils ne voulaient pas voir le médecin (...) du Centre Pénitentiaire, c'est-à-dire que j'ai eu accès au Centre Pénitentiaire pour des problèmes médicaux, pas de substitution, médicaux, mais c'est des patients que j'ai connu. (...) j'y suis allé. J'ai retrouvé des gens que j'ai connu à l'extérieur, je les ai vu aussi au sein de l'institution avant que le Centre Hospitalier ait pris le service médical. »	2
23. Les médecins ont un contact avec le service de soins psychiatriques de prison.	EA (18) : « (...) je suis parfois en contact avec les psychiatres, donc la substitution (...) pour une continuation de la substitution. Ça c'est surtout le contact que j'ai eu personnellement. »	1
24. Les médecins ont déjà eu contact avec le service de médecine générale/somatique de prison.	EB (25) : « (...) un des médecins de l'équipe médicale (...) » EE (19) : « Ces contacts sont rares. Je sais que le (...) Dr S. (...) m'a déjà téléphoné au sujet d'un patient qu'il a pris en charge en prison (...) mais des contacts sont rares, sont rares oui. »	5

	<p>EF (16) : « C'était surtout lors de mon stage (...) aux urgences où il y a avait les médecins qui travaillaient là-bas. Et parfois il y a avait des détenus qui venaient pour (...) pour un examen médical et une prise en charge là-bas. Et à part ça, il y avait mon (...) tuteur qui était, qui travaillait justement dans ce, ce centre pénitentiaire »</p> <p>EG (22) : « <i>Mah</i> j'ai du contact (...) quand il y a un de mes patients qui est interné, très souvent l'infirmier, le médecin me téléphone pour savoir quelle pathologie, pour quoi il est traité, quelle est la dose de méthadone par exemple ou quel est le nombre de comprimés de Temesta ou autre chose qu'ils prennent. »</p> <p>EI (51) : « (...) il y a un contact quand on nous demande des dossiers médicaux quand les gens rentrent dans le système pénitentiaire, c'est-à-dire nous avons un contact vers eux parce qu'on leur donne les données médicales. »</p>	
25. Les médecins n'ont pas eu de contact avec l'équipe médicale de prison.	<p>EC (46) : « Pas vraiment en tout cas. Disons vu que là je n'ai pas forcément non plus des patients où il y a une relation directe, je peux dire à priori j'ai jamais eu de contact direct concernant un patient ou l'équipe médicale. »</p> <p>ED (17) : « Je n'ai pas eu de contact direct. Je connais le médecin qui s'en occupe pour l'instant, mais je n'ai pas pour l'instant. (...) je n'ai pas beaucoup de contact avec les médecins de la prison. »</p> <p>EF (19) : « Et à part ça, je n'ai pas eu de contact véritable avec l'équipe. »</p> <p>EH (19) : « Aucun contact direct. »</p> <p>EI (31) : « Avec l'équipe médicale je n'ai (...) aucune (...) Mais je n'ai pas de contact direct. »</p> <p>EJ (11) : « Aucune ! Je n'ai jamais eu de contact. »</p>	6
26. Les médecins proposent un contact direct avec l'équipe médicale de prison déjà en début d'incarcération.	<p>ED (26) : « (...) Ou si moi j'ai un patient qui va entrer en prison, que je contacte cette équipe pour transférer le dossier comme chaque transfert dans une autre institution, que j'ai un dossier patient que j'essaie de transférer ou au moins renseigner le médecin en cause pour la pathologie actuelle. »</p>	1
27. Les médecins voient des avantages dans un contact avec l'équipe médicale de prison.	<p>EA (22) : « Ils ont un contact très facile, on a un numéro de téléphone, on contacte les psychiatres eux-mêmes. Normalement ils nous envoient les ordonnances (...) par fax (...) pour savoir le dosage et le contact il est très bien. »</p> <p>EB (27) : « Je ne vois que des avantages parce que j'ai des informations que je n'aurais pas si (...) pas mon collègue, quoi. »</p> <p>EC (51) : « Bah je dirais, effectivement, si on aurait un patient qui est sorti de la prison et surtout s'il a des pathologies chroniques ou même autres, je crois ça pourrait être bénéfique d'avoir un contact direct, surtout savoir un peu quelle était le comportement aussi du détenu en prison, quelle était la prise en charge dans la prison. (...) oui voilà, surtout voir un peu (...) quelle était l'évolution aussi, quelle était éventuellement aussi (...) voilà, la volonté aussi du détenu éventuellement de changer quelque chose.</p>	7

	<p>Ça c'est souvent des choses, bon c'est sûr s'ils reviennent en consultation on peut leur demander, et peut-être le contact était quand-même différent à la prison qu'ici (...) »</p> <p>EE (30) : « Je pense que ça ne pourrait avoir que des avantages, <i>neh</i> ? »</p> <p>EG (27) : « Il y a que des avantages parce qu'il y a le contact direct (...) »</p> <p>EH (22) : « (...) du moment où il s'agit de gérer un patient et toute la médecine passe par la transmission de connaissance et donc tout contact est le bienvenu. »</p> <p>EJ (18) : « Je pense qu'une équipe qui viendrait de ce domaine pourrait mieux (...) m'expliquer ce dont quoi les détenus ont comme problème. Je pense que ça serait en tant que prise en charge globale du malade et du détenu une meilleur façon de le faire. »</p>	
28. Les médecins ne voient pas d'inconvénients dans un contact avec l'équipe médicale de prison.	<p>EB (27) : « Je ne vois pas d'inconvénients. »</p> <p>EH (22) : « Inconvénients il n'y en a pas en principe (...) »</p> <p>EJ (13) : « Je ne pense pas que j'aurais des inconvénients avec un tel contact (...) »</p>	3
29. Les médecins ne voient ni d'avantage ni d'inconvénient dans un contact avec l'équipe médicale de prison.	<p>ED (23) : « Je ne crois pas qu'il y a avantage ou désavantage, c'est des relations plutôt professionnels, (...) »</p>	1
30. Les médecins connaissent la Jugend- an Drogenhëllef comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	<p>EA (35) : « La Jugend- an Drogenhëllef, donc programme de substitution surtout (...) mais surtout (...) je pense qu'ils viennent surtout à la Jugend- an Drogenhëllef pour la substitution (...) »</p> <p>EB (31) : « (...) la Jugend- an Drogenhëllef et oui, c'est tout. »</p> <p>EC (69) : « Bon il y a bien sûr la Jugend- an Drogenhëllef. (...) qui je crois est assez présent au Luxembourg. (...) bon ils ont maintenant aussi mis en place le programme avec l'héroïne (...) je crois que c'est une bonne chose (...) principalement je connais la Jugend- an Drogenhëllef. »</p> <p>EE (35) : « Oui, il y a Jugend- an Drogenhëllef (...) »</p> <p>EF (34) : « (...) donc il y a le Kontakt déjà à la Gare, Jugend- an Drogenhëllef (...) »</p> <p>EG (33) : « Jugend- an Drogenhëllef (...) »</p> <p>EH (26) : « (...) la Jugend- an Drogenhëllef (...) »</p> <p>EI (64) : « (...) Jugend- an Drogenhëllef (...) »</p> <p>EJ (23) : « Ça c'est Jugend- an Drogenhëllef surtout. »</p>	9
31. Les médecins connaissent l'Abrigado comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	<p>EA (36) : « (...) l'Abrigado peut-être. Là ils fréquentent aussi après quand ils rechutent (...) »</p> <p>EG (35) : « Abrigado. »</p>	2
32. Les médecins connaissent Liewen Dobaussen comme institution ou	<p>EA (38) : « D'autres organisations comme Liewen dobaussen (...) »</p>	1

organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.		
33. Les médecins connaissent Stëmm vun der Strooss comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EA (39) : « (...) ou d'autres (...) Stëmm vun der Strooss (...) »	1
34. Les médecins connaissent Arcus comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EE (35) : « (...) et le Quai 57 (...) » EI (64) : « (...) Arcus. »	2
35. Les médecins connaissent la Croix-Rouge comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EE (36) : « (...) de la Croix-Rouge (...) »	1
36. Les médecins connaissent la Caritas comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EE (36) : « (...) et puis certaines structures (...) de la Caritas (...) »	1
37. Les médecins prétendent connaître toutes les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EI (65) : « (...) je les connais tous ! (...) Je les connais tous mais les noms m'échappent. Non, je les connais tous. »	1
38. Les médecins voient le réseau de médecins du programme de substitution aux opioïdes comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	ED (32) : « Ah, je connais seulement le programme de substitution dont moi je fais partie et que j'ai commencé il y a 25 ans qu'on a commencé à créer sur demande du Ministère. Il y a des médecins qui se sont engagés dans la substitution et on a créé ce programme Méthadone. (...) Bon, il y a eu une (...) organisation à Luxembourg-Ville et il y a une à Esch, et moi je fais partie de ce programme et je surveille plus ou moins une vingtaine-25 personnes en substitution. » EF (35) : « (...) il y a des médecins surtout (...) il y a des médecins généralistes qui en prescrivent, il y a des psychiatres qui en prescrivent aussi. Il y a le CHL, les maladies infectieuses, qui en prescrit beaucoup (...) mais à ma connaissance la plupart des médecins qui (...) prescrivent les drogues, c'est (...) les substitutions, c'est les médecins généralistes. » EH (26) : « (...) et puis les différents médecins qui sont inscrits dans le programme de substitution (..) »	3
39. Les médecins voient les médecins addictologues hospitaliers et libéraux comme institution ou	EE (36) : « (...) puis les services d'addictologie dans les hôpitaux et puis les quelques rares addictologues libéraux (...) »	1

organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.		
40. Les médecins voient le Centre Pénitentiaire comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EH (27) : « (...) et le Centre Pénitentiaire aussi (...) »	1
41. Les médecins ont déjà travaillé avec la Jugend- an Drogenhëllef comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EA (48) : « Ah ! Jugend- an Drogenhëllef (...) oui. » EB (33) : « Avec Jugend- an Drogenhëllef. » EC (78) : « Oui, c'est principalement la Jugend- an Drogenhëllef vu qu'il y a, bon déjà vu qu'on a dû faire un stage, avant de s'inscrire au programme, dans cette association-là et puis effectivement j'avais aussi deux-trois patients déjà qui soit vont encore régulièrement là-bas pour déjà avoir leur médicament (...) et bien-sûr et je sais très bien qu'ils sont bien disponible aussi si on a des questions par rapport à des prises en charge qu'on peut toujours les contacter et se renseigner auprès d'eux, de chez eux. » EE (44) : « Oui, avec Jugend- an Drogenhëllef un peu. » EF (41) : « et sinon (...) la Jugend- an Drogenhëllef pour la majorité. » EG (38) : « Jugend- an Drogenhëllef c'est mes principaux collaborateurs à Esch ici. » EH (32) : « Avec Jugend- an Drogenhëllef. » EI (69) : « (...) forcément la Jugend (...) » EJ (24) : « (...) c'est ceux-là où j'ai des (...) retours. (...) Ce sont ceux-là. »	9
42. Les médecins ont déjà travaillé avec Arcus comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EE (44) : « Je travaille surtout avec le Quai 57 (...) auquel moi j'adresse aussi activement des gens. » EI (69) : « (...) et puis l'Arcus je connais bien. (...) Le Quai, bon le Quai 45 c'est, ça c'est Arcus. »	2
43. Les médecins ont déjà travaillé avec Liewen Dobaussen comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EF (41) : « La plupart du temps c'est Liewen Dobaussen (...) »	1
44. Les médecins ont déjà travaillé avec Info-Prison comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EI (42) : « Et puis en général j'ai contact avec Info-Prison, c'est une a.s.b.l. qui souvent nous contact (...) »	1
45. Les médecins ont déjà travaillé avec le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) comme	EI (72) : « Bon, Centre de Prévention (...) »	1

institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.		
46. Les médecins ont déjà travaillé avec Stëmm vun der Strooss comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	EI (72) : « Stëmm vun der Strooss (...) »	1
47. Les médecins ne travaillent pas avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	ED (40) : « Je crois qu'il y a une organisation à la Gare, j'ignore le nom, qui envoyait les gens (...) en Italie (...) mais là je n'ai plus (...) le nom en tête, mais soit. Ça c'était à l'époque où il y avait des gens qui repartaient en Italie pour faire une cure de un an pour sevrage. Et d'autres relations je n'en ai pas. Bon il y a bien-sûr les programmes préventifs du Ministère qui vont à l'école, mais ça c'est un autre sujet, c'est une pré-vention, avant contact. »	1
48. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide en général lors de l'élargissement.	EB (51) : « Aucune. » ED (51) : « Mais sinon (...) je crois que les patients sont sinon un peu délaissés et s'ils sortent quand ils sont en prison. » EF (49) : « Il sort de la prison d'un jour à l'autre en fait (...) Je pense qu'il va être éjecté un peu dans la nature, non ? (...) Dans ma conception, je pense qu'ils sont (...) probablement laissés à eux-mêmes, peut-être (...) » EG (45) : « Je ne sais pas s'ils sont toujours bien préparés leur sortie. » EI (128) : « (...) ils ont rien. »	5
49. Les médecins pensent que les détenus ont une aide en général lors de l'élargissement.	EJ (36) : « J'imagine (...) qu'ils ne sont pas lâchés comme ça dans la nature. »	1
50. Les médecins pensent que l'aide attribuée aux détenus dépend de leur motif d'incarcération.	EJ (37) : « Mais ça dépend aussi de quoi ils étaient (...) dans la prison. (...) Selon ce qu'ils ont fait (...) »	1
51. Les médecins ne savent pas si les détenus ont des aides lors de l'élargissement.	EA (79) : « (...) mais je ne sais pas vraiment, je n'ai pas d'informations concrètes. » EB (58) : « (...) mais je ne suis pas sûr. Je ne sais pas. » EC (114) : « Je ne sais pas en tout cas. » EE (25) : « (...) je ne sais s'ils ont une procédure spéciale pour notamment assurer le suivi des gens en substitution, donc je n'ai pas d'opinion particulière là-dessus. (...) Maintenant je ne sais pas (...) peut-être que c'est bien organisé mais j'en ai pas, je n'en ai pas connaissance de cette organisation. Elle n'est pas, elle ne m'est pas connue. (...) Là aussi je ne peux que répondre que la procédure ne m'est pas claire, je ne sais pas. (...) Bah disons les institutions là encore faut-il qu'ils connaissent. Je ne sais pas	8

	<p>quelles informations ils reçoivent en prison lors de leur sortie. Est-ce que là il y a un relais qui est organisé systématiquement ? Je ne sais pas ! (...) Mais là non plus je n'ai pas connaissance de cette procédure qui ferait que les patients soient systématiquement adressés à quelqu'un de précis pour prendre en charge (...) la substitution par exemple. Ou le suivi médico-psycho-social, est-ce que c'est systématique ou est-ce que les gens reçoivent une brochure ? Je ne sais pas.»</p> <p>EF (47) : « Ces des questions que je me suis jamais posé en fait ! (...) Je pense que (...) la peine, lorsqu'elle arrive à terme (...) et qu'il est, je ne sais pas, peut-être à peu près deux-tiers du temps (...) il est déclaré (...) sociable de nouveau, je ne sais pas. (...) Je ne sais pas. »</p> <p>EG (48) : « Je sais pas du tout ! (...) Je sais pas.»</p> <p>EH (53) : « Je ne sais pas. (...) Je ne sais pas. Je ne suis pas informé. »</p> <p>EJ (42) : « Aucune idée ! Je ne sais pas. »</p>	
52. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau médical lors de l'élargissement.	<p>EB (53) : « Je ne pense pas que ce soit organisé, ils doivent se débrouiller. Une fois qu'ils sont sortis de prison, ils sont libres, donc ils doivent se débrouiller. »</p> <p>ED (55) : « (...) Je n'ai pas d'autres notions. »</p> <p>EF (64) : « Moi je pense que lorsque, le jour où ils sortent de prison, ils n'ont pas vraiment (...) d'aide spécifique parce qu'ils ont été détenus. »</p> <p>EG (50) : « Je sais pas du tout ! Je crois pas. »</p> <p>EI (97) : « Non, c'est un peu largué. »</p> <p>EJ (44) : « Non, je ne pense pas. »</p>	6
53. Les médecins pensent que les détenus sont mis en contact avec un médecin à l'extérieur lors de l'élargissement.	<p>EA (82) : « Au niveau médical (...) peut-être on leur donne le médecin où ils seront substitués, où ils seront pris en charge, mais je ne sais pas si c'est pour tout le monde ou si c'est juste une partie des prisonniers. Peut-être on leur dit aussi d'aller chez leur médecin où ils étaient avant, leur médecin de famille qu'ils connaissent déjà (...) oui. »</p> <p>EC (94) : « (...) j'espère en tout cas qu'ils sont référés éventuellement vers des médecins en dehors de la prison où ils peuvent prendre contact, mais maintenant je ne sais pas si ça se fait dans la réalité (...) Et éventuellement même, je ne sais pas, je crois aussi ça dépend du suivi qu'ils ont eu en prison, s'ils ont déjà vu d'autres spécialistes lorsqu'ils étaient détenus. »</p>	2
54. Les médecins pensent que les détenus sont mis en contact avec une institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg lors de l'élargissement.	<p>EC (96) : « (...) ou s'ils réfèrent tout de suite vers des associations comme la Jugend- an Drogenhëllef par exemple. »</p> <p>EE (62) : « (...) je pense, je (...) suppose que la plupart sont adressé en milieu institutionnel, par exemple à la Jugend- an Drogenhëllef. »</p>	2

55. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas de couverture sociale lors de l'élargissement.	EA (71) : « (...) sans avoir CNS (...) »	1
56. Les médecins ne savent pas s'il y a des points faibles dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison.	EH (73) : « Je ne peux pas répondre (...) je ne sais pas. (...) Je sais pas ! » EJ (64) : « Je n'en connais pas puisque je ne connais pas de patient qui sort de la prison. Je n'ai aucune idée de ça, je ne sais pas. »	2
57. Les médecins ne voient pas de problèmes dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison.	EH (76) : « Je n'ai pas vraiment de problèmes. Au contraire, si ce n'est que des problèmes ponctuels. (...) Non. »	1
58. Les médecins pensent que les détenus obtiennent des aides à la réinsertion en prison.	EB (58) : « J'espère quand-même qu'il y a des programmes un peu de réinsertion (...) » EC (103) : « Bah, j'espère en tout cas qu'ils ont quand-même la possibilité, donc comme j'ai dit, soit qu'on les informe (...) maintenant je ne sais pas concrètement comment ils le font, s'ils reçoivent seulement une fiche ou s'ils sont vraiment référés avec un rendez-vous tout de suite vers une personne. (...) En tout cas j'espère que c'est un peu organisé en tout cas à la sortie (...) »	2
59. Les médecins pensent que les détenus sont aidés par des assistants sociaux à l'extérieur lors de l'élargissement.	EA (78) : « Peut-être ils ont des contacts avec des assistants sociaux (...) à la commune (...) » EC (104) : « (...) qu'ils peuvent toujours contacter les associations où ils ont quand-même un accès à des assistantes sociales par exemple s'ils ont des problèmes de logement et des problèmes d'argent. » EI (94) : « Il y a très peu d'assistantes sociales qui nous contactent. Il y a une a.s.b.l. qui (...) nous contacte ce qui aide, mais très peu. » EJ (48) : « Là aussi, ça va dans le domaine psychologique-sociologique. Je pense qu'ils ont un, ils ont des institutions qui pourraient les guider et les cadrer quand ils sortent. Mais je ne sais pas lesquelles, aucune idée, je ne m'y connais pas. »	4
60. Les médecins pensent que les détenus sont aidés par des assistants sociaux en prison lors de l'élargissement.	EC (114) : « Je ne sais pas s'il y a maintenant des personnes de référence ou si (...) je sais qu'éventuellement, voilà il y a des assistantes sociales aussi qui vont en prison, à la prison (...) qui essayent déjà de mettre certaines choses en route pour la sortie. » ED (58) : « Je crois qu'il y a quand-même une assistance à la sortie de prison par une assistante sociale (...) Il y a de l'aide certainement en sortant de la prison, mais ce n'est pas donné, ce n'est pas facile (...) » EF (61) : « Peut-être ils ont une assistante sociale (...) qui leur met en place un revenu minimum garanti (...) »	3
61. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau social lors de l'élargissement.	EI (128) : « (...) ils ont pas de RMG (...) »	1

62. Les médecins pensent que les détenus ont une aide au travail lors de l'élargissement.	EC (116) : « Bah je suppose que dans la plupart des cas les gens sont aussi sans travail etc, donc et ils sont souvent au chômage je suppose. (...) Donc j'imagine aussi qu'éventuellement, voilà, il y a aussi les, voilà, avec l'ADEM et tout ça qu'il y ait un peu mis en route en ce moment-là. » EF (62) : « (...) peut-être ils ont déjà trouvé un travail. »	2
63. Les médecins pensent que les détenus n'ont aucune aide au travail lors de l'élargissement	EI (127) : « (...) donc il n'y a aucune structure de travail (...) »	1
64. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas de logement lors de l'élargissement.	EA (70) : « (...) Il est sorti sans avoir un logement organisé (...) » ED (73) : « (...) des sans domicile fixe (...) » EG (43) : « J'en ai vu qui savaient pas où aller dormir le soir, le premier soir de leur sortie. Après ils s'organisent parce qu'ils ont quand-même un réseau soit familial, soit dans leur milieu (...) ils vont dormir chez les copains et puis ils s'organisent après. » EI (125) : « (...) ou un logement. Mais la plupart ils se retrouvent dans la rue, <i>hein</i> , enfin, ceux qui sont usagers de drogues. »	4
65. Les médecins pensent que les détenus n'ont pas d'aide au niveau psychologique lors de l'élargissement.	EB (56) : « : Je ne sais pas s'il y a des (...) mais je ne pense pas qu'il y ait une prise en charge organisée. » EH (41) : « (...) le dernier que j'ai eu à moi (...) ça s'est passé pas si longtemps que ça et voilà, il y a avait (...) un départ un peu difficile (...) psychologiquement et ainsi de suite. (...) » EI (99) : « Très peu, très peu, très peu. Ils sont largués. »	3
66. Les médecins pensent que les détenus ont un suivi psychologique à l'extérieur lors de l'élargissement.	EA (87) : « (...) on leur donne probablement des (...) adresses par exemple Jugend- an Drogenhëllef ou comment ça s'appelle (...) Réseau Psy (...) il y a des psychologues où on ne doit pas payer des factures non plus. Ils peuvent être suivi, mais bon, je ne sais pas s'ils sont forcés à faire ça. Peut-être ils ont juste l'adresse et puis s'ils ont envie, ils y vont, s'ils n'ont pas envie, bon (...) » ED (59) : « (...) il y a certainement une assistante psychologique mais dont j'ignore le fonctionnement. » EF (67) : « Il y a la Jugnd- an Drogenhëllef, ça c'est la première à ma connaissance (...) place où il y a (...) de toxicomanes qui s'y réfèrent. » EJ (36) : « Je pense qu'il y a un certain suivi psychologique qui se font par après. (...) je pense qu'ils sont suivi par un groupe ou un groupement psychologique. (...) Oui, je pense que-là plutôt. »	4
67. Les médecins critiquent les élargissements non préparés en prison.	EA (71) : « (...) sans rien du tout ! (...) Donc ça c'est parfois un peu (...) quand ils sont (...) quand c'est pas prévu qu'ils sortent si rapidement, parfois c'est un peu mal organisé. » EB (41) : « L'expérience que j'ai c'est que c'est des patients pour lesquels je n'ai quand-même pas vraiment d'informations, donc un jour ils sont chez moi mais je ne sais pas ce qui s'est passé avant. » EG (42) : « (...) 1 fois sur 2, c'est mal vécu parce qu'ils n'ont pas tout-à-fait préparés, ils ne savent pas tout-à-fait où aller. »	4

	EI (35) : « (...) il y a un gros problème et ça ne dépend pas du personnel médical, c'est surtout qu'il y a des sorties catastrophes, c'est-à-dire que (...) le jour au lendemain il y a des gens qui sortent (...) »	
68. Les médecins critiquent le système de l'élargissement.	EI (40) : « (...) ça ne dépend pas vraiment du (...) service médical, ça dépend de l'administration (...) pas pénitentiaire, c'est du tribunal où d'un moment à l'autre est décidé : cette personne elle sort. »	1
69. Les médecins pensent que l'absence de logement après l'élargissement est problématique.	EG (63) : « (...) leur logement (...) »	1
70. Les médecins critiquent les critères nécessaires pour obtenir de l'aide après l'élargissement.	EI (123) : « Pour entrer dans les foyers il faut (...) un RMG, pour avoir le RMG il faut une adresse (...) »	1
71. Les médecins critiquent le manque de préparation des détenus à la réinsertion en prison.	EA (126) : « C'est-à-dire il ne faut pas juste leur donner les pistes et puis les laisser sortir comme ça (...) » EB (78) : « Le manque d'informations (...) le manque de (...) mesures pour les réinsérer je pense. » ED (77) : « Je crois que le problème, chacun qui est en prison doit se resocialiser (...) »	3
72. Les médecins critiquent le manque d'articulation entre la prise en charge en prison et à l'extérieur.	EB (40) : « (...) ça je ne sais pas puisque bon, il n'y a pas (...) je pense il n'y a pas d'échange direct entre le milieu pénitentiaire et puis le milieu extérieur, donc (...) » EE (77) : « (...) le point faible pourrait être, donc je ne sais pas, le manque de clarté de cette procédure qui fait que le patient sort de prison avec un certain problème et (...) l'intensité avec lequel ce suivi est organisé, voir aussi contrôlé (...) » EF (26) : « (...) après on ne les revoit plus lorsqu'ils rentrent en prison, et ensuite on les revoit de nouveau, donc il n'y a pas véritablement de relais ou de contact avec l'équipe médicale là-bas. (...) donc les patients disent alors qu'ils sont sortis de prison mais nous on a aucune (...) lettre d'information, on n'est pas (...) On était médecin référent avant, ils reviennent après, il n'y a pas de (...) relais en fait, on n'est pas (...) informé comme si le patient sortait de l'hôpital avec sa lettre. Donc on ne sait ce qui a été fait. (...) On ne sait pas quel traitement de substitution il prend et à quelle posologie. Après les patients peuvent dire ce qu'ils veulent ! Et est-ce que ça a été vraiment le cas ? Je ne sais pas. (...) ça c'est à mon avis le plus grand problème (...) c'est le relais d'informations entre les deux parties.» EH (44) : « Surtout là il y a avait effectivement un problème de (...) prise en charge parce qu'il avait de la kinésithérapie, donc kiné, et comme c'était (...) en prison et comme l'ordonnance n'a pas suivi le patient de kiné, il était en rupture de prescription de sa kiné parce que l'ordonnance de kinésithérapie initiale est de 32 séances et il n'avait fait que quelques séances en prison et puis bah il a eu un problème de remboursement et dû à sa prise en charge de kiné. Donc là il y avait clairement un problème de suivi ! » EI (39) : « Donc là on est systématiquement confronté à aucun contact (...) c'est le suivi ! C'est le suivi personnalisé (...) »	5

73. Les médecins critiquent les élargissements en fin de semaine.	EA (69) : « Puis j'ai déjà (...) eu un cas d'un patient qui était sorti juste le vendredi avant le weekend et c'était en plus, je pense, une période de vacances. (...) Il est venu chez nous en catastrophe parce qu'il ne savait pas quoi faire. (...) On a eu deux cas comme ça (...) voilà, et là on a dû organiser mais c'était le weekend, donc c'était très difficile. (...) pas les laisser sortir avant un weekend ou les vacances. (...) En catastrophe, comme ça, parce qu'on a besoin de la place (...) »	1
74. Les médecins critiquent la prise en charge médicale en prison.	EI (37) : « (...) et les doses administrées très souvent côtés tranquillisants sont extrêmement élevées par rapport à un traitement en ambulatant. »	1
75. Les médecins critiquent l'absence de médication lors de l'élargissement.	EG (63) : « (...) ils sortent et ils n'ont aucun stock donc ils sont déjà obligés d'aller les premiers jours trouver un médecin qui leur donne ce dont ils ont besoin. » EI (37) : « (...) et qui n'ont aucune substitution quand c'est des gens en substitution (...) parce qu'ils reçoivent rien ! Le plus souvent aucun traitement avec, donc ça peut (...) »	2
76. Les médecins critiquent l'absence de la transmission du dossier médical du détenu lors de l'élargissement.	EI (55) : « (...) si on prend en charge quelqu'un et qu'il y a eu plusieurs hospitalisations, on a aucun rapport. En fait on a rien ! On a rien. Ce n'est pas comme dans un service hospitalier où on a un rapport. On a aucun rapport ! »	1
77. Les médecins critiquent l'absence d'information d'incarcération de leurs patients qu'ils suivent.	EC (161) : « (...) Même déjà aussi parfois vu que, quand-même il y a eu un souci parce que parfois on ne sait même pas que la personne était à nouveau à la prison. Parce que j'ai eu récemment le cas effectivement, j'ai entendu parler d'une autre personne que cette personne-là était en prison alors que moi je ne l'aurais jamais su et je crois en tout cas en tant que médecin traitant c'est quand-même une information importante de savoir déjà s'il est ou s'il a refait une rechute ou un problème de le savoir et aussi à la sortie de la prison de savoir qu'il est sorti. Bon c'est sûr peut-être la personne en lui-même ne veut pas forcément que le médecin le sache, c'est peut-être aussi un problème, je ne sais pas si c'est le cas. » EF (28) : « Il n'y a même pas de (...) on n'est pas informé ou on n'est pas (...) il n'y a pas de lettre de suivi ou je ne sais quoi de la part du Centre Pénitentiaire, ce qui est un peu dommage parce qu'on ne sait pas vraiment parfois si le patient (...) s'il est toujours en prison ou non. C'est ça le problème. » EI (53) : « Après, il n'y plus grand' chose, ouais (...) »	3
78. Les médecins pensent que l'élargissement à Givenich se passe mieux qu'à Schrassig.	EI (47) : « Mais là ça se passe très bien à Givenich et à Schrassig ça se passe moins bien. Givenich il y a de meilleurs rapports mais parce que je connais très bien le médecin qui va là-bas. »	1
79. Les médecins pensent que l'inobservance des détenus favorise une rechute.	EA (64) : « Bah comme j'ai déjà dit, parfois ils ne viennent pas en consultation qui sont déjà fixées pour garantir un suivi à l'extérieur, donc ils rechutent parfois aussi. Je parle plutôt des addictions. »	1
80. Les médecins pensent qu'un manque d'articulation entre la	EA (67) : « Ils rechutent souvent parce qu'ils profitent de leur liberté et (...) bon. C'est difficile de garantir le suivi alors s'ils ne sont pas prêts à atterrir dans les consultations (...) organisées. »	1

prise en charge en prison et à l'extérieur favorise la rechute.		
81. Les médecins pensent que l'élargissement est une étape difficile pour un détenu.	EH (43) : « Mais quand-même n'empêche qu'il avait un départ un peu difficile. » EI (79) : « Quitter la prison c'est une catastrophe (...) donc il y a plein (...) de problèmes pour eux quand ils sortent (...) »	2
82. Les médecins pensent que le fait de connaître le passé d'un patient incarcéré change la prise en charge médicale.	EC (65) : « (...) une idée fixe du patient avant même l'avoir vu ou de le connaître correctement et ça pourrait être quand-même, éventuellement interférer avec la prise en charge. » EJ (58) : « Je pense que j'aurais une autre attitude vis-à-vis de quelqu'un (...) qui aurait été dans une prison, déjà par moi. »	2
83. Les médecins pensent que la perte de vue des anciens détenus est problématique.	EC (141) : « (...) je crois le plus grand problème c'est souvent on les perd un peu de vue (...) mais donc on a peut-être plus tendance de les perdre de vue. » EE (90) : « (...) s'ils n'ont pas d'obligation thérapeutique où il leur faut un certificat de suivi, ils se perdent souvent dans la nature. » EF (80) : « (...) donc parfois on peut les voir pendant un certain temps et ensuite on ne les revoit plus, ensuite ils reviennent. » EG (63) : « (...) leur suivi médical (...) » EI (82) : « (...) puis ils sortent et ils se retrouvent en fait dans ce qu'il y avait avant et ils rechutent très (...) rapidement et il y a très peu d'encadrement après, surtout pour les usagers de drogues. »	5
84. Les médecins pensent que le manque d'aides aux détenus lors de l'élargissement favorise la rechute.	EA (125) : « (...) S'ils sortent et qu'ils n'ont rien du tout, ça c'est (...) ils vont rechuter (...) » EI (127) : « Ils se retrouvent dans la rue, donc ils rechutent très fréquemment rapidement (...) »	2
85. Les médecins pensent que le manque d'aides aux détenus lors de l'élargissement favorise la réincarcération.	EA (125) : « (...) ils vont devenir criminels à nouveau pour avoir de l'argent. » EB (99) : « Mais s'il n'a pas, c'est difficile. »	2
86. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une couverture médicale lors de l'élargissement.	EA (123) : « (...) qu'ils ont une CNS ou la possibilité d'avoir une affiliation (...) »	1
87. Les médecins proposent que les détenus obtiennent le tiers payant social lors de l'élargissement.	EA (124) : « (...) ou le tiers payant social pour avoir accès aux soins médicaux à l'extérieur. »	1
88. Les médecins proposent qu'on fixe des rendez-vous médicaux en ambulatoire avant l'élargissement.	EE (85) : « (...) on sait qu'en addictologie l'information ne suffit pas, c'est-à-dire qu'il faut organiser activement, proactivement des rendez-vous parce qu'on est en contact avec des patients avec lesquels il ne suffit pas de donner une brochure. Il faut prendre un rendez-vous par téléphone, pratiquement leur communiquer le rendez-vous (...) »	1

89. Les médecins proposent qu'on donne aux détenus leur traitement chronique lors de l'élargissement.	EG (72) : « Peut-être leur donner des médicaments pour 3-4 jours en sortant ? »	1
90. Les médecins proposent une lettre médicale/rapport médical de sortie de prison.	<p>EB (81) : « Théoriquement, je pense que comme (...) c'est peut-être un peu bizarre de comparer à l'hôpital, mais une fois, c'est un peu la même chose : un patient qui sort de quelque part, que ce soit d'un hôpital, que ce soit d'une prison, le mieux ce serait qu'ils sortent avec un compte-rendu et ce sur sa problématique médicale et évidemment afin que celui qui poursuit le traitement soit bien informé. »</p> <p>EC (58) : « (...) je crois que le fait de recevoir un petit rapport médical par exemple à la sortie, pourquoi pas comme chez les gens qui étaient à l'hôpital, pourquoi pas ? Ça serait bénéfique je crois, ouais. (...) peut-être le fait d'avoir déjà un petit rapport, en partie, pour nous, médical à la sortie de la prison (...) »</p> <p>EF (123) : « (...) une lettre d'information pour la suite de prise en charge. »</p> <p>EH (82) : « Peut-être une lettre de sortie (...) ça ferait du bien. »</p> <p>EI (57) : « Donc ça serait pas une mauvaise idée qu'après un séjour au Centre Pénitentiaire qu'il y aurait un rapport (...) médical (...) ce qui s'est passé, parce que souvent il s'est passé beaucoup de choses ! Oui oui. »</p>	5
91. Les médecins proposent un rapport socio-médical de sortie de prison.	EC (157) : « (...) ou même un dossier plus ou moins complet aussi du point de vue social, ça serait pas mal. »	1
92. Les médecins proposent un contact direct avec l'équipe médicale de prison lors de l'élargissement d'un patient.	<p>EC (158) : « Voir même avoir un contact direct (...) »</p> <p>ED (24) : « (...) c'est-à-dire s'il y a un patient qui sort de la prison, qui est dans un traitement et qui rejoint son médecin traitant, je crois qu'il faut quand-même être bien informé et avoir des relations professionnelles nécessaires, des échanges nécessaires. (...) »</p> <p>EE (82) : « <i>Bein</i> je pense qu'il faudrait peut-être (...) que la médecine pénitentiaire (...) organise un contact plus transparent avec le milieu, le milieu d'addictologie à l'extérieur. »</p> <p>EF (100) : « <i>Bah</i> c'est justement d'avoir au moins un lien (...) direct ou un numéro qu'on puisse appeler au moins pour (...) avoir des informations ou (...) un centre de, une personne de (...) contact qu'on puisse appeler au moins ou une infirmerie pour avoir accès à des prises de sang ou des examens complémentaires qui ont été faits, dans un délai rapide pour avoir une réponse lorsque le patient arrive au cabinet. (...) Donc moi ce que je ferais, c'est d'avoir un numéro où on puisse appeler pour avoir les infos au moins (...) Je serais plutôt pour un numéro d'appel où on puisse appeler pour avoir, pour recourir à des informations (...) »</p> <p>EI (46) : « (...) là on serait content s'il y avait un moyen de contact entre le service médical et nous. »</p>	5
93. Les médecins proposent une prise en charge rapide après l'élargissement des détenus.	EI (84) : « Disons ça je trouve qu'il y a un énorme besoin de faire quelque chose ! »	1

94. Les médecins ne connaissent pas d'améliorations dans la prise en charge médicale des patients ayant quitté récemment la prison.	EJ (72) : « (...) je n'en sais rien. Non. Je n'y ai pas réfléchi encore, je ne pourrais pas le dire. »	1
95. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une aide au logement lors de l'élargissement.	EA (123) : « (...) qu'ils ont un logement (...) » ED (77) : « (...) de retrouver un logement (...) Ne se baladent pas sans domicile (...) » EG (67) : « <i>Mah</i> qu'ils aient un endroit où aller dormir déjà (...) qu'ils leur soient attribué ou je sais pas. (...) s'il n'y a pas de place dans le, au numéro 45 de la rue de la fontaine ici dans les containers, ils savent sûrement pas où aller. Et là ils sont obligés de (...) réserver si je puisse dire. » EI (122) : « (...) des endroits où ils peuvent aller, surtout le logement ! (...) qu'ils aient une adresse, qu'ils aient une possibilité, une structure d'habitat qui suive directement et qui propose éventuellement directement sous un contrôle très rigide. (...) et de logement. »	4
96. Les médecins proposent que les détenus obtiennent une aide au travail lors de l'élargissement.	EA (124) : « (...) un revenu (...) » EB (97) : « Je pense que quelqu'un qui sort de prison, il a besoin surtout de trouver du travail ou d'avoir un travail (...) » ED (78) : « (...) un travail (...) sans emploie (...) » EI (132) : « (...) mais il faut néanmoins une structure qui permette que les gens aient au moins une structure de remise au travail (...) »	4
97. Les médecins proposent une période de transition avant l'élargissement.	ED (81) : « (...) S'il y a des améliorations il faut bien se rassurer, il faut bien suivre ces patients jusqu'aux, ou ces clients ou ces prisonniers après la sortie de prison jusqu'à ce qu'on soit un peu sûre qu'ils aient les pieds sur terre (...) » EI (131) : « Il faut du rigide, il faut du strict, il faut du surveillé (...) »	2
98. Les médecins proposent un contact direct avec les assistants sociaux en prison lors de l'élargissement d'un patient.	EC (158) : « (...) aussi éventuellement une fois par téléphone si c'est par l'assistante sociale, voilà, qui informe que voilà : ce patient-là va quitter la prison et que voilà, pour avoir un petit feedback, ça serait pas mal. Je crois en tout cas comme ça on est au courant au moins que la personne est sortie. »	1
99. Les médecins proposent un contact direct en général entre le Centre Pénitentiaire et les médecins à l'extérieur lors de l'élargissement d'un patient.	EC (169) : « Donc ça je crois ce serait déjà une bonne idée (...) En tout cas je crois une communication peut-être entre les deux structures ce serait pas mal. »	1
100. Les médecins pensent qu'il est indispensable de préparer un élargissement en avance en prison.	EA (127) : « (...) mais peut-être (...) oui, vraiment organiser au mieux, avoir le contact à l'extérieur en avance (...) »	1

101. Les médecins doivent prendre en charge rapidement les anciens détenus élargis.	EI (43) : « (...) est-ce que vous ne pouvez pas en catastrophe substituer telle ou telle personne et qu'on prend après dans le programme méthadone et on est confronté à les (...) substituer très rapidement, presque à la sortie (...) »	1
102. Les médecins pensent que les détenus nécessitent de l'aide de leur famille lors de l'élargissement.	EB (98) : « (...) d'être entouré, de préférence par la famille. » ED (83) : « (...) qu'ils retrouvent leur famille ou au moins des relations un peu stables. » EI (125) : « (...) s'ils n'ont pas de famille qui les prends en charge ou une épouse (...) »	3
103. Les médecins pensent que les détenus nécessitent un suivi infectiologique lors de l'élargissement.	EA (131) : « Et le suivi infectio', parce que quand ils ont une hépatite C ou un HIV, se serait bien de continuer le traitement à l'extérieur, voilà. » EC (99) : « J'imagine en tout cas qu'il y aura aussi un suivi prévu par les infectiologues (...) »	2
104. Les médecins pensent que les détenus nécessitent un suivi psychologique/psychiatrique lors de l'élargissement.	EA (130) : « (...) les stabiliser psychologiquement, soit des antidépresseurs soit assurer un psychologue ou un psychiatre en externe, s'il y a des problèmes psychiatriques (...) » EC (100) : « (...) éventuellement psychologues, psychiatres (...) »	2
105. Les médecins critiquent l'inobservance des détenus après l'élargissement.	EA (25) : « Les inconvénients (...) c'est peut-être quand le patient il sort, parfois ils ne viennent pas ici, donc c'est-à-dire ils ont un rendez-vous qui est fixé, ils devraient venir, mais ils ne sont pas (...) après ils sortent et puis on les voit plus. Donc on perd un peu le lien (...) parce qu'ils sortent et profitent de leur liberté et (...) Voilà ! On les perd de vue. » EC (71) : « (...) bon je crois que leur succès n'était pas très très bien parce que c'est à nouveau un problème du suivi du patient. (...) Parce que je crois que les gens s'ils sortent juste avec une feuille avec des adresses qu'ils ne vont pas le faire et s'ils ont éventuellement déjà des rendez-vous fixés à la sortie, qu'ils vont éventuellement aussi y aller. En tout cas on l'espère. (...) mais suivi (...) c'est un gros terme car il ne vient pas souvent (...) Mais oui, bien-sûr le suivi n'est pas toujours très très bien. (...) mais là, voilà, le suivi n'est pas très régulier (...) Mais ouais, d'expérience en tout cas celui qu'on a n'est pas très fiable (...) » EF (79) : « (...) parce que c'est des gens qui, à mon avis, pas très observant (...) »	3
106. Les médecins se méfient d'anciens détenus.	EA (111) : « (...) qu'il y a aussi des préjugés auprès des patients que voilà : il était en prison, je dois me méfier, il peut être agressif. Je ne sais pas ! C'est parfois les médecins qui ont un peu peur quand ils sont au courant qu'il était en prison. (...) au cabinet il y a peut-être des gens qui ne veulent pas trop prendre en charge les prisonniers (...) par sécurité, par problèmes, par peur ! » EC (62) : « (...) si on ne connaît pas très bien la personne parce que souvent on a aussi de nouveaux patients, oui, peut-être on a déjà des préjugés vis-à-vis de la personne. » EJ (59) : « Donc (...) l'abord serait différent de ma part, certainement. Comme je sais (...) de quoi ils étaient détenus (...) je serais peut-être plus attentif. Mais je serais moins confiant, certainement vis-à-vis d'eux. »	3

107. Les médecins pensent qu'il faut avoir de bonnes connaissances en psychiatrie pour prendre en charge des anciens détenus.	EA (117) : « (...) il faut aussi savoir gérer beaucoup les psychoses ou les problèmes psychiatriques, ça c'est parfois difficile (...) » EE (94) : « (...) quid à ce que ces médecins généralistes soient quand même formés à l'addictologie. »	2
108. Les médecins critiquent le non-paiement des mémoires d'honoraires par des anciens détenus.	EA (118) : « (...) parfois ils n'ont pas les moyens de payer les mémoires d'honoraires s'ils sortent (...) » EB (71) : « (...) donc évidemment, ce sont souvent des gens (...) voilà, avec des problèmes plutôt de ce volet-là. »	2
109. Les médecins pensent que les anciens détenus ont des problèmes psycho-socio-économiques.	EB (70) : « Bien-sûr que le fait d'être détenu engendre quand-même plus souvent (...) des problèmes plutôt socio-économiques (...) » EC (145) : « (...) qui bon, bien-sûr a beaucoup de problèmes (...) » ED (70) : « Bien-sûr (...) les critères sociaux sont un peu (...) parfois difficile parce que c'est quand même souvent des gens qui en sortant de prison (...) ont d'autres soucis sociaux. (...) » EH (67) : « (...) il y a quand même toujours un problème (...) social derrière parce que c'est des personnes qui ont été déracinées de la société et incarcérées et qui doivent refaire, recréer leur place dans la société. Donc il y a tout un cortège psycho-social derrière. »	4
110. Les médecins pensent que les anciens détenus sont stigmatisés.	EA (119) : « (...) ça les stigmatise (...) » EJ (68) : « Certainement. Ils sont classés dès le départ. Ils ont une étiquette quand ils étaient une fois dans la prison ils ont, ils sont (...) classés à l'intérieur de la population à mon avis et aussi vis-à-vis du médecin, je pense. »	2
111. Les médecins pensent que les anciens détenus consomment plus de drogues que le reste de leur patientèle.	EH (70) : « Après il y a bien sûr plus fréquemment des problèmes de drogues. »	1
112. Les médecins pensent qu'il ne faut pas stigmatiser les anciens détenus.	EA (153) : « (...) qui les ne stigmatisent pas (...) » EE (38) : « (...) les fameux toxicomanes, qui est aussi un mot qui commence à ne plus être utilisé ou à ne plus être, à ne plus devoir être utilisé en médecine, mais bon, comme on ne sait pas trop ce que ce mot signifie, on aime bien continuer à l'employer ! »	2
113. Les médecins pensent que les anciens détenus doivent prendre l'initiative de se faire prendre en charge.	EC (187) : « (...) On a parfois quand-même des plus ou moins bons résultats (...) mais, bon, (...) mais je crois c'est ça le principal rôle de vraiment motiver les gens d'essayer (...) de se prendre en charge eux-mêmes (...) » ED (49) : « Quand ils sortent de prison ? Bah normalement, bon si c'est une substitution, le contact, ils essaient d'avoir trouvé un médecin qui va resubstituer le patient en dehors de la prison, donc il faut bien contacter un médecin du programme. (...) Bah s'ils ont besoin d'une substitution je crois qu'ils peuvent contacter le programme de substitution à la Méthadone. »	5

	<p>EF (54) : « (...) moi j'ai des patients qui reviennent me voir après (...) avoir été en prison de nouveau, parce qu'il y a parfois des (...) toxicomanes qui sont en traitement de substitution qui, qu'on ne voit plus pendant six mois, et (...) ensuite ils reviennent nous voir pour une prise en charge à nouveau. »</p> <p>EH (55) : « Lui il est venu me voir moi pour avoir de l'aide. (...) il faut juste (...) que ce soit sollicité par (...) l'ancien détenu. »</p> <p>EI (144) : « Bon, ils viennent de toute façon chez les (...) si c'est un problème lié à une substitution de toute façon ils vont chez les médecins qui sont agréés. (...) Donc ils aboutissent forcément chez les médecins qui sont agréés (...) »</p>	
114. Les médecins pensent que les toxicomanes sont honnêtes.	EG (27) : « (...) et puis ils ne sont pas obligés de tout croire ce qu'on leur raconte. Généralement c'est juste, je trouve que les toxicomanes sont assez (...) honnête quand ils disent qu'ils prennent 12 comprimés ils n'en prennent pas 5 ni 25, c'est juste ce qu'il faut. »	1
115. Les médecins pensent que les détenus se sentent mieux encadrés en prison qu'à l'extérieur.	EI (79) : « (...) parce que les gens se sentent (...) souvent beaucoup mieux encadrés. (...) si c'est un délinquant, si c'est des toxicomanes souvent ils se sentent beaucoup mieux en prison parce qu'ils sont encadrés, ils ont un travail (...) »	1
116. Les médecins ont des patients qui parlent de leur incarcération.	EA (102) : « (...) ils me racontent qu'ils étaient en prison (...) » EB (43) : « Sauf ce qu'ils me disent, mais je n'ai aucun document ou aucune, aucun (...) moyen de savoir. » EE (89) : « (...) puisque j'ai à travers certains patients l'impression que les gens au moment de sortir de prison (...) » EF (56) : « (...) après ils me disent qu'ils ont été incarcérés pour avoir vendu des drogues par exemple. » EI (86) : « Bon il y a parfois des gens qui me disent : Oui, j'étais en prison. »	5
117. Les médecins ont des patients qui n'osent pas parler de leur incarcération.	EB (46) : « (...) pas grand-chose (...) ils n'ont pas donné beaucoup d'informations. (...) mais ils ne vont pas me donner beaucoup d'autres informations. »	1
118. Les médecins ne savent pas combien d'anciens détenus ils suivent.	EA (93) : « (...) ça c'est difficile à dire (...) Je devrais revoir les dossiers. » EB (61) : « Je ne sais pas (...) je ne sais pas parce que ce n'est pas un sujet, c'est-à-dire ce sont pour moi des patients donc je ne demande pas à chacun s'il a été à un moment donné dans sa vie détenu. » EF (70) : « <i>pff</i> » EG (54) : « Je saurais pas vous dire (...) » EH (59) : « Je ne sais pas. Je n'ai aucune idée (...) »	5
119. Les médecins savent combien d'ancien détenus ils suivent.	EC (121) : « (...) oui (...) » ED (61) : « Bon, ceux que je suis, donc c'est tous des gens qui avaient, qui est en relation avec les drogues, (...) qui étaient une ou deux fois emprisonnés pour des problèmes avec la justice à cause des drogues. (...) » EE (68) : « (...) je pense, oui. »	4

	EI (101) : « Ah ça je sais (...) ça c'est très très difficile à dire (...) une tranche (...) en parallèle, donc ça fait plus de 26 ans que je travaille, mais disons (...) j'ai beaucoup de (...) substitutions qui ont eu des séjours en prison (...) La tranche donc à peu près, peut-être un peu moins, ça c'est épisodique. »	
120. Les médecins suivent les anciens détenus pour une substitution aux opiacés.	EA (96) : « (...) pour l'addiction à l'héroïne, donc c'est soit des toxicomanes qui consomment encore, soit des anciens toxicomanes (...) voilà. » EB (47) : « S'ils viennent chez moi c'est souvent pour la substitution, ils veulent leur médicament (...) Ah pour la substitution ! » EC (125) : « Bon, c'est en parti bien-sûr pour, dans le programme, en partie la méthadone pour la substitution (...) » ED (18) : « (...) J'avais un patient qui était une fois en prison, qui est revenu, que je j'ai re-recontré ici et j'ai resubstitué (...) Moi je suis leur substitution (...) » EE (70) : « (...) je les suis dans le cadre de l'addictologie : prescription de substitution (...) traitement pour un mésusage d'alcool, oui. » EF (25) : « Les patients qui viennent ici, normalement (...) on les voit pour une prise en charge de toxicomanie ou de substitution (...) C'est surtout les pathologies dans le cadre du traitement de substitution, dans le genre (...) Mephenon. » EG (56) : « Souvent pour la substitution à la (...) méthadone. » EH (52) : « On les suis, j'en ai quelqu'uns que je suivais de temps à autre pour un problème de (...) dépendance (...) » EI (32) : « (...) c'est en fait beaucoup de patients à moi (...) sont là et je les reprends en charge après si c'est une question de substitution. (...) substitution, diminution (...) je les vois dans le cadre aussi du programme méthadone officiel liquide. »	9
121. Les médecins suivent les anciens détenus pour d'autres raisons que la substitution aux opiacés.	EC (126) : « (...) et puis souvent ils reviennent vers nous soit pour des pathologies aiguës quand-même aussi, il y a quand-même des demandes (...) et puis bien-sûr des pathologies chroniques (...) il y a quand-même souvent une hépatite sous-jacente de toute façon qui est là. » ED (66) : « (...) mais je suis aussi leur (...) problèmes souvent hépatiques, hépatite C ou et HIV, en relation bien-sûr avec le Centre Hospitalier, avec les maladies infectieuses. » EF (73) : « Ou sinon il y a (...) le suivi des chroniques infectieuses : hépatite C, VIH parfois aussi, donc pour organiser tout ça. Et sinon (...) toutes les autres pathologies, genre tabagisme, parfois une intoxication alcoolique aussi. Ou (...) tout ce qui pourrait eu se faire avant leur vie. » EG (56) : « (...) soit hépatite C éventuellement (...) soit toutes les pathologies possibles. » EH (53) : « (...) et après pour des problèmes générales, de médecine générale, mais je n'ai pas de statistiques là-dessus, je ne peux pas dire pourquoi. » EI (106) : « Hépatite C (...) hospitalisations, (...) soutien psychologique, on a une psychologue ici chez nous on a. »	6

<p>122. Les médecins pensent qu'il n'y a pas de différence dans le suivi entre un ancien détenu et le reste de sa patientèle.</p>	<p>EA (100) : « Moi je ne vois pas trop de différence entre le suivi (...) oui (...) je ne vois pas trop de différence (...) Pour moi c'est des patients ! Si je ne savais pas qu'ils étaient en prison, je ne saurais pas. Souvent on le remarque (...) mais pour moi ça ne joue pas trop de rôle (...) »</p> <p>EB (69) : « (...) il n'y a pas (...) je pense qu'il n'y a pas de grandes différences, parce que ce n'est pas vraiment un sujet primordial. (...) mais en fait entre quelqu'un qui est substitué qui n'a pas de travail mais qui n'a jamais été détenu ou quelqu'un qui a été incarcéré, pour moi il n'y a pas de différence. »</p> <p>EC (133) : « Pour moi franchement comme ça, je n'ai pas de grande différence. Bon disons peut-être c'est aussi parce que les (...) bon, disons s'ils viennent en consultation, en tout cas ma démarche à priori, je pense en tout cas, n'est pas très différente des autres (...) donc ça veut dire que j'essaie quand-même (...) ouais, de traiter comme les autres, de faire mon anamnèse, mon examen clinique, etc et j'espère en tout cas, j'ai l'impression que je ne les suis pas différemment. »</p> <p>ED (70) : « Du point de vue médical je crois que ça devrait être tout à fait médical correct. (...) Mais je les reçois quand-même comme un chacun patient. Il n'y a pas de différence. »</p> <p>EE (74) : « Il n'y en a pas ! »</p> <p>EG (60) : « Il n'est pas très différent. Je pense pas qu'il soit très différent. »</p>	6
<p>123. Les médecins pensent que la prise en charge médicale des anciens détenus est plus lourde.</p>	<p>EB (72) : « Et ça rend parfois la prise en charge difficile ou pas agréable (...) »</p> <p>EC (100) : « (...) je sais que c'est une patientèle qui n'est pas toujours facile non plus à prendre en charge (...) c'est quand-même peut-être une patientèle qui est assez difficile, qui n'est pas toujours fiable (...) ce n'est pas toujours idéal le suivi (...) »</p> <p>EF (79) : « La prise en charge, elle est (...) est plus difficile en général (...) Je ne pense pas ça soit fait pour chaque médecin la prise en charge, parce que ça demande une certaine (...) Rigueur (...) parce qu'ils vont vous demander des choses qui sont, avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord et à ce moment-là il faut être un peu plus ferme qu'avec les autres je veux dire. (...) C'est une prise en charge aussi un peu plus rapproché si ce patient est conciliant, par exemple dans le cadre de la substitution, on va les revoir toutes les deux semaines alors que (...) un patient normal on ne va pas le voir autant de fois. »</p> <p>EI (111) : « (...) si, il y a une dépendance médecin plus importante car (...) si c'est ancien détenu usager de drogues, ancien détenu héroïnomane, <i>bah</i> il y a déjà le fait qu'ils sont obligés de passer très fréquemment pour avoir une ordonnance, pour avoir un suivi. Il y a quand-même un contrôle assez strict et assez cadré. Je fais un contrôle très très cadré après. Je suis pas facile, donc j'ai (...) le suivi je pense qu'il est très très bon, je travaille en équipe. Donc c'est tout autre chose si j'ai quelqu'un qui est usager de drogues (...) c'est pas souvent des patients faciles aussi, non ? »</p>	4
<p>124. Les médecins pensent que les anciens détenus font du tourisme médical.</p>	<p>EC (146) : « Peut-être eux aussi ils ont parfois tendance à changer eux aussi de médecin de façon à ce qu'on ne les voit pas forcément régulièrement parce qu'ils voient entre temps un autre médecin, qu'il n'y a pas forcément, voilà, je crois c'est en tout cas en tant que médecin c'est peut-être plus difficile la prise en charge. »</p>	1

125. Les médecins suivent des anciens détenus qui veulent changer de vie pour ne plus retourner en prison.	EC (142) : « Il y a les gens qui sont très motivés aussi de changer leur vie et faire des différences et qui viennent quand-même régulièrement (...) »	1
126. Les médecins prétendent que les anciens détenus ont le libre choix du médecin.	EB (90) : « Mais évidemment au Luxembourg il y a la liberté de choix du médecin, donc on ne peut pas forcer quelqu'un à aller voir un tel. » EF (110) : « (...) donc il y a le libre choix du patient et du médecin (...) A mon avis le patient doit pouvoir toujours choisir son médecin référent et pas un médecin qui fasse partie d'un réseau après. » EH (86) : « Comme c'est des personnes qui sont libres de leurs mouvements et de leurs choix, on ne peut pas les limiter à un réseau. »	3
127. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement serait utile dans la prise en charge médicale.	EA (136) : « Se serait utile ! (...) Mais je trouve que c'est une bonne idée avoir ça ! Un réseau comme ça, oui. (...) Oui, la médecine générale c'est toujours utile ! » EB (88) : « Oui, je pense que c'est une très bonne idée (...) on aurait un pool à ce moment-là de médecins chez lesquels on pourrait d'office diriger les détenus et qui seraient disponibles à les suivre. C'est ça l'idée ?! Oui, je pense que c'est très intéressant. » EC (173) : « Donc qui vont tout de suite transférer à des, à un réseau de soins (...) je dirais pourquoi pas ? Surtout si (...) je suppose que c'est dans le but d'avoir des médecins spécifiques qui sont d'accord de prendre en charge les personnes-là, qui sont tout de suite disponible (...) Je crois ce serait utile, ouais. » ED (90) : « (...) Mais je crois que ça serait certainement intéressant d'avoir un pool de médecins (...) qui on connaît et où on sait (...) » EE (94) : « Oui, ça je pense ça aurait, ça aurait certainement un intérêt (...) Certainement, la prise en charge il y a intérêt à intégrer des généralistes. (...) Je pense qu'il faudrait au Luxembourg arriver à améliorer le suivi par des structures libérales, notamment les omnipraticiens, les généralistes formés, et éviter un petit peu cette addictologie qui est trop institutionnalisée (...) Où les gens (...) n'aiment pas trop y aller, ils se sentent surveillés, ils sont dans des registres, etc. Certainement oui. » EF (112) : « Bon, si c'est fait de façon volontaire de la part des médecins, peut-être. » EG (75) : « Oui, excellent ! Oui oui, je suis tout-à-fait pour ! » EI (148) : « Donc (...) si ! Ça peut avoir, ça peut avoir son utilité (...) » EJ (76) : « Ça serait intéressant ! Ça serait déjà des médecins motivés à le faire, sinon ils ne seraient pas (...) volontaires pour faire partie de ce groupe. Et à ce moment-là il y aurait donc une meilleur prise en charge des détenus qui seraient alors sortis. »	9
128. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement ne devrait pas exister.	EF (110) : « Je crois que ça ne soit une très bonne idée (...) je pense que ça ne soit pas une bonne idée (...) Mais je ne pense pas qu'il y a un réseau tel quel pour quelle maladie que ce soit. (...) Mais moi je pense que le système en soi, le réseau en soi n'a pas lieu d'être ! (...) Est-ce que ce serait alors obligatoire de passer par ces médecins-là ou non ? Je ne pense pas que ce soit une bonne idée. »	3

	EH (85) : « (...) je pense que limiter à un réseau c'est, ce n'est pas la bonne solution (...) » EI (149) : « Je ne vois pas de sens à refaire des structures, à refaire quelque chose, à (...) on veut tout structurer ! Les médecins sont là, les cabinets sont là, ce qui ne fonctionne pas c'est le lien entre les médecins et la sortie de prison. »	
129. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement serait un point de repère pour un ancien détenu.	EA (139) : « (...) pas qu'ils sortent et qu'ils ne savent pas où aller, donc un point ou un repère où ils peuvent s'orienter. »	1
130. Les médecins pensent qu'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement résout le problème de transmission des données.	EC (176) : « (...) Oui, je crois, ce serait utile surtout, ça résout le problème de la communication et du transfert des données, donc comme ça au moins c'est tout de suite la prison qui contacte le réseau qui dit : voilà, cette personne va sortir, voilà je vous envoie cette personne deux semaines après pour un contrôle ou pour une mise au point. (...) »	1
131. Les médecins sont intéressés à participer à un réseau de médecin généralistes directement après l'élargissement.	EA (143) : « Ah ! (...) Oui, pourquoi pas ! » EB (94) : « Éventuellement, si c'est bien organisé, oui. » ED (95) : « Bon vu mon âge (...) ce serait peut-être un peu difficile, mais je crois que certainement, il y a certainement du manque dans cette prise en charge. » EE (113) : « Aussi, oui. Aussi, oui. » EF (125) : « (...) moi je serais peut-être intéressé (...) » EG (77) : « Oui, bien-sûr, mais malheureusement je pars à la retraite. Mais par exemple mon associé il serait sûrement intéressé par ça. »	6
132. Les médecins ne sont pas intéressés à participer à un réseau de médecin généralistes directement après l'élargissement.	EC (182) : « (...) je dirais pour le moment, peut-être pas, mais peut-être dans l'avenir (...) » ED (89) : « (...) alors qu'il y a des médecins qui, qui bloquent tout contact avec cette population, <i>eh</i> ? Et je crois que ça c'est un problème d'engagement social du médecin. » EH (90) : « Non, parce que je ne veux pas qu'il y ait un réseau ! » EI (138) : « Il y a beaucoup de médecins généralistes éventuellement qui ne sont pas vraiment intéressés non-plus (...) à faire parce que (...) on a tous énormément de travail, on voit beaucoup beaucoup de patients et beaucoup de nos confrères ne sont pas forcément intéressés par à faire ça. » EJ (80) : « Non ! Non. »	5
133. Les médecins pensent que la médecine générale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	EA (150) : « (...) je pense que oui. (...) » EB (99) : « Donc le médecin il a peut-être une place, mais elle n'est pas énorme. » EC (193) : « (...) de se faire aider, de se faire traiter (...) mais voilà. C'est assez difficile. »	9

	<p>ED (87) : « (...) côté médical c'est difficile à dire. Il y a certainement des médecins qui, qui n'ont aucun problème à recevoir des anciens prisonniers ou des toxicomanes ou autres problèmes psycho-sociaux (...) »</p> <p>EE (116) : « Certainement, puisque les médecins (...) »</p> <p>EF (134) : « Bah déjà de par le fait qu'on est médecin généraliste on a déjà une part dans la prévention (...) »</p> <p>EG (85) : « Oui bien-sûr (...) Oui, bien-sûr. »</p> <p>EH (93) : « La prise en charge est non négligeable à ce moment (...) »</p> <p>EJ (83) : « Je pense que le médecin généraliste serait peut-être le premier abordé (...) Je pense qu'il sera la première personne abordée à ce moment-là. (...) Oui ! Oui, oui absolument. Oui oui, il pourra en tout cas déjà sentir quand il y a un risque de récurrence à mon avis. »</p>	
134. Les médecins pensent qu'un médecin empathique qui est à l'écoute peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	<p>EA (150) : « (...) ça dépend aussi du médecin je pense ! (...) Si le médecin les écoute et est ouvert (...) Il faut avoir des personnes qui sont à leur écoute et qui ne sont pas trop (...) comment dire (...) là ça peut aider ! Mais ça dépend je pense très, beaucoup des médecins eux-mêmes, de leur attitude (...) comment ils voient les patients. »</p> <p>ED (92) : « (...) ils comprennent ces gens (...) »</p> <p>ED (102) : « (...) pour les comprendre (...) »</p>	3
135. Les médecins pensent que la prise en charge médicale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	<p>EA (136) : « (...) c'est justement tout ce que j'ai dit, parce qu'il faut suivre, il faut avoir un suivi infectio', (...) et puis aussi les autres, toutes les autres maladies communes comme l'hypertension, le diabète, donc il faudrait (...) pouvoir les suivre et avoir un (...) Parce que c'est général, donc c'est la prise en charge globale du patient et c'est ce que les prisonniers ont besoin. Parce que ce n'est pas juste une spécialité qui participe à la prise en charge, ce n'est pas juste le psychiatre ou pas juste l'infectiologue, oui. »</p> <p>EC (186) : « Je dirais nous en tant que médecins ce qu'on peut faire c'est (...) bien-sûr prendre en charge les personnes du point de vue médical (...) »</p> <p>ED (92) : « (...) ils prennent en charge sérieusement ces gens et essaient au moins du côté médical de leur donner les soins nécessaires. »</p> <p>EE (116) : « (...) s'il y a un effort qui est fait au niveau de la prise en charge (...) »</p> <p>EF (137) : « (...) et aussi de par l'observance du traitement qu'ils sont en train de prendre. »</p> <p>EG (93) : « (...) soit du point de vue (...) je ne sais pas, médicaments ou quelconque. »</p> <p>EH (93) : « (...) parce qu'on peut quand-même essayer de prévenir certains problèmes psycho-affectifs et sociaux avec les patient si le patient se rend régulièrement chez son médecin. »</p>	7
136. Les médecins pensent que des conseils motivants peuvent avoir	<p>EC (187) : « (...) je crois on est là aussi pour motiver les gens de changer dans ce sens éventuellement de, voilà ! (...) de changer (...) »</p>	4

<p>une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>ED (102) : « (...) pour voir dès qu'il y a un petit problème ou un majeur problème de les protéger ou de les avertir que refaire des problèmes va les ramener en prison. » EF (135) : « (...) par exemple par l'entretien motivationnel (...) justement de trouver, d'inciter à, la motivation intrinsèque du patient pour qu'il puisse trouver en lui-même la motivation pour rester sur la bonne voie. » EG (85) : « (...) les bons conseils qu'il prodigue (...) <i>Mah</i> par des, par des entretiens (...) »</p>	
<p>137. Les médecins pensent que leur disponibilité en cas de problèmes peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>EG (91) : « (...) déjà par sa disponibilité en cas de problème. Je pense qu'il devrait être disponible dans les 3-4 heures qui suivent (...) »</p>	1
<p>138. Les médecins pensent que la médecine générale n'a pas de place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>EA (151) : « Mais si c'est un médecin qui les regarde juste comme anciens prisonniers, ben voilà : Je veux juste faire ma consult' et tu sors. Là, ça n'aide pas ! » EI (156) : « Je pense que le (...) social est de nouveau, bon le social est de nouveau beaucoup plus important que le médical. (...) Médecin est accessoire. »</p>	2
<p>139. Les médecins ne savent pas si la médecine générale a une de place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>EB (97) : « Je ne sais pas si la médecine générale a une place. »</p>	1
<p>140. Les médecins proposent que les détenus soient redirigés vers leur médecin référent.</p>	<p>EF (118) : « Moi je pense que (...) ce ne soit pas une bonne idée parce que si maintenant il y a (...) un médecin généraliste qui a un patient qui le suit depuis une vingtaine d'années et ensuite il part en prison, et ensuite il est redirigé vers le centre de médecins généralistes qui sont disponibles pour la suite de prise en charge (...) ça (...) je trouve que ce serait un peu biaisé en fait. » EI (136) : « Je pense que le réseau (...) je pense que ça ne manque pas de médecins généralistes, ça manque (...) d'un (...) lien entre. Mais je pense que ça ne manque pas de médecins généralistes. »</p>	2
<p>141. Les médecins pensent que la prise en charge des addictions peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>EC (189) : « (...) de diminuer la consommation de drogues pour éventuellement changer d'entourage, je sais que c'est assez difficile, mais bon (...) il y a certains qui sont très motivés. (...) de faire des sevrages (...) » EE (117) : « (...) on a aussi un effort au niveau de la prévention (...) d'une nouvelle prise, peine en prison, puisqu'on voit les gens qui récidivent, qui sont (...) certainement qui sont perdus de vue. Certainement. » EF (135) : « (...) qui puisse les inciter à (...) prendre leur traitement de substitution et à ne pas mélanger les traitements de substitution avec autre chose (...) » EG (92) : « (...) s'il y a un grand problème qui apparaît soit du point de vue drogues (...) » EH (96) : « (...) certaines rechutes sont liées à un certain problème qu'on peut essayer de prévenir : il existe par exemple le problème de drogues qui est récurrent, les gens qui retombent dans la drogue et</p>	6

	<p>qui commencent à vendre de la drogue s'expose de nouveau à un risque d'incarcération. Donc là il y a clairement une place pour nous en prévention pour (...) éviter de la rechute (...) »</p> <p>EJ (83) : « (...) il y a de nouveau une (...) tendance à une rechute d'un détenu qui est à l'extérieur. Et à ce moment-là c'est donc lui qui va (...) prendre en main le détenu pour le guider ailleurs (...) »</p>	
142. Les médecins pensent que la prise en charge psychologique peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	<p>EA (137) : « (...) psychologique (...) »</p> <p>EC (187) : (...) et psychologique aussi, bien-sûr on essaye (...) de s'améliorer du point de vue psychologique (...) »</p> <p>EJ (85) : « (...) pour lui dire de s'adresser à un service psychologique qui va alors essayer d'éviter la rechute (...) d'un délit de nouveau. »</p>	3
143. Les médecins pensent qu'il faut une prise en charge pluridisciplinaire dans la prévention de la réincarcération.	<p>ED (99) : « <i>Bah</i> ce n'est pas seulement la médecine générale. Je crois que (...) tous les contacts, chacun qui (...) recontacte un ancien prisonnier et pour ne pas retomber dans la délinquance ou dans les problèmes de drogues ou de toxicomanie (...) est nécessaire pour accompagner ces gens (...) »</p> <p>EF (138) : « Et je pense que la prise en charge doit être globale avec l'assistante sociale aussi pour les socialiser (...) »</p> <p>EI (157) : « Le médical doit prendre en charge les gens pour les soigner, pour éventuellement les substituer, les encadrer, mais c'est le médecin ne peut rien faire s'il n'y a pas le social, le travail, le logement. »</p>	3
144. Les médecins pensent que la prise en charge sociale peut avoir une place dans la prévention de la réincarcération.	<p>EI (149) : « (...) mais je pense que c'est beaucoup plus dans le domaine social que dans le domaine médical. (...) Donc c'est plus du point de vue social et pas médical qu'il faudrait structurer. (...) Travail, logement, c'est la réinsertion, pas le médecin. »</p>	1
145. Les médecins pensent que les addictions sont devenues un problème juridique et non médical.	<p>ED (104) : « (...) je crois (...) la toxicomanie pour moi est devenue (...) un problème de prison, de justice, du tribunal à cause de l'interdiction de la drogue ! (...) Bon je crois qu'il faut certainement reparler de la législation des drogues, parce que c'est (...) ne peut être pris au tribunal que quelqu'un qui fait quelque chose qui est contre la justice. »</p>	1
146. Les médecins proposent une dépénalisation des drogues.	<p>ED (105) : « La non-interdiction de la drogue nous enlèverait beaucoup de problèmes d'incarcérations, <i>eh</i> ? (...) Mais ça, c'est une question politique. (...) Et si on libère ou si on (...) les drogues, il n'y a plus de problème de délinquance, <i>eh</i> ? Bon, il y a certainement, ça c'est un peu beau dire, il y a certainement de la délinquance à cause des achats et rachats et aussi même si on légaliserait certaines drogues, il en restera toujours, <i>eh</i> ? Et le jeu avec le feu malheureusement, les gens qui ont les tendances avec la toxicomanie, ils vont toujours jouer avec. Le toxicomane joue avec sa vie, <i>eh</i> ? Ils essaient les drogues, de plus en plus différentes, des fortes. Mais je crois légaliser au moins les drogues légères, bon légères en guillemets parce qu'il n'y a pas de drogue légère, c'est tout une drogue. Mais l'alcool est aussi une drogue. Et le travail aussi ! (...) Nous éviterait je crois beaucoup de problèmes d'incarcérations, <i>eh</i>. »</p>	1

147. Les médecins proposent une médicalisation des troubles psychiatriques.	EI (87) : « J'en ai 2-3 qui sont en fait des psychotiques qui sont très agressifs qui aboutissent en prison, (...) qui aussi ne devraient pas être en prison mais dans une structure plutôt médicalisée, mais qui ont agressés plusieurs personnes et ils se retrouvent en prison, bon, et qui ne sont pas usagers de drogues. Donc ça c'est parfois des psychotiques, des maladies (...) autres. »	1
148. Les médecins se plaignent du manque de médecins dans le programme de substitution aux opiacés.	EI (147) : « (..) et puis (...) on devient de moins en moins nombreux à prendre des gens en charge. »	1

b. *Items et verbatims des détenus interrogés*

Items	Verbatims	Nombre de verbatims
1. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies infectieuses.	E1 (3) : « J'ai été traité à une hépatite (...) j'ai eu un traitement pour ça. » E4 (3) : « Tuberculose ! » E6 (3) : « (...) l'hépatite C, le HIV. » E7 (3) : « Et j'ai une hépatite qui est basse, donc pas besoin de traitement. » E8 (3) : « Bah j'ai une hépatite C, mais je suis pas traité. Pas encore, je ne sais pas s'ils vont me traiter. » E10 (9) : « (...) donc que ça soit hépatite, voilà la majorité, dans la majorité des cas c'est une hépatite (...) »	6
2. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies orthopédiques.	E1 (3) : « (...) alors le genou aussi (...) » E5 (3) : « Mal de dos (...) » E9 (3) : « Pour (...) un problème de tibia péroné (...) une plaque de 20cm et 17 vis (...) » E10 (6) : « Et puis moi j'étais suivi pour une hernie discale. »	4
3. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies pneumologiques.	E2 (6) : « (...) je ne reçois pas bien de l'air et que j'ai des apnées du sommeil. » E4 (5) : « (...) toujours la bronchite chronique. » E6 (3) : « Asthme, (...) »	3
4. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies dermatologiques.	E7 (3) : « J'ai un ulcère à la jambe. Je suis traité mais il est chronique, je suis traité tous les jours. » E10 (27) : « (...) j'ai oublié de dire qu'avant, j'avais un traitement dermatologique (...) »	2
5. Les détenus sont suivis ou traités pour des maladies internes.	E9 (3) : « (...) j'ai eu de la rétention d'eau dans les deux jambes. »	1
6. Les détenus sont suivis ou traités pour des addictions.	E9 (7) : « Après j'ai une addiction à l'alcool, je suis alcoolique depuis 18 années maintenant. J'étais dans les drogues et je suis suivi ici (...) » E10 (9) : « (...) leur toxicomanie (...) »	2
7. Les détenus prétendent ne pas être suivi ou traité en prison.	E3 (6) : « Actuellement, je n'en ai aucune. (...) Non. » E5 (3) : « (...) parfois des grippes, pas de cas spéciales maintenant. » E10 (5) : « Moi il n'y a pas de maladie en particulier. Donc j'ai fait une batterie d'examen pour voir si tout était en ordre (...) les vaccins et puis rien. (...) Et puis bon des petites, voilà, des petites grippes, des choses comme ça. »	3
8. Les détenus présentent les mêmes pathologies qu'avant l'incarcération.	E1 (68) : « (...) pour l'hépatite et pour le genou. » E3 (83) : « Dehors (...) je n'ai aucune maladie. Je n'ai qu'un problème qui est deux hernies discales. (...) C'est tout. (...) Pas d'autres problèmes. » E4 (129) : « C'est toujours bronchites. »	7

	<p>E5 (43) : « Par rapport à lui aussi j'avais des problèmes de dos, je faisais des radiographies et ils ont constatés aussi des (...) problèmes de dos avec le L1, L2, L3 et L4, et là ils m'ont donné aussi, ils m'ont diminué au fur et à mesure quand-même les médicaments comme le tramadol et tout ça. Maintenant je ne prends plus aussi. Ils ont diminué pour (...) ma santé. (...) Comme j'ai dit, à cause du mal de dos et sinon parfois des grippes, mais maintenant rien de vraiment (...) grave. »</p> <p>E6 (84) : « (...) et pour l'asthme pour que j'ai au moins du Ventolin ou des trucs comme ça, oui. »</p> <p>E7 (60) : « A part mon ulcère, c'est tout. Oui. (...) Non ! <i>Bein</i> l'hépatite comme je vous dis elle est basse donc pas besoin de traitement, donc on ne peut rien faire <i>mhm</i>. »</p> <p>E9 (101) : « J'étais suivi suite à la myocardite et pour mon addiction à l'alcool. »</p>	
9. Les détenus obtiennent de nouvelles pathologies pendant l'incarcération.	E10 (120) : « Les autres soucis sont arrivés, voilà, les soucis d'hernie discale sont arrivés plus tard au moment voilà, lors de cette dernière peine ici. »	1
10. Les détenus sont partiellement satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	<p>E1 (6) : « Ça dépend si c'est pourquoi. »</p> <p>E5 (13) : « Si on a besoin vraiment, on reçoit quand-même des contre douleurs ou contre la grippe. »</p> <p>E10 (13) : « Moi je pense, je pense on est (...) relativement bien pris en charge. (...) Le seul problème peut-être parfois se sont les délais d'attente (...) mais ça s'est surtout quand (...) il faut organiser une extraction pour se rendre chez le médecin à l'extérieur. »</p>	3
11. Les détenus ne sont pas satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	E1 (6) : « Par exemple pour le genou, là j'ai eu plusieurs histoires même si ce n'est pas encore réglé (...) Mais pour le genou, il n'y a encore rien. »	1
12. Les détenus sont totalement satisfaits des soins médicaux prestés en prison.	<p>E1 (7) : « (...) mais par contre avec le Dr pour l'hépatite, là le suivi était (...) bien. »</p> <p>E2 (9) : « Sont quand-même, ils sont bien. »</p> <p>E3 (10) : « Oui, c'est bon. Oui, c'est bien. (...) C'est bien les médecins ici. »</p> <p>E4 (8) : « Très bien ! Pour le moment il me dit : moi j'ai contaminé la tuberculose ; mais il me parlait : c'est curable. (...) il m'expliquait bien que 6 mois la tuberculose disparaît, un traitement avec des médicaments, comment s'appelle le médicament (...) antibiotiques, tout à base d'antibiotiques. (...) mais moi ici je n'ai pas à critiquer le médecin d'ici, c'est très bien ! C'est positif ! »</p> <p>E6 (5) : « Compétents (...) appropriés. (...) Personnellement, je dirais qu'avec le médecin, le virologue qui me suit, je trouve ça un super travail. »</p> <p>E7 (6) : « Oui, assez satisfaisant, oui, oui. »</p> <p>E8 (6) : « Ils sont (...) bien quand même. »</p> <p>E9 (8) : « (...) par la psychiatrie, par les infirmiers, par les médecins qui m'aident à relever la tête de tout ça et avancer de mieux. (...) Je trouve qu'ici ça va, c'est assez rapide, par rapport à la France après plusieurs épreuves où la durée est assez longue pour l'intervention d'un médecin. »</p>	8
13. Les détenus pensent que la prise en charge médicale en prison équivaut à celle à l'extérieur.	<p>E2 (63) : « C'est la même chose ! »</p> <p>E3 (95) : « Pour moi c'est pareil. (...) Est la même ! (...) C'est la même chose. »</p>	5

	<p>E4 (23) : « C'est égal, pour moi c'est la même chose. C'est respect et tout, parler librement. (...) Je crois c'est la même chose. »</p> <p>E6 (95) : « (...) mais je dirais des deux côtés que la compétence est quand-même pareil. (...) Moi je dirais que c'est plutôt pareil, sincèrement »</p> <p>E9 (21) : « Ils ont la même, je pense qu'ils ont la même compétence. (...) Je pense que c'est la même chose, (...) Je ne pense pas qu'il ait une différence entre les deux. »</p>	
14. Les détenus pensent qu'il n'y a pas de points faibles dans la prise en charge médicale en prison.	<p>E3 (99) : « Non. »</p> <p>E8 (91) : « <i>Bein</i> (...) je sais que pour l'instant je ne vois pas de points négatifs. »</p>	2
15. Les détenus qui passent une longue peine considèrent l'équipe médicale de prison comme leur médecin traitant.	<p>E4 (15) : « Moi je n'ai pas de médecin extérieur. (...) Je contactais plus le docteur de prison, 10 ans que je rentré et sorti ! 2009 et toujours rentré, sorti, rentré, sorti. »</p>	1
16. Les détenus pensent que la médecine en milieu carcéral est diversifiée.	<p>E9 (31) : « Des avantages, que plusieurs pathologies avec des parcours différents, plus variable en prison parce qu'on est beaucoup centré sur l'incarcération, sur les vols, sur plusieurs (...) sur plusieurs délits qui ont été faits. (...) je ne pense pas parce que le travail du médecin ici, qu'est-ce qu'il fait ? Il est habitué à travailler avec des infirmiers ou d'autres médecins qui sont plus compétents, par exemple en cardiologie ou en radio (...) pour les membres cassés ou des choses comme ça. »</p>	1
17. Les détenus critiquent le choix restreint de médecins consultables.	<p>E1 (11) : « Parce qu'à l'extérieur on a beaucoup plus de choix. (...) C'est comme j'ai déjà dit avant, il y a plusieurs choix dehors. »</p> <p>E5 (86) : « Ici, on est obligé d'aller au Centre Hospitalier par exemple ou si on veut contacter les spécialistes comme on avait avant (...) c'est Centre Hospitalier ou tu ne fais pas. On devrait avoir plus de choix encore. (...) Comme j'ai dit, il faut plus de choix. »</p>	2
18. Les détenus critiquent le manque de temps que l'équipe médicale leur consacre.	<p>E4 (18) : « (...) dehors c'est autre (...) chose parce qu'ici c'est beaucoup de gens et il n'a pas le temps de parler de certaines choses. Là dehors, c'est autre chose. »</p> <p>E6 (14) : « Avec le médecin de dehors ? (...) Je peux demander des questions plus personnelles et visées sur mes maladies et il y a plus le temps pour m'expliquer de quoi il s'agit et (...) pour qu'il puisse mieux me définir et (...) m'expliquer justement en quoi consistent les médicaments que je dois prendre, dans quel temps et par rapport aux prises de sang et les réponses et tout ça, c'est beaucoup plus (...) pratique (...) Je dirais peut-être que de temps en temps on est en manque de médecins ici (...) comme j'avais dit, il y a peut-être un manque de docteurs justement que (...) »</p> <p>E7 (9) : « Je sais qu'ici des fois le médecin qui nous suit (...) ne prend pas assez de temps avec nous je trouve, voilà. »</p>	3

19. Les détenus critiquent les délais d'attente pour un avis spécialisé ou un examen complémentaire.	E10 (15) ; « Là les délais d'attente peuvent être relativement long, que ce soit pour faire un éventuel scanner. »	1
20. Les détenus critiquent la lenteur administrative en cas d'urgence médicale.	E10 (17) : « Sinon dans le cas où il y a des urgences (...) très souvent bon voilà (...) ça prend un peu de temps donc ici il vaut mieux pas tomber malade ou avoir quelque chose d'urgent au milieu de la nuit parce que ça risque de prendre un peu de temps avant qu'on soit pris en charge (...) Donc voilà, les points faibles ici à l'intérieur c'est probablement les délais d'attente (...) voilà, le fait que quand on a une urgence, bah ce n'est pas toujours, voilà, ce n'est pas toujours évident. »	1
21. Les détenus se plaignent de ne pas pouvoir consulter l'équipe médicale de prison quand ils veulent.	<p>E2 (82) : « (...) si moi on est malade lundi et nous on ne peut seulement venir le mercredi chez le docteur, comme chez un chez nous sur le bloc qu'il était une fois malade le vendredi, il a demandé de venir ici, ils n'ont pas laissé. (...) C'est ça, quand t'es malade, le lundi tu ne vas pas travailler, tu dois attendre jusqu'à mercredi. »</p> <p>E5 (7) : « Ils pouvaient améliorer les qu'on ne puisse pas aller que le jour des médecins chez les médecins pour voir un médecin si on a besoin, mais aussi d'autres jours. Si maintenant comme au bloc Bravo c'est mercredi le médecin, qu'on ne peut pas que le voir le mercredi, mais aussi si on tombe malade mardi ou dans la semaine. Ça devrait être amélioré, parce qu'on ne peut pas que tomber malade un jour, c'est impossible. Là le système devrait être amélioré. »</p> <p>E6 (26) : « (...) quand les gens se mettent en maladie, qu'ils disent qu'ils sont malades, qu'ils sont vraiment malades, qu'il n'y a pas de médecins sur place pour le traiter. (...) de temps en temps dans certains cas on doit attendre entre une semaine, si pas plus. (...) on ne peut pas les voir le weekend, je crois que les médecins doivent appeler pour (...) qu'on leur certifie d'avoir le droit de donner des médicaments ou de faire quelque chose, ici ou ça. »</p> <p>E9 (12) : « La seule chose qui est dommage ici c'est qu'on peut solliciter le médecin qu'une fois par semaine, alors que si on a une maladie c'est tout de suite ou dans la journée par exemple quand c'est vraiment grave. De là le contact avec les surveillants c'est ce que nous met un peu le frein parce que c'est eux qui ont l'autorité de faire appel à vos soins ou qu'on puisse ne pas venir ou ils nous disent : <i>bah</i> il faut attendre par exemple mercredi ou vendredi, le jour où c'est le médecin. Autrement on n'a pas d'accès direct avec le médecin. »</p>	4
22. Les détenus se plaignent de ne pas avoir droit aux jours de congé-maladie qu'ils devraient pouvoir toucher.	E2 (84) : « Après le mercredi quand il est venu, il voulait un atteste qu'il n'était pas travaillé le vendredi, le docteur il a dit : non, on ne peut pas faire ça. (...) et normalement le docteur il n'a pas le droit de réécrire les 3 jours en arrière. »	1
23. Les détenus critiquent que l'accès aux soins et autres aides est restreint en détention provisoire.	E9 (109) : « Après (...) en prison, on n'est pas beaucoup aidé (...) En prison c'est plus difficile (...) de travailler sur l'addictologie, des choses comme ça suite à (...) par exemple là je suis en mandat de dépôt, donc pas encore condamné. Suite à ça la prison il y a des démarches (...) qui nous mettent	1

	face à un mur. Ceux comme moi ne sont pas condamnés, ils ne savent pas vers où nous orienter, une fois condamné, on a beaucoup plus (...) d'aides parce qu'on sait où se situer. De là on peut envisager un travail, alors que dehors on beaucoup de facilité. C'est plus facile, c'est plus facile d'être dehors pour (...) aller dans ces centres. (...) Comme on sait pas, ils nous disent : tant que vous n'êtes pas condamné, on ne peut rien mettre en place. Donc du coup ça va être là où je suis (...) automatique (...) »	
24. Les détenus critiquent qu'ils n'ont pas accès aux mêmes soins que dehors.	E10 (28) : « (...) une fois rentré ici à l'intérieur j'ai essayé d'obtenir ce même traitement. (...) En plus c'était très récemment (...) et ce qui s'est passé, c'est que s'était (...) une préparation magistrale et (...) qu'il n'y a pas eu la possibilité de l'obtenir et donc voilà (...) »	1
25. Les détenus ne savent pas si l'équipe médicale de prison possède un contact avec les médecins à l'extérieur.	E1 (14) : « Ah, ça je ne sais pas. (...) Ça par contre je ne sais pas parce que jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu de consultation chez vous pour quelque chose, pour savoir ça. » E2 (12) : « Aucune idée. Jusqu'à présent je ne me suis jamais, je n'ai jamais pensé à cela. » E3 (16) : « Je ne sais pas si un contact (...) je ne sais pas (...) Non. » E6 (8) : « Je n'ai aucune idée directe (...) mais comment ils travaillent avec la clinique en dehors d'ici, je ne sais pas. » E7 (9) : « Ah ça je ne sais pas. » E10 (24) : « Quel contact ou suivi ? (...) J'en ai aucune idée, je ne saurais pas vous dire. (...) Je ne saurais pas vous dire. »	6
26. Les détenus savent que l'équipe médicale de prison possède un contact avec les médecins à l'extérieur.	E2 (17) : « Normalement ouais. » E5 (17) : « Des échanges quand-même du dossier de l'intérieur comme par chez moi et j'ai demandé à mon médecin généraliste qui est le Dr R., il m'a suivi dehors, et il a demandé quand-même quelques questions qu'est-ce que j'ai eu comme médication ici pour les douleurs par rapport à mon dos et aussi comme le mélatonine, il m'a prescrit dehors, je reçois de dehors, et ici ils l'ont suivi encore, je reçois toujours ici. (...) Oui. Pour ça oui. Ils se sont parlés et ça fait quand-même des années aussi, et il y a eu un échange des documents de dossier aussi. » E7 (12) : « <i>Bein</i> oui, parce que moi j'étais voir (...) un chirurgien plasticien pour ma jambe. Je dois le revoir dans deux mois pour une greffe de peau. Donc c'est qu'il y a un contact je pense, ils ont réussi à (...) voilà. » E8 (15) : « Ah si ! Je crois que si. (...) Je pense si c'est urgent ils contactent l'extérieur. C'est tout. » E9 (4) : « J'ai été amené à aller à l'hôpital pour avoir des soins, les soins de monsieur Dr S.. De là ils m'ont fait plusieurs examens de (...) radiologie, échographie du cœur et (...) scanner des jambes. Ils ont rien trouvé de (...) par rapport à ça. (...) Je pense que (...) oui, parce que je sais que par exemple incarcéré en France, j'avais le médecin qui avait son poste en prison mais qui avait quand-même son bureau à l'extérieur où il exerçait son métier. »	6

	E10 (31) : « (...) devant moi le médecin a téléphoné à mon dermatologue traitant à l'extérieur pour lui demander quelle autre alternative elle pouvait nous proposer et (...) donc voilà. Je ne saurais pas vous en dire plus sur le sujet. (...) Oui, absolument. »	
27. Les détenus savent que le l'équipe médicale de prison travail avec le CHL.	E1 (16) : « Ouais, parce que vous travaillez tous au CHL, non ? Ou vous travaillez avec le CHL ensemble ? » E5 (13) : « On reçoit aussi des radiographies, des IRM qu'on peut faire au Centre Hospitalier. » E6 (8) : « (...) je sais seulement que c'est des infirmiers et des docteurs qui viennent du CHL (...). »	3
28. Les détenus ne savent pas s'il existe des avantages dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	E1 (26) : « Ça aussi je ne sais pas. » E8 (23) : « Je sais pas (...) Je sais pas trop. (...) Je sais pas (...) »	2
29. Les détenus ne voient pas d'avantages dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	E1 (28) : « Ah pour moi je ne sais pas parce que ça fait déjà un an que moi je suis ici enfermé, et moi je ne vois pas comment vous travaillez avec les médecins dehors. »	1
30. Les détenus pensent que la transmission des informations est un avantage dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	E2 (23) : « Ils savent mieux qu'est-ce que t'as. Pour regarder, pour expliquer qu'est-ce qu'eux ils ont fait, qu'est-ce qu'il peut faire maintenant. » E3 (20) : « Oui oui. Pour la même chose, je ne sais pas si déjà ce que moi ici. Peut-être, je ne sais pas si mon médecin, s'il a déjà noté que je suis à la prison. Je ne sais pas. E5 (27) : « (...) au contraire, ça fait que ça avance plus vite. » E7 (16) : « <i>Bein</i> pour moi ça c'est bien (...) » E8 (26) : « (...) je pense ça peut sauver des vies des fois, non ? » E9 (45) : « Oui bien-sûr, parce que s'il n'a pas les connaissances par exemple sur une maladie, ou par exemple moi j'ai fait deux myocardites alcooliques, deux inflammations du muscle du cœur, (...) un médecin qui n'est (...) qui ne sait pas comment est mon passé ne peut pas me prescrire des médicaments comme ça. Donc du coup du fait de prendre contact avec mon médecin qui me (...) traitant, ça facilite les soins. » E10 (38) : « (...) les avantages c'est justement le fait de <i>bah</i> voilà, des informations de première main de la part du médecin qui probablement vous suit depuis (...) un petit moment. »	7
31. Les détenus ne savent pas s'il existe des inconvénients dans un contact entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	E1 (32) : « Là aussi je ne sais pas de point. » E6 (23) : « Je n'ai pas de réponse à ça, désolé. »	2
32. Les détenus ne voient pas d'inconvénients dans un contact	E2 (26) : « Il n'y en a pas. » E3 (26) : « Non, normalement non. »	6

entre l'équipe médicale de prison et les médecins à l'extérieur.	E5 (27) : « Il n'y a pas d'inconvénient (...) » E6 (25) : « Non. Pour moi, personnellement, non. » E8 (20) : « Moi je ne vois pas d'inconvénients. » E10 (38) : « Bah des inconvénients j'en pas voit absolument aucun. »	
33. Les détenus connaissent la Croix-Rouge comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E1 (35) : « La Croix-Rouge (...) la Croix-Rouge. » E6 (30) : « (...) la Croix-Rouge (...) il y a aussi un dépistage anonyme, il y a le Drop-In (...) »	2
34. Les détenus connaissent l'Abrigado comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E4 (32) : « Abrigado. (...) Abrigado. (...) C'est tout. (...) L'Abrigado je déjà connaît 10 ans. » E6 (30) : « (...) l'Abrigado (...) » E7 (25) : « (...) Abrigado (...) » E8 (29) : « (...) l'Abrigado (...) il y a Abrigado (...) » E10 (44) : « Sinon il y avait le Abrigado (...) »	5
35. Les détenus connaissent la Jugend-an Drogenhëllef comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E5 (30) : « Jugend- an Drogenhëllef. (...) Jugend- an Drogenhëllef. Sinon d'autres. » E6 (30) : « Alors il y a la JDH (...) » E7 (25) : « (...) Jugend- an Drogenhëllef et Kontakt 28 (...) et voilà! » E8 (31) : « Et puis ils préfèrent (...) le Kontakt je crois que ça s'appelle. » E10 (44) : « (...) Jugend- an Drogenhëllef par exemple (...) »	5
36. Les détenus connaissent le Programme TOX comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E7 (41) : « Il y a le Programme TOX (...) » E9 (52) : « Je connais le Programme Tox suite à la prison. »	2
37. Les détenus connaissent la Caritas comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E8 (29) : « (...) foyer Ulysse je crois. »	1
38. Les détenus connaissent le CHNP comme institution ou organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E10 : « (...) puis je connais l'institution de <u>Manternach</u> (...) oui, Manternach ? Parce qu'il y a plusieurs personnes (...) voilà, que j'ai côtoyé ici qui ont, qui ont suivi une cure (...) et puis c'est tout. »	1
39. Les détenus connaissent des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes à l'étranger.	E9 (52) : « Je sais qu'il y a l'association AIDES (...) qu'on a aussi en France. » E10 (47) : « J'ai entendu parler de quelques institutions à l'étranger comme en Allemagne ou en Italie, mais je ne saurais pas (...) vous donner plus de précisions. »	2

40. Les détenus ne connaissent pas d'institution ou d'organisation prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E2 (29) : « Aucun. » E3 (29) : « Je ne sais pas. (...) Non, non. »	2
41. Les détenus ont déjà utilisé les services d'Abrigado.	E4 (40) : « Ouais. Contact seulement avec Abrigado pour consommer là et pour demander certaines (...) » E7 (44) : « (...) l'Abrigado ils ne font pas grande chose pour nous. » E8 (35) : « J'étais déjà à Abrigado pour faire des tests. »	3
42. Les détenus ont déjà utilisé les services d'Arcus.	E1 (39) : « (...) avec Quai 57 pour faire une thérapie. »	1
43. Les détenus ont déjà utilisé les services de la la Jugend- an Drogenhëllef.	E5 (30) : « J'ai fait aussi un suivi par Jugend- an Drogenhëllef quand je suis sorti. » E7 (44) : « Le Kontakt 28 oui. Et la Jugend- an Drogenhëllef, ils sont encore assez efficace, ils nous suivent bien, ils ne laissent pas tomber les gens, oui. » E8 (32) : « Les toxicomanes y vont aussi quand ils rentrent. (...) Kontakt (...) je vais plus pour manger comme ça.»	3
44. Les détenus ont déjà utilisé les services du Programme TOX.	E4 (67) : « Par exemple le pour arrêter avec la drogue, pour comme moi j'ai préparé encore pour sortir faire la thérapie à Metz, déjà tout bien enchainé pour commencer (...) pour partir non ? Avec Mme Thill, avec le Programme TOX. » E6 (59) : « (...) du Programme TOX, quelque chose de très bien aussi ! » E7 (41) : « (...) il y a, oui, le Programme TOX qui peut nous aider. » E9 (57) : « Avec le (...) Programme TOX (...) C'était avec le Programme TOX et monsieur G. qui est SPSE, assistant social (...) qui a pris contact. »	4
45. Les détenus ont déjà utilisé des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes à l'étranger.	E7 (48) : « (...) parce que j'habite avec mon (...) ami en France et j'allais chez Tandem et que ça passe, ils te donnent la méthadone. » E9 (57) : « (...) l'association AIDES qui m'a fait le dépistage minute où ils peuvent dépister le SIDA, les hépatites suite à une prise de sang directe (...) avec un petit pinceau au doigt et avec une étiquette on arrive à savoir si on la maladie ou pas. »	2
46. Les détenus prétendent que les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg travaillent avec ceux à l'étranger.	E9 (85) : « Il y a le Programme Tox qui nous propose de prendre contact avec le centre <u>Les Wads</u> qu'on a chez nous à Metz et à Thionville. C'est un centre d'addictologues, d'addictologie dans toutes les maladies et de là faire un travail avec eux en amont pour à la sortie mettre en place quelque chose pour justement ne pas resombrer et pouvoir évoluer. »	1
47. Les détenus utilisent plusieurs services d'institutions ou	E6 (33) : « Tous ! » E7 (27) : « Tous ! »	2

d'organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.		
48. Les détenus n'ont jamais eu de contact avec des institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg.	E2 (33) : « Non. » E3 (35) : « Non ! (...) Rien du tout ! » E10 (50) : « Institution ? Moi non. »	3
49. Les détenus prétendent qu'il existe des aides à la sortie de prison.	E8 (68) : « On dit qu'on les aide pas alors qu'il faut juste s'y rendre en fait. (...) Il y en a plein ! Il y a (...) le Courage, Médecins du Monde, il y a la Stëmm vun der Strooss. Il y en a plein, il y a le Kontakt. On peut trouver de l'aide partout. » E10 (83) : « Quelles aides ? (...) <i>Bah</i> il y a toute une panoplie d'aides. Ça commence notamment (...) par l'agent de probation, l'agent du SCAS, le service central d'assistance social. Ça dépend (...) des conditions finalement de libération (...) »	2
50. Les détenus ne savent pas s'ils ont des aides à leur disposition lors de l'élargissement.	E2 (48) : « Ça je ne sais pas. »	1
51. Les détenus reçoivent des aides sous condition d'être en liberté conditionnelle.	E4 (96) : « (...) en fin de peine c'est (...) 2019, alors je ne sais pas si (...) tout déjà préparé pour moi aller à la thérapie. Pour ça, c'est madame la déléguée qui va autoriser moi sortir et libéré en conditionnel. » E5 (41) : « (...) et de là il m'a donné aussi, j'allais pour les (...) j'avais dans la conditionnelle des tests d'urines. J'allais prendre (...) une prescription pour les tests d'urines à S. chez mon médecin et je faisais les tests d'urines à la Clinique d'Eich, Côte d'Eich, à l'hôpital. (...) C'était aussi une condition dans ma sortie, dans ma conditionnelle, et ça, j'ai signé. » E9 (71) : « Ça m'est arrivé de partir en post-cure avec des aménagements de peine. Après mon placement extérieur vu qu'après ma dernière cure j'étais en réseau familial d'accueil, mais ça a vachement bien marché, donc j'ai demandé à prolonger mon parcours de post-cure pour ne pas mettre fin tout de suite à mon post-cure et partir au néant. » E10 (87) : « (...) qui eux ont l'obligation d'être suivi et de rester en contact avec cet agent de probation mais qui n'est pas là uniquement dans un but de contrôle mais également d'aide à la réinsertion finalement, donc que ça soit (...) ça peut être très bien une aide financière, économique (...) ou autre (...) J'ai trouvé un soutien psychologique déjà de 1 : lors de mon dernier élargissement, ça faisait partie d'une des conditions que j'avais à remplir et donc finalement c'est mon agent de probation qui m'a dirigé vers ce service qui s'appelait Haus 89 si je ne me trompe pas (...) »	4
52. Les détenus reçoivent de l'aide sous forme de conseils en prison.	E4 (60) : « (...) moi j'ai trouvé plus de gens qui ont donné de bons conseils en prison. (...) Les gens là, aussi en prison, il y a beaucoup de gens qui donnent un bon conseil, bon même conseil. (...) Ça	2

	<p>c'est un bon conseil ! Moi j'ai écouté bien les gens là plus jeunes que moi ! (...) Qui m'ont donné des conseils. »</p> <p>E10 (92) : « (...) ou sinon pour tout ce qui est aides par exemple Planning Familial, des choses comme ça. Ils ont toujours des personnes de contact avec, vers lesquelles ils peuvent nous (...) diriger (...) voilà, si nécessaire. »</p>	
53. Les détenus reçoivent de l'aide sous forme de thérapie lors de l'élargissement.	<p>E4 (104) : « Beaucoup (...) a aidé moi, mais (...) seul' que (...) en même temps que moi j'attendais pour faire la thérapie la dernière fois, déjà 1 an que j'attends la thérapie et SCAS m'a aidé beaucoup. Beaucoup (...) même, mais seul' que (...) retourné. »</p> <p>E5 (39) : « Moi j'étais 10 mois en thérapie en Allemagne (...) à Hofheim. »</p>	2
54. Les détenus préparent leur sortie avec l'équipe médicale de prison.	E6 (55) : « Chez vous ! (...) Ici ! (...) L'équipe médicale, l'équipe aussi (...) de la psychiatrie on va dire (...) »	1
55. Les détenus reçoivent de l'aide pour trouver un travail à l'élargissement.	E10 (90) : « (...) pour le travail, donc nous rediriger vers des structures qui peuvent nous nous nous aider à trouver plus facilement du travail (...) »	1
56. Les détenus reçoivent de l'aide pour un logement à l'élargissement.	<p>E8 (54) : « Dans un logement encadré. (...) C'est la Wunnengshëllef, c'est Etape 21. »</p> <p>E10 (92) : « (...) pour tout ce qui est logement par exemple (...) »</p>	2
57. Les détenus reçoivent des aides financières à l'élargissement.	E10 (96) : « Et notamment financièrement, donc moi par exemple j'avais eu quelques centaines d'euros pour m'aider à payer (...) mon logement, ma caution (...) Par la suite (...) mon ex-compagne avait des problèmes (...) d'ordre psychiatrique et donc j'avais reçu (...) voilà, une petite aide pour pouvoir (...) voilà, la ramener voir un spécialiste. Et puis (...) pour tout ce qui était le permis de conduire, donc le permis de conduire qui (...) m'avait été également payé par mon agent de probation. »	1
58. Les détenus trouvent un suivi psychologique à la sortie de prison.	<p>E1 (57) : « C'était là où je cherchais la thérapie, Quai 57. Il y a des psychologues pour (...) ils étaient même ici en prison aussi. »</p> <p>E5 (31) : « (...) psychologue, j'y allais toutes les semaines une fois au début et après un mois, j'y allais toutes les deux semaines comme suivi. Et sinon, comme j'avais longtemps, j'étais clean, je n'avais pas besoin d'autant de maintenant de suivi trop exagéré, c'est vraiment (...) Oui, comme la Jugend- an Drogenhëllef. »</p> <p>E6 (63) : « Oui, à la JDH j'ai été suivi. »</p> <p>E7 (48) : « Oui, en France (...) j'allais voir le psychologue (...) »</p> <p>E9 (90) : « Oui, on trouve assez rapidement. On nous met en contact soit avec des personnes. Je sais qu'il y avait une prise de rendez-vous qui a déjà été faite directement (...) A partir d'ici (...) »</p> <p>E10 (105) : « Oui ! (...) c'était un service gratuit qui ne coûtait rien et voilà, de de de très régulièrement donc je pense que c'était une fois par semaine que je me rendais chez eux et voilà, je parlais une petite heure avec cette psychologue. »</p>	6

59. Les détenus ne cherchent pas de suivi psychologique à la sortie de prison.	E2 (52) : « Non, pas cherché. » E3 (68) : « Peut-être, normalement je n'ai pas besoin. (...) Non, parce que moi pas utiliser tout ça. » E4 (111) : « Non, seul' (...) non (...) je pense. » E8 (73) : « Non. (...) Non. Voilà. »	4
60. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides en général lors de l'élargissement.	E1 (45) : « Le problème c'est, il n'y a pas beaucoup d'aides. (...) Jusqu'à maintenant, à part que je dors où j'habite, mais à part ça il n'y a pas. » E4 (139) : « Quand moi sorti d'ici, je ne sais pas si je vais à gauche ou à droite. (...) Je ne sais pas, je regarde à gauche ou à droite, c'est pas. » E6 (42) : « (...) vous sortez d'ici sans rien, vous restez sans rien ! (...) Moi je dirais les problèmes, c'est surtout que (...) quand vous êtes abondé sur vous-même (...) » E7 (30) : « <i>Bein</i> ici quand on quitte Schrassig c'est (...) t'as pas de suivi, ça c'est sûr ! T'as la SCAS mais <i>ppf</i> (...) elle (...) bon, c'est un autre fait, mais je trouve on n'est pas bien encadré. »	4
61. Les détenus pensent qu'il y a des problèmes en général au moment de l'élargissement.	E8 (51) : « Si ! Si, je pense que si. »	1
62. Les détenus se plaignent de ne pas avoir un temps de transition lors de l'élargissement.	E1 (45) : « On sort de la prison, c'est la liberté d'un coup et en fait il n'y a pas d'aides pour aider les gens à monter un peu (...) » E7 (82) : « On n'est pas assez encadré pour la sortie, ça oui. Pas assez préparé. » E10 (62) : « (...) du jour au lendemain, on se retrouve dehors (...) »	3
63. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour trouver un travail lors de l'élargissement.	E1 (46) : « (...) pour trouver un travail »	1
64. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour trouver un logement lors de l'élargissement.	E1 (47) : « (...) pour trouver quelque chose pour se placer dehors » E2 (40) : « Et normalement il y a le SPSE, le SCAS qui s'occupent de ça, mais comme il y a déjà beaucoup de monde qu'ils vont y, ils ne font rien du tout et (...) » E4 (148) : « Problèmes négatifs ? (...) Problèmes négatifs quand moi je sors d'ici ? C'est quand moi je sors d'ici n'ai plus rien, c'est rien, même pas d'argent ! Je voulais de l'argent pour louer une chambre ou manger, ça c'est négatif. Il y a une fois que je suis sorti d'ici seulement avec 300€ et j'ai passé 2 mois dehors. 2 mois et je suis réentré. Oui, c'est difficile. Une personne qui sort de prison et qui n'a pas d'argent, n'a pas de famille, l'assistante sociale ne fait rien pour nous, c'est catastrophe ! » E6 (44) : « (...) comme aussi tout ce qui est logement et tout ça, il n'y a pas de chance. »	4
65. Les détenus préfèrent les aides proposées à Givenich.	E3 (164) : « Si c'est bon pour moi, pour tout (...) si je vais à Givenich (...) » E5 (63) : « Là pour le moment je vais voir parce que j'ai comme projet d'aller à Givenich. (...) Par rapport à ici, à Givenich on peut aussi aller Kirchberg ou comme ça, on peut vraiment choisir, ici non, ici t'as pas le choix (...) »	5

	<p>E6 (60) : « Et puis ça dépend aussi de mon transfert peut-être à Givenich, si de là-bas, reste à voir. »</p> <p>E7 (31) : « Par contre, quand on sort de Givenich, là c'est super ! On est bien encadré, ils nous aident vraiment à trouver un travail, à trouver un logement. C'est ce qui m'est arrivé il y a deux ans et j'étais vraiment satisfaite de Givenich. Oui, <i>mhm</i> (...) c'est vraiment (...) de la chance à Givenich, oui. »</p> <p>E10 (60) : « (...) c'est Givenich qui permet de nous insérer petit à petit, voilà, de manière progressive dans la société et (...) voilà, et d'ensuite prendre notre envol. »</p>	
66. Les détenus doivent préparer eux-mêmes leur sortie.	<p>E5 (63) : « Là pour le moment je vais voir parce que j'ai comme projet d'aller à Givenich (...) Et là je vais voir avec eux, aussi de planifier mon avenir. (...) Là encore j'ai demandé, j'ai demandé cette aide pour ne pas retomber dans des (...) d'avoir fait des infractions ou quelque chose de (...) bêtises (...) qui m'aiderait. »</p> <p>E6 (51) : « C'est dans un bon moment et jusque-là je vais essayer de faire quelque chose. Je vais m'organiser, préparer ma sortie, donc j'irai aussi m'informer et voir où est-ce que je peux trouver des aides concrètes. »</p> <p>E10 (53) : « Concrètement ? (...) Bon voilà, tout simplement : on connaît plus ou moins à l'avance normalement la date de l'élargissement et (...) puis voilà, on s'organise, on prépare nos affaires, le matin le gardien il vient, on prépare nos affaires (...) et voilà. On est accompagné au greffe, on signe (...) voilà, différents papiers qu'il y a à signer et voilà, on nous remet nos affaires personnelles et puis là (...) on part. »</p>	3
67. Les détenus critiquent de ne pas avoir de médicaments à leur sortie.	<p>E6 (44) : « Donc aussi, pardon (...) médicaments (...) »</p> <p>E7 (78) : « (...) et mélica' (...) »</p>	2
68. Les détenus se plaignent de ne pas avoir d'aides pour la suite des soins lors de l'élargissement.	<p>E7 (74) : « Ils ne sont pas (...) ils ne sont pas assez bien dirigés pour être soigné. On vous dit : allez là une fois par an. On vous dit : allez (...) C'est tout ce qu'on fait, quoi. »</p> <p>E10 (63) : « (...) moi j'ai toujours eu la chance de ne pas avoir (...) de traitement en cours, des traitements médicaux en cours, ce qui fait donc voilà, je n'avais pas (...) mais pour les autres je crois que ça peut être relativement compliqué ou pas, je ne saurais pas. »</p>	2
69. Les détenus critiquent le relais de la prise en charge médicale entre la prison et l'extérieur.	<p>E6 (105) : « Qui ont quitté récemment la prison ? (...) Qu'ils doivent peut-être aller chez un nouveau docteur qui ne connaît pas aussi bien, qui ne connaît pas aussi bien le cas, qui ne sait pas ce qui est adéquat. »</p> <p>E8 (62) : « (...) ils étaient bien quand ils étaient ici, puis quand ils sont sortis (...) dehors vous les voyez (...) un peu mal je trouve. (...) quand ils sortent, ils ne sont pas suivis donc (...) par exemple s'ils ont un traitement pour hépatite C, ça va être plus compliqué d'avoir (...) »</p>	2
70. Les détenus craignent que le manque d'aides lors de l'élargissement favorise la réincarcération.	<p>E1 (48) : « (...) pour ne pas retourner vite fait comme ça »</p> <p>E4 (153) : « On sort, tout de suite réentré. 2 mois c'est le minimum que j'ai passé dehors libéré, maximum 5 mois. Ah, parfois, une fois que suis resté dehors de 2007 à 2009, c'est le plus prolongé de temps, le reste c'est 2, 3, 4, 5 mois, réentre, sorti, réentre, toujours comme ça. »</p>	4

	<p>E7 (81) : « Pas nous dire : allez, au revoir ! Ton argent, ciao ! Voilà. C'est (...) le ticket pour le retour ici quoi, ça c'est sûr (...) pour la plupart d'entre nous. »</p> <p>E9 (64) : « C'est, ça c'est difficile, ça dépend si on est entouré à l'extérieur ou pas, ça joue un rôle énorme. (...) Et si je me retrouve à la rue, c'est plus difficile, on retourne automatiquement dans ce cercle vicieux qui est l'alcool et la drogue pour pouvoir faire face à la (...) à cette épreuve. (...) Sur les trois dernières incarcérations : non. »</p>	
71. Les détenus pensent qu'un soutien familial est un facteur protecteur contre la réincarcération.	<p>E2 (48) : « (...) moi j'avais la famille qui m'a aidé de reprendre le chemin. »</p> <p>E9 (65) : « Je sais que moi comme je suis dans l'addiction, si maintenant demain je sors et que je suis pris en charge par exemple par mon père, je vais pas replonger dans l'alcool parce que j'ai quelqu'un qui me soutien. »</p>	2
72. Les détenus pensent qu'une aide pour obtenir un travail lors de l'élargissement est un moyen de prévention de la réincarcération.	<p>E1 (52) : « Parce que je pense que ça aurait déjà aidé beaucoup à ne pas retourner à beaucoup de personnes. »</p>	1
73. Les détenus qui n'ont pas d'aide au logement ou financier à leur sortie redeviennent criminelles ce qui favorise la réincarcération.	<p>E4 (106) : « Pour ce j'ai recommencé à manquer d'argent et dormir là-bas au Findel, mais argent commençait (...) moi besoin d'argent et c'est obligé à vendre la drogue, commence à pris et ça c'est à partir de (...) commencer à vendre c'est le problème. Passé 5 mois après, déjà rentré. »</p> <p>E8 (51) : « (...) dans un logement suivi, ça va être plus simple. »</p> <p>E9 (78) : « (...) donc de là c'est difficile ou (...) la récurrence est à 99%. Après de retomber dans (...) son addiction. Il faut pouvoir avoir de l'argent pour pouvoir, les toxicomanes, pour s'acheter de la gramme, de l'héroïne, du cannabis. Après pour (...) ceux qui sont en alcoologie, pour dans l'alcool, il faut pouvoir acheter son alcool tous les jours, donc de là ça porte au délit et de là ça fait <i>bein</i> incarcération, sortir, incarcération, sortir, et ça c'est un cercle vicieux, on s'en sort pas. »</p>	3
74. Les détenus pensent qu'un suivi psychologique est nécessaire.	<p>E3 (178) : « J'aurais nécessité d'un psychologue pour m'aider à parler de ce qui s'est passé. Je n'ai pas été en lien avec ceci et maintenant j'ai dit que c'était bon et je suis resté (...) je crois que c'est une bonne opportunité pour moi. (...) Et pour supporter ceci, c'est évident que je nécessite de l'aide de tous les côtés, le maximum possible. (...) et ce qui compte le plus c'est toute l'aide je j'aurais pour continuer ma vie normalement (...) »</p>	1
75. Les détenus prétendent qu'une aide après l'élargissement peut prévenir la réincarcération.	<p>E6 (47) : « J'en ai vu qui se sont bien débrouillés mais la plupart parce qu'ils avaient une aide dehors (...) »</p>	1
76. Les détenus prétendent que le manque d'aide favorise la rechute et peut être mortel.	<p>E6 (49) : « Et le pire c'est que j'en ai vu partir pour du bon. »</p> <p>E7 (38) : « Beaucoup ont reconsommés, beaucoup (...) voilà. Donc pour d'autres c'est bien et les autres c'est pas bien (...) oui. »</p>	3

	E9 (122) : « Mais si demain je sors je vais, c'est sûr que je vais ressembler parce qu'il n'y a pas de travail qui a été fait. »	
77. Les détenus pensent qu'une couverture médicale protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	E1 (85) : « Moi j'ai sécurité sociale. »	1
78. Les détenus pensent qu'une ordonnance de sortie protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	E2 (74) : « Parce que si le docteur ici donne un atteste que tu es en train de prendre les médicaments là, là et là, tu vas chez un autre docteur, normalement il te les donnera aussi. (...) si comme maintenant avec les ampoules que je dois faire dans les yeux tous les soirs. Normalement si je sors et si je demande ici au docteur qu'il me fait un atteste que je dois prendre ça tous les jours, que je peux prendre encore après alors. »	1
79. Les détenus pensent qu'une transmission de leur dossier ou un rapport de sortie au médecin traitant protégerait contre les éventuels problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	E3 (113) : « Les problèmes, quelqu'un avec des problèmes de santé, c'est normalement les continuer de la même manière. (...) Moi si j'aurais un problème, c'est clair que j'aimerais que mon médecin dehors sache de la situation et continuer à faire le même traitement. » E5 (121) : « (...) moi j'ai contacté directement mon généraliste, il a regardé directement le dossier, il m'a examiné, il a fait faire un check complet et a regardé directement de (...) réaliser une IRM et tout à la Clinique d'Eich. Et pour ça, ça a directement marché le jour même. » E8 (109) : « (...) qu'on si on a un suivi ici, <i>bein</i> que ça continue dehors, qu'ils nous (...) proposent un médecin qui va continuer (...) le traitement. » E9 (164) : « (...) alors que je pense si on aurait un travail directement avec l'autre médecin qui nous a suivi le long de l'incarcération, il sait nos pathologies et de là il sait mettre un traitement pour faire face après la sortie. » E10 (160) : « (...) tout simplement diriger les gens vers (...) un médecin à l'extérieur (...) en lui envoyant par exemple le dossier médical de manière à ce que (...) d'emblée toutes les (...) informations (...) nécessaires au suivi du (...) patient. (...) un réseau, quelqu'un qui (...) connaisse déjà un tout petit peu (...) la problématique. Je pense que la prise en charge se ferait de façon beaucoup plus fluide finalement. »	5
80. Les détenus demandent une orientation médicale plus personnelle/individuelle à la sortie de prison.	E9 (132) : « (...) plus de contact avec des personnes (...) qui sont professionnelles et qui savent vers où nous orienter, parce qu'il y a des infirmiers psy avec qui j'ai du contact et on nous dit : <i>bein</i> monsieur, il faut aller voir les psychologues. Oui, mais un psychologue n'est pas addictologue automatiquement, donc il y a des maladies qu'ils ne connaissent pas, il y a des addictions qu'ils ne connaissent pas. (...) Donc je pense que donner plus de facilité aux détenus d'avoir des contacts avec par exemple le Programme TOX que eux ils savent vraiment vers où se tourner. (...) Eux savent	1

	vraiment avoir des outils, nous donner des outils pour passer à côté de cette envie. (...) Faire plus de travail avec les centres qui sont...qui sont aptes à accueillir des gens comme nous. »	
81. Les détenus ne savent pas s'il y a des problèmes dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	E2 (72) : « Aucune idée. » E4 (145) : « Je ne sais pas encore. » E5 (93) : « Ça je ne sais pas trop parce qu'aussi comme j'ai dit, j'ai travaillé après 3 mois. » E8 (91) : « Dehors (...) je sais pas. »	4
82. Les détenus n'ont pas d'améliorations à proposer dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	E1 (87) : « Là je ne peux rien dire. (...) Le problème, moi je n'ai aucun problème avec ça, alors je ne peux pas vous (...) » E5 (104) : « Non, ça va comme ça. »	2
83. Les détenus demandent une couverture médicale après l'élargissement.	E6 (126) : « (...) mais ce qui devrait être (...) vous ayez quand-même le temps de vous préparer et je dirais un laps de temps de 3 à 6 mois au moins d'avoir la chance d'être suivi quelque part par quelqu'un de compétent qui bien-sûr note tout ça, qui analyse tout ça mais (...) qui est objectif. »	1
84. Les détenus espèrent que les jeunes médecins stigmatisent moins les toxicomanes.	E4 (212) : « (...) vous me faites beaucoup de choses et encore je crois que il y a beaucoup de choses en votre faveur. Oui, c'est vous qui commencez la formation de médecin, non ? (...) Moi je dis que content que je vous ai encore. Il y a beaucoup de choses que moi penser que le cas que c'est nous, les toxicomanes, c'est comme poubelle ! Ça c'est la vérité. »	1
85. Les détenus demandent plus d'aides en détention provisoire.	E9 (125) : « (...) alors que si on peut travailler en amont (...) ce qu'on peut faire à la sortie, ça nous ouvre plus de portes et le Programme TOX, la prison, peuvent travailler justement avec les centres qui sont à l'extérieur pour pouvoir nous orienter à la sortie. »	1
86. Les détenus demandent de l'aide pour obtenir un travail lors de l'élargissement.	E1 (51) : « (...) mais au moins un minimum pour aider, pour aider un peu, pour trouver un travail. » E5 (64) : « (...) et de là je vais être attribué chez eux et travailler peut-être chez eux ou dans un forum ou quelque chose comme ça, une structure sociale. »	2
87. Les détenus demandent de l'aide pour obtenir un logement lors de l'élargissement.	E4 (165) : « Par exemple trouver...je ne sais pas (...) un logement (...) Ça c'est un grand problème ! Ça c'est un problème dehors. » E5 (63) : « (...) d'aller dans une structure comme un foyer (...) »	2
88. Les détenus demandent de l'aide psychologique avant l'élargissement.	E7 (78) : « (...) psychologiquement (...) oui, psychologiquement. »	1
89. Les détenus demandent une période de transition avant l'élargissement.	E7 (77) : « <i>Bein</i> déjà qu'on soit plus encadré pour la, mieux préparé pour la sortie. (...) Et que (...) qu'on nous trouve (...) je ne sais pas, une transition (...) que de nous faire sortir comme ça sans rien. Et il faudrait une transition, passer par un (...) je ne sais pas comment vous dire. Pas nous laisser comme ça quoi. » E9 (119) : « Le travail qui n'a pas été fait en amont, justement pour préparer notre sortie. Des fois la sortie peut être (...) comme je suis en mandat de dépôt, on peut sortir du jour au lendemain. On sait pas comment le juge décide. »	2

90. Les détenus demandent plus de documentations à la sortie de prison.	E9 (132) : « Plus (...) avoir plus de documents, de documentations (...) »	1
91. Les détenus n'ont pas de travail à l'extérieur lors de l'élargissement.	E1 (50) : « En fait moi dehors j'ai tout mais je n'ai pas de travail (...) » E6 (41) : « (...) si avez comme dit pas de travail (...) »	2
92. Les détenus ont un logement à l'extérieur lors de l'élargissement.	E1 (51) : « (...) ça veut dire mois je n'ai pas besoin d'habiter dans la rue. » E10 (97) : « (...) mon logement. »	2
93. Les détenus n'ont pas de logement à l'extérieur lors de l'élargissement.	E2 (38) : « Mais si t'as pas de famille, il faut regarder de trouver ici une solution de trouver un appartement ou une chambre au-dessus d'un café ou dans un foyer. (...) Il est sorti d'ici, il n'avait rien du tout, il est allé dormir dans un hôtel pendant 2 semaines jusqu'à ce qu'il avait trouvé un appartement. » E4 (165) : « C'est difficile de trouver un logement, une chambre ou même un studio pour habiter, (...) il y a beaucoup de choses que même avec de l'argent c'est difficile à trouver une adresse, une chambre ou autre chose pour habiter. » E6 (42) : « (...) et pas d'adresse (...) » E7 (67) : « Quand je sors, si je n'ai pas d'adresse et est-ce que je sors maintenant, <i>bein</i> d'ici comme ça, je n'ai pas d'adresse, j'ai rien ! » E9 (78) : « (...) j'ai des co-détenus qui sont partis directement à la rue (...) »	5
94. Les détenus ont un soutien familial à l'extérieur lors de l'élargissement.	E2 (38) : « Si t'as de la famille tu peux aller chez la famille comme moi en 2012. » E3 (65) : « Je n'ai que mon épouse et mon fils, je n'ai personne d'autre ! » E5 (54) : « Mais en tout cas moi, j'étais avec ma famille (...) » E6 (48) : « (...) un point de repère, la famille ou des proches. »	4
95. Les détenus n'ont aucun soutien familial à l'extérieur lors de l'élargissement.	E4 (140) : « C'est problème, toujours quand je sors de prison (...) il n'y a pas de famille qui attend. »	1
96. Les détenus ne parlent pas de leur élargissement avec des co-détenus.	E1 (50) : « Non, moi je vois mon cas. » E3 (58) : « Ah, on ne parle rien. Personne ! (...) Non, rien ! » E4 (55) : « Non ! (...) Non ! (...) moi je crois (...) que problèmes (...) personne comme moi tranquille. » E10 (71) : « Non ! (...) Non, pas forcément. C'est (...) les gens sont relativement pudiques, c'est quand-même, voilà. On parle rarement de nos faiblesses ou autres. Donc voilà, les gens ils ont plutôt tendance (...) à ne pas vraiment parler de ça (...) Mais voilà, vu que moi c'est quelque chose qui ne me concerne pas vraiment, (...) je ne connais pas vraiment le sujet. »	4
97. Les détenus savent comment se passe l'élargissement chez des co-détenus.	E2 (44) : « Ouais. Je sais qu'un copain, ça fait maintenant 4 mois qu'il est sorti. » E5 (54) : « Ouais, ils continuent, ils font le bordel ou font de conneries (...) » E6 (47) : « (...) j'en ai vu revenir dans la même cellule d'où ils sont parti après à peine 1 mois. »	7

	<p>E7 (37) : « (...) Beaucoup se sont sauvés (...) malheureusement ils ont pas pris cette chance, ils se sont sauvés de (...) Givenich, de la prison. »</p> <p>E8 (62) : « Ah <i>bein</i> oui. Je connais pleins (...) »</p> <p>E9 (78) : « Je sais que (...) »</p> <p>E10 (78) : « (...) ou sinon peut-être les gens (...) qui ont des problèmes de toxicomanie, peut-être qu'entre eux effectivement ils en parlent un peu plus vu qu'ils partagent plus ou moins les même problèmes, les même soucis. »</p>	
98. Les détenus s'isolent devant la peur d'avoir des sanctions en prison.	E4 (86) : « Non, moi je regarde quelqu'un qui veut faire problème avec moi, moi je rentre dans ma cellule, je reste là et je dis : Ouh, tu restes là parce que moi je ne veux pas de problème. Jamais je fais problème en prison. Attention, parce que moi j'ai pris encore un rapport parce que je portais autre chose de la buanderie, une crème pour ça qui m'a trouvé dans une veste d'hôpital, nous a donné 14 jours ferme. Ça c'est le premier rapport en 10 ans de prison. »	1
99. Les détenus pensent que la vie en prison est plus facile.	<p>E1 (81) : « Pour la vie dehors c'est plus difficile parce qu'ici on peut se reposer autant qu'on (...) jusqu'à la liberté. Dehors, (...) faut payer le loyer, faut se mettre en place, travailler. »</p> <p>E8 (86) : « Je sais pas, ici je trouve que (...) c'est plus facile avec tout et (...) à portée de main en fait, c'est (...) on sait que le lundi il y a le médecin, on vient ici et (...) voilà. »</p> <p>E10 (145) : « (...) l'un des confort ici c'est justement d'avoir le personnel qui est (...) toujours à proximité en va dire, qui est toujours là, qui vient quand-même déjà lors de la distribution donc s'assurer que les médicaments sont bien (...), que le suivi médicamenteux il est (...) pris. Et puis (...) le fait qu'ils soient là pour suivre un petit peu l'évolution et que donc s'il y en un des (...) plaintes, des doléances ou autres on peut, voilà, on peut les exprimer à ce moment-là. Je pense qu'à l'extérieur on a bon cette impression d'être un tout petit peu livré à soi-même et alors qu'ici <i>bein</i> se sont les médecins et le service (...) qui vient vers nous. A l'extérieur c'est à nous d'aller vers (...) le médecin, ce qui pour certains peu compliquer un tout petit peu (...) les choses et notamment pour ceux qui qui qui sont dans une situation précaire : qui n'ont peut-être pas d'emploi, qui sont peut-être dans la toxicomanie ou autre (...). »</p>	3
100. Les détenus prétendent que l'emprisonnement aide au sevrage de drogues.	<p>E4 (49) : « Bon en prison, c'est toujours (...) ferme, n'est pas la possibilité de pris toujours l'héroïne. »</p> <p>E7 (16) : « (...) je ne prends pas de drogues, j'ai arrêté la cigarette (...) »</p> <p>E9 (1219) : « Et pour des personnes par exemple, ça fait 3 mois et demi que je suis là, je peux pas dire que (...) je suis appelé par l'alcool. »</p>	3
101. Les détenus préfèrent l'emprisonnement à la précarité dehors.	E4 (141) : « C'est pour ça parfois c'est mieux ici (...) oui. (...) Quand réentré et réentré en prison, n'as pas besoin de rien parce qu'ici il y a de tout : des médecins, manger et vestes, tout ! Mais dehors, pour recommencer une nouvelle vie, c'est très difficile. Partout, même avec sa famille. Ça c'est un problème, hein. »	1

102. Les détenus bénéficient d'un tiers payant généralisé pendant l'incarcération.	E5 (81) : « Ici, on ne doit rien payer (...) »	1
103. Les détenus considèrent leur incarcération comme un gain de chance pour leur santé.	E7 (18) : « (...) je pense que cette fois j'ai une chance que ça marche l'opération, donc pour moi c'est un gain d'être là (...) Ça c'est bien, voilà. (...) Oui, grâce à la prison, oui, oui. (...) <i>Bein</i> moi ici au moins tous les jours je suis soigné. » E8 (63) : « (...) parce qu'ici on vous donne (...) ils vous soignent gratuitement (...) » E10 (130) : « (...) le fait d'avoir des visites régulières (...) voilà, des (...) infirmiers qui (...) passent dans les blocs et qui donc peuvent surveiller de près (...) déjà de 1 : la prise de médicaments et puis voilà, suivre tout simplement l'évolution de la pathologie (...) »	3
104. Les détenus veulent continuer leur vie après l'élargissement comme avant l'incarcération.	E3 (43) : « Ça se passe (...) c'est égal. Comme je suis rentré, c'est la même chose. C'est la même chose. (...) En sortant en liberté, je fais faire ma vie normalement que je faisais en premier, c'est la même chose. (...) Mais ma vie continue quand-même, continuer ma vie de la même manière. Travail, maison travail, et (...) Je ne veux que retourner à ma vie normale ! J'ai perdu toutes ces années à cause de neuf mois (...) et maintenant je suis à nouveau ici. Neuf mois, presque neuf mois je suis à nouveau ici. Et maintenant je suis, je vais à nouveau à la case de départ. Est-ce que vous comprenez ? »	1
105. Les détenus se méfient des mauvais conseils à l'extérieur.	E4 (61) : « Dehors, c'est toujours pour (...) comment se dit (...) mal conseil, conseiller ce n'est pas bien, les gens dehors ce n'est pas amis. »	1
106. Les détenus libérés essaient d'éviter de croiser des ex-détenus après l'élargissement.	E5 (50) : « Au début quand j'étais en thérapie j'ai vu aucun détenu d'ici et aussi dehors j'évitais pour ne pas rentrer dans des histoires et (...) parce que j'étais en conditionnelle, c'est-à-dire je n'avais pas, j'avais beaucoup à respecter et je ne voulais pas revenir. »	1
107. Les détenus reconnaissent leur faute ayant entraîné l'incarcération.	E3 (53) : « Non (...) voilà, juste pour punir une personne, non ? Je sais que j'ai eu tort. Je sais que j'ai eu tort, je suis en train de payer, n'est-ce pas ? (...) Tout le monde sait qu'une personne pour arriver en prison a eu tort. Il y a des personnes qui font plusieurs erreurs, moi j'en ai fait une dans ma vie et j'espère ne plus jamais en refaire ! » E9 (71) : « Après j'ai continué malgré... <i>eah</i> ...le placement extérieur, parce que c'est le placement extérieur en France. »	2
108. Les détenus reconnaissent leur consommation de drogues comme problématique.	E4 (50) : « Dehors, c'est différent, c'est (...) je veux trouver plus de liberté pour trouver (...) l'héroïne, c'est mon problème, ça c'est mon grand problème de moi. C'est pour ça que l'héroïne c'est toujours compliquée pour moi. » E8 (67) : « <i>Bein</i> je pense les drogues déjà premièrement (...) »	2
109. Les détenus pensent que les toxicomanes sont stigmatisés.	E4 (200) : « Un tox' c'est, comment se dit, un mal à aimer (...) C'est un tox' quand même, c'est comme (...) la personne regarde nous, nous regarde comme (...) une personne qui a tué, un assassin, même nous regarde un tox' comme nous regarde par exemple un pédophile ou quoi, plus grave ! »	3

	<p>Même une personne qui a rentré en prison pour a tué quelqu'un, un toxicomane c'est comment ce dit : poubelle ! Connais poubelle ? Nous c'est poubelle. C'est même, j'ai dit. »</p> <p>E6 (114) : « Même jusqu'à un certain pourcentage, vous ne serez pas comme dans un système (...) normal. Bein je veux dire un système (...) un système de société, vous n'êtes pas si (...) pas traité comme ça. Et si, alors vous pouvez aller chez le médecin une fois en urgence et puis êtes renvoyé, alors c'est à dire (...) C'est difficile d'y arriver et d'y rester. »</p> <p>E9 (33) : « Après le contact pour le médecin d'avoir (...) de ne pas avoir de jugement sur les personnes qui sont incarcérées alors que les personnes qui travaillent à l'extérieur en libéral par exemple, ils ont pas le même contact que vous avez avec nous ici incarcérés. (...) par exemple moi j'ai un traitement de substitution, qui est la Suboxone, quand je vais voir un médecin à l'extérieur : oui mais monsieur, vous avez été suivi par qui auparavant ? Alors qu'autre, c'est difficile des fois de dire : Monsieur, je sors de prison. »</p>	
110. Les détenus consultent un psychiatre ou un service de soins mentaux à la sortie de prison.	<p>E1 (60) : « (...) du CHL, Mme P. (...) C'est une psychiatre. (...) c'est tout. »</p> <p>E7 (49) : « (...) la psychiatre deux fois par mois voilà. »</p> <p>E9 (99) : « (...) psychiatre, psychologue et (...) infirmiers psy. »</p>	3
111. Les détenus consultent un médecin généraliste à la sortie de prison.	<p>E2 (54) : « Le médecin chez moi dans le village. »</p> <p>E3 (74) : « Quand moi sorti, si moi a un problème, c'est le médecin de famille. (...) Oui. Quelconque problème avec moi, c'est le médecin. La première chose c'est le médecin de famille, et puis il va regarder, il va faire s'il y a une chose. »</p> <p>E4 (121) : « Dehors c'est un médecin que moi j'ai contacté quand besoin, c'est le docteur L. (...) Voilà, comme le médecin de famille. Il me recettait Mephenon, parce que je n'ai pas toujours la drogue, je n'ai pas d'argent parce que c'est la drogue et le docteur L. il passait le médicament, c'est Mephenon. Ça marche toujours. »</p> <p>E5 (39) : « Après quand je suis sorti de la thérapie, j'ai pris direct contact avec mon généraliste que je vais depuis mon enfance (...) je vais de toute façon Dr R., je conseillais toujours depuis mon enfance, mais dès que j'aurais un autre je vais demander à lui qu'il envoie le dossier chez le nouveau médecin que je vais, où je vais habiter dans le coin là. (...) Quand j'avais un problème j'allais chez mon médecin. Il m'a dit, il m'a conseillé quel médecin je peux prendre donc pour le mal de dos j'avais un problème, il m'a conseillé. »</p> <p>E7 (55) : « (...) un généraliste je pense. »</p> <p>E8 (79) : « (...) si je suis malade, alors je vais chez un médecin normal. »</p> <p>E9 (99) : « Médecin généraliste (...) »</p> <p>E10 (113) : « (...) le médecin généraliste (...) »</p>	8
112. Les détenus consultent un médecin dentiste à la sortie de prison.	<p>E10 (14) : « (...) j'étais voir le dentiste, voilà une des premières choses c'était de voir le dentiste (...) »</p>	1

113. Les détenus consultent des médecins spécialistes à la sortie de prison.	E10 (112) : « Quels types de médecins ? Donc moi j'ai eu quelques problèmes dermatologiques, au niveau de la peau, donc (...) voilà, un dermatologue avant tout. (...) ça dépend, pour des problèmes plus spécifiques comme par exemple moi j'ai eu quelques problèmes d'articulation et notamment le genou et donc voilà, j'étais faire une série d'examens et puis voir un spécialiste. »	1
114. Les détenus consultent un médecin bénévole d'une ONG à la sortie de prison.	E6 (68) : « Il y a le médecin par bénévolat comme je vous ai déjà dit qui est à l'Abrigado (...) » E7 (68) : « Je dois avoir recours à Médecins du Monde ou à l'Abrigado, des choses comme ça. (...) Surtout si on ne travaille pas, c'est difficile. Bon, il y a les ONG, c'est comme ça qu'on dit ? Heureusement il y a les Médecins du Monde, tout ça, mais (...) oui. » E8 (31) : « Puis je sais qu'il y a des toxicomanes qui vont aussi chez Médecins du Monde. (...) si je n'ai pas d'argent, je vais (...) Médecins du Monde. »	3
115. Les détenus ne consultent pas de médecin à cause du manque d'accès aux soins.	E6 (65) : « En fait aucun. Maintenant aucun. (...) mais médecin généraliste la dernière fois j'étais le voir, il m'a dit que je n'avais pas besoin de revenir sans caisse de maladie. (...) Voilà, j'ai besoin d'organismes comme ça à ma sortie, si je sors de Schrassig, quoi, <i>mhm.</i> »	1
116. Les détenus utilisent le service d'urgences pour se soigner à l'extérieur.	E6 (81) : « Oui chez moi c'était plus parce que j'ai à travers la consommation (...) oui, comment on appelle ces trucs injectés (...) Alors je suis allé en urgence chez le médecin (...) » E8 (45) : « <i>Bah</i> là je me rendrais (...) quand je serais malade, quand je sors, je vais à l'hôpital (...) » E9 (53) : « (...) et puis je sais qu'il a le numéro (...) européen qui est le 112 en cas de problème ou de (...) par exemple moi j'ai fait plusieurs (...) comas éthyliques suite à ma consommation excessive d'alcool. »	3
117. Les détenus utilisent les institutions ou organisations prenant en charge des toxicomanes au Luxembourg pour s'offrir des soins.	E4 (41) : « (...) par exemple comme dehors un problème de respiration, j'ai rentré à l'hôpital et je n'ai pas l'argent pour payer. Et là à Abrigado il y a, je vais chercher un papier qu'Abrigado paye et l'hôpital et même médicaments. » E6 (40) : « (...) ouais, vous avez une aide qui est bénévole je sais dans l'Abrigado et il y a une autre, je ne sais plus comment ça s'appelle (...) »	2
118. Les détenus n'ont pas de suivi médical particulier à l'extérieur.	E2 (60) : « Sauf des gripes et des trucs normales comme ça. » E6 (82) : « (...) mais si j'avais alors une grippe ou (...) autre chose, alors je ne suis pas allé chez le médecin ! » E8 (79) : « Je pense aucun. (...) A l'extérieur ? Juste (...) quand je tombais malade quoi, quand il faisait froid. » E10 (119) : « A l'extérieur j'étais suivi uniquement pour (...) voilà, un petit problème d'articulations, donc au genou et (...) et rien d'autre. »	4
119. Les détenus pensent trouver à l'extérieur plus facilement une prise en charge adaptée à leur problème de santé.	E1 (72) : « C'est plus facile de trouver un docteur pour ce problème qu'on a. Ici dedans vous êtes plutôt des généralistes et là tu peux aller chez le docteur qui est vraiment spécialisé sur c'est problèmes là. » E5 (86) : « Dehors on peut voir, aller plus chez le médecin qu'on a besoin plus précis. »	5

	<p>E6 (101) : « Dehors, ça il n'y a pas ! Dehors vous allez chez le médecin le week-end, ou il y a une urgence ça se passe tout de suite quand-même. »</p> <p>E9 (105) : « Les points forts à l'extérieur c'est qu'on a plus de possibilités à rentrer en contact avec les personnes qui sont (...) qui sont là pour nous aider alors qu'ici en prison il faut qu'on passe par les surveillants, par les infirmiers, c'est tous des démarches à faire qui sont plus longs, alors que dehors on peut avoir un contact direct soit par téléphone, soit on contacte (...) face-à-face avec les personnes aptes à ça. »</p> <p>E10 (127) : « A l'extérieur, je pense que ça peut être la même chose aussi dans la mesure où finalement quand, bon, après il y a toujours le service de garde qui nous permet quand-même d'être pris en charge relativement (...) assez rapidement. »</p>	
120. Les détenus ne voient pas de problème dans la prise en charge médicale lors de leur sortie.	<p>E1 (85) : « Ah pour moi il n'y a pas de problème. »</p> <p>E2 (74) : « Normalement pas. »</p> <p>E3 (122) : « Non. Normalement non. C'est bon comme ça. (...) Oui. »</p> <p>E5 (96) : « Non, pour moi dehors c'était ça va. »</p>	4
121. Les détenus critiquent la difficulté d'accès aux soins à l'extérieur sans couverture médicale.	<p>E1 (115) : « S'il n'y a pas de caisse de maladie, après c'est difficile. »</p> <p>E4 (138) : « C'est difficile de trouver un médecin qui (...) c'est problème parce que moi je n'ai pas de caisse de maladie, rien du tout. »</p> <p>E6 (36) : « Aujourd'hui c'est difficile parce qu'avant en sortant de prison vous étiez suivi, vous aviez encore une caisse de maladie, on va dire pendant 6 mois, je crois que ça a rabaisé à 3 mois et jusque maintenant à 0. Donc si vous avez quelque chose en sortant de prison, vous ne pouvez pas vous faire traiter correctement puisque vous n'avez pas de caisse de maladie si vous n'avez pas de travail. »</p> <p>E7 (70) : « Et je n'ai pas, pour l'instant je n'ai pas de CNS, j'ai rien donc. »</p> <p>E8 (87) : « Par contre, par exemple si on va aller chez Médecins du Monde il y a pas (...) c'est pas tous les jours je pense. »</p>	5
122. Les détenus se plaignent du système de consultation sur rendez-vous en général.	<p>E2 (92) : « Non, maintenant c'est plus avec les rendez-vous aussi dehors avec les docteurs familiales. Tu dois prendre un rendez-vous. Mais comment tu sais si tu te réveilles le matin et t'es malade ? Le jour d'avant ? »</p>	1
123. Les détenus décrivent un manque de temps ou de volonté pour consulter un médecin à l'extérieur.	<p>E4 (26) : « Je crois parce que dehors je contactais parfois il y a 10 ans que je rentré et sorti de prison, il y a pas le temps pour contacter le docteur, le médecin dehors. »</p> <p>E8 (67) : « (...) ils ont pas la volonté d'aller voir quelqu'un. (...) ici ils sont suivi donc c'est plus simple et dehors ils sont plus concentré à autre chose, alors ils ne vont pas s'inquiéter à ce qu'ils ont ou ce qu'ils n'ont pas. Voilà. (...) Surtout les gens que je connais c'est des drogués et (...) alors ils pensent à cocaïne, cocaïne, cocaïne, alors ils ne vont pas (...) même ils sont pas propre, ils s'en foutent. »</p>	3

	E10 (133) : « (...) à l'extérieur par exemple, <i>bein</i> voilà il faut qu'on fasse la démarche nous-même de nous rendre chez le médecin. (...) Après je pense ce qui manque un tout petit peu c'est (...) une démarche personnelle, c'est l'envie de se soigner, l'envie de sans quoi ça ne peut pas marcher je pense. »	
124. Les détenus poursuivent les soins débutés en prison.	E7 (55) : « <i>Bein</i> un vasculaire déjà pour ma jambe (...) Et une fois par an Dr A. bien-sûr pour mon hépatite. »	1
125. Les détenus pensent que les médecins à l'extérieur ne se prennent pas assez de temps pour des toxicomanes.	E4 (201) : « (...) toujours (...) ouverture d'une porte (...) Partout, un tox' comme moi (...) »	1
126. Les détenus pensent que les médecins à l'extérieur n'aident pas les toxicomanes.	E4 (209) : « Même pas un conseil ! Qu'est-ce que tu voulais ? Mephenon, oui. Alors, <i>pff</i> , comme (...) c'est tout que je dis. »	1
127. Les détenus critiquent l'absence d'un tiers payant à l'extérieur.	E5 (81) : « (...) là-bas on doit payer en avance et on reçoit le pourcentage rendu par la caisse de maladie. On doit envoyer les factures et un mois après on reçoit, on récupère l'argent. » E6 (114) : « (...) de payer la visite de votre propre poche qui ne sera pas rendu ! (...) Pardon de le dire comme ça, mais je ne pense que ce n'est qu'une affaire de sous. Si vous avez de l'argent, vous êtes suivi partout par tout le monde. Si vous en avez pas, <i>mah bein</i> , c'est comme dit, bonjour pour une et puis au revoir pour toujours. »	2
128. Les détenus critiquent les longues distances à parcourir pour trouver un médecin.	E6 (108) : « (...) une longue route si on est pas mobile, qui restreint aussi d'aller chez le médecin, ça dépend aussi de ce qu'on a. »	1
129. Les détenus se plaignent que les conseils du corps médical ne soient pas adaptés.	E9 (136) : « Ils savent nous parler de l'alcool, mais un infirmier ou un psychologue ne sait pas c'est quoi réellement le monde de l'alcool par exemple. Il peut pas se mettre, ce qu'il connaît, leur connaissance c'est ce qu'ils ont appris à l'école, ce qu'ils apprennent sur le tas, directement avec nous face à (...) des personnes addict'. C'est de là qu'ils ont leur connaissances, autrement (...) par exemple un manque ou quelque chose comme ça quoi. Quand on resombe, quand on resombe dans l'alcool, c'est difficile de trouver pour eux la raison, pour nous dire : <i>bein</i> monsieur il faut (...) pas retourner vers l'alcool parce que c'est dangereux pour vous. Oui, mais c'est facile de dire ça sans savoir comment notre corps réagi, parce qu'ils n'ont pas cette connaissance. »	1
130. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes serait utile.	E2 (102) : « Ouais, ça aurait été bien. Comme ça t'as pas besoin d'aller encore chez un autre. Après t'as 20 docteurs et si tu peux aller chez un seulement. » E3 (136) : « Je crois que c'est bon ! Je pense que c'est bon, oui. Chaque généraliste doit voir et conseiller ce qui est bien dehors, non ? »	7

	<p>E6 (141) : « Si je pourrais sortir et que j'aurais accès à des généralistes pendant un bon laps de temps (...) ça me faciliterai la vie, physiquement et psychologiquement aussi, parce que vivre dans la crainte dehors de faire un faux-pas parce qu'on ne peut pas se faire traiter comme il faut peut-être, ou se soigner comme il faut quoi (...) c'est toujours vivre dans la crainte. Donc s'il y a un réseau où il y a toujours un docteur qui a possibilité que si jamais il n'en a un qui n'est pas là et il y a quand-même un autre qui par permanence ou je ne sais pas comment puisse vous traiter, bah ça serait le top bien-sûr ! Bien-sûr ça serait important. (...) Si ça existe déjà et qu'il y a comme dit ce réseau, ouverture pour tout le monde, ça rendrait la vie aussi beaucoup plus facile, oui. »</p> <p>E7 (89) : « Ah ! Déjà pour les personnes comme moi qui ont un truc chronique, ça (...) serait bien parce qu'il faut voir une fois par semaine. Pour les personnes qui ont le HIV, pour ça aussi. Pour (...) les maladies, pour (...) voilà quoi. Oui, pour les plaies chroniques, pour tout ça il faut qu'on soit suivi. Et les toxicomanes en général, on se laisse un peu aller, donc voilà. Il faut nous pousser un peu, je pense, et ça irait (...) oui. »</p> <p>E8 (136) : « Par exemple (...) je ne suis pas traité pour l'hépatite C actuellement, mais si je débute ici et que je serais dehors, je pourrais terminer ce traitement, par exemple. »</p> <p>E9 (156) : « Pour des personnes qui ont des traitements (...) lourds ou des traitements de substitution, d'avoir un travail directement avec les généralistes, je pense que ça sera plus simple (...) que de sortir comme ça et (...) être dans le néant, d'aller voir un médecin (...) »</p> <p>E10 (166) : « (...) oui, je pense que ça pourrait être utile (...) une très bonne idée ! Ça rejoint un tout petit peu ce que je venais de dire je pense, voilà. »</p>	
131. Les détenus ne savent pas quelle utilité un réseau de médecin généralistes directement après l'élargissement pourrait avoir.	<p>E1 (99) : « Ça c'est aussi difficile à dire. »</p> <p>E5 (106) : « Je ne sais pas (...) Mais c'est différent chez tout le monde, car pour les uns c'est comme ça et pour les autres non, c'est pour ça (...) moi je n'aurais pas de problème (...) »</p>	2
132. Les détenus préfèrent leur médecin traitant au réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.	<p>E4 (178) : « C'est toujours le même généraliste, le médecin, c'est toujours le même, Dr L, moi ne pas connaître un autre. (...) parce que moi c'est toujours le même médecin et toujours mon problème c'est toujours le même, c'est la bronchite et jamais je vais voir, trouver un autre médecin. »</p> <p>E5 (125) : « Oui, pour moi ce n'est pas nécessaire. »</p>	2
133. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes avec des psychiatres serait utile.	E1 (99) : « Si c'est plutôt un réseau de généralistes et de psychiatres ensemble pour pas les gens retombent tout de suite de nouveau dans les drogues ou dans la rue. »	1
134. Les détenus pensent qu'un réseau de médecins généralistes collaborant avec des associations ou institutions serait utile.	E1 (101) : « Et peut-être aussi encore avec des associations, avec Quai 57 ou SCAS, pour trouver quelque chose pour tout de suite aider les gens, ça veut dire ça c'était quelque chose quand vous travaillez tous ensemble. »	1

<p>135. Les détenus sont intéressés à bénéficier d'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.</p>	<p>E1 (105) : « Ouais ! » E2 (105) : « Ouais. » E3 (139) : « Ouais. » E5 (125) : « Peut-être pour d'autres personnes ils ont besoin. » E6 (149) : « Intéressé ? Oui, bien-sûr ! Je pense que tout le monde qui a fait de la prison, qui est déjà sorti une fois et était dans la situation sait combien c'est difficile dehors de (...) trouver point pour aller chez le médecin. » E7 (95) : « Ah oui ! Ça c'est sûr que oui, oui. Oui ! (...) » E8 (150) : « Oui. » E9 (168) : « Bien-sûr ! » E10 (169) : « <i>Bein</i>, absolument ! »</p>	9
<p>136. Les détenus ne sont pas intéressés à bénéficier d'un réseau de médecins généralistes directement après l'élargissement.</p>	<p>E4 (189) : « Non. »</p>	1
<p>137. Les détenus ne savent pas si la médecine générale a une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>E2 (116) : « Aucune idée ! » E8 (155) : « Je sais pas. » E10 (176) : « <i>Ah</i> (...) ça c'est une très bonne question ! Mais (...) c'est difficile à dire parce que (...) je sais pas, je pense que probablement, je sais pas si c'est vraiment (...) la vocation finalement de la médecine générale (...) »</p>	3
<p>138. Les détenus ne pensent pas que la médecine générale ait une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>E1 (112) : « Là je ne vois pas de point, ce n'est pas la faute de (...) Ce n'est pas que ce n'est pas important, mais ça ce n'est pas la faute à les médecins générales. C'est la faute à les gens. » E2 (121) : « Non. Tout le monde est lui-même, hein. Si moi je n'aurais pas fait le bordel, je n'aurais pas été ici ! Là le docteur ne pouvait rien faire ! » E3 (151) : « Ahh, revenir ici ? C'est difficile. (...) Non, non. » E4 (200) : « Non ! Qu'est-ce que vous voulez ? Il connaît bien la personne que tox'. (...) Non, rien ! » E5 (132) : « Non non. Non, parce que comme j'ai dit, c'est la partie civile, c'est rien de mal. (...) Non non. Lui il n'a pas la force dessus. Il ne pourrait rien changer. » E8 (155) : « Je ne pense pas que c'est les médecins généralistes qui pourraient m'aider à ne pas rentrer ici. (...) Je pense pas non. (...) C'est plus les bêtises que je fais qui vont me (...) enfin c'est les bêtises que je fais qui vont me faire réentrer ici. C'est pas le médecin qui va pouvoir m'empêcher. »</p>	6
<p>139. Les détenus pensent que la médecine générale possède une</p>	<p>E6 (156) : « Peut-être que dans la prévention (...) les gens auraient le déclic de réagir autrement. (...) Il pourrait ! (...) Bien sûr avec la compétence aussi. »</p>	4

<p>place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>E7 (98) : « (...) on a toujours besoin de voir un médecin. (...) » E9 (174) : « (...) Oui bien-sûr ! (...) » E10 (180) : « (...) dans ce cas de figure je pense (...) ça aurait du sens. Ça pourrait véritablement faciliter un tout petit peu les choses. »</p>	
<p>140. Les détenus pensent que des médecins empathiques à l'écoute peuvent prévenir une réincarcération.</p>	<p>E6 (159) : « (...) Il pourrait avec les mots justes et l'affinité qu'il faut, oui. (...) »</p>	1
<p>141. Les détenus pensent qu'une prise en charge médicale peut prévenir une réincarcération.</p>	<p>E7 (98) : « Déjà éviter qu'on attrape d'autres maladies déjà, ça c'est sûr. (...) »</p>	1
<p>142. Les détenus pensent qu'il faut parler à son médecin traitant de son passage en prison.</p>	<p>E9 (161) : « Donc de dire qu'on était en prison il faut savoir le dire, ne pas rester caché parce qu'autrement ça va nous fermer des portes, le médecin va nous refuser ce traitement, parce que c'est un traitement qui est lourd, quelqu'un qui prend la méthadone ou un traitement assez lourd comme ça (...) »</p>	1
<p>143. Les détenus pensent que la prise en charge des addictions peut prévenir une incarcération.</p>	<p>E9 (171) : « (...) ils peuvent nous orienter par rapport aux risques de rechutes (...) <i>Bein</i> en nous donnant des outils pour pas resombrer, nous donner des explications sur (...) c'est quoi. Après je parle beaucoup de l'alcool parce que je suis dans ce milieu-là depuis des années. Nous donner des outils pour ne plus replonger parce que généralement ce qui nous fait replonger c'est d'être alcoolisé, de faire des bêtises alcoolisées. Et si on a des outils pour ne pas resombrer et être dans notre état normal, je pense que ça aurait vraiment 50% d'incarcérations sur des personnes addict'. » E10 (180) : « (...) probablement dans tout ce qui est la prise en charge alors de ce que moi je considère comme une maladie qui est la toxicomanie (...) »</p>	2
<p>144. Les détenus pensent qu'un soutien psychologique/psychiatrique possède une place dans la prévention de la réincarcération.</p>	<p>E7 (103) : « Je dirai plutôt un psychiatre, un psychologue, oui. (...) J'ai beaucoup de choses à (...) que je refoule et (...) il faut que ça sorte et voilà quoi. Et je n'arrive pas à me confier (...) Il faudrait que je trouve le bon médecin avec qui (...) voilà. » E10 (178) : « (...) si se serait pas plutôt (...) le rôle de (...) tout ce qui est psychologique, de l'ordre du psychologique, du psychiatrique. »</p>	2
<p>145. Les détenus décrivent que l'aide au sevrage des drogues pourrait diminuer les réincarcérations.</p>	<p>E4 (69) : « Tous les gens me disent : pour mon âge, c'est bien pour moi parce que comme ça tu pouvais arrêter avec la drogue et recommencer après la thérapie une nouvelle vie. (...) Moi j'ai dit que la thérapie, moi jamais c'est la première fois de ma vie que je vais faire la thérapie, en 20 ans d'héroïne, comme consommateur. C'est pas facile, hein ?! »</p>	1

Bibliographie

1. Enggist S, World Health Organisation, Regional Office for Europe. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
2. Biographie - Dr Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l’OMS pour l’Europe [Internet]. 2018 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/about-us/regional-director/biography>
3. Thane K. Kein Entkommen?! strukturelle Bedingungen der intramuralen Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität; 2015. 281 p. (Schriftenreihe « Gesundheitsförderung im Justizvollzug » = « Health promotion in prisons »).
4. Real Del Sarte O. Eléments pour une analyse du discours médical en prison. *Déviance Société*. 1984;8(2):167-80.
5. Pfortmueller C, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller T, Zimmermann H, et al. Emergency department admissions to a prison hospital: a retrospective cohort study from Switzerland. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 15 févr 2013 [cité 30 août 2018]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2013.13753>
6. Chabrol A. La grande misère de la médecine pénitentiaire. *Bull L’Ordre Médecins*. mai 2008;8-12.
7. Strock P, Mossong J, Hawotte K, Arendt V. Access to Treatment of Hepatitis C in Prison Inmates. *Dig Dis Sci*. juin 2009;54(6):1325-30.
8. Rich JD, Chandler R, Williams BA, Dumont D, Wang EA, Taxman FS, et al. How Health Care Reform Can Transform The Health Of Criminal Justice–Involved Individuals. *Health Aff (Millwood)*. 1 mars 2014;33(3):462-7.

9. Prudhomme J, Verger P, Rotily M. Mortalité de sortants, Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes – Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS.). *Obs Fr Drogue Toxicom.* 2003;58.
10. Lehmann M, éditeur. *Gesundheit und Haft: Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit.* Lengerich: Papst Science Publ; 2014. 609 p.
11. Kinner SA, Young JT, Carroll M. The pivotal role of primary care in meeting the health needs of people recently released from prison. *Australas Psychiatry.* déc 2015;23(6):650-3.
12. Young JT, Arnold-Reed D, Preen D, Bulsara M, Lennox N, Kinner SA. Early primary care physician contact and health service utilisation in a large sample of recently released ex-prisoners in Australia: prospective cohort study. *BMJ Open.* 1 juin 2015;5(6):e008021.
13. Baumann M, Cannet D, Châlons S. *Santé communautaire et action humanitaire: le diagnostic de santé d'une population.* Rennes: Ed. ENSP; 2001.
14. Althoff AL, Zelenev A, Meyer JP, Fu J, Brown S-E, Vagenas P, et al. Correlates of Retention in HIV Care After Release from Jail: Results from a Multi-site Study. *AIDS Behav.* oct 2013;17(S2):156-70.
15. Meyer JP, Qiu J, Chen NE, Larkin GL, Altice FL. Emergency Department Use by Released Prisoners with HIV: An Observational Longitudinal Study. Cameron DW, éditeur. *PLoS ONE.* 3 août 2012;7(8):e42416.
16. Williams CT, Kim S, Meyer J, Spaulding A, Teixeira P, Avery A, et al. Gender Differences in Baseline Health, Needs at Release, and Predictors of Care Engagement Among HIV-Positive Clients Leaving Jail. *AIDS Behav.* oct 2013;17(S2):195-202.
17. Wohl DA, Scheyett A, Golin CE, White B, Matuszewski J, Bowling M, et al. Intensive Case Management Before and After Prison Release is No More Effective Than Comprehensive Pre-Release Discharge Planning in Linking HIV-Infected Prisoners to Care: A Randomized Trial. *AIDS Behav.* févr 2011;15(2):356-64.

18. Flanigan TP. Jails: The New Frontier. HIV Testing, Treatment, and Linkage to Care After Release. *AIDS Behav.* oct 2013;17(S2):83-5.
19. The EnhanceLink Study Group, Booker CA, Flygare CT, Solomon L, Ball SW, Pustell MR, et al. Linkage to HIV Care for Jail Detainees: Findings From Detention to the First 30 Days After Release. *AIDS Behav.* oct 2013;17(S2):128-36.
20. Nunn A, Cornwall A, Fu J, Bazerman L, Loewenthal H, Beckwith C. Linking HIV-positive Jail Inmates to Treatment, Care, and Social Services After Release: Results from a Qualitative Assessment of the COMPASS Program. *J Urban Health.* déc 2010;87(6):954-68.
21. Kemnitz R, Kuehl TC, Hochstatter KR, Barker E, Corey A, Jacobs EA, et al. Manifestations of HIV stigma and their impact on retention in care for people transitioning from prisons to communities. *Health Justice* [Internet]. déc 2017 [cité 8 sept 2018];5(1). Disponible sur: <https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-017-0054-1>
22. Khawcharoenporn T, Zawitz C, Young JD, Kessler HA. Continuity of Care in a Cohort of HIV-Infected Former Jail Detainees. *J Correct Health Care.* janv 2013;19(1):36-42.
23. Conclusions of the WHO international meeting on prisons and health, Lisbon 2017 | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/who-conclusions-meeting-prisons-health_en
24. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. WHO; 1946 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
25. Serment d'Hippocrate (version adaptée) [Internet]. Ordre des médecins de Belgique; 2011 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/](https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/)
26. Déclaration de Genève [Internet]. Association Médicale Mondiale; 1948 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>

27. Organisation Mondiale de la Santé. Droits de l'homme et santé [Internet]. WHO. [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/human_rights/fr/index.html
28. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. Nations Unies; 1948 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
29. Principes et règles de la médecine en milieu pénitentiaire à Genève aux HUG [Internet]. [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire/principes-et-regles>
30. Renneville M. Le terme « prison » au XIXe siècle : étude lexicographique et diachronique [Internet]. Criminocorpus. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <https://criminocorpus.hypotheses.org/4425>
31. Combessie P. Sociologie de la prison. Paris: Découverte; 2004.
32. Yegles-Becker I. Réaffectation d'une abbaye bénédictine et aménagement d'une prison à la fin du XVIIIe siècle. 1996;(51):18.
33. Lefeuvre Déotte M. Foucault : le corps, le pouvoir, la prison. Appareil [Internet]. 5 janv 2010 [cité 30 juill 2018];(4). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/appareil/901>
34. Carlier C. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours. 2009;33.
35. Clesse R. Das alte Gefängnis von Stadtgrund. 1996;(51):19.
36. Spielmann A. La prison pour femmes - ou le tout carcéral? 1995;(50):10-1.
37. Déclaration sur la santé en prison et la santé publique de Moscou [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé Europe; 2003 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/120463/E94244.pdf
38. Conseil de l'Europe. Règles pénitentiaires européennes. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe; 2006. 144 p.

39. Organisation Mondiale de la Santé. The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. 29 oct 2009;29.
40. Beer D, Gravier B. La médecine générale en milieu de détention. Rev Médicale Suisse. 2006;2(31509):8.
41. Drug use and responses in prison in Luxembourg 2018 | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/luxembourg/drug-use-and-responses-prison_en
42. Arendt V, Biwersi G, Devaux C, Even J, Goedertz H. Rapport d'activité 2016 [Internet]. Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles; 2016 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://sante.public.lu/fr/publications/c/comite-surveillance-sida-2016/index.html>
43. Nations Unies, Office contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
44. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C. Prisons and Health. The Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2014.
45. Gravier B, Elchardus J-M. Rapport d'audit de la médecine pénitentiaire du Grand-Duché du Luxembourg. 2017 juin p. 148.
46. Kubiak SP, Zeoli AM, Essenmacher L, Hanna J. Transitions Between Jail and Community- Based Treatment for Individuals With Co-occurring Disorders. Psychiatr Serv. 2011;62(6):679-81.
47. Le gouvernement luxembourgeois. L' Administration pénitentiaire [Internet]. 2018 [cité 13 août 2018]. Disponible sur: <https://ap.gouvernement.lu/fr/administration.html>

48. Nie mehr zurück ins Gefängnis [Internet]. Journal Lëtzebuenger. [cité 13 août 2018]. Disponible sur: <http://www.journal.lu/top-navigation/article/nie-mehr-zurueck-ins-gefaengnis/?L=0&cHash=bffecf20cc6e8be2808bc9c465bb04b0>
49. Origer A, Lopes Da Costa S, Diederich C, Schram S, Ledien J. Rapport 2017 sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg (RELIS) [Internet]. Luxembourg Institute of Health - Point Focal Luxembourgeois (pFN) de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT); 2017 [cité 7 août 2018] p. 178. Disponible sur: <http://www.statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2017/12/20171222/RapportRELIS2016.pdf>
50. Rapport d'activité 2017 du Ministère de la Justice [Internet]. Ministère de la Justice du Grand-Duché de Luxembourg; 2018 févr [cité 13 août 2018] p. 477. Disponible sur: http://mj.public.lu/chiffres_cles/rapport_activite2017.pdf
51. Centre pénitentiaire de Luxembourg [Internet]. 2017 [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <https://ap.gouvernement.lu/fr/centres-penitentiaires/centre-penitentiaire-luxembourg.html>
52. Centre socio-éducatif de l'État [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.men.public.lu/fr/acteurs/csee/index.html>
53. Le Centre de rétention [Internet]. 2017 [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://cr.gouvernement.lu/fr/service.html>
54. Programme Tox en milieu pénitentiaire – Rehaklinik [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: <https://www.rehaklinik.lu/addictologie/programme-tox/>
55. Géographie du Luxembourg. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=G%C3%A9ographie_du_Luxembourg&oldid=148206101

56. Google Maps [Internet]. Google Maps. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://www.google.lu/maps/dir/Esch-sur-Alzette/Luxembourg+Ville/@49.5533769,5.9915403,12z/data=!3m1!4b1!4m14!4m13!1m5!1m1!1s0x4795351c6ea596c9:0x1932d64898d8b067!2m2!1d5.9860925!2d49.5008805!1m5!1m1!1s0x479548cd9df32c57:0x400d1d6d1056d10!2m2!1d6.1319346!2d49.611621!3e0?hl=fr&authuser=0>
57. Frizon C, Kiremidjian T, Meyer E, Monceret F, Parra B, Ponton C, et al. « Garantir la continuité des soins à la sortie de prison. » L'exemple de la prise en charge des addictions. École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) - Module interprofessionnel de santé publique - Groupe n°19; 2011.
58. Wang EA, Aminawung JA, Ferguson W, Trestman R, Wagner EH, Bova C. A Tool for Tracking and Assessing Chronic Illness Care in Prison (ACIC-P). *J Correct Health Care*. oct 2014;20(4):313-33.
59. Feron JM. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health*. 1 août 2005;59(8):651-5.
60. Plan d'action national VIH 2018-2022 [Internet]. Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg; 2017 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-sida-2018-2022/plan-action-national-sida-2018-2022.pdf>
61. Kinner SA, Streitberg L, Butler T, Levy M. Prisoner and ex-prisoner health - Improving access to primary care. *Aust Fam Physician*. juill 2012;41(7):535-7.
62. Elger B. Prison medicine, public health policy and ethics: the Geneva experience. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 7 nov 2011 [cité 17 août 2018]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13273>

63. Amouyal M, Lognos B, Lermoyer J, Bourrel G, Jourdan J, Oude Engeberink A. Pertinence du stage en milieu pénitentiaire à partir du vécu des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2014;26(3):331.
64. Wang EA, Hong CS, Shavit S, Sanders R, Kessell E, Kushel MB. Engaging Individuals Recently Released From Prison Into Primary Care: A Randomized Trial. *Am J Public Health*. sept 2012;102(9):e22-9.
65. Howerton A, Byng R, Campbell J, Hess D, Owens C, Aitken P. Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ*. 10 févr 2007;334(7588):303.
66. Wang EA, Wang Y, Krumholz HM. A High Risk of Hospitalization Following Release From Correctional Facilities in Medicare Beneficiaries: A Retrospective Matched Cohort Study, 2002 to 2010. *JAMA Intern Med*. 23 sept 2013;173(17):1621.
67. Vail WL, Niyogi A, Henderson N, Wennerstrom A. Bringing it all back home: Understanding the medical difficulties encountered by newly released prisoners in New Orleans, Louisiana - a qualitative study. *Health Soc Care Community*. juill 2017;25(4):1448-58.
68. Thomas P. De la prise en charge du toxicomane en détention et du suivi à sa libération [Internet]. Université Paris VIII - DEA droit de la santé, médical et médico-social - Master 2 recherche; 2006 [cité 10 août 2017]. Disponible sur: <http://www.memoireonline.com/03/08/979/prise-en-charge-detention-toxicomane-suivi-liberation.html>
69. Fox AD, Anderson MR, Bartlett G, Valverde J, Starrels JL, Cunningham CO. Health Outcomes and Retention in Care Following Release from Prison for Patients of an Urban Post-incarceration Transitions Clinic. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(3):1139-52.

70. Richie BE. Reintegrating women leaving jail into urban communities: a description of a model program. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 1 juin 2001;78(2):290-303.
71. Matheson FI, Doherty S, Grant BA. Community-Based Aftercare and Return to Custody in a National Sample of Substance-Abusing Women Offenders. *Am J Public Health.* juin 2011;101(6):1126-32.
72. Transitions Clinic [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://transitionsclinic.org/>
73. Morse DS, Wilson JL, McMahon JM, Dozier AM, Quiroz A, Cerulli C. Does a Primary Health Clinic for Formerly Incarcerated Women Increase Linkage to Care? *Womens Health Issues.* juill 2017;27(4):499-508.
74. Vigilante KC, Flynn MM, Affleck PC, Stunkle JC, Merriman NA, Flanigan TP, et al. Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care, peer counseling, and discharge planning. *J Womens Health.* avr 1999;8(3):409-15.
75. Ministère de la Sécurité Sociale. Article 19bis du Code de la Sécurité Sociale - Livre I [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.secu.lu/assurance-maladie/livre-i/chapitre-ii-objet-de-lassurance/prestations-de-soins-de-sante/art-19bis/>
76. DSP - Dossier de Soins Partagé - Luxembourg [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.esante.lu/portal/fr/espace-professionnel/my-dsp,140.html>
77. Djian CA. Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes : enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens. Université Picardie Jules Verne - Faculté de Médecine d'Amiens; 2015.
78. Jugend- an Drogenhëllef» Fondation [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <http://jdh.lu/>
79. Services spécialisés dans le domaine des drogues et des toxicomanes - Édition 2017. Centre de Prévention des Toxicomanes (CePT); 2017.

80. ARCUS asbl – am Déngscht vu Kanner, Jugend a Famill [Internet]. [cité 10 sept 2018].
Disponible sur: <https://www.arcus.lu/index.php>
81. Comité national de défense sociale [Internet]. CNDS. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.cnds.lu/>
82. Rapport d'activités 2017. Comité National de Défense Sociale; 2017.
83. Croix-Rouge luxembourgeoise [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.croix-rouge.lu/>
84. Stëmm vun der Strooss. Immo Stëmm [Internet]. [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <http://stemm.lu/immo-stemm/>
85. Luxembourg C. Avoir un toit / Besoin d'aide - Caritas Luxembourg [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.caritas.lu/Besoin-d%27aide/Avoir-un-toit>
86. Accueil [Internet]. Liewen Dobaussen. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.liewen-dobaussen.lu/fr/accueil.html>
87. Info Prison II - Projets et Publications Asbl, Luxembourg - Edition : Editus [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.editus.lu/fr/info-prison-ii-projets-et-publications-asbl-luxembourg-1744617>
88. Rapport d'activités 2017. Centre de Prévention des Toxicomanes (CePT); 2017.
89. Chalmeton H. Les sortants de prison : une population fragile et menaçante. Fabr Popul Problématiques Par Polit Publiques. juin 2007;Colloque international-Atelier 1-Catégories, discours, savoirs:13.
90. LJ. Ein Neustart. Lëtzebuerger J. 15 mars 2018;2.
91. Kinner SA, Alati R, Longo M, Spittal MJ, Boyle FM, Williams GM, et al. Low-intensity case management increases contact with primary care in recently released prisoners: a single-blinded, multisite, randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. juill 2016;70(7):683-8.

92. van den Berg JJ, Bock BC, Roberts MB, Parker DR, Martin RA, Stein LAR, et al. Goals and Plans of Incarcerated Men Postrelease. *J Correct Health Care*. avr 2016;22(2):146-56.
93. Blank Wilson A. How People With Serious Mental Illness Seek Help After Leaving Jail. *Qual Health Res*. déc 2013;23(12):1575-90.
94. Butzin C, Martin S, Inciardi J. Treatment during transition from prison to community and subsequent illicit drug use. *J Subst Abuse Treat*. juin 2005;28(4):351-8.
95. Plan d'action national de lutte contre les hépatites au Grand-Duché de Luxembourg 2018 - 2022 [Internet]. Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg; 2018 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-hepatites-2018-2022/plan-action-hepatites-2018-2022.pdf>
96. Assurance maladie volontaire [Internet]. [cité 10 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ccss.lu/volontaires/maladie/>
97. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
98. Tiers Payant Social [Internet]. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/medecins/tiers-payant-social.html>
99. Carroll M, Spittal MJ, Kemp-Casey AR, Lennox NG, Preen DB, Sutherland G, et al. High rates of general practice attendance by former prisoners: a prospective cohort study. *Med J Aust*. 17 juill 2017;207(2):75-80.
100. Les Niches » Jugend- an Drogenhëllef [Internet]. [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <http://jdh.lu/les-niches/?lang=fr>
101. Schmit G. Évaluation des besoins de la population-cible des futures « Maisons de transition ». Caritas Luxembourg. 2018;

102. Association Le Mail | L'association Le Mail a pour mission la prise en charge des toxicomanes, la réduction des risques liés à l'usage des drogues, la prévention des toxicomanies. [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assoc-lemail.net/>
103. En Finlande, un toit pour tous [Internet]. Libération.fr. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/planete/2018/02/14/en-finlande-un-toit-pour-tous_1629812
104. Stratégie nationale contre le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement 2013-2020 [Internet]. Ministère de la Famille et de l'intégration; 2013 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://mfamigr.gouvernement.lu/fr/publications/rapport-etude-analyse/minist-famille-integration-grande-region/strategie-nationale-sans-abrisme-exclusion-logement-2013-2020.html>
105. Luxembourg Institute of Health. Luxembourg Drug Report 2018 [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2018 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8898/luxembourg-cdr-2018-with-numbers.pdf>
106. Loi du 24 mai 2018 sur les conditions d'hygiène et de salubrité relatives à la pratique des techniques de tatouage par effraction cutanée, du perçage, du branding, cutting, ainsi que du bronzage UV. J Off Grand-duché Luxemb. 31 mai 2018;Mémorial(A442):6.
107. Michel L, Carrieri MP, Wodak A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. Harm Reduct J. 2008;5(1):17.
108. AFP. Luxembourg: derrière la prospérité, la salle de shoot [Internet]. Wort.lu. 2018 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.wort.lu/fr/luxembourg/luxembourg-derriere-la-prosperite-la-salle-de-shoot-5aeff4bec1097cee25b88dc5>
109. Kessler S. Mir brauche méi Drogenkonsumraim [Internet]. radio 100,7. 2018 [cité 10 août 2018]. Disponible sur: <https://www.100komma7.lu/article/aktualiteit/raoul-schaaf-cnds>

110. Marsden J, Stillwell G, Jones H, Cooper A, Eastwood B, Farrell M, et al. Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England: Prison-based OST and mortality after release. *Addiction*. août 2017;112(8):1408-18.
111. KEEN J, ROWSE G, MATHERS N, CAMPBELL M, SEIVEWRIGHT N. Can methadone maintenance for heroin- dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? *Br J Gen Pract*. janv 2000;50:48-9.
112. Règlement grand-ducal du 1er mars 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution. *J Off Grand-duché Luxemb*. 25 mars 2016;Memorial(A49):926-7.
113. Drogues : vers des traitements de substitution plus adaptés [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.aides.org/actualite/drogues-vers-des-traitements-de-substitution-plus-adaptes>
114. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
115. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*. avr 2010;108(1-2):65-9.
116. Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*. 1 sept 2010;105(9):1545-54.
117. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison - a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*. 11 janv 2007;356(2):157-65.
118. van Dooren K, Kinner SA, Forsyth S. Risk of death for young ex-prisoners in the year following release from adult prison. *Aust N Z J Public Health*. août 2013;37(4):377-82.

119. Stöver H, Horsburgh K, Erkebaeva A. My First 48hrs Out - Comprehensive Approaches to Pre and Post Prison Release Interventions for Drug Users in the Criminal Justice System [Internet]. Frankfurt University of Applied Sciences - Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main; 2018 [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: <https://harmreduction.eu/projects/my1st48h>
120. Abuse NI on D. Opioid Overdose Crisis [Internet]. 2018 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis>
121. Wise J. Take-home message: improve naloxone supply. *BMJ*. 22 déc 2017;j5874.
122. HarmReduction.eu - Data, knowledge and e-learning hub on Harm Reduction in Prison Settings [Internet]. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <https://harmreduction.eu/>
123. Loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants. Ministère Justice. 25 déc 1953;11535-6.
124. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
125. Loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. - Legilux [Internet]. [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/1973/02/19/n1/jo>
126. Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie. *J Off Grand-duché Luxemb.* 17 mai 2001;Memorial(A61):1180-2.
127. Ferreira S. Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? *The Guardian* [Internet]. 5 déc 2017 [cité 9 sept 2018]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>

128. Du cannabis à l'héroïne, comment le Portugal a dépénalisé toutes les drogues | VICE News | French [Internet]. Vice News. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://news.vice.com/fr/article/du-cannabis-lheroine-comment-le-portugal-a-depnalise-toutes-les-drogues>
129. Bradford AC, Bradford WD, Abraham A, Bagwell Adams G. Association Between US State Medical Cannabis Laws and Opioid Prescribing in the Medicare Part D Population. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2018;178(5):667.
130. Wen H, Hockenberry JM. Association of Medical and Adult-Use Marijuana Laws With Opioid Prescribing for Medicaid Enrollees. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2018;178(5):673.
131. Aux Etats-Unis, la légalisation du cannabis a fait baisser la criminalité [Internet]. France Inter. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/les-histoires-du-monde/les-histoires-du-monde-15-janvier-2018>
132. Lues awer sécher: Kanada um gudde Wee de rekreative Cannabis ze legaliséieren [Internet]. MOIEN.LU. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://moyen.lu/kanada-rekreative-cannabis/>
133. Trois projets de loi importants en matière de sante votés à la Chambre des députés: [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2018/06/cannabis-medical/index.html>
134. Alexandra Parachini. Légalisation du cannabis au Luxembourg: le débat est relancé [Internet]. Le Quotidien. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.lequotidien.lu/politique-et-societe/legalisation-du-cannabis-le-debat-est-relance/>
135. Gamelon H. Luxembourg : une boutique de cannabis «CBD» ouvre en Ville [Internet]. Le Quotidien. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.lequotidien.lu/luxembourg/luxembourg-une-boutique-de-cannabis-cbd-ouvre-en-ville/>

136. Skeem JL, Manchak S, Montoya L. Comparing Public Safety Outcomes for Traditional Probation vs Specialty Mental Health Probation. *JAMA Psychiatry*. 1 sept 2017;74(9):942.
137. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 1^{re} éd. De Boeck Supérieur; 2016. 149 p.
138. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin - Collection U; 2016. 329 p.
139. Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Fam Pract*. 1 oct 2002;19(5):557-62.
140. Régnier J-C. L'enquête par entretien et quelques biais possibles [Internet]. Méthodes qualitatives 4PAKQLT2 Master 1 de sciences de l'éducation; [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
141. Gouvernement du Canada. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation 2007-06 [Internet]. 2016 [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsres/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Rodrigues BatistaPrénom : Jorge

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Dudelange, le 8 octobre 2018

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : Le passage en prison peut être un gain de chance pour la santé de la population carcérale qui a généralement un faible accès au système de soins. L'élargissement de prison peut devenir une période de vulnérabilité où ce gain potentiellement acquis s'annule si la transition vers la société civile n'est pas anticipée. L'objectif principal était l'identification et l'analyse des facteurs qui favorisent et s'opposent à une pratique de soins primaires chez les patients sortant du milieu carcéral au Luxembourg. L'objectif secondaire était l'élaboration de recommandations à l'égard des principaux résultats en s'appuyant sur une revue de la littérature. **Méthodes :** Une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes et de patients-détenus. Les questions des deux guides d'entretien étaient semblables afin que l'analyse permette une mise en miroir des résultats. Un recueil des caractéristiques sociodémographiques a également été effectué. A l'aide de la transcription des entretiens, une analyse de contenu thématique catégorielle de ces derniers a été réalisée au regard des objectifs. Sur base des *verbatim*, des items ont été formulés et regroupés en dimensions puis en thèmes. **Résultats :** Notre analyse a mis en lumière le manque de relais entre la prison et l'extérieur à chaque étape de la prise en charge médico-psycho-sociale du point de vue des soins et des aides proposées en prison jusqu'à l'élargissement. Des recommandations concernant des améliorations possibles ont pu être proposées, comme la création d'un réseau de médecins généralistes prenant le relais ainsi qu'une véritable coopération avec des organisations prenant en charge des toxicomanes. **Conclusion :** Des réformes concernant les soins en prison devraient être envisagées entre le système de l'élargissement, la création de relais socio-médicaux et des alternatives à l'incarcération, en analogie aux *transitions cliniques* retrouvés aux États-Unis.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés :

soins primaires, prison, soins primaires après la prison, prise en charge médicale en prison, suite de soins primaires après la prison, Luxembourg

Président : Monsieur ANDRES Emmanuel, Professeur**Assesseurs :** Monsieur TABOURING Patrick, Docteur

Madame EVEN Annette, Docteur

Monsieur RAPHAËL Francis, Professeur

Adresse de l'auteur :

2, rue des Chaudronniers L-3583 Dudelange ; jorgerb1988@gmail.com
