



UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

MENTION :

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE**  
**DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE**  
**AVANCEE**

SPECIALITE : Psychiatrie et santé mentale

**Titre du mémoire :**

**PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE MENTION PSYCHIATRIE ET SANTE  
MENTALE EN MILIEU PENITENTIAIRE : DIAGNOSTIC DE PRE-  
IMPLANTATION**

Présenté et soutenu publiquement le 06 juillet 2022 à 18h00

Au Pôle Formation

**Par Vanessa QUETSTROY**

**MEMBRES DU JURY**

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président : Monsieur le  
Professeur Pierre FONTAINE**

**Enseignant infirmier : Madame Catherine BARGIBANT**

**Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Thomas FOVET**

## SOMMAIRE

1. Introduction	p 1 à 8
1.1 La population carcérale	p 1
1.2 Santé en population carcérale	p 1
1.3 Le poids des troubles psychiatriques et du suicide	p 2 et 3
1.4 L'organisation des soins en prison	p 4 et 5
1.5 La qualité des soins et ses dimensions	p 6 et 7
1.6 L'IPA : quelle place dans le dispositif sanitaire en prison ?	p 7 et 8
1.7 Objectifs du mémoire	p 8
2. Méthode	p 8 à 12
2.1 Type d'étude	p 8 et 9
2.2 Population recrutée	p 9
2.3 Description des outils utilisés	p 9 à 12
2.5 Précautions méthodologiques	p 12
3. Résultats	p 12 à 40
3.1. Indicateurs liés à l'offre de soins	p 12 à 22
3.1.1 La population accueillie au sein du DSP	p 12 et 13
3.1.2 Les unités fonctionnelles et leurs personnels	p 13 à 16
3.1.3 Les créneaux et lieux de consultations	p 16 et 17
3.1.4 Les consultations et les actes	p 18 et 19
3.1.5 Données de la télémédecine	p 19
3.1.6 Les extractions médicales	p 20
3.1.7 Les hospitalisation en HDJ	p 20 et 21
3.1.8 Le CATTP	p 22
3.2 Indicateurs liés au parcours de soins	p 22 à 26
3.2.1 Les contraintes liées à l'environnement carcéral	p 22 à 24
3.2.2 La prescription médicamenteuse, le circuit du médicament	p 24 et 25
3.2.5 Les ruptures	p 25 et 26
3.3 Indicateurs liés à l'accessibilité aux soins	p 27 à 29
3.3.1 Les soins en consultations spécialisées	p 27
3.3.2 Les soins en hospitalisation	p 27 et 28
3.3.3 L'organisation des consultations, les procédures	p 28
3.3.3 Les protocoles de soins	p 29
3.3.4 Les examens complémentaires	p 29
3.4 Indicateurs liés à la coordination des soins	p 29 à 32
3.4.1 Le dossier patient	p 29 à 31
3.4.2 La permanence des soins	p 31
3.4.3 Le relais de soins à la sortie	p 31 et 32
3.5 Prévention, dépistage, éducation et promotion de la santé	p 32 à 37
3.5.1 Le dépistage et la vaccination	p 32 et 33
3.5.2 La prévention, la réduction des risques et des dommages	p 33 et 34
3.5.3 Le risque suicidaire	p 34 à 36
3.5.4 Les addictions : prévention et prise en charge	p 36 et 37
3.5.5 L'éducation thérapeutique	p 37
3.6 Synthèse récapitulative de l'audit	p 38 à 40
4 Discussion	p 40 à 49
4.1 Discussion des principaux résultats	p 40 à 46
4.2 Les limites de l'étude	p 46 et 47
Les implications pratiques : stratégies d'implantation d'une IPA	p 47 à 49

CONCLUSION p 49 et 50

Table des abréviations p 51

Table des illustrations p 52

Bibliographie p 53 à 55

Annexe 1 : MAP – La systémique de l’IPA

Annexe 2 : Protocole d’organisation (Document de travail)

Annexe 3 : Guide de consultation IPA (Document de travail)

Annexe 4 : Document de demande de RDV médical

Annexe 5 : Fiche information patient – Consentement éclairé (Document de travail)

## **Remerciements**

Je tiens à remercier l’ensemble des personnes qui m’ont soutenu dans l’écriture de ces pages et tout particulièrement mon mari Ludovic et mes enfants, Eliot et Loukas, qui m’ont activement supporté au long de ces 2 années d’études.

Je remercie également le Docteur Thomas Fovet, qui m’a accompagné, lu, corrigé et fait sourire au décours de cette guidance de mémoire.

Je tiens également à remercier les équipes médicales et paramédicales de l’USMP d’Annœullin et des autres services visités au décours des stages pour les données, les avis, les relectures des travaux ; ainsi que mes collègues de l’UHSA, et cadres qui ont soutenus mon projet de formation.

En dernier lieu, merci à l’ensemble des étudiants de la promotion 2020/2022 qui ont fait preuve d’une cohésion extraordinaire et d’une capacité d’adaptation et d’entraide exceptionnelle.

# **1. Introduction**

Actuellement, plus de 11 millions de personnes sont détenues dans le monde, chiffre en augmentation de 8% par rapport à 2010 (Thailand Institute of Justice, 2021). La prison fait l'objet d'une surpopulation chronique, la densité carcérale variant de 100 à 250% selon les pays. Le Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe préconise de considérer **la santé en milieu pénitentiaire** comme un **problème prioritaire de santé publique** (World Health Organization office for Europe, 2019). La **prise en soins des personnes incarcérées** est donc primordiale et les soins apportés aux personnes détenues doivent être de **qualité équivalente à ceux accessibles à la population générale**.

En France, ces prises en soins dépendent du service public hospitalier depuis la loi du 18 janvier 1994 (Ministère de la Santé, 1994), ce qui a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (Ministère de la Justice, 2009).

## **1.1 La population carcérale**

En France au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il y avait 69 448 personnes écrouées détenues pour 60 749 places opérationnelles réparties dans les 187 établissements pénitentiaires actuellement en fonctionnement. Le taux de détention a dépassé en 2012 la barre symbolique des 100 prisonniers pour 100 000 habitants. La densité carcérale moyenne est de 114,3%, mais atteint 134,7% en maison d'arrêt avec des disparités importantes selon les Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) (Ministère de la Justice, 2022). Les personnes écrouées sont majoritairement des hommes (3,9% de femmes et 1,2 % sont mineurs) dont l'âge moyen est de 34,6 ans.

## **1.2 Santé en population carcérale**

L'état de santé de la **population carcérale** est précaire tant sur le plan psychiatrique que non psychiatrique et il existe une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées, cumulant souvent en amont de l'incarcération des difficultés socio-économiques et sanitaires.

La littérature internationale fait état de prévalences plus élevées pour les troubles psychiatriques et addictions mais également pour les pathologies de type cancers, pathologies cardiovasculaires, pathologies bucco dentaires ou encore maladies infectieuses comme le VIH, l'hépatite B ou la tuberculose (Fazel & Baillargeon, 2011) chez les personnes incarcérées en comparaison à la population générale (Cf. Figure 1).

Des études françaises, évoquent également la prévalence élevée des lésions cutanées, gale, eczéma, allergies, troubles digestifs, des troubles ophtalmologiques, des blessures liées aux agressions, ainsi qu'un taux d'obésité élevé (INVS, 2014).

Des **sous-groupes** en population carcérale **sont notés plus à risques comme les femmes, les mineurs et les sujets âgés**. Le vieillissement progressif de la population carcérale laisse présager une augmentation des pathologies chroniques au sein de cette population car environ une personne détenue sur deux âgée de plus de 60 ans présente un trouble psychiatrique. La situation des personnes détenues âgées est donc extrêmement préoccupante (Fovet et al., 2016).

### 1.3 Le poids des troubles psychiatriques et du suicide

En ce qui concerne **la prévalence des troubles psychiatriques en détention**, elle est **largement supérieure à celle retrouvée en population générale** (Fovet, Plancke, & Thomas, 2018).

Tous les troubles sont représentés et un détenu sur sept souffrirait d'un trouble psychiatrique (voir Tableau 1). En effet, l'environnement carcéral, de par sa richesse en événements stressants, associé à la précarité socioéconomique, et à l'accès limité aux soins médicaux, peut précipiter la survenue de troubles psychiatriques.

De plus, les comorbidités addictives sont fréquentes : dépendance au cannabis, à l'alcool, aux médicaments, à l'héroïne, ou encore à la cocaïne (Fovet, Plancke, et al., 2020).

Tableau 1 : Prévalence des troubles psychiatriques évaluée avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) à l'entrée (Fovet, Plancke, et al., 2020) et en cours d'incarcération (Falissard et al., 2006)

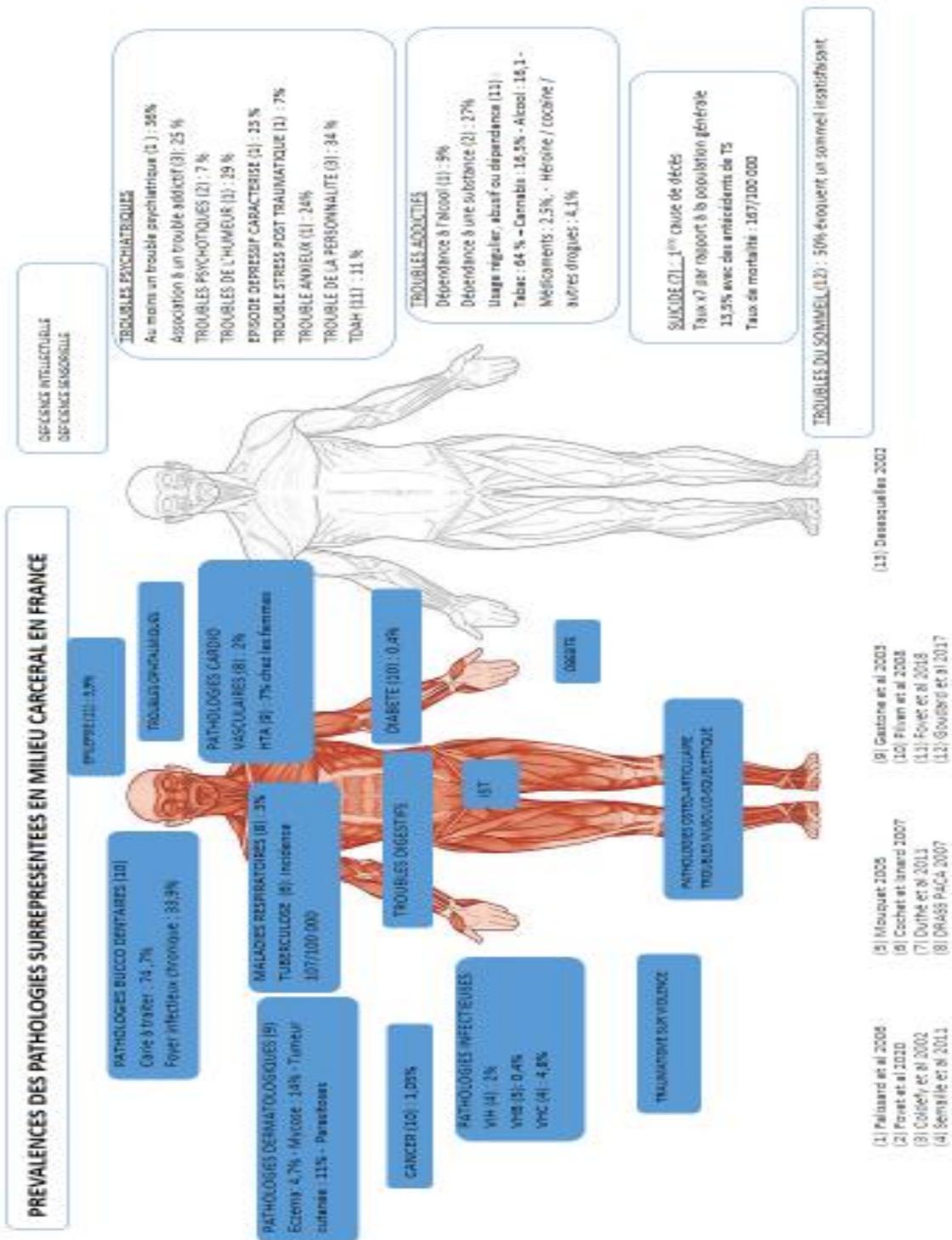
	Fovet et al. 2020	Falissard et al. 2006
	8 maisons d'arrêt (n=622)	20 établissements pénitentiaires (n=799)
	Prévalence (IC 95%)	Prévalence en % (IC 95%)
Troubles de l'humeur	31% (28-35)	29% (26-32)
<i>Dont épisode dépressif caractérisé</i>	27% (24-31)	23% (20-26)
Troubles anxieux	44% (41-48)	24% (21-27)
Troubles de stress post-traumatique	5% (3-7)	7% (5-8)
Dépendance à l'alcool	24% (20-27)	9% (7-11)
Dépendance à une substance	27% (23-30)	9% (7-11)
Troubles psychotiques	7% (5-9)	17% (15-20)

Parallèlement, près d'un décès sur deux survient à la suite d'un geste suicidaire dans les prisons françaises. Le mode de passage à l'acte le plus répandu reste la pendaison (plus de 90%), devant l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie et la défenestration.

Le **taux de suicide** est 7 fois plus important en milieu carcéral par rapport à la population générale, ce qui est particulièrement élevé par rapport aux autres pays (Fovet, Eck, Touitou, & Bodon-Bruzel, 2020). Le nombre de suicide annuel est passé de 39 en 1980, à plus de 100 suicides à partir de 1993, le chiffre se stabilisant autour de 115 depuis la fin des années 1990.

Dans les prisons françaises, 2470 comportements auto-agressifs non mortels ont été recensés en 2018 par l'administration pénitentiaire. Cependant, dans la pratique professionnelle, il semble que ce type de geste soit plus courant. Plusieurs études internationales ont aussi pu montrer la surreprésentation des antécédents de tentatives de suicide et d'idées suicidaires chez les personnes incarcérées par rapport à la population générale. Le suicide constitue donc l'une des principales préoccupations pour les professionnels soignants exerçant en milieu carcéral.

Figure 1 : Prévalences des pathologies surreprésentées en milieu carcéral par rapport à la population générale en France.



#### **1.4 L'organisation des soins en prison**

Actuellement, c'est le Ministère de la Santé par le biais de la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS), les Agences régionales de santé (ARS) et les établissements hospitaliers qui assure l'offre de soins dans le respect du secret médical, et participe financièrement aux soins somatiques par les missions d'intérêt générales et la tarification à l'acte et aux soins psychiatriques par la dotation annuelle de fonctionnement.

Le Ministère de la Justice par le biais des DISP, assure les missions de déplacements, d'escortes, de garde statique et de sécurisation, et participe financièrement aux soins somatiques par le ticket modérateur et le forfait journalier.

Les soins en milieu pénitentiaire sont organisés en 3 niveaux (Halley des fontaine, 2018).

**Le niveau 1** est réalisé au sein des Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et regroupe des soins ambulatoires sous la forme de consultations, prestations et actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

Les deux dispositifs ont des missions communes telles que :

- Les actions d'éducation pour la santé et la réduction des risques et des dommages (RDRD) ;
- Les actions de prévention primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations...) ; secondaire (dépistages) ou tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient) ;
- La coordination des actions de dépistage ;
- L'élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel relatif à l'éducation/la promotion de la santé, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire, le service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les autres partenaires ;
- La continuité des soins à la libération ;
- La prise en charge des personnes présentant une ou des conduites addictives.

Le DSS assure l'ensemble des consultations de médecine générale et autres spécialités, dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prescription de prothèses par exemple). Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention.

Le DSP assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe en ce qui concerne la psychiatrie.

**Le niveau 2** regroupe les soins nécessitant une prise en charge (PEC) à temps partiel en hôpital de jour en chambres sécurisées au sein de l'établissement hospitalier de rattachement pour le somatique. La PEC permet au patient de disposer dans la journée de soins et/ou d'examen polyvalents, individualisés, intensifs. Ils peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie, etc.), ou de « séances » (traitements de chimiothérapie, dialyse, etc.).

La personne détenue est hospitalisée dans les services ou en chambre sécurisée avec garde statique des forces de l'ordre. Elle devra se rendre sous escorte et surveillance vers l'hôpital. Ces transferts sont complexes à organiser, et nécessitent la coordination de 3 administrations

différentes (établissement pénitentiaire, hôpital et force de l'ordre). Ils sont coûteux en temps et en personnel, et les hôpitaux d'accueil sont souvent réticents à accueillir des personnes détenues en consultation.

En revanche, les soins psychiatriques de niveau 2 sont réalisés principalement au sein des USMP porteuses de services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Ces unités de soins assurent la prévention, le diagnostic et les soins des troubles psychiques. Ils assurent une mission régionale de coordination et d'information auprès des unités sanitaires des autres lieux de détention de la région. Les SMPR incluent une activité d'hospitalisation de jour (HDJ) organisée au sein de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire de référence au niveau régional. La personne détenue est alors transférée de son lieu de détention pour une PEC au sein de l'HDJ de la région.

**Le niveau 3** regroupe les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Les soins somatiques sont réalisés en chambres sécurisées des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) – et établissement public de santé national de Fresnes.

Le schéma national d'hospitalisation, défini sept UHSI, implantées en Centre hospitalier Universitaire (CHU), destinées à concentrer l'ensemble des hospitalisations des personnes détenues, en dehors des situations d'urgence.

Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) et les établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des soins sans consentement au titre de l'article L3214-1 du Code de santé public, ou au sein des Unités pour malades difficiles, lorsque les critères cliniques le justifient.

Selon l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 (IGAS / IGSJ, 2015), les effectifs de soignants n'ont pas suivi l'évolution du nombre de personnes détenues et surtout de nombreux postes restent vacants. Pourtant budgétés, beaucoup de postes ne sont pas pourvus selon le dernier bilan de 2015:

- 22% des postes de spécialistes – On compte moins d'un équivalent temps plein (ETP) de spécialiste pour 1000 personnes détenues
- 15,5% des postes de psychiatres – On compte en moyenne 3,5 ETP de psychiatres et 5 ETP de psychologues pour 1000 personnes détenues
- Moins de 2 ETP de dentistes pour 1000 personnes détenues

Plus localement, dans les Hauts de France, en 2016, 40 % de postes de psychiatres étaient non pourvus (Fovet et al., 2018).

L'assemblée Nationale, à propos du budget 2020 en prison, parle d'une « pénurie générale de psychiatres », les conséquences sont majeures sur les délais d'attente qui peuvent aller jusqu'à 8 mois pour entamer un suivi avec un psychologue par exemple (Observatoire International des prisons, 2021).

On peut sans conteste conclure ici qu'il existe une perte de chance pour l'accès aux soins des patients incarcérés, ce qui nous amène au lien entre le système de soins et la qualité des soins.

### **1.5 La qualité des soins et ses dimensions**

**La qualité des soins** est définie par l'OMS comme « *la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* » (Santé publique France, 2013). Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis, qui précise que la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (Letaief & Mhamdi, 2013).

La qualité des soins comprend plusieurs dimensions qui seront utilisées dans la création des outils de diagnostic de l'USMP du Centre pénitentiaire (CP) de Lille-Annœullin (Or & Com-Ruelle, 2008) :

- **L'efficacité** est définie comme la capacité du système à réaliser des résultats de soins souhaitables. Les indicateurs utilisés pour la mesurer relèvent du taux d'incidence, taux de mortalité, de mortalité précoce, le taux de survie après un diagnostic, les taux de dépistage ou de vaccination.
- **La pertinence** est définie comme les soins fournis correspondant aux besoins cliniques et basés sur les recommandations médicales solides. Il est à noter que dans les soins psychiatriques, la France manque d'indicateurs.
- **L'accessibilité** repose sur la notion d'équité et est représentée par la facilité avec laquelle on accède au bon service au bon moment. Elle englobe les notions géographiques, financières, temporelles et nécessite des infrastructures et une logistique adéquate. Elle exige une disponibilité des professionnels de santé et la notion de distribution équitable des soins entre différents groupes de population indépendamment de leur race, sexe, ressources et lieu de vie. Les indicateurs les plus utilisés sont les délais d'attentes, les ratios de professionnels par habitants, les délais d'accès, etc.
- **L'efficience** consiste en l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir des bénéfices ou résultats les meilleurs pour le patient. On utilise ici les niveaux de ressources financières, humaines et matérielles, la disponibilité des ressources, la part des ressources financières attribuées à la santé.
- **La réactivité** renvoie aux notions de respect du patient, de dignité, de confidentialité, de participation aux choix de la part du patient. Elle est basée sur des indicateurs de temps accordée au patient, des éléments d'écoute, d'empathie, de feed-back du patient, de compréhension des informations médicales par le patient.
- **La continuité** des soins renvoie à la coordination des soins dans le temps et à travers différents professionnels et établissements pour un même utilisateur. Elle intègre la notion de curatif, préventif et de réhabilitation.

- **La sécurité** des soins repose sur le principe de ne pas nuire ou causer de dommages, en évitant les événements indésirables provenant du processus de soins ou des soins eux même.

Amory Codman exprimait que les « hôpitaux, s'ils souhaitent s'améliorer, doivent mesurer ce que sont leurs résultats, doivent analyser leurs résultats pour identifier leurs points forts et leurs points faibles, doivent comparer leurs résultats à ceux d'autres hôpitaux et doivent faire bon accueil à la publicité, non seulement de leurs succès, mais aussi de leurs erreurs ». Pourtant, à ma connaissance, aucune analyse de l'activité d'une USMP n'a jusqu'alors été publiée sous la forme d'analyse de pratique professionnelle. Ce type d'évaluation des pratiques professionnelles pourrait permettre d'envisager des pistes d'amélioration de la qualité des soins apportés à la personne détenue.

### **1.6 L'IPA : quelle place dans le dispositif sanitaire en prison ?**

La pratique avancée, désormais reconnue en France par un Grade Master est une évolution de la profession infirmière très récente. En effet la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Ministère des affaires sociales et des droits de la femme, 2016), prévoit l'élargissement des compétences de l'infirmière (IDE) et débouche sur une filière intermédiaire placée à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. En effet la pratique avancée, récente évolution de carrière, consiste en un élargissement de la compétence IDE, à la lisière de la pratique médicale, autour des 6 compétences suivantes établies par *l'Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018* (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019) *relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée* :

- *Compétence 1* : évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
- *Compétence 2* : définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
- *Compétence 3* : concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- *Compétence 4* : organiser les parcours de soins et de santé de patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
- *Compétence 5* : mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
- *Compétence 6* : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

L'ajout d'un rouage dans le système de soins doit contribuer à répondre aux enjeux de santé en pleine mutation, tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des besoins en santé, la démographie médicale. Dans la pratique avancée, tout est à construire. C'est l'opportunité de créer une organisation de soins pensée autrement, une continuité entre sanitaire, social, médico-sociale (Annexe 1 : Maps – La systémique de l'IPA).

Les infirmières en pratique avancée (IPA) en poste sont actuellement peu nombreuses dans les soins généraux. Réflexion faite, pourquoi devrait-on innover d'abord en milieu ordinaire ? Pourquoi cette fois, l'innovation ne pourrait-elle pas avoir lieu en milieu pénitentiaire ?

L'IPA doit trouver une place au sein de l'organisation des soins en prison, sans entamer les missions de chacun, et en apportant une plus-value pour la prise en charge du patient. Pourtant, jusqu'à présent, la pratique infirmière en milieu pénitentiaire n'a fait l'objet que de très peu d'études et la recherche en sciences infirmières ne traite pas ou peu des soins dans cet environnement spécifique.

### **1.7 Objectifs du mémoire**

Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche est d'identifier des **stratégies d'amélioration de la qualité des soins au sein des structures de soins aux personnes détenues** du Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et Médecine en milieu pénitentiaire du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Ces stratégies seront mises en évidence en observant les écarts constatés entre les recommandations telles que retrouvées dans le *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* (Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé & DGOS, 2019) et les pratiques actuelles.

In fine, **l'implantation d'une IPA mention psychiatrie et santé mentale** au sein de l'USMP du CP de Lille-Annœullin et la définition de ses principales missions pourraient s'appuyer sur les pistes d'optimisation ainsi dégagées.

## **2. Méthode**

### **2.1 Type d'étude**

Cette **étude mono centrique** de terrain a été menée au sein de l'USMP du CP de Lille-Annœullin.

La méthodologie de ce mémoire s'articule autour de 2 axes : 1/ **un temps d'observation** et 2/ **un temps de comparaison au référentiel** du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (GM)*. Ce guide émis conjointement par le Ministère de la justice et le Ministère des solidarités et de la santé, contient 450 pages, divisés en 7 livres intitulés :

- Livre 1 : Structure institutionnelle chargée de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous mains de justice
- Livre 2 : Réglementation et droit applicables à la prise en charge sanitaire des personnes détenues
- Livre 3 : Organisation du dispositif sanitaire
- Livre 4 : Organisation des prises en charge spécifiques
- Livre 5 : Permission de sortie et aménagement de peine pour raisons médicales
- Livre 6 : Organisation de l'éducation et de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire
- Livre 7 : Droits sociaux et financement des soins

**Le temps d'observation** globale de l'USMP du CP de Lille-Annœullin, a été préparé selon une grille de lecture couplant les recommandations du guide méthodologique et les dimensions de la qualité des soins. Cette grille comprend 5 paramètres d'investigation :

- L'offre de soins
- Le parcours de soins
- L'accessibilité
- La coordination des soins
- Les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé

Une **comparaison des observations avec les recommandations du *guide méthodologique*** a été effectuée afin d'élaborer le diagnostic de l'USMP du CP de Lille-Annœullin, d'identifier les points sensibles, les carences, et les écarts.

L'analyse a été menée dans un cadre pluri-professionnel dans le domaine de la santé, mais également en lien avec le domaine de la justice car les intrications, les objectifs et les moyens des deux administrations amènent un travail en réseau permanent.

## **2.2 Population recrutée**

Cette étude consiste en une évaluation globale de la structure. Elle inclut de fait l'ensemble des personnels hospitaliers, pénitentiaires, ainsi que tout usager arrivant qui entrera dans le système de soins de l'USMP du CP de Lille-Annœullin.

La confidentialité et l'anonymat sont garantis aux professionnels de santé, aux agents pénitentiaires ainsi qu'aux usagers du système de santé interrogés.

## **2.3 Description des outils utilisés**

Les outils ont été créés en fonction des données disponibles dans le but de dresser un diagnostic le plus complet possible (voir tableau 2).

Les indicateurs ont été déclinés à partir des dimensions de la qualité des soins (voir partie 1.5 de l'introduction) et réévalués en cours d'étude. Ils ont été recherchés pour évaluer la performance des fonctions prioritaires du système de l'USMP (Wendt David, 2012) ; et ont permis la création d'une grille récapitulative d'audit.

Il n'a pas été formalisé de grille d'entretien avec les professionnels pour laisser la possibilité à chaque corps de métier d'exprimer les problématiques qui leur semblaient prioritaires autour des thèmes explorés.

La comparaison avec le guide méthodologique (GM) est indiquée sous la forme d'encadré sous chaque partie qui fait l'objet d'un commentaire en termes d'écarts ou de modération.

Tableaux 2 : Déclinaison des outils méthodologiques

<i>Indicateurs de recherche</i>	<i>Indicateurs qualité</i>	<i>Outils</i>	<i>Modes de recueil / Personnes ressources</i>
<b><i>L'offre de soins</i></b>			
Infrastructure de soins et organisation interne sur les 3 niveaux de soins	Efficiences : Ressources géographiques et infrastructurelles	Organigramme du Pôle de psychiatrie Description globale	Recueil de documents existants
Personnels soignants et disponibilités	Efficiences : Ressources RH Accessibilité : Délai d'attente	Tableau ETP Calcul de ratio	Rapport Piramig / cadre administratif (CA) Recueil des délais d'attente / Secrétariats DSS et DSP et professionnels
Nombre de personnes bénéficiaires des soins Besoins en soins	Efficiences : Ressources RH Accessibilité : Ratio soignant / patient Nombre de suivis	Tableau récapitulatif Tri des données Calcul de ratio	Recueil de la liste des patients du DSP (arrivées, libérations, suivis en cours) Rapport Piramig
Activités de soins	Efficiences : Ressources géographiques, temporelles et infrastructurelles Accessibilité : Délai d'attente Ratio	Tableau récapitulatif Calcul de perte de soins Descriptif de l'activité de télémédecine, de l'offre HDJ, de l'offre et du fonctionnement du CATTP	Recueil des bases de données du DSP (secrétariats) Rapport Piramig (CA) Recherche causale Recueil des dires de patients, soignants, surveillants Rapport d'activité de l'HDJ, du CATTP
Temporalité et localisation des soins	Efficiences : Ressources géographiques, temporelles	Tableau récapitulatif des lieux et horaires de consultations	Recueil des plannings de consultations (DSS et DSP) Identification des manques ou difficultés rencontrées Recueil des dires de soignants
<b><i>Le parcours de soins</i></b>			
Inter relations des administrations hospitalières et pénitentiaires	Continuité : Coordination entre professionnels et administrations Réactivité : Droit du patient Confidentialité	Descriptif des interactions Identification des dysfonctionnements	Observations et recueil des dires des soignants, surveillants
La prescription et le circuit du médicament	Continuité : Coordination entre professionnels Sécurité des soins	Descriptif du fonctionnement et outils	Observations et recueil des dires des soignants

		Identification des dysfonctionnements	
Les protocoles	Continuité : Coordination entre professionnels	Descriptif des protocoles en cours, en projet, inexistant	Observations et recueil des dires des soignants
Les examens complémentaires	Accessibilité : Délais d'accès Continuité : Coordination entre professionnels	Descriptif des examens et des délais	Estimation par les secrétariats Observation et recueil des dires des soignants
Inter relations entre les niveaux de soins	Continuité : Coordination entre professionnels et administrations Réactivité : Droit du patient	Descriptif des interactions Descriptif des systèmes informationnels Schématisation des ruptures	Observations et recueil des dires des soignants Expériences professionnelles antérieures Recherche causale
<b><i>L'accessibilité</i></b>			
Accès aux spécialisations et hospitalisations	Efficiences : Ressources Infrastructurelles Accessibilité : Délai d'attente Equité, Modalité d'information	Descriptif des spécialisations Description des types d'hospitalisations Nb d'hospitalisations extra muros Calcul de delta	Rapport Piramig (CA) Observations et recueil des dires des soignants Expériences professionnelles antérieures
Accès à la consultation	Accessibilité : Délai d'attente Equité Modalité d'accès et d'information	Descriptif procédural	Rapport Piramig (CA) Observations en bâtiment et en zone de soins
<b><i>La coordination des soins</i></b>			
Dossier patient Système d'information	Pertinence : Complétude de l'information Continuité : Coordination entre les professionnels et les établissements	Etude d'un dossier patient	Récupération des dossiers au DSS, DSP, UHSA Dossier informatisé Recherche d'antécédents d'hospitalisations
Relais de soins	Continuité : Coordination entre les professionnels et les établissements Sécurité des soins	Descriptif de parcours	Rapport Piramig (CA) Observations et recueil des paroles des soignants Expérience professionnelle Réunions pluri-professionnelles
Permanence des soins	Sécurité des soins	Descriptif des conduites	

### ***Les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé***

Prévention, dépistage, vaccination	Efficacité : Taux de dépistage, taux de vaccination, taux de traitement Continuité : Coordination entre les professionnels et les établissements	Descriptif des dispositifs CeGIDD et RDRD Descriptif des partenariats extérieurs Descriptif de PEC des addictions Descriptif des programmes ETP	Rapport d'activité CégIDD + observations en consultations médicales et IDE Projet de fonctionnement du CSAPA + observations en consultations Rencontre médecin et IDE unité « Prévention, éducation, Santé »
Risque suicidaire	Efficacité : Nombre de passages à l'acte Taux de décès Sécurité des soins	Descriptif des effectifs et dispositifs Descriptif des modes de passages à l'acte et des conséquences en besoins de soins	Rapport inclusion Vigilans Registre IDE des gestes auto agressif Lecture des rapports de signalement Participation CPU

### **2.5 Précautions méthodologiques**

Ce travail ne se veut pas exhaustif, il sera le reflet de l'organisation de l'USMP du CP de Lille-Annœullin au travers d'une grille de lecture et dans la période limitée aux 10 semaines d'observation (réalisées entre Novembre 2021 et Mars 2022).

Il existe des variables parasites :

- Contexte de pandémie de COVID 19 – Le choix est fait de présenter les données de 2019 et de 2020 lorsqu'elles sont disponibles pour limiter ce biais ;
- Volontariat des professionnels dans les réponses apportées ;
- Impossibilité d'explorer toutes les dimensions.

## **3. Résultats**

### **3.1 Indicateurs liés à l'offre de soins**

#### **3.1.1 La population accueillie au sein du DSP**

Le CP de Lille-Annœullin a une capacité ordinaire de 686 places en cellules individuelles. Cette capacité peut monter jusqu'à 967 avec des doublages en cellules, au-dessus de cette capacité, des matelas au sol doivent être ajoutés.

La détention est organisée en plusieurs quartiers :

- Le quartier arrivant (QA) : Accueil les personnes détenues à leur arrivée en détention, ainsi qu'au retour des transferts pour les jugements. Il dispose de 50 cellules.
- Le quartier d'isolement (QI) : 12 cellules
- Le quartier disciplinaire (QD) : 14 cellules
- Le quartier de prise en charge de la radicalisation (QPR) : 30 cellules
- Les bâtiments
  - A : Accueille principalement des personnes détenues en Maison d'arrêt (MA), en attente de procès ou condamnés à une peine inférieure à 2 ans ;
  - B : Accueille principalement des personnes détenues en MA, en attente de procès ou condamnés à une peine inférieure à 2 ans :

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2022 : 456 places opérationnelles – Densité carcérale 132% (Ministère de la Justice, 2022)
- C : Accueil des personnes détenues de centre de détention (CD), incarcérés pour une peine supérieure à 2 ans :
  - Au 1<sup>er</sup> janvier 2022 : 213 places opérationnelles – Densité carcérale de 94,4% (Ministère de la Justice, 2022)

Les mouvements des personnes détenues sont limités par les règles pénitentiaires, c'est-à-dire que les personnes incarcérées dans des bâtiments différents ne doivent pas se rencontrer. L'ensemble des mouvements sont bloqués en cas d'alarme incendie ou d'alarme sécuritaire. Ils sont également bloqués dès lors qu'une personne détenue du QD, QI ou QPR sort de sa cellule pour un parloir, ou une raison médicale.

Ce fonctionnement impacte très largement l'organisation des créneaux de soins.

Les patients suivis par le DSP et les types de suivis par les professionnels sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Récapitulatif des présents sur la liste de soins du DSP

	2019	2020
<i>TOTAL DES PRESENTS DSP</i>	1867	1050
Nombre de personnes arrivées sur la liste	1296	789
Nombre de libérations	1354	1042
Nombre de personnes suivies par un psychiatre	841 (45%)	508 (48%)
Nombre de personnes suivies par un psychologue	1333 (71%)	805 (76%)
Nombre de personnes suivies par les travailleurs sociaux (Assistante sociale + Educateur)	331 (17%)	169 (16%)
Nombre de personnes suivies par : psychiatre + psychologue	693 (37%)	430 (40%)
Nombre de personnes suivies par : psychiatre + psychologue + travailleur social	277 (14%)	144 (13%)
Nombre de personnes suivies uniquement à l'arrivée	319 (17%)	208 (19%)
Nombre de retours UHSA	69 (3,6%)	50 (4,7%)

### **3.1.2 Les unités fonctionnelles et leurs personnels**

L'USMP du CP de Lille-Annœullin, dont l'organigramme est présenté en figure 2, fait partie du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille dirigé par le Professeur Pierre Thomas, elle a ouvert ses portes en juin 2011. Elle est subdivisée en 2 :

- Le DSP : dispositif de soins psychiatriques
- Le DSS : dispositif de soins somatiques

Les personnels de l'USMP intègrent ces unités de soins de manière volontaire. Ils sont présentés ici par unité de travail, en ETP (tableau 4).

Un ratio soignants / soignés a été calculé pour l'année 2019 (tableau 5).

Figure 2 : Organigramme des unités fonctionnelles de l'USMP du CP de Lille-Annœullin

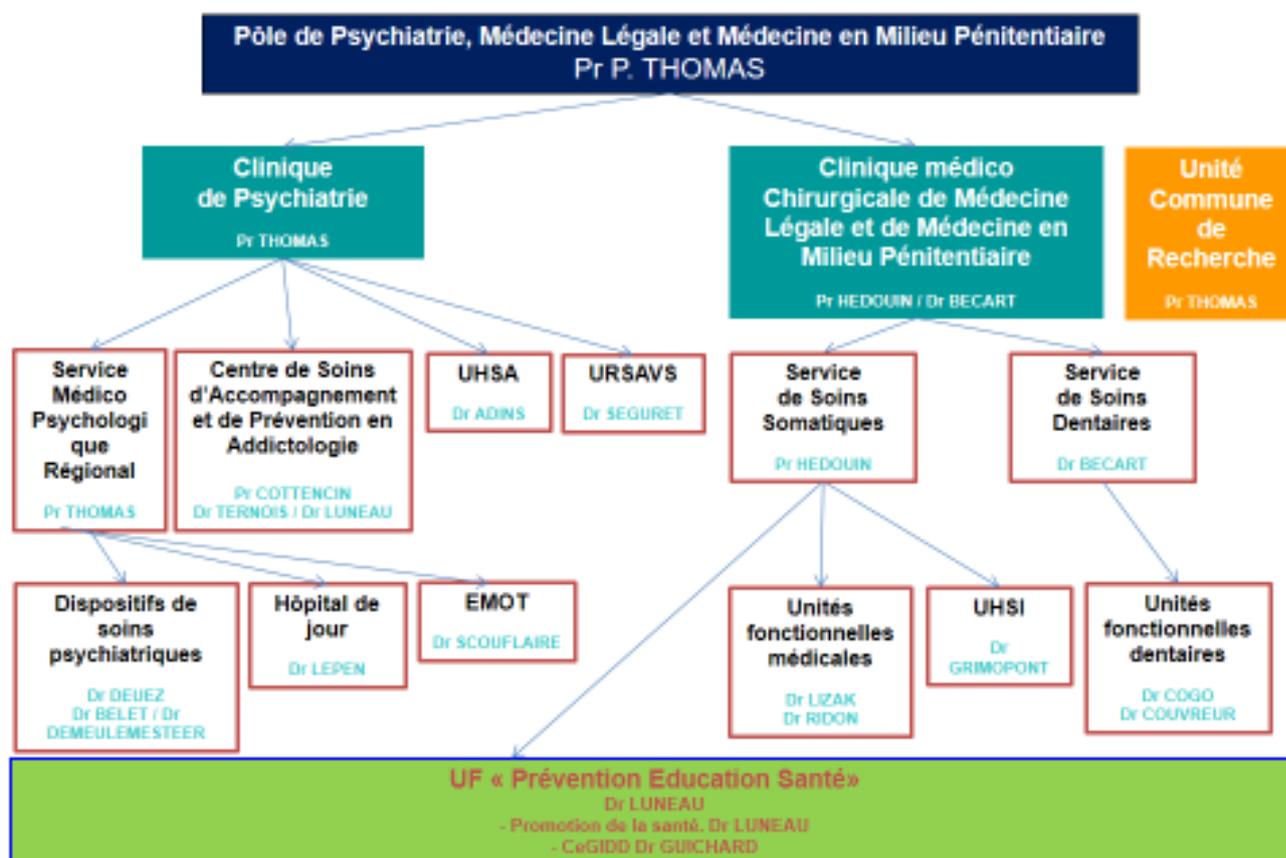


Tableau 4 : Les personnels et les délais d'accès aux soins actuels

UCSA : Unité de consultation ambulatoire	Unité de radiologie (Appartenance hôpital Huriez)
4 Médecins généralistes 2,60 ETP	1 Manipulateur radio 0,7 ETP
11 Infirmiers 10,6 ETP	Lecture par les radiologues de Huriez et Calmette
2 Secrétaires 2 ETP	
1 Pharmacien (Hors site) 0,45 ETP	
3 ASH (Locaux USMP) 3 ETP	
1 Kinésithérapeute (absent) 0,5 ETP	
2 Internes (absents) 2 ETP	
Délai moyen accès médecin généraliste : 1 jour à 1 semaine	
Unité de soins dentaires	Unité « Prévention Education Santé »
2 Chirurgiens-dentistes 1,75 ETP	Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (CéGIDD)
2 Assistantes dentaires 2 ETP	1 Médecin 0,7 ETP
	1 Infirmière 1 ETP
	1 Psychologue 0,1 ETP
	1 Diététicienne 0,8 ETP
	1 Secrétaire 0,2 ETP
Selon les bâtiments	
Délai moyen hors COVID : 2 semaines à 1 mois	

Rez-de-chaussée	DSP : Dispositif de soins psychiatriques		Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie : CSAPA	
	3 Médecins psychiatres	2,6 ETP	1 Médecin psychiatre en transversal	
	2 Internes	0,6 ETP	2 Assistantes sociales 0,75 ETP	
	5 Psychologues	5 ETP	2 Educateurs 1,2 ETP	
	2 Educateurs spécialisés	0,4 ETP	1 Psychologue 1 ETP	
	2 Assistantes sociales	0,75 ETP	1 Interne en réévaluation de TAO 0,10 ETP	
	2 Secrétaires	1,5 ETP	Délai moyen d'accès au psychologue	
	Délai moyen accès aux psychiatres : 1 mois à 4 mois		CSAPA : 1 mois et demi à 2 mois	
	Délai d'accès au psychologue : 15 jours à 6 mois			
1er étage	HDJ : Hospitalisation de jour		CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	
	1 Médecin psychiatre	0,8 ETP	1 Médecin psychiatre en transversal	
	2 internes	1,4 ETP	3 Infirmiers 2,8 ETP	
	12 infirmiers dont 2 dédiés à la TAO	12 ETP	1 psychologue 0,5 ETP	
	2 aides-soignants	2 ETP	Urgence liaison	
	1 psychologue	0,5 ETP	1 médecin en transversal	
	1 secrétaire	0,5 ETP	2 infirmiers 2 ETP	
	1 assistante sociale	0,5 ETP	Personnel administratif	
	Délai d'entrée de 3 à 6 semaines		Cadre de santé 1 ETP	

NB : Les effectifs sont tirés des rapports Piramig 2021, cependant les ETP correspondent aux missions actuelles des soignants (retour des médecins responsables d'unité).

NB : Les délais d'accès varient selon les bâtiments, les périodes de congés, le turn-over des soignants, les arrêts maternités... Le choix a été ici de présenter le délai le plus court et le délai le plus élevé évoqués par les professionnels de santé.

Tableau 5 : Ratio soignants / soignés

Professionnels	Population utilisée pour le calcul (données 2019)	Nb ETP en 2021	Ratio
Psychiatre	Nb de suivis + suivis individuels 841+319 = 1160	2,6 ETP	1/446
Psychiatre + Interne	1160	4,6 ETP	1/252
Médecin généraliste	Population globale = 1867	2,6 + 0,7 ETP	1/565
Médecin G + Interne	1867	2,6 + 0,7 + 2 ETP	1/352
Dentiste	1867	2 ETP	1/933
Psychologue	Nb de suivis = 1333	5 + 1 ETP	1/222
IDE DSS	Population globale = 1867		1/169
IDE DSP	Non calculable (population en ambulatoire, en hospitalisation)		
Travailleurs sociaux	Nb de suivis = 331	0,4+0,75+0,75+1,2+0,5 ETP	1/92

**GM : Livre 3 - Chapitre 3 : personnels et équipement des USMP - p 144****1 - CONSTITUTION DES ÉQUIPES DE SOINS**

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques peut inclure, selon les besoins :

- des personnels médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine;
- des personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie...;
- des personnels non professionnels de santé: personnels administratifs...

L'équipe hospitalière chargée des soins psychiatriques peut inclure selon les besoins :

- des personnels médicaux: psychiatres et étudiants en médecine;
- des personnels non médicaux: personnels infirmiers, ergothérapeutes, psychologues ;
- d'autres personnels non professionnels de santé: personnels socio-éducatifs, personnels administratifs...

**ECART / MODERATION :**

La constitution d'équipe pluri-professionnelle est en adéquation avec les recommandations. Il n'existe aucune recommandation de ratio soignants/soignés.

**3.1.3 Les créneaux et lieux de consultations**

L'USMP dispose d'un bâtiment au sein de la détention appelé « zone centrale (ZC) » ou « zone principale ». Au rez-de-chaussée, se trouvent d'un côté le DSS (UCSA et dentaire) et de l'autre les consultations DSP ; au premier étage se trouvent l'HDJ et le CATTP.

Tableau 6 : Organisation des créneaux de consultations selon les bâtiments et quartiers

<b>CRENEAUX DE CONSULTATIONS DSP</b>						
Lieu	Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
ZC / QI/QD	8h15/9h	Arrivants ou possibilité QI/QD				
ZC	9h20/10h35	BAT B	BAT B	BAT B	BAT A	BAT B
ZC	10h35		BAT A			
ZC	14h/16h20	BAT C	BAT B	BAT A	BAT C	BAT A/B
QI / QD	17h05/17h35	Créneaux d'urgence – Possibilité QI/QD				

<b>CRENEAUX DE CONSULTATIONS DSS</b>						
Lieu	Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
ZC/QI/QD	8h15/9h	Arrivants ou possibilité QI/QD				
ZC	9h20/11h10	BAT B +CeGIDD	BAT A/B	BAT B	BAT A	BAT B +CeGIDD
ZC/QI/QD	11h25/11h50	QI / QD / HDJ				
ZC	13h35/14h	QPR				
ZC	14h/16h20	BAT C	BAT A/B	BAT A	BAT C	BAT A/B
QI / QD	17h05/17h35	Possibilité QI/QD/HDJ				

<b>CRENEAUX DE CONSULTATIONS DSS EN BATIMENT</b>						
Lieu	Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
BAT A	9h20/11h10		Méd G	Interne		
	14h16h20	Interne + CéGIDD	Interne	Méd G	Interne	Méd G
BAT B	9h20/11h10	Méd G	Interne	Méd G	Méd G	Méd G
	14h16h20	Méd G	Méd G	CéGIDD	Méd G	Interne
BAT C	9h20/11h10	Interne	Méd G	Méd G	Méd G	Méd G
	14h16h20	Médg + CéGIDD	Méd G	Interne	Méd G	Méd G

NB : Pas d'interne DSS présent lors de la période de stage

Les consultations au QD et QI, se font directement dans les bâtiments dédiés ou en zone centrale hors de ces créneaux. Les médecins évoquent des difficultés à se rendre au QI, car aucune plage de consultation n'est dédiée, sauf un créneau dit d'urgence de 17h à 18h, ce créneau vient d'être ré identifié en janvier 2022 comme disponible mais reste non utilisé à ce jour. Le QI possède un bureau qui est rarement utilisable faute de surveillant disponible (horaires de repas ou réunions).

En sus, les psychiatres évoquent la fermeture du bureau à clefs lors de la consultation, ce qui pose des problèmes récurrents de sécurité.

Les consultations au QA, hors parcours de consultation arrivant, nécessite un déplacement des psychiatres et médecins généralistes en bâtiment (estimation du temps de déplacement hors consultation : minimum 15 minutes). Pour le DSP, en théorie il devrait pouvoir les convoquer sur le créneau arrivant, cependant les contraintes temporelles ne le permettent pas.

Le QA est doté d'une salle d'entretien utilisable, mais d'aucun matériel de soins ou d'exams somatiques, ni d'accès informatique, donc aucun accès au dossier médical.

Les arrivants qui restaient 5 à 7 jours au QA peuvent actuellement y rester jusqu'à 2 mois faute de place en bâtiment, ce quartier accueille 50 personnes.

**GM : Livre 3 – Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP - p 160 et 161**

**VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES À L'ISOLEMENT**

La liste des personnes présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP. Le médecin visite les personnes détenues au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et chaque fois qu'il l'estime nécessaire. À l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite.

**VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES AU QUARTIER DISCIPLINAIRE**

La liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP. Le médecin visite, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire.

**ECARTS / MODERATIONS :**

- Planning des créneaux de consultations impactant largement l'accessibilité aux soins
- Visites obligatoires par les médecins généralistes, mais pas d'obligation retrouvée pour les psychiatres dans les quartiers potentiellement pourvoyeurs d'exacerbation des troubles (QI / QD) – Le guide n'évoque pas cette problématique.

### 3.1.4 Les consultations et les actes

Tableau 7 : Consultations des professionnels du DSP

<b>CONSULTATIONS DSP ANNOEULLIN ANNEE 2019</b>				<b>ANNEE 2020</b>		
	<b>Convoqués</b>	<b>Absent ou refus</b>	<b>Réalisés</b>	<b>Convoqués</b>	<b>Absent ou refus</b>	<b>Réalisés</b>
Consultations Arrivant psychologue	<b>699</b>	<b>69 (10%)</b>	<b>630</b>	<b>438</b>	<b>23 (5%)</b>	<b>415</b>
Consultations Arrivant psychiatres	<b>492</b>	<b>4 (1%)</b>	<b>488</b>	<b>343</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>343</b>
Consultations médicales	<b>2826</b>	<b>831 (29%)</b>	<b>1995</b>	<b>2470</b>	<b>660 (26%)</b>	<b>1810</b>
Consultations médicales urgences	<b>209</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>209</b>	<b>346</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>346</b>
Consultations psychologues	<b>5183</b>	<b>1317 (25%)</b>	<b>3866</b>	<b>4474</b>	<b>954 (21%)</b>	<b>3520</b>
Consultations psychologues urgences	<b>33</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>2</b>
Entretiens assistants sociaux	<b>389</b>	<b>83 (21%)</b>	<b>306</b>	<b>288</b>	<b>51 (17%)</b>	<b>237</b>
Entretiens éducateurs Spécialisés	<b>426</b>	<b>122 (29%)</b>	<b>304</b>	<b>275</b>	<b>61 (22%)</b>	<b>214</b>
Ateliers CATTP			<b>0</b>	<b>1413</b>	<b>463 (32%)</b>	<b>950</b>
Dispensations TAO				<b>9281</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>9281</b>
IDE Urgences liaison	<b>10528</b>	<b>7 (1%)</b>	<b>10521</b>	<b>667</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>667</b>
Entretiens IDE CATTP	<b>611</b>	<b>14 (2%)</b>	<b>597</b>	<b>429</b>	<b>115 (26%)</b>	<b>314</b>
Démarches IDE Urgences liaison				<b>2903</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>2903</b>

Les causes de non présentation de patients au RDV évoquées par les soignants en 2020 :

- Refus de consultation par le patient (2% en CATTP)
- Travail ou formation (1% en CATTP)
- Permission (1% en CATTP)
- Consultation externe médicale (1% en CATTP)
- Libération
- Cause inconnue (11% en CATTP)
- Problème pénitentiaire (3% en CATTP)
- Patient non amené en zone centrale de soins par le surveillant
- Convocation non reçu par le patient en cellule
- Patient dort, RDV organisé trop tôt
- Impossibilité de lire la convocation (illettrisme, problème de langue)

Les causes de non présentation évoquées oralement par certains patients :

- Non appelé par le surveillant
- En promenade ou parler
- Refus

Les causes possibles d'ordre général :

- Fouille pénitentiaire,
- Blocage de la détention pour agitation,
- Incendie,
- Intervention Eris (équipe d'intervention en situation de crise)

Tableau 8 : Consultations des professionnels du DSS

<i>CONSULTATIONS, UCSA ANNOEULLIN ANNEE 2019</i>			<i>ANNEE 2020</i>	
	Absent ou refus	Réalisés	Absent ou refus	Réalisés
Consultations médicales	2828 (35%)	7902	2167 (34%)	6285
Consultations médicales Arrivants		1029		666
Consultations de suivi		6798		5580
Consultations de sorties		255		204
Consultations de médecine spécialisée		75		9
Consultations dentaires et actes		3582		2223
Actes de kinésithérapie		181		265
Actes IDE en AMI		8193		6559
Actes de télémedecine		16		25

**GM : Livre 3 – Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP - p 154**

Le suivi médical de la personne détenue comporte les consultations suivantes :

- l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté;
- l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire.

**ECARTS / MODERATIONS :**

- Tableau statistique mentionnant moins de consultations « sortant » que de libérations effectives
- Aucune consultation « sortant » effectuée par le DSP malgré leur réalisation effective : absence de cotation possible en « consultation sortant » pour le DSP dans le programme informatique
- Données communes aux consultations des médecins généralistes et dentaires / pas de motif de non présentation retrouvé

**3.1.5 Données de la télémedecine**

La cabine de télémedecine est utilisée dans le cadre de la consultation dermatologique. Son utilisation est en hausse actuellement, et l'utilisation pour d'autres spécialités comme la traumatologie est à l'étude.

**GM : Livre 3 – Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP - p 165**

La mise en place d'un réseau de télémedecine (visioconférence, télé radiologie, télétransmission des résultats, téléconsultation, télé-expertise) permet aux médecins des unités sanitaires de bénéficier de la technicité du plateau technique hospitalier et de l'accès à des avis spécialisés, sans avoir à recourir à des extractions médicales.

**ECART / MODERATION :**

- La télémedecine concerne actuellement uniquement la spécialisation de dermatologie.

### **3.1.6 Les extractions médicales**

Tableau 9 : Extractions médicales (CHR Lille - Piramig, 2020b)

	<i>Demandées</i>	<i>Non réalisées</i>
Extractions en urgences	172	0
Extractions programmées	684	89 (13%)
Extractions pour consultation et examens	544	119 (21.8%)
Hospitalisations	342	100 (34,2%)
Dont UHSI	274	100 (27,4%)
Non réalisé du fait de :		
La personne détenue	161 (52%)	
L'administration pénitentiaire, la police	40 (13%)	
La préfecture	13 (4%)	
L'établissement de santé	96 (31%)	

#### **GM : Livre 3 – Cahier 3 : Organisation des consultations et hospitalisations en dehors de l'USMP - p 170**

Conformément aux dispositions de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique (CSP), l'établissement de santé de rattachement assure l'accès des personnes détenues aux soins (consultations ou examens) qui ne peuvent être réalisés au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP).

#### **ECART / MODERATION :**

- Annulation des extractions médicales pour des raisons d'insuffisance d'escortes ou de priorisation de missions par l'administration pénitentiaire
- Annulations en liens avec l'administration hospitalière sans cause retrouvée

### **3.1.7 Les Hospitalisations en HDJ**

Les Hauts de France bénéficient de 6 466 places de détention (Données DISP). Il existe 2 HDJ : une de 20 places au CP de Lille-Annœullin et une de 7 places au CP d'Amiens qui ne dispose pas d'hébergement soit 27 places pour 6466 personnes détenues.

L'HDJ de Lille-Annœullin dispose de 20 places pour 17 cellules, mais une capacité réelle de fonctionnement de 15 patients. Une cellule est réservée pour les hospitalisations d'une journée, et d'autres cellules sont doubles.

La présence médicale et paramédicale est effective de 8h00 à 18h00. A partir de 18h et la nuit, les patients passent sous régime pénitentiaire et dépendent de la permanence des soins. Les paramédicaux sont présents le week-end. A chaque contact avec un patient, il est nécessaire de demander l'ouverture de la cellule au surveillant.

Les motifs d'hospitalisation sont variés. On retrouve l'évaluation diagnostique et thérapeutique, l'hospitalisation séquentielle, la session addictologie ou autre produit. Les sessions durent 3 semaines et regroupent environ 5 patients.

Le délai d'entrée peut aller de 0 à 6 semaines pour une durée moyenne d'hospitalisation de 3 semaines en session. Le délai de sortie peut atteindre 3 semaines du fait de la faible disponibilité des escortes pénitentiaires.

Les psychiatres identifient un manque d'accès à la consultation par le médecin généraliste pour les patients hospitalisés en HDJ, malgré l'existence d'un créneau de consultation dédié (17h /18h).

Tableau 10 : Les hospitalisations en HDJ

<b>Bilan des hospitalisations en HDJ 2019 et 2020</b>		
<b>Année</b>	TOTAL ANNEE 2019	TOTAL ANNEE 2020
<b>Entrée et sortie</b>		
Nombre d'entrées	271	196
Nombre de sorties	272	201
<b>REFUS</b>	21 (7,7%)	12 (6,1%)

**GM : Livre 3 – Cahier 3 : Organisation des consultations et hospitalisations en dehors de l'USMP - p 171**

L'hospitalisation de jour en psychiatrie se déroule en milieu pénitentiaire, pour permettre au patient d'accéder facilement aux différentes activités et consultations nécessaires. Pendant la durée de l'hospitalisation de jour, le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

L'objectif à atteindre est une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention.

Dans la mesure du possible, le nombre de places en hospitalisation de jour, au sein d'un même établissement pénitentiaire, doit être limité à 20.

**GM : Livre 3 – Cahier 3 : Organisation des consultations et hospitalisations en dehors de l'USMP - p 172**

Sous réserve de son avis favorable et des disponibilités au sein des cellules d'hébergement, il transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire une demande de transfert en vue de soins au sein de l'hôpital de jour et d'une affectation en cellule d'hébergement.

Le transfert est organisé par l'administration pénitentiaire dans les délais les plus brefs.

**GM : Livre 3 – Cahier 3 : Organisation des consultations et hospitalisations en dehors de l'USMP - p 172 RÔLE DES SURVEILLANTS PÉNITENTIAIRES AFFECTÉS AUX CELLULES D'HÉBERGEMENT**

Les cellules d'hébergement sont gérées par l'administration pénitentiaire. Elles font l'objet de la même surveillance que toute autre cellule (jour et nuit). Le jour, cette surveillance est exercée par du personnel pénitentiaire affecté spécifiquement à la structure sanitaire de soins psychiatriques. Dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnels de surveillance tiennent le plus grand compte de la spécificité des malades détenus pris en charge, respectant le caractère médical de ce lieu de soins. Il est souhaitable que ces personnels de surveillance bénéficient d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale, en sus d'une information préalable sur la mission de ce service hospitalier.

**ECARTS / MODERATIONS :**

- 27 places d'hospitalisation de jour disponibles actuellement *versus* un objectif à 65 selon les recommandations (1 pour 100 personnes détenues)
- Formation des surveillants de l'hôpital de jour préconisée mais pas obligatoire. Les surveillants n'identifient pas de formation particulière à cette affectation.

### **3.1.8 Le CATTP**

Les patients sont orientés vers le CATTP par les psychiatres ainsi que par les psychologues. La fiche d'orientation contient un motif, un type d'activité ainsi que des objectifs thérapeutiques. Le CATTP propose les activités suivantes : Ludo thérapie, activités sportives, expression scénique, médiation animale, arts plastiques, expression, cuisine, relaxation, jardin et une activité au QI.

Une liste d'attente est établie en fonction du type d'activité, du bâtiment et de la formation possible de groupes, ainsi qu'une adaptation au statut du patient (travailleur ou en formation). Elle est établie en fonction de la date d'orientation de base, et /ou l'urgence de la demande.

Le patient sera alors reçu en entretien IDE pour personnaliser les objectifs thérapeutiques en vue d'une intégration au groupe. Il sera réévalué en fin de cycle d'activité par la psychologue du CATTP pour ajuster les objectifs et une éventuelle participation ultérieure.

#### **GM: Livre 3 – Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP - p 164**

Afin de renforcer et de diversifier l'offre de soins psychiatriques aux personnes détenues, les USMP peuvent proposer des activités thérapeutiques de groupe, sous la forme de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP); l'activité thérapeutique vient alors en soutien du processus de soins engagés.

ECART / MODERATION : Aucun

## **3.2 Indicateurs liés au parcours de soins**

### **3.2.1 Les contraintes liées à l'environnement carcéral**

#### Relations entre personnels de soin et administration pénitentiaire

L'administration pénitentiaire a nécessairement un regard sur les politiques de santé mises en place dans la détention. On peut prendre les exemples des actions de programme de RDRD : Roule ta paille, préservatifs, matériel stérile, aluminium... dont la mise en place est impossible, compliquée ou limitée.

#### **GM : Livre 1 – Cahier 3 : La coordination des structures Santé Justice - p 30**

La coordination de proximité concerne le fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Cette coordination vise à préciser les modalités de concertation entre les unités de soins somatiques et psychiatriques et les directions des établissements pénitentiaires, sanitaires et éducatifs le cas échéant.

Le troisième niveau traite de l'organisation des actions de promotion de la santé destinées aux personnes détenues. Ces actions nécessitent une coordination entre les équipes de l'USMP et celles de l'administration pénitentiaire, ainsi que des partenaires institutionnels et des intervenants associatifs.

ECART / MODERATION :

- L'engagement dans une politique de santé peut être refusé en raison de divergences entre les 2 administrations. La décision de l'administration pénitentiaire peut être prévalente.

#### Acheminement du patient et du soignant

Le déplacement du patient est soumis à l'ouverture de la cellule et son accompagnement vers le bureau de consultation en bâtiment ou en zone centrale. L'identification de la cause d'une absence en consultation reste difficile : problème dans le déplacement, refus du patient, etc.

Les déplacements des soignants sont chronophages et soumis à l'intervention des surveillants, des commandes de portes ainsi qu'aux effets de sas et aux blocages de mouvements.

### Confidentialité

Les listes de RDV en zone de soins sont données chaque jour aux surveillants gradés de bâtiments et d'étages afin qu'ils puissent permettre le déplacement du patient. Elles contiennent l'identité du patient et le nom du professionnel rencontré. Les distributions de traitements sont accompagnées d'un surveillant, et les patients sous traitements agonistes aux opioïdes (TAO) font l'objet d'un mouvement chaque matin. La confidentialité est ici toute relative.

Des problèmes de partage d'informations sont également évoqués par les médecins et IDE en ce qui concerne la gestion du risque suicidaire, sujet de mésentente fréquent entre administrations pénitentiaires et hospitalières. Lors des CPU (commissions pluridisciplinaires uniques), les surveillants évoquent des données médicales rapportées par la personne détenue (diagnostics médicaux, thérapeutiques en cours, hospitalisations antérieures, addictions, volonté de soins, etc.). Ces données participent à orienter le choix pour la mise en bâtiment notamment.

Certains patients évoquent que les listes de RDV médicaux sont conservées par les équipes pénitentiaires, et interviendraient dans l'attribution de réduction de peines lors des commissions pénitentiaires.

Il n'existe pas d'armoires sécurisées pour la conservation des dossiers patients, problème régulièrement remonté, mais non solutionné.

### **GM : Livre 3 - Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP – p 154**

Chaque jour le secrétariat remet au surveillant de l'unité sanitaire la liste des personnes détenues attendues à l'USMP, au plus tôt, pour le lendemain. Cette liste est remise suffisamment en avance, afin que l'information puisse être transmise au personnel de surveillance affecté en bâtiment. Ces listes ne mentionnent pas le motif de consultation.

### ECARTS / MODERATIONS :

- Motif de consultation non apparent sur les listes de RDV, mais nom du praticien apparent, ce qui limite la notion de confidentialité
- Conservation des dossiers non sécurisée

### Participation du surveillant

Les surveillants ont une mission concernant l'évaluation et la surveillance du risque suicidaire. Ils alertent les équipes de l'USMP en cas de « comportements ou propos inquiétants », par téléphone, puis faxent une fiche de signalement aux IDE d'urgences.

### **GM : Livre 2 - Cahier 1 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 57**

Le décret no 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel précise que ces professionnels peuvent « échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite : 1o des seules

informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de la personne ; 2o du périmètre de leurs missions »

ECART / MODERATION :

- La limite des informations « strictement nécessaires » reste très floue.

**3.2.2 La prescription médicamenteuse, le circuit du médicament**

La prescription

La prescription initiale est effectuée lors du parcours arrivant quand il existait une thérapeutique pré-carcérale ou sur indication immédiate. Elle conserve le biais d'être basée sur le déclaratif du patient (méconnaissance du traitement possible, oubli, tentative de mésusage...).

Les TAO seront primo prescrits après des examens complémentaires (Electrocardiogramme (ECG) et recherche de toxiques urinaires).

Au sein du DSP, les renouvellements de traitements sont effectués lors des consultations. Si le patient ne se présente pas à la consultation, le traitement dit chronique est renouvelé par le praticien. Si les absences aux consultations se cumulent, un courrier de rappel est envoyé au patient (bénéfice/risque en lien avec la rupture thérapeutique) ; puis le traitement sera réévalué.

Les psychiatres évoquent une inadaptation du logiciel de prescription *Otalia*, avec des erreurs de prescription et des ruptures de dispensation récurrentes.

**GM : Livre 3 – Cahier 5 : Pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé et prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire – p 204 et 205**

Les prescriptions faites aux patients détenus obéissent aux règles de droit commun de la prescription. La prescription de médicaments est rédigée, après examen du patient détenu, sur une ordonnance.

**GM : Livre 3 – Cahier 5 : Pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé et prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire – p 205**

Le médecin tient compte du contexte carcéral et des risques encourus par le patient en cas de mauvaise utilisation, ou d'utilisation détournée, des médicaments. S'il apparaît que des précautions particulières doivent être prises, le médecin le notifie sur l'ordonnance.

ECARTS / MODERATIONS :

- Adaptation de la prescription au contexte et à l'état de santé du patient et aspects pratiques des IDE du DSS/DSP pas toujours congruent, ce qui peut amener des tensions et incompréhensions entre les équipes et les praticiens
- Ruptures thérapeutiques possibles
- Le traitement peut être renouvelé sans examen médical (bénéfice / risque de la rupture thérapeutique), et diminué en cas d'absence répétée

La dispensation

Les dispensations de traitement sont prescrites selon plusieurs temporalités :

- Dispensation journalière : 104 piluliers (Bat A : 27, B : 60 ; C : 17)
- Dispensation hebdomadaire : 128 piluliers qui viennent s'ajouter à la distribution journalière lors de la distribution (Bat A : 41, B : 77 ; C : 10)

Les IDE du DSS partent en équipe distribuer les traitements à l'aide d'un chariot roulant. Les IDE évoquent des problématiques pour la distribution des piluliers journaliers (nombre de piluliers trop important les week-ends en lien avec le nombre peu élevé de soignants).

En ce qui concerne la délivrance des traitements, il est difficile, parfois impossible de délivrer : des demi-comprimés, ainsi que des traitements en gouttes, ou des traitements « Si Besoin ».

En ce qui concerne le logiciel de prescription et le lien avec la pharmacie, les IDE du DSS évoquent :

- Des erreurs récurrentes dans la préparation des piluliers
- Des défauts de dispensation
- Des ruptures de dispensation en lien avec le système informatique

Il est temporellement impossible aux IDE du DSS de vérifier tous les piluliers avant dispensation.

**GM : Livre 3 – Cahier 5 : Pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé et prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire – p 206**

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée, avec une périodicité définie par les médecins prescripteurs, en fonction de la nature du produit, du profil du patient (vulnérabilité, addiction...), mais aussi de son environnement (codétenu, activités...). Chaque prise médicamenteuse est réalisée, dans la mesure du possible, devant l'infirmier.

**ECARTS / MODERATIONS :**

- Aucune prise médicamenteuse n'est possible devant les soignants en raison de l'organisation de la distribution unique journalière, et de la temporalité méridienne très courte de la distribution en bâtiment, sauf pour les TAO par Méthadone
- La prise en compte de l'environnement du patient n'est pas opérationnelle, les piluliers peuvent être laissés dans une cellule en l'absence du patient

**3.2.3 Les ruptures**

Les IDE du DSP et du DSS se plaignent de ne pas recevoir de transmissions de la part des équipes de soins de niveau 2 et 3. Les retours des UHSA et UHSI et des secteurs conventionnels amènent :

- Des ruptures de dispensation de traitements au retour en cellule ou la distribution des anciennes thérapeutiques pourtant modifiées en hospitalisation
- Une méconnaissance des évolutions lors des hospitalisations en soins psychiatriques

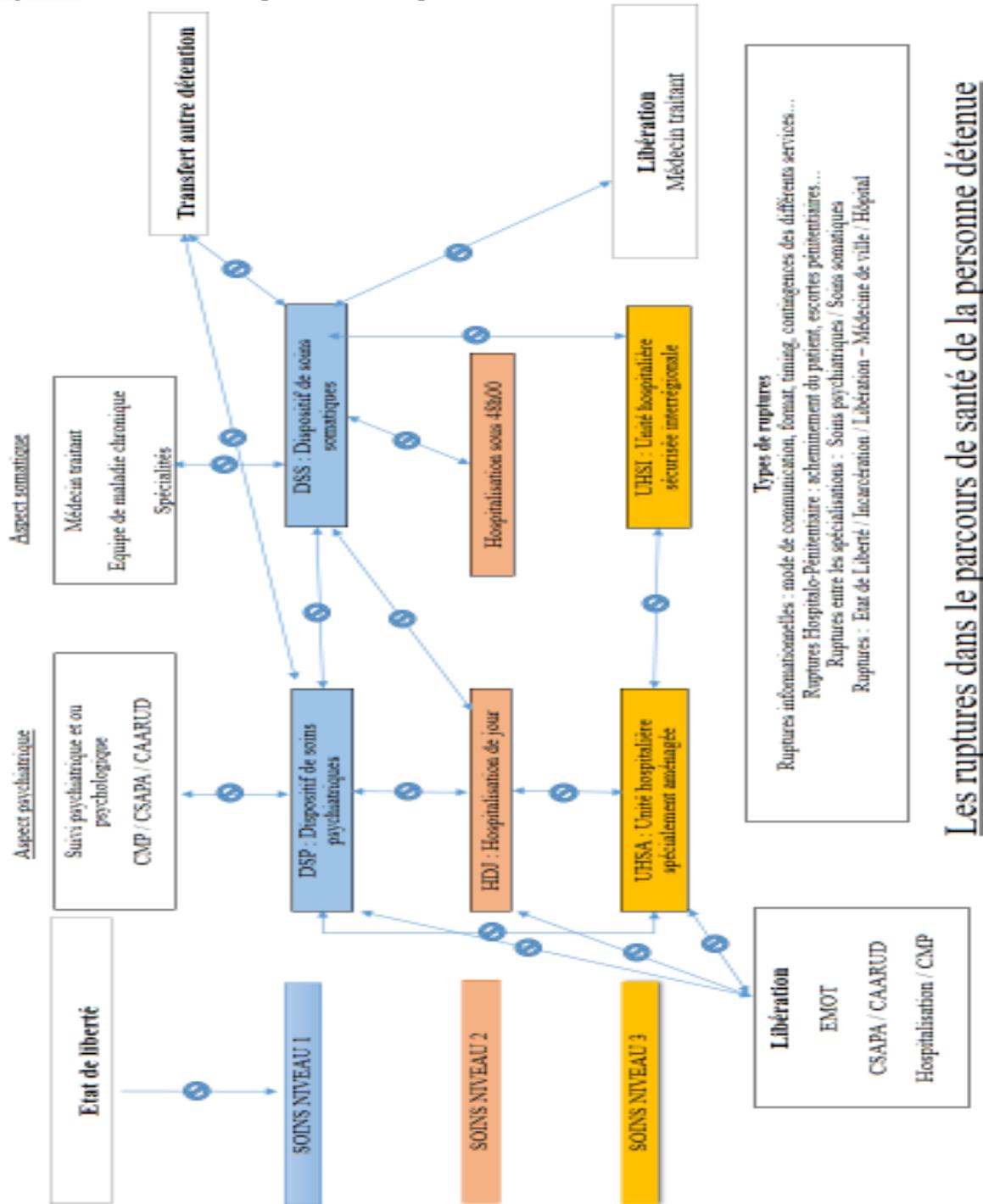
L'UHSA envoie un courrier de sortie par fax, le plus souvent sur le numéro du DSP, cependant ce sont les IDE du DSS qui dispensent les thérapeutiques. Elles doivent être prescrites par un des médecins du DSP ou du DSS. Cependant, c'est impossible lorsque le retour est effectué en week-end ou en soirée. De plus, le changement de prescription au retour du patient nécessite un temps d'adaptation des préparations de piluliers par la pharmacie centrale et/ou les IDE du DSS.

Parallèlement, on rencontre lors des consultations du DSP, des patients qui se plaignent d'un problème relevant du DSS, mais qui cependant repartiront en cellule sans avoir eu la possibilité de rencontrer un médecin généraliste ou inversement sauf en cas d'urgence (Exemple du patient qui a un RDV avec le psychiatre au DSP, et qui se plaint de douleurs dentaires, céphalées ou démangeaisons...).

On trouve également une difficulté d'information entre le DSS et le DSP lorsqu'un patient est extrait aux urgences.

Un récapitulatif des ruptures possibles dans le parcours de soins des personnes détenues est présenté en figure 3. Il englobe le pré ; intra et post carcéral.

Figure 3 : Schéma des ruptures dans le parcours de santé



**GM : Livre 2 – Cahier 1 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 61**

En toutes circonstances, les professionnels de santé prennent les mesures propres à assurer la continuité des soins.

**ECART / MODERATION :**

- Multiples ruptures impactant la continuité des soins

### **3.3 Indicateurs liés à l'accessibilité**

#### **3.3.1 Les soins en consultations spécialisées**

La spécialisation de médecine générale est effectuée au sein de l'USMP et certaines spécialités s'y déplacent :

- Ophtalmologie : le délai d'accès à cette spécialité approche les 6 mois
- Podologie : se déplace selon l'accumulation des demandes (délais en regard)
- Audioprothésiste / Orthoprothésiste

La téléconsultation est utilisée uniquement pour des consultations de dermatologie. Il est en projet de le développer en ce qui concerne la traumatologie et la consultation anesthésiste.

Quelques exemples de délais de RDV pour des examens complémentaires :

- Echographie Trans thoracique : 1 mois
- Scanner ou IRM : 15 jours à 1 mois

#### **3.3.2 Les soins en hospitalisation**

L'UHSI (CHR Lille - Piramig, 2020b)\_(CHR Lille - Piramig, 2021b)

L'UHSI dispose de 21 places. Entre 1100 et 1600 consultations sont effectuées par an au sein et hors UHSI ; et on compte entre 550 à 700 séjours par année.

Le délai moyen d'attente pour une hospitalisation à l'UHSI varie de 1 semaine à 15 jours selon le motif.

Les examens suivants sont proposés : Fond d'œil, écho doppler, écho abdominale, écho vésico-rénale, écho cardiaque, écho vésicale, écho thyroïde, écho testiculaire, EMG, FOGD, consultation gastro, rectosigmoidoscopie, proctologie, ponction/biopsie hépatique, biopsie cutanée, biopsie ostéo médullaire, ponction lombaire, ponction d'ascite, ponction pleurale, biopsie des glandes salivaires, myélogramme, Holter ECG, Holter TA.

Certaines hospitalisations ne sont pas effectuées en raison de transfert du patient dans un autre lieu détention, les dossiers ne transitant pas systématiquement. Les refus d'hospitalisation sont réguliers en rapport avec les conditions d'hospitalisation selon plusieurs patients (limitation du tabac et des promenades).

Il peut arriver qu'un patient ne soit pas amené en hospitalisation faute d'escorte pénitentiaire disponible, les soins ayant été estimés non prioritaires par rapport à d'autres missions (Cf. Tableau 8).

Il est également évoqué une sollicitation trop importante pour des pathologies à caractère non urgent, avec une multiplication d'interlocuteurs lorsque le patient présente un trouble psychiatrique associé.

La gestion du risque suicidaire du patient en UHSI pose un problème au vu des conditions d'hospitalisation et de surveillance.

L'équipe de liaison en psychiatrie peut intervenir au sein de l'UHSI.

L'UHSI transmet sur sillage les courriers de sortie qui sont donc à disposition du DSS et du DSP.

L'UHSA (CHR Lille - Piramig, 2020a)\_(CHR Lille - Piramig, 2021a)

L'UHSA de Lille dispose de 60 lits : 18 en Soins sur décision d'un représentant de l'état (SDRE), 24 en Hospitalisation Libre (HL) à Véronèse et 18 en HL/SDRE qui accueille hommes, femmes et mineurs.

On y compte entre 350 et 400 hospitalisations/an, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 30 jours et plus de 15 000 journées d'hospitalisation/an.

Le délai moyen d'hospitalisation en HL est de quelques jours à 5 semaines et de quelques jours à 1 semaine en SDRE.

Les délais sont allongés en lien avec le nombre de places et la disponibilité des escortes pénitentiaires.

**GM : Livre 2 – Cahier 1 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 67**

Modalités de transmission des informations médicales

En cas de transfert d'une personne détenue vers un autre établissement pénitentiaire Les informations médicales nécessaires à sa prise en charge (copie du dossier médical, par exemple) sont transmises au responsable médical de l'unité sanitaire du nouvel établissement, dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté).

L'original du dossier est archivé par l'établissement hospitalier de l'USMP d'origine.

En cas d'extraction ou transfèrement vers un établissement de santé, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire, dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité, et dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP relatives au secret médical.

ECARTS / MODERATIONS :

- Dossier médical transitant extrêmement rarement entre les unités sanitaires des différents établissements pénitentiaires
- Courriers somatiques et psychiatriques non lus par le médecin de l'autre spécialité

**3.3.3 L'organisation des consultations, les procédures**

Pour toute demande de soins en détention, la personne détenue doit écrire un courrier au service médical expliquant le motif de sa demande et le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans son bâtiment d'affectation.

Si aucun suivi n'est en cours, les secrétaires programment le RDV, ou inscrivent la demande sur une liste d'attente.

Suite aux consultations les psychiatres vont reprogrammer un RDV de suivi. Au DSP, les agendas sont doublés : informatique et papier, l'utilisation de sillage se démocratise lentement.

**GM : Livre 3 – Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP - p 156**

L'acheminement des demandes de consultations vers l'USMP est assuré, de façon préférentielle, au moyen d'une boîte aux lettres réservée à cet effet. Celle-ci est directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention.

Seuls les personnels soignants en détiennent la clef. L'acheminement de demandes orales ou écrites (sous pli fermé) peut aussi être assuré par le personnel pénitentiaire.

Le secrétariat de l'USMP recense et traite les demandes reçues avec les personnels soignants concernés. Il programme les rendez-vous à l'USMP. À cet effet, et afin de limiter la non-présentation à la consultation, il peut prendre en compte les informations relatives à la disponibilité de la personne détenue concernée, par tout moyen qu'il juge adapté, notamment par la consultation de Genesis via le profil spécifique attribué. Dans la mesure du possible, il informe la personne concernée par écrit (par exemple par la remise à la personne concernée, lors de la distribution des médicaments en bâtiment, d'un avis de rendez-vous).

ECARTS / MODERATIONS :

- Programme GENESIS non utilisé
- Les boîtes aux lettres se trouvent au rez-de-chaussée des bâtiments, si une personne détenue n'effectue pas de mouvements, il n'a pas accès à cette boîte
- Matériel d'écriture pas toujours à disposition de la personne détenue
- Population avec une problématique de langue, d'alphabétisation et d'illettrisme non prise en compte

### **3.3.4 Les protocoles de soins**

Le programme informatique du CHU met en place une prise de constantes automatique pour chaque patient arrivant, cependant il est inapplicable vu le nombre de personnes détenues. Ce protocole a été mis en place avec les règles sanitaires de gestion de la crise mais pose un problème de responsabilité pour les IDE qui ne sont pas en capacité de l'appliquer.

Un protocole concernant la constipation est en place pour l'équipe IDE de TAO, en lien avec les problèmes récurrents rencontrés par les équipes et les patients. Il n'est pas connu de tous les médecins du DSS.

La traçabilité de ce protocole est effectuée sur papier dans le classeur de l'équipe TAO. Il existe ici un risque de perte de transmission (week-end, turn-over des équipes).

Un protocole douleur a fait l'objet d'un travail écrit de la part d'un médecin du DSS, mais n'est pas validé. Cependant il n'est pas rare durant les distributions ou les soins en bâtiment d'avoir des plaintes de la part des patients.

### **3.3.5 Les examens complémentaires**

Il n'existe pas de possibilité d'effectuer un ECG, ou une analyse d'urine en consultation au DSP (absence du matériel adéquat) malgré la nécessité de ces examens pour l'instauration de thérapeutiques de la pharmacopée psychiatrique.

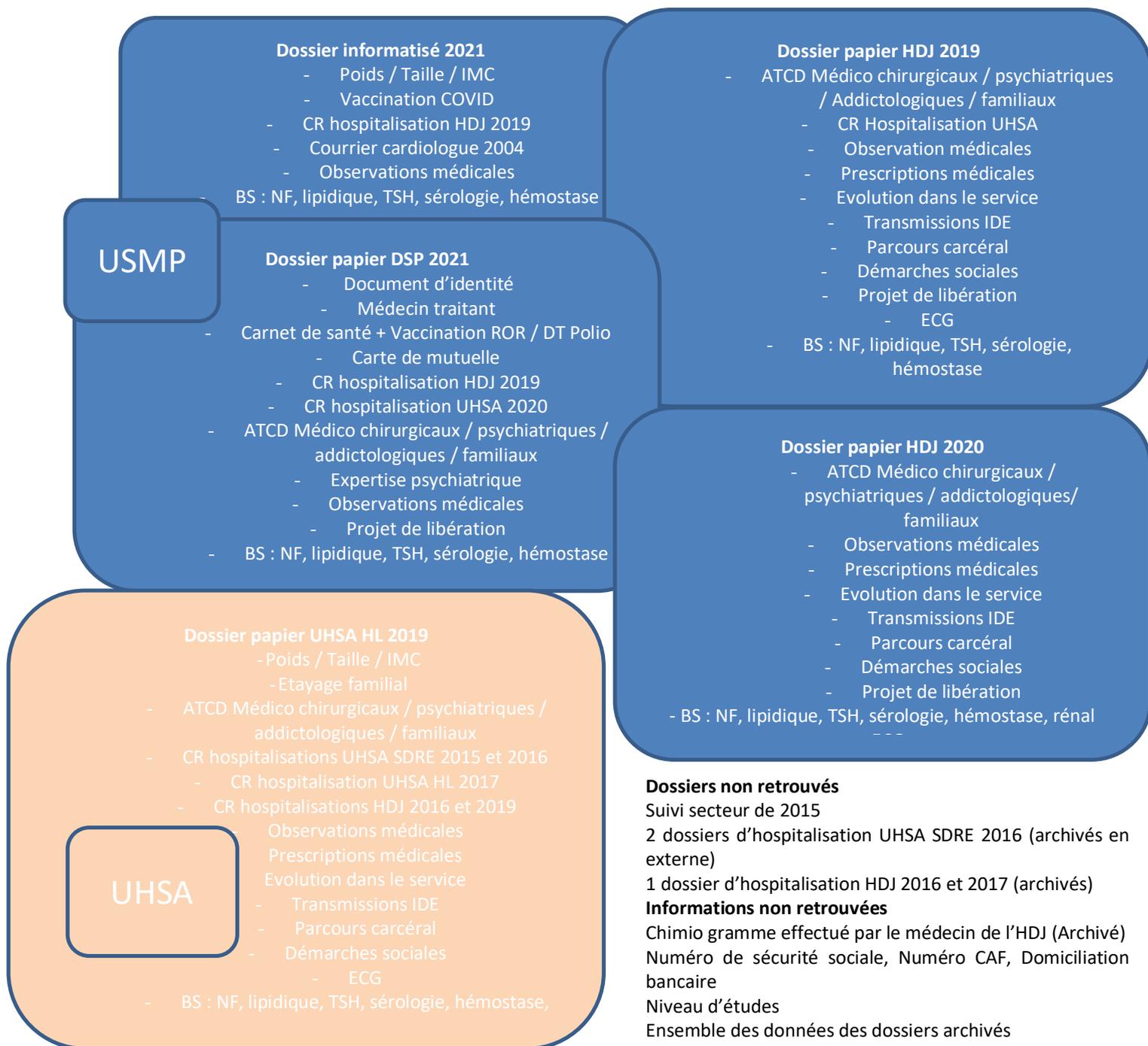
## **3.4 Indicateurs liés à la coordination des soins**

### **3.4.1 Le dossier patient**

L'étude d'un dossier patient relevant du DSP est ici effectuée. Le patient est choisi car il a un parcours de soins pré-carcéral, ainsi que des hospitalisations sur les niveaux 2 et 3 (Cf. Figure 4).

Plusieurs sources ont été utilisées : dossier informatisé, programme sillage, programme OTALIA, dossiers papiers du DSP et dossiers papiers de l'UHSA. Ce processus s'avère donc particulièrement chronophage

Figure 4 : Etude d'un dossier patient au parcours complexe relevant du DSP



**GM : Livre 2 - Cahier 1 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 66**

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de sa détention.

Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont soumis aux règles de droit commun. Il contient les éléments prévus aux articles R. 1111-1 à R. 1112-9 et R. 1112-2 du CSP qui énumèrent un ensemble d'informations, de documents et de sous-dossiers qui doivent nécessairement figurer dans le dossier médical.

#### ECARTS / MODERATIONS :

- Pas de dossier patient unique, multiplicité de dossiers, multiplicité de lieux, et de supports
- Dossier informatisé incomplet, données archivées non consultables
- Non interopérabilité des systèmes d'informations
- Observations IDE du DSP non informatisées

#### **3.4.2 La permanence des soins**

Une procédure d'appel au SAMU est mise en œuvre au sein de l'USMP. Elle relève de tous les intervenants qu'ils fassent partie des équipes soignantes ou pénitentiaires.

#### **GM : Livre 3 - Cahier 4 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 194**

Il convient de préciser que pendant leurs horaires d'ouverture, les unités sanitaires gèrent toutes les demandes de soins qu'elles soient somatiques ou psychiatriques. Les soignants de l'unité font appel au Centre 15 si nécessaire.

#### **GM : Livre 3 - Cahier 4 : Règles professionnelles et déontologiques applicables aux personnels sanitaires – p 195**

Appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU (15)

Il s'agit de répondre :

- aux situations où le pronostic vital est engagé ;
- aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats, tant pour soins somatiques que psychiatriques.

Le personnel pénitentiaire doit systématiquement appeler le CRRA du SAMU (15) – service d'aide médicale urgente.

Modalités de transfert à l'hôpital

L'orientation du patient et la recherche de moyens d'hospitalisation disponibles reviennent au médecin régulateur du SAMU-Centre 15.

#### ECARTS / MODERATIONS :

- Absence d'évaluation médicale systématique (DSS et DSP) le week-end, mais des médecins généralistes et psychiatres d'astreintes.
- Système de continuité en place, mais temps d'intervention des moyens au sein de la détention allongés

#### **3.4.3 Le relais de soins à la sortie**

Au sein du DSP, la continuité des soins vers la sortie est effective avec les CSAPA, cependant des libérations sans dates sont très régulières et posent des problématiques organisationnelles importantes pour les relais de soins. Les contacts sont effectués par les IDE, psychiatres et travailleurs sociaux. Les consultations de sortie ne sont pas systématiques faute de moyens et de dates fixes.

A la libération, certains patients n'ont pas toujours de médecin traitant, ni d'ouverture de droits. Par ailleurs les délais de RDV avec les structures externes sont importants.

La problématique du logement est prépondérante dans le suivi des soins psychiatriques, car elle déterminera le secteur à contacter.

#### **GM : Livre 3 - Cahier 2 : Organisation des consultations sanitaires et prise en charge de groupe au sein des USMP – p 157**

L'organisation de ces consultations ne peut se faire sans une bonne coordination entre les professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire et de la PJJ. En effet, l'administration pénitentiaire doit informer l'unité sanitaire et les professionnels de la PJJ, de façon anticipée, des dates de libération.

## ECART / MODERATION :

- Dates de libération, objets de modifications de dernière minute

### **3.5 Prévention, dépistage, éducation et promotion de la santé**

L'unité de prévention travaille de manière transversale au sein des unités fonctionnelles autour de la santé globale de la personne détenue et de son capital santé en provoquant une coordination par l'ensemble des acteurs du système et une réflexion globale dans la détention. Au total, 433 personnes détenues ont participé à des actions de santé dans le cadre du CeGIDD en 2019 et 220 en 2020. La totalité des patients arrivants sont convoqués à la consultation de remise de résultats effectuée par le CéGIDD. Cette consultation permet de présenter au patient les résultats des dépistages effectués, de démarrer des PEC en cas de dépistage positif, absence de vaccination...

Elle permet également de participer au dépistage et orientations diverses comme : victime de violence sexuelle physique ou psychologique ; consommations de toxiques (protoxyde d'azote, cannabis, héroïne, cocaïne, autres...) ; conduites à risques sexuelles. Elle est un moment privilégiée pour aborder les thèmes des traitements préventifs concernant le VIH, le traitement post exposition, les préservatifs ou encore la prévention des hépatites, et les suivis gynécologiques chez les femmes.

#### **3.5.1 Le dépistage et la vaccination (Données 2020)**

Les sérologies et analyses d'urines sont proposées de manière systématique lors de la consultation arrivant en détention (recherches effectuées : VIH, VHB, VHC, syphilis, Chlamydiae Trachomatis, infections à Gonocoques). Le dépistage est également effectué par des TROD pour le VIH et le VHC depuis aout 2020.

Le dépistage a été proposé aux 760 arrivants en 2020, le patient est en droit de le refuser. Les résultats sont les suivants :

##### VIH

84% de la population a été testée dont aucun n'a été détecté avec une charge virale positive et 2 avec une charge virale indétectable.

##### VHB

88% de la population a été testée dont 47% n'étaient pas immunisés. 228 schémas vaccinaux ont été initiés. Globalement on observe une stabilité à 50% des arrivants immunisés.

##### VHC

83% de la population a été testée à l'arrivée, dont 3,50% est dépisté inactif, 1,50% dépisté actif. 50 dépistages ont eu lieu à la sortie avec 75% de VHC traités. Globalement le dépistage du VHC actif est en baisse depuis 2018.

Un accompagnement individualisé est proposé aux patients bénéficiant d'un traitement pour l'hépatite C, sous la forme d'action éducative ciblée.

##### VHA

L'hépatite A, est dépistée uniquement chez les patients HSH, c'est-à-dire qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sans tenir compte du fait qu'ils se reconnaissent comme hétérosexuels, bisexuels ou homosexuels, ainsi que chez les travailleurs en cuisine. Au total, 18 personnes ont été testées dont 33% ont été testés et 22% ont été vaccinés.

##### Syphilis, Chlamydiae Trachomatis et infections à Gonocoques

Syphilis : 85% de la population en 2020. On retrouve 2 dépistages positifs primaires et 9 séquellaires.

Chlamydiae Trachomatis et gonocoques : 90.2 % dont 7% de positivité pour les chlamydiae ; 1,20% pour les gonocoques et 0.80% de co-infection.

**Tableau 11 :** Autres vaccinations et dépistages

ROUGEOLE	Pas de demande systématique de couverture vaccinale.
DT POLIO	Interrogée selon les praticiens.
TETANOS	Pas de demande systématique. Interrogé plus particulièrement chez les travailleurs.
PNEUMOCOQUE	Pas de demande systématique
CANCERS	Selon les préconisations nationales
TUBERCULOSE	Systématique par la radio de thorax

**GM : Livre 4 - Cahier 1 : Prise en charge des maladies transmissibles – p 241**

Le dépistage du VIH et des hépatites B et C doit être :

- systématiquement proposé à l'entrée en détention ;
- proposé périodiquement au cours de l'incarcération
- systématiquement proposé en cas de refus à l'entrée, de prise de risque, dans le cas d'exposition connue et avérée ;
- renouvelé à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire ;
- proposé systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées

**GM : Livre 4 - Cahier 1 : Prise en charge des maladies transmissibles – p 241**

Des recommandations de la HAS précisent la fréquence et les populations concernées pour le dépistage de la syphilis, des Chlamydiae Trachomatis et du gonocoque.

**GM : Livre 4 - Cahier 1 : Prise en charge des maladies transmissibles – p 250**

L'instruction du 24 octobre 2014 et son annexe citent explicitement le milieu carcéral comme facteur de risque de survenue d'une II Méningocoque et précisent les situations impliquant des contacts potentiellement contaminants.

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. La prise en charge d'un cas de rougeole en collectivité nécessite que soient rapidement mises en place des mesures visant à réduire la diffusion de la maladie

**GM : Livre 4 - Cahier 1 : Prise en charge des maladies transmissibles – p 239**

Le dépistage de la tuberculose maladie est basé sur un examen clinique à la suite duquel le médecin de l'USMP décide, s'il y a lieu, d'un examen radiologique.

**ECART / MODERATION :**

- Niveau de dépistage plus important que les recommandations du GM.

**3.5.2 La prévention, la réduction des risques et des dommages**

En 2020, des ateliers de Réduction des risques et des dommages sont organisés autour de plusieurs thèmes dans les différents quartiers de la détention (Cf. Tableau 12).

Tableau 12 : Récapitulatif des actions de RDRD (2020)

THEME DE L'ATELIER	SESSION ADDICTOLOGIE		PROTOXYDE D'AZOTE		THEATRE MASCARADE		SANTE SEXUELLE		SIDACTION		Sentez- vous sport	
					Préparation atelier "Ligne de vie" et "Roule ton tonc"				3 demi-journées - Atelier sport, TROD, santé sexuelle		Atelier santé sexuelle, nutrition, gestes et postures, tabacologie	
LIEUX	Nb ateliers	Nb Patients	Nb ateliers	Nb Patients	Nb ateliers	Nb Patients	Nb ateliers	Nb Patients	Nb ateliers	Nb Patients	Nb ateliers	Nb Patients
SMPR / HDJ	3	18							3	ANNULE CONFINEMENT	11	ANNULE FAUTE DE PROFESSIONNELS PRESENTS
QA							19	81				
BATIMENT A												
BATIMENT B	12	58	4	6								
BATIMENT C	2	15					5	6 à 8				
QD												
QI												
QLP												
NON PRECISE						1						
PARTENAIRES	CeGIDD CAARUD oxygène		CeGIDD		CSAPA, IDE TSO Service culturel				CAARUD Oxygène Réagir Moniteurs sportifs		Moniteurs sportifs	

**GM : Livre 6 – Organisation de l'éducation et de la promotion à la santé en milieu pénitentiaire - p 357**

Ce sont les actions d'éducation à la santé qui sont, en règle générale, des actions collectives qui s'adressent, de manière adaptée (âge, sexe, maîtrise de la langue...), à des groupes restreints de personnes. Contenu des actions :

- groupes de parole, d'ateliers d'expression se réunissant sur plusieurs sessions ou ponctuellement, à thématique spécifique ou non ;
- séances d'information suivies d'échanges (avec interventions « d'experts » et/ou de « témoins »)
- construction de supports d'information donnant l'occasion d'un échange ;
- actions ponctuelles, telles que l'organisation d'événements à l'occasion de journées nationales ou mondiales (virus de l'immunodéficience humaine [VIH], tuberculose, tabac, hépatites), semaine internationale de la santé mentale, semaine de la vaccination, par exemple.

ECART : Aucun

**3.5.3 Le risque suicidaire**

Deux postes d'IDE urgences psychiatriques sont fléchés depuis 2014 au sein du DSP. Les IDE tiennent un registre des gestes auto-agressifs dont les résultats sont recueillis dans le tableau 13. Les signalements émanant des surveillants pénitentiaires sont effectués auprès des IDE par téléphone et confirmés par fax. Le contenu des signalements est très divers et le plus souvent imprécis (exemple : signalement non contextualisé pour une personne qui pleure).

Le programme VIGILANS a été adapté au milieu carcéral. Toute personne arrivante déclarant un antécédent de tentative de suicide dans l'année précédant l'incarcération, ou ayant effectué un passage à l'acte pendant l'incarcération est incluse dans le programme. Le lien est alors effectué par courriers remis par les soignants du DSP à la personne détenue. Au total, 119 patients ont été intégrés dans le programme VIGILANS dans les 6 derniers mois.

Les psychiatres évoquent des motifs de mise en CproU (cellule de protection renforcée) non en lien avec un risque suicidaire, dont la décision ne serait pas motivée par une mise en sécurité.

Tableau 13 : Les passages à l'acte auto agressif

	2019	2020
Nombre de passages à l'acte	101	120
Nombre de décès	2	2
Nombre de refus de soins	6	3
<u>Passage à l'acte ayant nécessité :</u>		
Mise en CproU	24	17
DPU	3	2
Hospitalisation UHSA	6	24
Hospitalisation Secteur	3	5
Hospitalisation HDJ	2	2
Entretien IDE urgences / Psychiatres	64	49
Consultation programmée	68	83
Extraction médicale au CHU	26	49
Intervention Médecin ou IDE DSS	27	66

<u>Mode de passage à l'acte :</u>		
Pendaison	6	15
IMV	9	31
Ingestion	18	10
Phlébotomie	7	5
Scarifications	52	47
Feu de cellules	9	18
Traumatisme tête	2	
Brûlure	1	
Sac plastique sur la tête		1

**GM : Livre 4 – Cahier 4 : Prévention, repérage et prise en charge du suicide - p 291**

Les acteurs du repérage de l'urgence suicidaire.

Tout intervenant auprès des personnes détenues participe au repérage de l'urgence suicidaire à tout moment de sa pratique. Ce repérage est particulièrement réalisé lors des situations à risque (arrivée, changement d'affectation, transfert, décision de justice...). Il revient aux personnels non sanitaires de signaler sans délai aux personnels de santé (unité sanitaire en milieu pénitentiaire [USMP], Centre 15) toute personne repérée en situation d'urgence élevée. Dans l'attente, le personnel pénitentiaire peut placer la personne détenue sous dotation de protection d'urgence (DPU) ou en cellule de protection d'urgence (CProU), selon les modalités précisées en Fiche 3.

Les acteurs de la prise en charge de l'urgence suicidaire.

Seuls les personnels sanitaires sont compétents pour décider des modalités de prise en charge d'une personne repérée en situation d'urgence suicidaire. Il peut s'agir d'une mesure d'hospitalisation avec ou sans consentement, d'une prise en charge ambulatoire assurée au sein de l'établissement pénitentiaire (suivi médical, psychologique, traitement médicamenteux...).

#### ECARTS / MODERATIONS :

- Contenu des signalements ne respectant pas la recherche de degrés d'urgence du risque suicidaire normalement connu par les surveillants / signalements incomplets ou inadaptés
- Motif de mise en CproU non en lien avec le risque suicidaire

#### **3.5.4 Les addictions : prévention et prise en charge**

Le CSAPA du CHU implanté en milieu pénitentiaire a été désigné par l'ARS, comme CSAPA référent. La fonction de pilotage est assurée à la fois par un médecin généraliste et un médecin psychiatre.

L'unité « Prévention, Education, Santé », et notamment, le CeGIDD est amenée à travailler en lien avec le CSAPA dans une dynamique de promotion de la santé, celle-ci intégrant une démarche de prévention et une politique de RDRD.

Le repérage d'une problématique addictive a lieu dès le circuit arrivant par le médecin généraliste et le psychologue et/ou le psychiatre. Toutes les personnes détenues entrant du dimanche au vendredi sont reçues dans ce cadre le lendemain de leur arrivée en détention. Pour les personnes entrant le samedi, une évaluation par le médecin généraliste de permanence ou l'IDE est effectuée le dimanche, avec possibilité de mise en place d'un traitement de sevrage. Les autres consultations du parcours arrivant sont reportées au lundi.

Lorsqu'un problème d'addiction à l'alcool, aux substances psychoactives (hors tabac) ou aux médicaments est repéré, le psychologue, l'IDE, le médecin généraliste ou le surveillant oriente directement vers le psychiatre afin que le patient puisse être revu en consultation le jour même et bénéficier d'une PEC adaptée. L'évaluation clinique est complétée par la réalisation de tests urinaires et un contact avec la pharmacie, le médecin traitant, ou le centre de dispensation extérieur en cas de traitement par TAO en cours.

Le diagnostic est posé lors de la consultation par le psychiatre. Un projet de soins est établi et mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire. Le repérage est ensuite réactualisé tout au long de la détention. Un psychologue suit chaque patient bénéficiant d'un traitement par TAO.

Il existe des professionnels identifiés CSAPA internes à la détention. Des personnels de Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) externes interviennent au sein des ateliers de groupe à raison d'au moins un par semaine. Un travail est en cours pour établir un partenariat plus poussé.

Les renouvellements, et réadaptation des posologies de TAO sont effectués en équipe pluri disciplinaires pour 28 jours sur dossier (réunion hebdomadaire), avec une consultation mensuelle. Les patients sous méthadone sont les plus suivis en détention, car ils sont réévalués une fois par jour par les IDE de TAO qui dispensent quotidiennement.

Des difficultés apparaissent pour les relais avec des CSAPA lors des libérations, car elles peuvent varier selon les jugements, l'attribution de remise de peine, et les commissions d'attribution des peines. Les IDE recherchent en amont un CSAPA capable de délivrer le traitement en milieu ordinaire.

En moyenne une quarantaine de patient sont traités quotidiennement par méthadone; entre 10 et 15 par buprénorphine et orobuprénorphine, et 1 ou 2 par suboxone. Cela représente 15 491 entretiens IDE en 2019 et 9 283 en 2019.

A l'instauration des TAO autre que la méthadone, les patients sont vus par les infirmiers de TAO une fois par jour pour évaluer l'observance et la posologie pendant une quinzaine de jours renouvelables.

Il est en projet de mettre en place une consultation en lien avec les conduites addictives dans les 2 semaines après l'arrivée et 5 séances d'actions éducatives ciblées sont mises en place en groupe (en séparant problématique addictive alcool et autres substances).

Les ECG des personnes sous méthadone sont effectués au moins une fois par an, avec un fichier de suivi tenu par les IDE du DSP contrairement au patient sous autres TAO (normalement un ECG a dû être fait à l'entrée du patient, la difficulté étant de le retrouver).

**GM : Livre 4 – Cahier 3 : Prise en charge et prévention des conduites addictives - p 277**

Repérage systématique de toute personne entrant en détention

Le repérage des personnes présentant une addiction doit être effectué par les acteurs de première ligne, les professionnels des USMP, lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée et/ou dans les premiers jours suivant l'incarcération.

Il peut aussi être fait tout au long du parcours de la détention. Lors de cette consultation, il est proposé à la personne détenue la réalisation d'« un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » et la vérification de la prise éventuelle de traitements relatifs aux addictions. À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée, si nécessaire, vers les professionnels spécialisés

Diagnostic

Le diagnostic est posé par un professionnel de santé compétent en addictologie, qui définit un projet de soins adapté, si besoin spécialisés, accessibles dans le cadre de la détention.

Projet de soins

Le projet de soins adapté intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi, si nécessaire, de traitements de substitution, la prise en charge d'éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, l'accompagnement et le suivi psychologique et médico-social.

Le recours spécialisé est assuré selon les besoins du patient et les organisations locales, par :

- un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, ou un professionnel d'une ELSA du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ;
- ou un professionnel d'un CSAPA de proximité identifié comme référent pour l'établissement pénitentiaire

Préparation à la sortie

Pour favoriser le suivi du patient lors de la sortie, le personnel du CSAPA référent et/ou le professionnel référent de la prise en charge assurent la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs. En fonction des situations, dans le respect des missions de chacun, les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en articulation avec les conseillers du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et/ou les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

**ECART / MODERATION :**

- Limitation des consultations de sortie
- Date de sorties changeantes

**3.5.5 L'éducation thérapeutique**

Il existe un programme d'éducation thérapeutique en ce qui concerne le diabète.

**GM : Livre 4 – Cahier 3 : L'éducation thérapeutique du patient – p 273**

L'ETP est inscrite dans la loi 17. Les programmes sont autorisés par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente dans les conditions mentionnées par le décret 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation et de renouvellement. Ils sont rédigés sur la base d'un cahier des charges national précisé par l'arrêté du 15 janvier 2015.

**ECART / MODERATION :** Aucun programme ne concerne les troubles psychiatriques.

### 3.6 Synthèse qualitative de l'Audit

Une synthèse des 5 paramètres de recherche est proposée ici sous forme de grille d'audit qualitative (Cf. Tableau 14). Au sein de chaque paramètre les principaux indicateurs sont récapitulés en parallèle avec les éléments de comparaison utilisés, pour leur accorder une valeur qualitative notée : 1= Insatisfaisant ; 2 = Moyennement satisfaisant ; 3 = Satisfaisant.

Les éléments d'explication probables sont mis en lien avec les indicateurs dans le but de trouver les pistes de travail en lien avec les compétences IPA, dans l'idée de son implémentation.

Tableau 14 : Synthèse qualitative de la grille d'audit de l'USMP du CP de Lille-Annœullin

SYNTHESE QUALITATIVE DE L'AUDIT DE L'USMP D'ANNOEULLIN							
Indicateurs de recherche	Observations	Eléments de comparaison	1	2	3	Eléments d'explications	Pistes de travail / IPA
<b>OFFRE DE SOINS</b>							
Organisation des unités	Organigramme du pôle	Comparable à l'offre générale					Incrémenter d'une IPA en soutien
Effectifs des personnels soignants	Médecin psychiatre 1/446 + Internistes 1/252	1/589 en ville					
	Médecin généraliste 1/565 + Internistes 1/352	1/1974 en ville					
	Psychologue 1/222						
	IDE DSS 1/169						
Besoins de soins	48% de suivis psychiatriques / 76% de suivis psychologiques / 17% de suivis sociaux	Taux de recours aux soins - Epidémiologie générale de la population pénitentiaire				Etat de santé des arrivants - Précarité Conditions de détention	Optimisation globale de l'offre
Créneaux de soins / Utilisation des soins	3 niveaux de soins	Capacité globale de soins proposés				Contingences organisationnelles, concomitance des administrations, localisation des consultations, manque de bureaux	Identification des causes de perte de soins - Réflexion : causes et solutions - Consultations psychiatriques en bâtiment

PARCOURS DE SOINS					
Acheminement du patient	Causes multiples à objectiver	Incomparable au milieu ordinaire - Une comparaison pourrait être recherchée entre différentes détentions		Lié à l'administration pénitentiaire, au patient, aux conditions de déplacements, aux activités prioritaires	Objectivation des causes de non acheminement - Travail autour de l'importance des soins auprès de l'administration pénitentiaire - Travail autour de l'adhésion aux soins
Confidentialité		Législation générale		Organisation structurelle, acheminement du patient dépendant de l'équipe pénitentiaire, sécurisation des personnels	Travail plus global autour de l'intérêt des soins et la stigmatisation du patient atteint de trouble psychiatrique
Circuit du médicament - Adaptabilité à l'état de santé	Posologies, formes, SB, PM au retour d'hospitalisation et de consultation			Mode de fonctionnement de la pharmacie générale - Transmissions inter unités - Outils de prescription Otalia non interopérable	Réflexion autour des modes et temporalité de communication - Outils interopérables - Systématisation d'un relais retour UHSA IPA ?
Transmissions orales / écrites	DSP	Système de transmissions internes au CHU hors milieu pénitentiaire		Turn over des soignants en poste - Habitudes de service dans le DSP - Mouvements multiples des patients (cellule, cs, hospit...) - Difficultés de communication DSS / DSP	Utilisation des outils informatiques y compris pour les IDE - Interopérabilité des systèmes d'informations - Accès aux différents professionnels
Transmissions intra unités	DSP / DSS	Système de transmissions internes au CHU hors milieu pénitentiaire		Scission DSS/DSP - Mode de communication - Lieux de communication - Temporalité de la communication - Géographie des locaux - Incomplétude du dossier	Réflexion autour de procédures fluides et systématisées - Réflexion aux modalités de communication - Travail autour du dossier patient et de la coordination des soins
Transmissions extra unités	USMP / UHSA / UHSI	Système de transmissions internes au CHU hors milieu pénitentiaire / Système de transmissions ville-hospital		Mode de communication - Lieux de communication - Temporalité de la communication - Activité chronophage	Réflexion autour de procédures fluides et systématisées - Réflexion aux modalités de communication - Création d'outils et de réseaux - Dégagement de temps de travail IPA - Systématisation d'un relais retour UHSA/UHSI par l'IPA ?
Examens complémentaires	DSP	DSS / Hospitalisation		Motif de la demande - Spécialisation du médecin	Travail autour de la PEC holistique
Protocoles	DDS ET DSP	UHSA		Crise sanitaire - Projet de coopération internes	Travail autour de la PEC de la douleur et de la constipation
ACCESSIBILITE					
Organisation des consultations	DSP	Peu comparable au milieu ordinaire		Règles de déplacements - Cheminement et forme de la demande de consultation - Convocations multipliées ou avortées	Document de demande de consultation - Fluidification et diminution du nombre de demandes avec des soins ou bilans effectués en direct - Ajout d'un créneau de consultation IPA
Continuité des soins à la libération	DSP			Dates de libérations changeantes ou tardives - Absence de consultation sortant - Mode de communication détention / ville - Activité chronophage	Temps IPA libéré pour les relais - Réflexion autour de la recherche du médecin traitant, du secteur
Permanence des soins	DDS ET DSP	Milieu ordinaire		Conditions d'interventions - Soins DSP le week end	Réflexion autour d'une présence le Week-end
Délai d'accès au niveau 1	Médecin psychiatre 1 à 4 mois	14 à 37 jours / simulateur IFOP		Créneaux de consultations non honorés - Localisation en zone centrale prépondérante - % global de demande de soins élevé	Consultation IPA en bâtiment - Désengorgement des files actives des psychiatres
	Médecin généraliste 1 jour à 1 semaine	2 jours en moyenne en ville / simulateur IFOP		% global de demande de soins élevé - Organisation des créneaux de soins	Utilisation de la compétence clinique IPA dans la prévention des comorbidités chez le patient psychiatrique
	Psychologue 15 jours à 6 mois	14 à 93 jours		Créneaux de consultation non honorés - Localisation en zone centrale prépondérante - % global de demande de soins élevés	Identification des causes de pertes de soins
	Infirmiers 1 jour	1 à 14 jours			
Délai d'accès niveau 2	HJD 1 jour à 3 semaines			Manque d'escorte pour les entrées et sorties - Nombre de places régionales sous dotées	
	Consultations CHU 15 jours à 6 mois			Délai d'accès global actuel en consultation CHRU - Disponibilité des moyens de déplacements et de sécurisation - Adhésion du patient	Travail d'adhésion aux soins auprès du patient - Travail autour de la perte globale de soins au sein du CHU
	Téléconsultation 1 mois	3 à 4 mois en dermatologie		Contingences de déplacements diminuées	Augmentation des spécialisations accessibles
Délai d'accès niveau 3	UHSA HL 1 à 5 semaines			Embolisation des lits - Chronicisation des PEC - Séquentielles - Risque suicidaire	Amélioration de la PEC ambulatoire - Diminution du nombre d'hospitalisations
	UHSA SDRE 1 à 15 jours			Mode d'hospitalisation	<b>39</b>
	UHSI 15 jours à 1 mois	15 jours à 1 mois		Nombre de place en UHSI - Adhésion du patient - Risque suicidaire	Travail d'adhésion aux soins

COORDINATION DES SOINS						
Complétude / unicité du dossier patient	PEC complexe (DSP/DSS)	Milieu ordinaire			Dispersion des informations du patient - Multiplication des supports papier et informatique - Outils inadaptés - Non ou Sous utilisation de l'outil informatisé - Non interopérabilité des systèmes d'informations	Document de consultation IPA - Création d'un document anamnèse partagé et évolutif + Temps de travail IPA - Travail globalisé autour des transmissions informatisées au sein du DSP
Permanence des soins	Permanence SAMU / Astreintes week end	Milieu ordinaire			Temps d'intervention des secours allongé - Limitation globale de soignants du DSP le week end	Amélioration en amont de l'état de santé pour limiter les demandes de soins en urgence
Relais de soins	USMP	Consultation sortant légale			Outils informatiques ville / hospital non interopérables - Date de libérations changeantes - Stigmatisation du patient ex détenu - Activité chronophage - Problème de logement prépondérant	Renfort des réseaux ville / hospital - Recherche de médecins traitants et structures de relais + Temps de travail IPA
PREVENTION DEPISTAGE						
Dépistage / Prévention / Vaccination	Dépistage + Cs CÉGIDD pour chaque arrivant + RDR					Soutien en travail transversal et orientations
Dépistage / Prévention / PEC des addictions	Dépistage pour chaque arrivant + Cs CSAPA + RDRD					Soutien en travail transversal et orientations
Gestion du risque suicidaire					Pas de formation particulière des équipes pénitentiaire	Création de temps de formation / Mise à disposition des surveillants
Education thérapeutique	1 programme + RDRD	37 programmes au sein du CHU			Complexité des programmes ARS / Inadaptation partielle au milieu (exemple du programme sommeil)	Soutien des projets et programmes

## 4. Discussion

Dans la théorie, les soins apportés au patient détenu doivent être de qualité équivalente à ceux apportés à la population générale (DGOS, 2021). Dans la pratique, on peut observer que les recommandations du guide méthodologique des personnes placées sous main de justice sont globalement respectées en ce qui concerne l'offre de soins au sein de l'USMP du CP de Lille-Annœullin. Cependant, l'accès aux soins ne dépend pas uniquement du déploiement de l'offre mais également des contraintes appliquées à son organisation.

Ainsi, les contraintes en milieu carcéral, constituent parfois un obstacle à l'accès aux soins ; pour une population au sein de laquelle les besoins sont importants.

Le diagnostic de l'USMP du CP de Lille-Annœullin a permis à chacun de participer à l'établissement de critères de force ou de fragilité du système que nous discutons ici.

### 4.1 Discussion des principaux résultats

#### L'offre et le besoin de soins

L'offre de soins de l'USMP du CP de Lille-Annœullin est globalement structurée.

Toutefois, concernant **les ressources humaines**, les temps partagés des différents professionnels du DSP et du DSS, ne facilitent pas la continuité des PEC. Par exemple, il n'est pas toujours aisé de trouver le professionnel qui assure le suivi du patient dont on parle lors d'une réunion de synthèse, car il peut être sur un autre site. Cependant les temps partagés permettent parfois de maintenir un lien pour certaines prises en charge, notamment pour les patients suivis sur plusieurs structures (par exemple un suivi au DSS poursuivi en équipe mobile

transitionnelle (EMOT) ou à l'unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles (URSAVS)).

En ce qui concerne les soins somatiques, le ratio de patients pour un médecin généraliste s'élève à 1 pour 565, ce qui serait compatible avec un exercice en médecine de ville ; à titre de comparaison, un médecin généraliste avait en moyenne 1974 patients en file active dans les Hauts de France en 2019 (L'assurance maladie, 2020). Cependant, pour une population aussi fragilisée sur le plan sanitaire qu'en détention, et compte tenu des contraintes organisationnelles, ce ratio apparaît en fait, particulièrement élevé.

Pour le DSP, les ratios pour les effectifs de psychiatres apparaissent comparables avec les chiffres retrouvés en population générale (file active moyenne de 446 patients contre 1/589 en population générale (L'assurance maladie, 2020)).

Ces ratios sont à mettre en lien avec le **taux très élevé de recours aux soins du DSP** : entre 45% et 48% pour les psychiatres et jusqu'à 76% pour les psychologues. Les délais d'accès à la consultation peuvent aller de un à quatre mois.

La **pertinence et l'efficacité des soins pourraient ici être optimisées**, par l'**utilisation des ressources humaines disponibles** adaptée aux contraintes organisationnelles.

Le nombre de places en HDJ dans les Hauts de France est largement sous doté, il est en partie compensé par l'existence de l'UHSA, qui elle, propose de l'hospitalisation à temps complet et engendre donc des coûts et une logistique plus importants et ne couvre pas les mêmes indications.

L'offre de soins mériterait donc un ajustement en lien avec les besoins.

### L'accessibilité

On peut estimer ici que l'**accessibilité aux soins est déficiente**. La personne détenue n'accède pas au bon service au bon moment. Il n'y a pas de libre accès du patient vers le médecin ni de libre accès du médecin vers le patient. De fait, les prescriptions du guide sanitaire ne sont pas opérationnelles au risque de mettre en péril le reste des soins. Plusieurs aspects concourent à ce déficit :

- *Temporalité et géographie* :
  - Les déplacements de patients et des soignants sont limités que ce soit à l'intérieur de la détention ou vers les lieux de consultation ou d'hospitalisation.
  - Les quartiers particuliers (QD, QI, QA) nécessitent un déplacement des soignants qui limite les consultations de fait (temps de déplacements, intervention des surveillants, géographie des locaux...).
  - La permanence des soins est effective, cependant les interventions des services d'urgences sont largement ralenties par la configuration géographique et les accès à la détention.
  - Le temps de consultation du psychiatre est plus élevé qu'en médecine générale, et inclue les comorbidités addictives, ce qui limite le nombre de consultations possibles (maximum 9 patients possibles/jour pour un psychiatre).

- *Procédurale* :
  - La demande de soins par courrier amène des biais de connaissances, de linguistiques, de logistiques etc.
  - L'établissement des convocations et leur distribution est chronophage.
  
- *Structurelle et logistique* :
  - L'accès aux spécialisations et hospitalisations nécessite l'utilisation des infrastructures du CHU, elle vient s'ajouter aux délais déjà allongés aux RDV de consultations externes en milieu ordinaire.
  - La logistique de déplacements et de sécurisation de l'administration pénitentiaire, amènent des délais plus longs et parfois des annulations de soins par défaut de ressources humaines en escorte. Ces déplacements comprennent également des risques sécuritaires pour l'administration pénitentiaire (évasion). Il peut également arriver que si le médecin refuse la présence du surveillant en consultation, elle n'ait pas lieu.

Globalement le manque d'accessibilité aux soins amène **une perte de chance et des retards de prises en soins pour la personne détenue** pouvant aller jusqu'au défaut de soins. On note également un **manque d'équité** par rapport aux soins en population générale, et certainement un pourcentage d'abandon des demandes de soins non quantifiable en l'état.

En ce qui concerne **l'utilisation des soins**, on assiste à une perte de l'ordre de 30% pour les psychiatres et de 25% pour les psychologues causée par l'absentéisme aux consultations ce qui participe à l'augmentation des délais d'accès aux consultations. Une hypothèse selon laquelle l'acheminement en zone centrale serait en cause peut être émise. L'objectivation des données concernant les absences aux consultations pourraient peut-être être jugulées si elles étaient objectivées par une étude.

Il est également à noter que la personne détenue peut accéder à un crédit de réduction de peine si « il suit une thérapie destinée à limiter les risques de récidives » (Ministère de la Justice, 2021). Ces suivis sont proposés par les Juges d'Application des Peines. Cependant, la personne détenue qui ne rentrerait pas dans cette démarche de soins ne se verra pas accorder de remise de peine supplémentaire.

Cette incitation conduit logiquement à des demandes de suivis sans réelle indication médicale au détriment des suivis dans le cadre de troubles psychiatriques plus sévères. Cet état de fait devrait faire l'objet d'un travail avec les Juges d'Application des Peines pour une meilleure compréhension des enjeux.

Parallèlement, l'accès aux soins est émaillé de **problèmes de confidentialité**, de la prise de rendez-vous, à l'acheminement du patient, ce qui participe en détention à une **stigmatisation** du patient souffrant de troubles psychiatriques. Les patients sous TAO descendent chaque jour accompagnés par les surveillants, ils sont clairement identifiés comme consommateurs par les surveillants et les autres personnes détenues. Les représentations du patient souffrant de trouble psychiatrique sont multiples : du « schlag » au « zombie » pour celui qui consomme des

médicaments, en passant par le « débile » ou « le fou ». Il n'est pas rare d'entendre dans les coursives « voilà les dealeuses » à l'arrivée des IDE pour les distributions de traitements, ce qui participe à l'identification de la personne bénéficiant d'un traitement médicamenteux.

L'accessibilité aux soins est en partie impactée par la qualité de l'articulation entre les **administrations pénitentiaire et hospitalière**. Cependant, les objectifs des 2 administrations ne sont pas systématiquement concordants, et sont même parfois contradictoires. Les politiques de santé ne sont pas toujours en adéquation avec la politique de direction de l'établissement pénitentiaire.

#### Le parcours de soins, la continuité et la coordination des soins

L'intrication des troubles psychiatriques, des comorbidités addictives, et des pathologies somatiques amènent, en milieu pénitentiaire, une **complexité dans la PEC et dans les interactions des professionnels** de soins.

La **première rupture** de soins démarre à l'incarcération, les liens avec les suivis pré-carcéraux sont coupés. Ensuite, des ruptures dans les parcours sont largement observables dans et entre les 3 niveaux de soins. D'abord en interne par l'absence en consultation. On retrouve le même type de rupture lors des transferts de patients entre différents centres pénitentiaires.

L'acheminement du patient vers la consultation constitue un point de rupture prégnant dont les causes peuvent être en lien avec l'administration pénitentiaire, les activités en détention, ou l'adhésion aux soins.

En cours de parcours, on assiste aussi à des limitations en ce qui concerne le traitement médicamenteux, que ce soit dans la dispensation, la forme et la posologie. Ceci peut amener des ruptures thérapeutiques. Le mésusage et le troc n'étant ici pas abordés, mais constituant un problème important au sein des murs.

Les IDE ne peuvent en aucun cas vérifier l'observance des traitements ne serait-ce que par la distribution unique journalière. On observe ici une discordance entre les préconisations thérapeutiques et la mise en œuvre possible avec les règles pénitentiaires. L'adaptation du prescripteur à l'état de santé du patient n'est pas pleinement applicable à la vue de l'organisation des unités.

Des limitations et ruptures sont retrouvées également en lien avec le système informatique de prescription *Otalia*. En effet le programme ne permet que peu de choix de type de prescription et une erreur est vite arrivée dans ce système peu intuitif et répétitif.

Une dernière **rupture manifeste a lieu à la libération** de la personne détenue qui se traduit par le déficit de consultation sortant. Ce travail de lien est extrêmement chronophage, il nécessite un contact avec les médecins traitants et les psychiatres et structures de type centre médico-psychologiques, ce qui n'est pas toujours possible.

De plus, la priorité de l'urgence sociale, dont le logement, a clairement un impact sur la continuité des soins psychiatriques puisque le secteur psychiatrique de rattachement dépend de la domiciliation de la personne. On peut ici se rendre compte de l'importance de l'Unité EMOT nouvellement créé par le CHU, dans l'accompagnement du patient atteint de trouble psychiatrique à la libération.

Dans un autre genre, **les hospitalisations des patients en UHSA et en UHSI**, qui peuvent être longues et coûteuses perdent possiblement leur bénéfices au retour en détention. La stabilisation

du patient, suivie d'une rupture thérapeutique, est forcément délétère au patient mais aussi au système de soins qui se rend inefficace. Les courriers de sorties sont transmis bien après les retours des patients au sein de la détention en ce qui concerne les UHSA, ce qui ne facilite en rien la poursuite de la PEC par le psychiatre, même si des transmissions orales sont parfois effectuées entre médecins, elles n'arrivent pas toujours au bon moment dans le reste des équipes soignantes.

La continuité des soins est ici clairement identifiée comme étant un point non qualitatif du système de soins de l'USMP. **Les ruptures** dans les parcours de soins sont nombreuses, **multifactorielles, présentes à plusieurs niveaux et peuvent mettre en jeu la sécurité des soins.**

Un des premiers éléments de la coordination des soins consiste en la **complétude du dossier patient**. Cependant, cet aspect est clairement identifié comme un point noir ; entre informations manquantes, papier et informatique, localisation et multiplicité des dossiers, documents de transmissions non uniformisés, absence d'unité de dossier si les hospitalisations ou suivis ne sont pas dans le même établissement.... La culture orale des soignants transparait de manière importante, cependant elle est source de perte d'information simplement par le turn-over des soignants sur leurs postes. Des informations sont perdues, ce qui peut entraîner des défauts de PEC.

Les infirmières du DSP ne tracent pas leurs soins dans le système informatique, non développé en cibles infirmières, alors que le travail préparatoire de définition et hiérarchisation des cibles a déjà été effectué par les soignants en 2018. C'est une perte sévère pour la PEC, mais aussi pour la reconnaissance du **travail de l'IDE psychiatrique qui devient invisible.**

**Enfin, un manque de coordination** est identifié au sein même de l'USMP du CP de Lille-Annœullin **entre le DSP et le DSS.**

Le système de soins découpe le patient en spécialités. Cependant, dans le même temps le patient dispose de plusieurs regards, selon les compétences des différents professionnels, ce qui est évidemment indispensable et qualitatif dans sa PEC.

Le temps de consultations accordé au médecin concoure grandement à la difficulté à voir le patient dans son ensemble. Il serait impossible aux praticiens d'explorer le dossier complet de chaque patient, ce serait excessivement chronophage et mettrait en péril le reste des soins (organisation, nombre de patients...).

Le patient hospitalisé en HDJ aura des difficultés à bénéficier d'une consultation avec le médecin généraliste, la prescription en pilulier journalier amène des contraintes pratiques sur l'IDE du DSS, le bilan est prescrit par le DSP mais devra être prélevé par l'IDE du DSS...

Autant d'exemples qui amènent tensions et incompréhensions entre ces équipes, laissant le patient dans une situation inconfortable et qui parfois laisse une sensation de frustration dans les rangs des professionnels de santé.

On note également une incompréhension entre DSS et DSP dans la perception des pathologies et dans les soins qui en découlent. Une pathologie psychiatrique est déclarée lorsque les causes biologiques sont écartées. Il est donc nécessaire que des investigations somatiques soient entreprises à la demande des psychiatres, cependant la demande est parfois mal perçue par le DSS, qui n'y voit pas de caractère d'urgence ou d'utilité.

Qui plus est, la limite entre « somatique » et « psychiatrique » est parfois floue. Si nous prenons l'exemple du sevrage alcoolique, nous sommes bien dans le cadre du champ de compétences du psychiatre qui instaurera le traitement, mais dans des conséquences potentielles somatiques entrant dans le champ de compétences du médecin généraliste.

Quand la constipation du patient sous méthadone nécessite la mise en place de laxatif, est-ce parce que la cause du problème de santé est en lien avec la pathologie addictive traitée par le psychiatre, que le médecin généraliste ne devrait pas intervenir ?

Les examens complémentaires hors consultation arrivants, nécessitent une convocation supplémentaire du patient. Les ECG, analyses d'urines et bilans sanguins posent un problème récurrent lorsqu'ils ont attrait aux vérifications en lien avec la pharmacopée psychiatriques ou de consommation de toxiques, le DSS estimant qu'il n'est pas de leur ressort d'effectuer ces examens.

Cependant, il n'y a aucun matériel de soins, ou d'IDE dédiée, pour réaliser ce type d'examens dans l'aile de consultation du DSP. Au-delà, cette absence de fluidité donne une charge supplémentaire de travail aux secrétaires ainsi qu'aux IDE du DSS.

Cette problématique entraîne de manière probable un **manque de respect des recommandations HAS** pour des patients sous antidépresseurs, thymo-régulateurs et neuroleptiques, que ce soit pour leur instauration ou leur surveillance.

A ce titre, le **dépistage du syndrome métabolique** (présence de 3 facteurs de risque de diabète de type 2 et de maladie cardio vasculaire parmi les 5 suivants : hypertension, glycémie élevée, embonpoint abdominal, faible taux de bon cholestérol HDL, taux élevé de triglycérides) est insuffisant, alors que c'est une cause majeure de mortalité prématurée chez les patients atteints de troubles psychiatriques sévères, et qui est à risque augmenté vu la sédentarité qui règne dans la détention.

Le problème se situe-t-il au niveau relationnel, organisationnel, personnel, historique ?

Il existe à mon sens une méconnaissance des contingences de la charge de travail et des conditions d'exécution des tâches de l'autre. Les unités sont interdépendantes autour du patient mais éprouvent des difficultés à travailler de manière coordonnée dans le sens de la qualité de la PEC du patient atteint de trouble psychiatrique, ce qui majore la complexité des situations.

#### Les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé

Le système transversal de **prévention, dépistage est fonctionnel et qualitatif**. Les moyens à disposition notamment les consultations CégIDD entre autres, permettent une qualité satisfaisante dans les aspects de prévention et de dépistage.

On peut regretter le nombre restreint de programmes officiels d'éducation thérapeutique, notamment en ce qui concerne les troubles psychiatriques, pallié en partie par des contenus de RDRD.

Concernant la prévention du suicide, la mise en sécurité des patients fait l'objet de mésententes voir de conflits entre les 2 administrations. Lors des CPU, l'administration hospitalière évoque le secret médical et l'administration pénitentiaire réclamant des informations pour l'évaluation des surveillances des personnes dites à risque. La notion de secret partagé reste un point sensible pour l'ensemble des professionnels, impactant la réactivité et la sécurité des soins.

### Autres difficultés du soin en détention

La **formation des surveillants pénitentiaires** aux spécificités des patients souffrant de troubles psychiatriques est préconisée mais pas obligatoire. Elle apparaît pourtant primordiale tant pour les surveillants de l'HDJ, que pour ceux des bâtiments qui se trouvent être en contact avec tous types de troubles. Si le surveillant pénitentiaire n'est pas un soignant, il est le premier maillon de la chaîne d'alerte des équipes soignantes, puisque nous sommes bien ici dans un lieu de vie, avec un système de soins ambulatoires.

### **4.2 Les limites de l'étude**

Selon Marc Catanas (Catanas Marc, 2003), le choix de la méthode de recherche action réside dans la nécessité de la collecte de données au plus près de la réalité du terrain et de ses acteurs dans le but de définir les limites liées à l'organisation des soins, pour établir des stratégies d'intervention validées par la collectivité. Le choix de cette méthode permet de collecter les données qualitatives et quantitatives de terrain tout en sensibilisant les acteurs aux problématiques identifiées avec leurs concours. Elle contribue à la résolution de problèmes par la création d'émulation dans la recherche de réponses partagées.

L'objectif de la présente recherche était donc d'élaborer le diagnostic de l'USMP du CP de Lille-Annœullin, d'identifier les points sensibles, les carences, et les écarts avec les attendus. Les objets d'étude initiaux sont devenus les acteurs de l'étude par l'investissement dans une méthode participative. Ils ont la connaissance quasi parfaite de leur milieu et sont donc les plus à même d'identifier les paramètres à prendre en compte ou les mesures à effectuer.

#### Les limites de la méthode

Cette méthode présente un défaut majeur car elle dépend de la volonté des personnes à y participer.

Malgré de multiples tentatives, certains professionnels ne souhaitent pas participer à l'étude pour diverses raisons. En particulier, elle peut être vue comme un jugement des pratiques, malgré les précautions prises.

#### Les limites concernant les données

Certaines données sont difficiles à récupérer notamment au sein du DSS.

Les données du rapport administratif diffèrent parfois des réalités de terrain.

Il est impossible dans le temps imparti de cibler uniquement la patientèle atteinte de troubles psychiatriques qui est noyée dans la population globale et donc de préciser l'analyse autour de des comorbidités somatiques.

Au-delà des limites de la méthode, il existe des limites dans le choix des indicateurs. En effet, l'étude de la structure a nécessité de faire des choix dans les paramètres et les indicateurs de recherche. Les indicateurs étaient-ils utiles à l'évaluation de la performance du système ? Les points de comparaison permettent-ils d'indiquer un point fort ou un point faible ? Et à quoi les compare-t-on : objectif national, norme, milieu ordinaire ?

Où place-t-on le curseur de la qualité des soins dans une PEC ambulatoire ?

Parallèlement, le mode de recueil des propos des professionnels amène des désaccords et les sources (données des cadres administratifs, données des professionnels de terrain, etc.) ne sont pas toujours concordantes, il est donc nécessaire de faire des choix dans la présentation des résultats.

De manière tout à fait intéressante, la recherche action a permis d'ouvrir la discussion avec de multiples intervenants du système, aussi bien dans l'identification des problématiques que dans l'évocation de solutions possibles. Les données sont peu généralisables puisqu'elles concernent l'USMP du CP de Lille-Annœullin en particulier.

#### **4.3 Les implications pratiques : stratégies d'implantation d'une IPA en milieu pénitentiaire**

L'étude a permis d'identifier de nombreux défauts dans la PEC de la personne détenue, tout particulièrement lorsque celle-ci souffre d'un trouble psychiatrique. L'offre n'est pas en complète adéquation avec les besoins élevés en soins, et les ressources sont parfois sous utilisées. L'accessibilité aux soins est défaillante en plusieurs points et les parcours de soins sont émaillés de ruptures.

Le patient présentant un trouble psychiatrique est ici plus impacté en raison de l'existence du trouble mais aussi par le fait que les soins soient scindés d'un côté DSP et d'un côté DSS. Les soins deviennent donc moins pertinents puisque la littérature identifie de nombreuses comorbidités somatiques dans la population psychiatrique.

A ce titre l'implantation d'une IPA au sein de l'USMP du CP de Lille-Annœullin comporte un intérêt majeur dans l'holisme de la PEC. Ce terme dérivé du grec « Holos » qui signifie « tout » et « entier », vise la prise en charge du patient dans sa globalité, tant sur le plan physique, émotionnel, mental qu'environnemental.

Cette professionnelle de santé aux compétences élargies, a donc toute sa place au sein de ce système de soins.

L'étude a permis d'identifier et de favoriser des stratégies d'implantation d'une IPA. Elle devrait également faciliter la définition de missions prioritaires, voire d'une fiche de poste en adéquation avec les besoins du système et la reconnaissance immédiate de ses compétences.

L'élaboration du protocole d'organisation étant un préalable à l'implantation de l'IPA, il a fait l'objet d'un travail parallèle au mémoire (Annexe 2).

Voici donc une proposition d'optimisations fonctionnelles inhérentes à l'organisation actuelle des soins par une IPA, en lien avec les compétences du décret :

#### ***Compétence 1 : évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées***

- Création d'une consultation IPA en Bâtiment, poursuivant plusieurs buts évoqués dans l'étude :
  - o Pourcentage d'utilisation des soins plus importants par la diminution du non acheminement des patients
  - o Diminution des mouvements pour les équipes pénitentiaires
  - o Matériel de soins somatiques, de prélèvements et d'exams complémentaires à disposition de l'IPA dans le but de fluidifier le parcours
  - o Diminution de la charge de travail des secrétaires par la baisse du nombre de convocations supplémentaires

- Diminution de la charge de travail des IDE du DSS, par la réalisation des examens complémentaires lors de la consultation IPA dans la mesure du possible (bilans sanguins, ECG, TU...)
- Libération de temps médical
- Suivi du syndrome métabolique et des recommandations liées aux thérapeutiques

*Problématiques inhérentes à anticiper* : interprétation des ECG, disponibilité du bureau médical en bâtiment et en zone centrale, horaires de consultation en cas de bilan sanguin (navette), acceptation par l'administration pénitentiaire.

- Création d'un relais de consultation au QA
  - Réévaluation du risque suicidaire, des symptomatologies de sevrage
  - Passerelle plus rapide vers la consultation médicale DSS et DSP

*Problématiques inhérentes à anticiper* : matériel d'examens ambulants

**Compétence 2 : définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé**

- Création d'un temps de régulation du dossier médical relevant de la PEC IPA – Elaboration d'anamnèses complètes et partagées
- Création d'un document de consultations IPA pour favoriser la reconnaissance de la compétence et mettre en confiance les équipes du DSP et du DSS (Annexe 3).

*Problématiques inhérentes à anticiper* : modes de communication et outils informatiques efficaces, utilisables et modifiables au long de la PEC

**Compétence 3 : concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique**

- Participation transversale à la politique de l'unité de prévention éducation santé

**Compétence 4 : organiser les parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés**

- Travail de coordination entre les 3 niveaux de soins – Réflexions autour de projet parcours, de fluidification des circuits, des systèmes de communication
- Réflexion autour d'un système de relais systématique IPA en retour d'hospitalisation et de transfert avec les UHSA, UHSI, Secteurs, UMD et les autres USMP
- Travail en relation dans les détentions avoisinantes concernant les relais de soins
- Travail autour de la consultation « sortant » et de l'orientation pour les patients relevant de l'IPA
- Création de documents (Demande de rdv intuitive : annexe 4)
- Orientation plus rapide vers les professionnels du DSS, DSP, CATTP

*Problématiques à anticiper* : outils de communication ambulants (téléphone, ordinateur portable et connexions), déplacements

**Compétence 5 : mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique**

- Création d'un temps de mise à disposition des équipes de surveillants
  - o Sensibilisation des surveillants au risque suicidaire, addictions, troubles psychiatriques tout en respectant les prérogatives de chacun, ce qui pourrait concourir à la dé-stigmatisation du patient souffrant de trouble psychiatrique (mise à disposition de manière formelle ou informelle pour répondre aux interrogations ou difficultés de positionnement face au trouble psychiatrique en bâtiment ? A plus long terme, on pourrait espérer une articulation plus efficace des deux administrations) – Principe du gagnant / gagnant : « Améliorer le sort des uns, c'est améliorer le sort des autres » (De conninck Gérard, 2004).
- Réflexion autour d'un appui aux équipes en cas de PEC complexes

*Problématiques inhérentes à anticiper* : présentation d'un projet d'intérêts pour les 2 administrations, souhait de travail commun, possibilité de refus ou de non intérêt, modes et délimitations des demandes d'intervention

### **Compétence 6 : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques**

- Etude globale concernant la sous-utilisation des soins en détention à mener au sein de l'USMP
- Participation à l'élaboration de protocoles communs aux IDE de l'USMP (ex : constipation, douleur...)
- Aide à l'élaboration d'outils facilitateurs à la pratique IDE (autour des thèmes choisis par les équipes)

## **Conclusion**

Plusieurs dimensions de la qualité des soins pourraient faire l'objet d'amélioration au sein de l'USMP du CP de Lille-Annœullin. Certains de ces points sont en lien avec les compétences d'une IPA : une création de poste est donc envisageable dans l'idée d'améliorer la qualité de PEC des patients atteints de troubles psychiatriques en détention qui s'avèrent être complexe. Elle nécessitera un travail global de préparation multi-professionnelle à l'échelle du CHU concernant les protocoles, les missions, la législation, les services qualifiés...

Elle doit également faire l'objet d'un travail d'adhésion auprès des patients suivis (Fiche information patient - Consentement éclairé tripartite en annexe 5).

Parallèlement, un travail de communication serait primordial avec l'administration pénitentiaire, plaçant l'IPA comme un maillon mobile des soins relais entre les deux administrations.

La spécialisation en Psychiatrie et Santé mentale mériterait d'être renforcée par une spécialisation en pathologies chroniques dans l'objectif de travailler en relation avec les médecins généralistes de l'USMP du CP de Lille-Annœullin et ainsi de légitimer le travail autour du patient psychiatrique et des comorbidités somatiques.

Sans même cette spécialisation, un protocole de coopération pourrait être établi pour les activités de premier recours au travers de :

- La spécialisation psychiatrique : évaluation d'urgences, évaluation au QA, traitement des problématiques de sommeil en premier recours par exemple, qui n'entrent pas totalement dans le cadre du décret IPA actuel ;
- La spécialisation somatique dans le cadre d'un travail avec les médecins généralistes pour la gestion de la douleur, les examens complémentaires liés aux maladies chroniques non psychiatriques...

Ce protocole aurait intérêt à être établi au titre de la loi d'organisation et de transformation du système de santé publiée en juillet 2019 (Ministère des solidarités et de la Santé, 2019).

L'IPA pourrait alors être une conciliatrice entre le DSP et le DSS en faveur de la globalisation et de la qualité prise en charge autour d'une file active réduite et ainsi participer à la PEC des comorbidités nombreuses que l'on connaît chez les patients en psychiatrie grâce à l'utilisation du couple de la compétence d'examen clinique et la spécialisation en santé mentale, allié à la compétence d'interface développée durant le Grade Master.

Prioritairement, il faudra prendre garde à l'échelle de travail de l'IPA. Celle-ci n'est pas la révolutionnaire du système et il faut bien conserver l'idée qu'elle ne vienne pas empiéter sur les missions des autres professionnels de santé au risque de ne pas réussir à s'implanter de manière efficace. Elle doit venir se positionner en ressource et ses missions doivent être édictées en fonction des besoins des patients et des équipes, et non pas en palliatif aux problématiques effectifs des services.

Des freins à la pratique avancée sont palpables aussi bien dans les équipes médicales que paramédicales, et l'IPA fera certainement face à des écueils lors de son implantation. Cependant, la pratique avancée est censée améliorer et renforcer l'accès aux soins. Quel milieu plus clos que le milieu pénitentiaire, avec un accès aux soins dégradé par rapport à la population générale et une prévalence des troubles psychiatriques importante... C'est donc un pari doublement innovant que de tenter d'apporter la pratique avancée en milieu pénitentiaire.

Des études complémentaires mériteraient d'être menées en France à propos de l'organisation des soins en direction des personnes détenues. La littérature actuelle est parfois ancienne ou incomplète surtout en ce qui concerne les soins infirmiers en détention, elle nécessiterait des actualisations (Delavay Aude-Emmanuelle, Verdot Charlotte, & Gremy Isabelle, 2014). Les études sont peu standardisées et donc difficilement comparables.

L'avènement des sciences infirmières et leur utilisation permettra de valoriser le travail important des IDE en prison, premier maillon de la chaîne de soins.

## Glossaire

ARS : Agence régionale de santé  
CATTP : Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel  
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue  
CD : Centre de détention  
CéGIDD : Centre gratuit d'informations de dépistage et de diagnostic  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
CP : Centre pénitentiaire  
CproU : Cellule de protection renforcée  
CPU : Commission pluridisciplinaire unique  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires  
DSS : Dispositif de soins somatiques  
DSP : Dispositif de soins psychiatriques  
ECG : Electro cardiogramme  
EMOT : Equipe mobile transitionnelle  
ETP : Equivalent temps plein  
ETP : Education thérapeutique du patient  
HDJ : Hôpital de jour  
HL : Hospitalisation libre  
IDE : Infirmière diplômée d'Etat  
IPA : Infirmière en pratique avancée  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
MA : Maison d'arrêt  
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview  
PEC : Prise en charge  
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse  
QA : Quartier arrivant  
QD : Quartier disciplinaire  
QI : Quartier isolement  
QPR : Quartier de prise en charge de la radicalisation  
RDRD : Réduction des risques et des dommages  
SDRE : Soins sur décision d'un représentant de l'état  
SMPR : Service médico psychologique régional  
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation  
TAO : Traitement agoniste aux opioïdes  
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée  
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale  
URSAVS : Unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles  
USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

## **Table des illustrations**

Tableau 1 : Prévalence des troubles psychiatriques évaluées avec le MINI	p 2
Tableau 2 : Déclinaison des outils méthodologiques	p 10 à 12
Tableau 3 : Récapitulatif des présents sur la liste de soins du DSP	p 13
Tableau 4 : Les personnels et les délais d'accès aux soins actuels	p 14 et 15
Tableau 5 : Ratio soignants / Soignés	p 15
Tableau 6 : Organisation des créneaux de consultation selon les bâtiments et quartiers	p 16 et 17
Tableau 7 : Consultations des professionnels du DSP	p 18
Tableau 8 : Consultations des professionnels du DSS	p 19
Tableau 9 : Les extractions médicales	p 20
Tableau 10 : Les des hospitalisations en HDJ	p 21
Tableau 11 : Autres vaccinations et dépistages	p 33
Tableau 12: Récapitulatif des actions de RDRD	p 34
Tableau 13 : Les passages à l'acte auto-agressif	p 35
Tableau 14 : Synthèse qualitative d'audit de l'USMP du CP de Lille-Annœullin	p 38 à 40
Figure 1 : Prévalences des pathologies surreprésentées en milieu carcéral par rapport à la population générale en France	p 3
Figure 2 : Organigramme des unités fonctionnelles de l'USMP	p 14
Figure 3 : Schéma des ruptures dans le parcours de santé	p 26
Figure 4 : Etude d'un dossier patient au parcours complexe relevant du DSP	p 30

# BIBLIOGRAPHIE

- Catanas Marc. (2003, 16 avril). La recherche action. *Cadresanté.com*. Repéré à <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-recherche-action>
- CHR Lille - Piramig. (2020a, 23 décembre). Rapport d'activité 2019—UHSA Lille Seclin.
- CHR Lille - Piramig. (2020b, 23 décembre). Rapport d'activité 2019—UHSI de Lille.
- CHR Lille - Piramig. (2021a, 1 octobre). Rapport d'activité 2020—UHSA Lille Seclin.
- CHR Lille - Piramig. (2021b, 1 octobre). Rapport d'activité 2020—UHSI de Lille.
- De conninck Gérard. (2004). *La formation des surveillants: Mission impossible?* (L'Harmattan). (S.l.): (s.n.).
- Delavay Aude-Emmanuelle, Verdot Charlotte, & Gremy Isabelle. (2014). Surveillance de la santé des personnes détenues en France : Faisabilité et recommandations | Cairn.info. *Cairn.info*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-491.htm#:~:text=Au%201%20er%20mai,188%20%C3%A9tablissements%20p%C3%A9nitentiaires%20%5B1%5D.&text=Or%2C%20il%20n'existe%20pas,la%20sant%C3%A9%20en%20milieu%20carc%C3%A9ral>
- DGOS. (2021, 3 décembre). Prise en charge sanitaire. *Ministère des Solidarités et de la Santé*. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire>
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F., & Rouillon, F. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet (London, England)*, 377(9769), 956-965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Fovet, T., Eck, M., Touitou, D., & Bodon-Bruzel, M. (2020). Suicide en milieu carcéral. *EMC - Psychiatrie*. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(20\)10743-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(20)10743-0)
- Fovet, T., Geoffroy, P., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P., & Amad, A. (2016). Psychiatrie du sujet âgé en milieu pénitentiaire. *L Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.11.002>

- Fovet, T., Plancke, L., Amarieï, A., Benradia, I., Carton, F., Sy, A., ... Roelandt, J.-L. (2020). Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
- Fovet, T., Plancke, L., & Thomas, P. (2018). Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale*, 227. Repéré à <https://www.researchgate.net/publication/3248040377>
- Halley des fontaine, V. (2018). adsp n° 104—Santé des personnes sous main de justice. Repéré à <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=161>
- IGAS / IGSJ. (2015). Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. *Rapport IGAs n°2015-050R / IGSJ N)58-15*, 176.
- INVS. (2014). État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Repéré à <https://www.f2rsmpsy.fr/546-etat-connaissances-sur-sante-personnes-detenu-es-france-lretranger.html>
- L'assurance maladie. (2020, 1 septembre). Patientèle des médecins libéraux APE par région en 2019. Repéré à <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-region-2019>
- Letaïef, M., & Mhamdi, S. (2013). La qualité des soins et la sécurité des patients : Quelques notions et concepts de base, 13.
- Ministère de la Justice. *LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire* (JORF n°0273; 2009-1436) (2009).
- Ministère de la Justice. (2021). Section 4 : Des réductions de peines (Articles 721 à 721-3). *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006167533/>
- Ministère de la Justice. (2022). Statistiques de la population détenue et écrouée. *Justice.gouv.fr*. Repéré à <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-34271.html>
- Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé & DGOS. (2019). Prise en charge sanitaire. *Ministère des Solidarités et de la Santé*. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire>
- Ministère de la Santé. *Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale* (1994).

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. *Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée* (JORF n°0187). , Pub. L. No. JORF n°0187 § Texte n°26 - Annexe 1 (2019). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000038938326/2019-09-02/>

Ministère des affaires sociales et des droits de la femme. (2016, 21 novembre). LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé—Dossiers législatifs—Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/>. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>

Ministère des solidarités et de la Santé. (2019). Les protocoles de coopération entre professionnels de santé. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>

Observatoire International des prisons. (2021). Accès aux soins. *Oip.org*. Repéré à <https://oip.org/decrypter/thematiques/acces-aux-soins/>

Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité des soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer ?, 20.

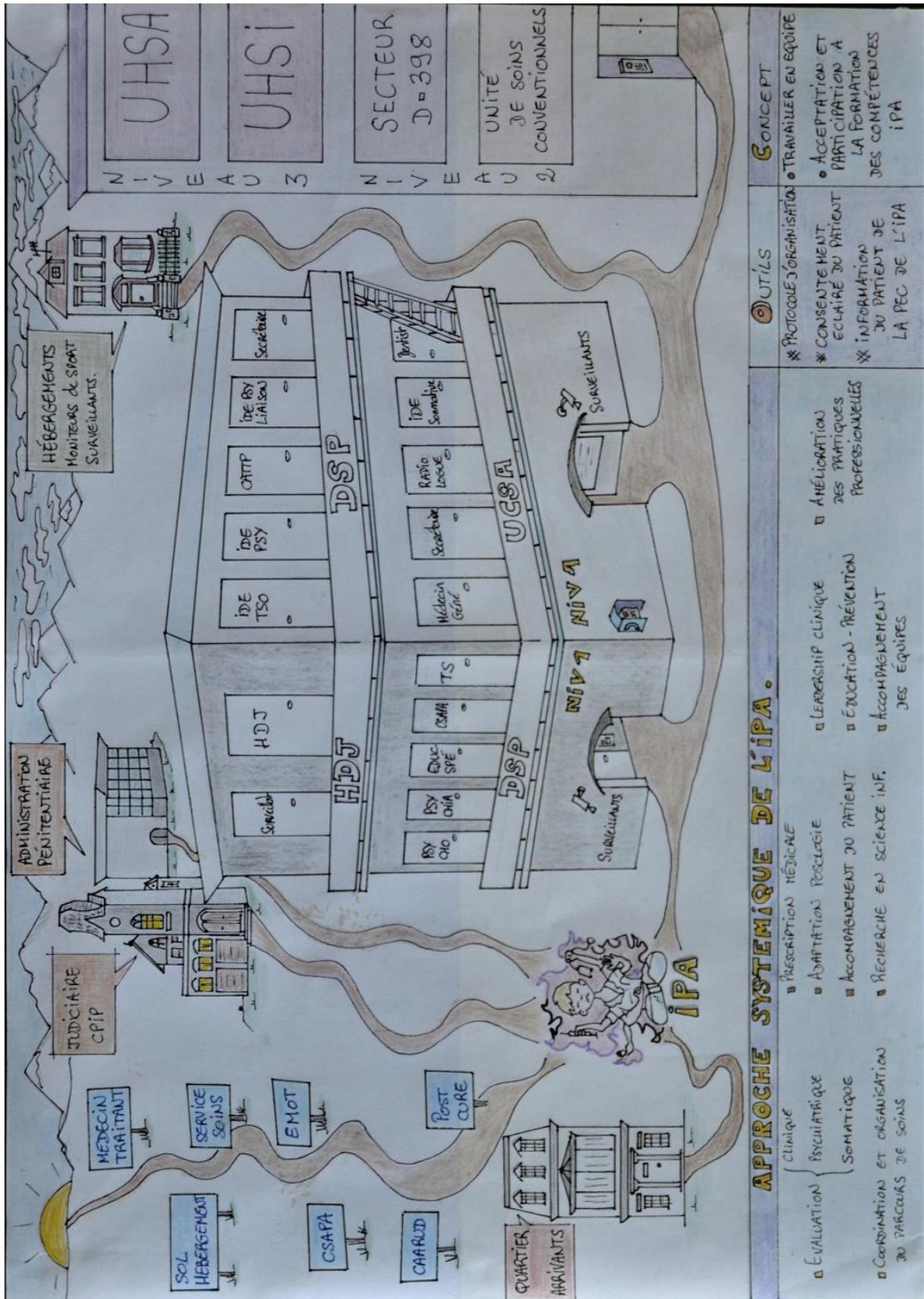
Santé publique France. (2013, 22 avril). Qualité des soins : Définition. Repéré à <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

Thailand institute of justice. (2021). Global Prison Trends 2021. *Penal Reform International*. Repéré à <https://www.penalreform.org/global-prison-trends-2021/>

Wendt David. (2012). Outil de diagnostic rapide des systèmes de santé : FHI 360. *FHI 360*. Repéré à <https://www.fhi360.org/resource/health-systems-performance-guides-series>

World Health Organization office for Europe. (2019). Rapport de situation sur la santé en prison dans la Région européenne de l'OMS. Repéré à <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019>

ANNEXE 1  
MAP  
LA SYSTEMIQUE DE L'IPA



**APPROCHE SYSTEMIQUE DE L'IPA.**

<p><b>CONCEPT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRAVAILLER EN EQUIPE</li> <li>• ACCEPTATION ET PARTICIPATION A LA FORMATION DES COMPETENCES IPA</li> </ul>	<p><b>UTILS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* PROTOCOLE D'ORGANISATION</li> <li>* CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT</li> <li>* INFORMATION DU PATIENT DE LA PEC DE L'IPA</li> </ul>	<p><b>APPROCHE SYSTEMIQUE DE L'IPA.</b></p> <p>CLINIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ EVALUATION PSYCHIATRIQUE SOMATIQUE</li> <li>□ PRESCRIPTION MEDICALE</li> <li>□ LEADERSHIP CLINIQUE</li> <li>□ EDUCATION - PREVENTION</li> <li>□ RECHERCHE EN SCIENCE INF.</li> <li>□ ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT</li> <li>□ ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES</li> <li>□ ADAPTATION PSYCHOLOGIE</li> <li>□ EDUCATION - PREVENTION</li> <li>□ ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES</li> </ul>
---	--	--

ANNEXE 2  
Protocole d'organisation  
Document de travail

<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLE D'ORGANISATION ENTRE LES PSYCHIATRES ET LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE</b></p>
--

## **1. Préambule**

Le cadre réglementaire stipule que les modalités de collaboration entre médecins et infirmiers en pratique avancée sont formalisées dans un protocole organisationnel.

*L'article R. 4301-4 du Code de Santé Publique dispose que : « Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi ».*

Ce protocole précise les modalités de collaboration, d'échanges d'informations, de réunions pluri professionnelles, ainsi que les conditions de retour du patient vers le médecin sur décision de l'infirmier en pratique avancée ou à la demande du patient.

Le protocole cadre est soumis à avis de la CME.

INFORMATIONS RELATIVES AU PÔLE		
Nom du pôle	Pôle de psychiatrie	
Nom du psychiatre chef de pôle	Professeur Pierre Thomas	
Nom du cadre supérieur de pôle	Mme Béatrice Bescond	
Lieu et adresse de la structure d'exercice	Centre pénitencier d'Annœuillin	
INFORMATIONS RELATIVES AUX SIGNATAIRES DU PROTOCOLE		
Nom, prénom	Qualification des signataires	Date et signature
Pr Dominique Chevalier	Président de la CME	
Mr Frédéric Boiron	Directeur des soins	
Professeur Thomas Pierre	Chef de pôle	
Dr Demeulemeesters Estelle Dr Belet Bettina Dr Lepen Laurane	Psychiatre référent du patient	
Mme Besond Béatrice	Cadre supérieur de pôle	
Mme Flamant Caroline	Cadre du CP	
Mme Quetstroy Vanessa	IPA	
PROTOCOLE PORTE A LA CONNAISSANCE DE L'EQUIPE		
Modalités de l'information	Unité	Date
Note interne Bureau de pôle Réunion institutionnelle	Unité Pôle CP d'Annœuillin	

L'infirmier en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale exerce ses missions et activités conformément à l'arrêté du 12 août 2019 repris dans la fiche de poste institutionnelle et en application du présent protocole.

Conformément à l'article R.4301-6 du CSP, le patient est informé des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA. Ces modalités sont font l'objet d'un document spécifique remis au patient.

## **2. Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée**

### **2.1. Modalités de prise en charge**

Le psychiatre référent du patient confie à l'IPA :

- Les consultations de suivi, comprenant un examen physique (suivant le guide de consultation IPA)
- La prescription et la réalisation des examens complémentaires et des soins physiques (si nécessaire) pendant la consultation (si possible),
- Le renouvellement ou l'adaptation des prescriptions médicamenteuses et la réadaptation des posologies des thérapeutiques suivantes : thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés
- La proposition d'orientation vers des professionnels qui semblerait adapté,
- L'accompagnement et la coordination du parcours de soins, comprenant les liens avec les soignants pré-carcéraux, pendant l'incarcération et post carcéraux
- Une anamnèse complète et partagée

L'IPA exerce son activité principalement dans le centre pénitentiaire. Il peut intervenir et assurer un lien avec les établissements médico-sociaux dans le cadre de la coordination parcours de santé du patient.

Le psychiatre référent du patient reçoit le patient en consultation au moins 1 fois / an, sauf situation particulière.

Le psychiatre référent confie le suivi du patient à l'IPA avec l'accord du patient, selon les modalités définies dans le livret d'information et de suivi du patient.

### **2.2. *Les modalités de transmissions cliniques***

#### **2.2.1. Entre le psychiatre et l'infirmier en pratique avancée**

- Reporting avec le psychiatre référent par mail, téléphone et en présentiel, en réunion clinique
- Traçabilité de la prise en charge par l'IPA dans le DPI
- Codage PMSI des actes et activités réalisés
- Suivi des indicateurs d'activité : file active IPA, durée du suivi, recours au psychiatre en dehors du rythme prévu, nombre de refus de suivi, nombre de demande d'arrêt de suivi

#### **2.2.2. Au sein de l'équipe pluri professionnelle**

- Participation aux synthèses, organisation de temps de rencontre avec tout interlocuteur et structures concernées par la PEC en lien avec le médecin référent
- Participation à la recherche en soins infirmiers, et les soins en milieu carcéral (Qualité des soins, surveillance du syndrome métabolique...)

- Appui aux professionnels (cas complexe, supervision)
- Participation à la démarche qualité et de gestion des risques
  - o Rédaction de protocoles, de documents
  - o Analyse des motifs de retours vers le médecin

### **3. Les modifications des modalités de suivi du patient**

#### **3.1. A la demande de l'IPA**

- Dégradation de l'état psychique du patient, indication d'hospitalisation
- Majoration du risque suicidaire
- Perturbation des données cliniques ou biologiques
- Apparition d'effets secondaires indésirables

L'IPA informe le patient, des changements de prise en charge et de leur motivation.

#### **3.2. A la demande du psychiatre**

Le psychiatre définit le rythme et les critères de suivi médical en fonction de la situation clinique de chaque patient.

#### **3.3. A la demande du patient**

Si le patient souhaite rencontrer le psychiatre référent, l'IPA organise une consultation médicale pour le rendez-vous suivant en concertation avec le médecin.

### **4. Evaluation**

Le protocole est évalué au moins une fois par an et ajusté si besoin, selon l'analyse des événements indésirables, nouveau besoin de santé identifié ...

Les évènements indésirables sont transmis au fur et à mesure selon les modalités institutionnelles.

L'IPA élabore un rapport d'activité intégré dans celui du pôle.

Une évaluation de la satisfaction du patient est réalisée à chaque fin de prise en charge.

LISTE DES ACTES TECHNIQUES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À EFFECTUER SANS PRESCRIPTION MÉDICALE ET, LE CAS ÉCHÉANT, À EN INTERPRÉTER LES RÉSULTATS POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

Réalisation d'un débitmètre de pointe.

Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.

Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.

Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.

Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.

Recueil aseptique des urines.

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.

Ablation du matériel de réparation cutanée.

Pose de bandages de contention.

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.

Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

Utilisation de techniques de médiation à visée thérapeutique.

## Annexe II

LISTE DES ACTES DE SUIVI ET DE PRÉVENTION QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À DEMANDER, POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

Conseils hygiéno-diététiques adaptés.

Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.

Rétinographie avec ou sans mydriase.

Electrocardiographie (ECG) de repos.

Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).

Explorations fonctionnelles de la respiration.

Electro-encéphalographie.

Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.

Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.

Doppler du greffon.

Débit de fistule artério-veineuse.

LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE OBLIGATOIRE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE

Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'[article L. 4311-1 du code de la santé publique](#).

Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.

Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.

Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.

Prothèse capillaire.

Prothèse mammaire externe.

**Annexe IV / Modifié par Arrêté du 12 août 2019 - art. 1**

LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

I.-Examens sanguins

HEMATOLOGIE :

- Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématocrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire).

IMMUNOLOGIE :

- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;  
- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

HEMOSTASE ET COAGULATION :

- Temps de Quick en cas de traitement anti-vitamine K (INR) ;  
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique.

MICROBIOLOGIE :

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU) ;  
- Prélèvement cutané ou muqueux.

HORMONOLOGIE :

- TSH ;  
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).  
-Béta-HCG

ENZYMOLOGIE :

- Lipasémie ;  
- Phosphatases alcalines ;  
- Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO) ;  
- Gamma glutamyl transférase (G.G.T.) ;  
- Créatine phosphokinase (CPK) ;  
- Lactate déshydrogénase (LDH).

PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :

- Protéine C réactive (CRP) ;  
- Albumine ;  
- Folates sériques ou érythrocytaires ;  
- HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique) ;  
- Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP) ;  
- Ferritine ;  
- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur) ;  
- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

BIOCHIMIE :

- Glycémie ;  
- Acide urique ;  
- Phosphore minéral ;  
- Calcium ;  
- Urée ;  
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI ;

- Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses ;
- Dosage de la bilirubine ;
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL) ;
- Bicarbonates ou CO<sub>2</sub> ;
- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux) ;
- Saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) ;
- Gaz du sang.

#### DOSAGES MEDICAMENTEUX :

- Lithium ;
- Acide Valproïque ;
- Carbamazépine ;
- Clozapine ;

#### TOXICOLOGIE :

- Recherche de toxiques ;

#### II.-Examens urinaires

- Protéinurie ;
- Micro-albuminurie ;
- Ionogramme (potassium + sodium) ;
- Acétone ;
- Acide urique ;
- Calcium ;
- Créatinine ;
- Phosphore minéral ;
- PH ;
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine) ;
- Glycosurie.

#### Recherche de produits toxiques

#### **Annexe V /**

LISTE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À RENOUELER OU À ADAPTER POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

- Produits de santé

En ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

En ce qui concerne les thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription peut, à l'appréciation du médecin, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier.

ANNEXE 3  
Guide de consultation IPA  
Document de travail

# GUIDE

## CONSULTATION IPA

IDENTIFICATION DE L'EXAMINATEUR Prénom :

IDENTIFICATION DU PATIENT (Nom, prénom, date de naissance)

### 1. MOTIF DE CONSULTATION OU D'HOSPITALISATION / PLAINTÉ PRINCIPALE (du patient et/ou de l'entourage)

.....  
 .....

## 2. Informations générales

### IDENTITE / SITUATION ADMINISTRATIVE

PAPIER D'IDENTITE : CNI / PASSEPORT / TITRE DE SEJOUR / TITRE DE TRAVAIL/ AUCUN  
 Validité ?.....

Numéro sécurité sociale :

.....

CSS EN COURS JUSQUE..... AAH EN COURS  
 JUSQUE.....

Numéro CAF :

.....

Ressources : Emploi / RSA / ASSEDICS / PENSION / RETRAITE / INVALIDITE / AAH ?

TUTELLE / CURATELLE (nom, prénom, contact).....

N° Compte bancaire : ..... Adresse banque :

.....

Adresse  
 domiciliation :.....

Type de domiciliation : SDF / Logement personnel / Hébergé chez les parents / Hébergé chez un tiers/ En institution

Difficulté de langue : OUI / NON Interprétariat ?.....

Statut : Marié / Pacsé / Célibataire / Couple / Divorcé / Veuf

Nombre d'enfants : .....Age : ..... Contact :

.....

### LES SOINS

Nom du psychiatre référent actuel :..... Nom du psychologue référent :.....

Nom du médecin généraliste traitant

.....

Nom du psychiatre référent secteur :..... Secteur :.....

Nom du psychologue référent secteur :.....

Travailleur social actuel / à l'extérieur :.....

CPIP ACTUEL..... CPIP EN

EXTRA.....

CONTACT :  
 .....  
 Autres **médecins et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge** :  
 .....  
 Etayage  
 familial : .....  
 Orientation : EMOT / URSAVS / HDJ / CATT / PSYCHOLOGUE  
 Expertise **psychiatrique** : ..... Expertise **psychologique** :  
 .....

**L'INCARCERATION**

INCARCERATION 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 .... (Motifs antérieurs et actuels) :  
 .....  
 .....  
 Prévu / Condamné ? .....  
 Date de libération prévue : .....  
 RPS ? .....  
 Date des audiences futures ou affaires en cours :  
 .....  
 Statut en détention : travailleur / en formation Autre : .....  
 Parloir : .....  
 ...  
 PROJET DE SORTIE – SUIVIS ENVISAGES : .....  
 Injonction de soins / obligation de soins / autres mesures judiciaires à la libération ? .....  
 Interdiction de territoire ..... Reconduction à la frontière  
 .....

**3. Antécédents**

**A. Antécédents personnels**

<b>PSYCHIATRIQUES</b>	<b>Troubles psychiatriques connus</b> (date du diagnostic / date de début)	
	<b>Hospitalisations</b> <b>Secteur / UHSA / UMD</b> Date, lieu et mode + compte rendu de chaque hospitalisation	

	<p><b>Tentatives de suicide</b> <b>Automutilations</b></p> <p>(nombre, circonstances, moyens utilisés, violent / non-violent)</p>	
	<p><b>Gestes hétéro agressifs</b></p> <p>(circonstances, moyens utilisés)</p>	
ADDICTOLOGIQUES	<p><b>Tabac</b></p> <p>(quantité, ancienneté, circonstances de consommation)</p>	
	<p><b>Alcool</b></p> <p>(quantité, ancienneté, circonstances de consommation)</p>	
	<p><b>Autres</b> : cannabis, médicaments, jeu, protoxyde d'azote, héroïne etc.)</p> <p>Cocaïne / Héroïne : IV, Fumé, Sniffé</p>	
NON-PSYCHIATRIQUES	<p><b>MÉDICAUX GÉNÉRAUX</b> (neuro, cardio vasculaire, pneumo, articulaire, uro-génital, dermato, ORL, infectieux, maladie chronique)</p>	
	<p><b>CHIRURGICAUX</b></p>	
	<p><b>VACCINATIONS</b> (tétanos, DT polio, coqueluche, Hep B, pneumocoque)</p>	
	<p><b>GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX</b> (grossesses, FCS, IVG, etc.)</p>	
	<p><b>ALLERGIQUES</b></p>	

## **B. Antécédents Familiaux**

<p><b>PSYCHIATRIQUES ET ADDICTOLOGIQUES</b></p> <p>(suicides et tentatives de suicide, troubles psychiatriques connus, troubles addictifs connus)</p>	
<p><b>AUTRES</b></p> <p>(dont neurologiques et cardiovasculaires, maladies chroniques)</p>	

## **4. Traitements actuels et chimio gramme**

	Nom	Indication	Posologie	Date d'initiation et durée de traitement
<b>TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES</b>	ACTUEL			
	ANCIEN			

## **5. Histoire de la maladie**

**HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE** : Complications anténatales et au cours de l'accouchement / Prématurité / Exposition à l'alcool ou à d'autres toxiques au cours de la période anténatale / Exposition à certains médicaments au cours de la période anténatale / Faible niveau socio-économique des parents / Âge parental élevé / Retard des acquisitions développementales ou trouble des apprentissages

**HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA MALADIE** (Date de début des symptômes ? Date de diagnostic ? Age de début, nombre d'épisodes ...) :

**HISTOIRE RÉCENTE DE LA MALADIE ACTUELLE :**

Facteurs de **stress récents** (aigus ou chroniques répétés : rupture, surmenage, perte d'emploi, stress, traumatismes [accident, agression, etc.) :

.....  
.....

Facteurs liés à la consommation d'une substance psycho active (intoxication, ou sevrage) :

.....  
.....

Facteurs médicamenteux (Arrêt ou introduction de traitement, mésusage, surdosage, observance) :

.....  
.....

## **6. Entretien psychiatrique**

**Présentation du patient et description générale (Hygiène corporelle, tenue, contact, coopération...)** :

**Langage (prosodie, rythme, quantité, intensité, signification)** :

**Pensées (rythme, contenu, cours de la pensée)** :

- Logique / Illogisme / Cohérence / Digression / Différence
- Idées délirantes / obsessions / reviviscences / flash back / anxiété / ruminations / Idées phobiques / Syndrome de référence
- Idées liées à l'humeur dépressive (négatives, dévalorisation, incurabilité)
- Idées liées à l'humeur exaltée (positives, de grandeur d'optimisme démesuré)
- Idées de mort / idées de suicide

### **DESCRIPTION SPÉCIFIQUE EN CAS D'IDÉES DÉLIRANTES**

**Thème** (persécution, grandeur, mystique, de filiation, somatique, érotomaniaque, d'influence, de référence) :

**Mécanisme** (interprétatif, hallucinatoire, intuitif, imaginaire) :

**Adhésion** (conviction, critique) :

**Retentissement** :

**Evolution** (aigue, chronique) :

### **Affectivité / Thymie**

Emotions (hypoesthésie, anesthésie, labilité, discordance, anhédonie, aboulie) :

Humeur (euthymie, exaltation, euphorie, tristesse de l'humeur, labilité...)

### **Perception**

**Hallucinations visuelles** :

**Hallucinations auditives (attitudes d'écoute, type bruit ou voix)** :

**Hallucinations cénesthésiques** :

**Hallucinations olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques** :

**Hallucinations intra psychiques** (perte de l'intimité psychique, avec vol, divulgation, devinement, diffusion, transmission, écho, commentaire de pensée ou d'acte, pensée ou acte imposé)

### **Motivation**

Motivation normale / diminuée (aboulie, procrastination) / Augmentée :

### **Attention et mémoire**

Orientation temporo spatiale (normale, diminuée, désorienté) :

Vigilance :

Mémoire (normale, altérée, amnésie, oublis, difficultés d'organisation) :

Attention :

### **Fonctions physiologiques**

Alimentation / Appétit (normal, anorexie, hyperphagie, boulimie, restriction) :

Sommeil (normal, perturbé, difficultés à l'endormissement, réveils précoces, hypersomnie, cauchemards) :

Sexualité (baisse ou augmentation du désir, troubles érectiles, troubles de l'éjaculation) :

### **Motricité**

Mimique faciales (hypomimie, hypermimie, grimaces, rires immotivées...) :

Activité globale (agitation, accélération, ralentissement...) :

Qualité (bizarreries, flexibilité cireuse, maniérisme, stéréotypies, akatisie...) :

**Évaluation du fonctionnement : Le fonctionnement du patient (autonomie, activité professionnelle, finances, relations interpersonnelles) apparaît-il altéré ? :      OUI      NON**

### **⚠ Évaluation du risque suicidaire RUD**

RISQUE

URGENCES

DANGEROUSITE

### **Évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif (PAA)**

Antécédents de PAA / Idées actuelles de PAA / Accessibilité des moyens pour un PAA

Projet de PAA en direction de :

## 7. Examen physique minimal Patient consentant à l'examen : Oui Non

### CONSTANTES / AUSCULTATION

Poids :                      Taille :                                      IMC :                                      Périmètre abdominal :

PA :                                      T° :

FC :                                      SATURATION O2 :

Bruits du cœur audible et régulier      /      Irrégularité – Galop                      / Souffle - Frottement

Bradycardie      /      Tachycardie

Signes généraux (asthénie, anorexie, amaigrissement, cyanose , pâleur, ictère, pli cutané, œdèmes) :

### EXAMEN CARDIO VASCULAIRE

Douleur thoracique      /      Irradiation (carotide, aisselle, dos)

Dyspnée :

Palpitation :

Syncope :

Signes insuffisance cardiaque gauche (asthénie, dyspnée effort, OAP, expectoration mousseuse) :

Signes insuffisances cardiaque droite (asthénie, dyspnée, ascite) :

### EXAMEN DIGESTIF

Douleur                      Nausées / Vomissements                      Constipation                                      Rectorragies / Mélena

Palpation (abdomen souple, défense...) :

### EXAMEN PLUMONAIRE

Dyspnée      Toux                      Expectoration                      Hémoptysie

Murmures vésiculaires symétriques et bilatéraux      /      Crépitants                      /      Ronchi                      /      Sibilants      /

Autres

## Examen endocrino

### Inspection et palpation de la thyroïde

Exoptalmie – acromégalie – vergetures – anomalies des phanères – Goître – Nodules – Dysphagie – Dysphonie

## Examen neurologique

Inspection et palpation de la thyroïde :

Nerfs crâniens intacts

Déficit sensitif

Déficit moteur

Réflexes normaux

## Autres domaines

Appareil uro-génital :

Rhumatologique :

Examen des aires ganglionnaires :

- Douleurs pelviennes  Arthralgies  Anomalies
- Signes fonctionnels urinaires  
(brûlures, pollakiurie, dysurie)

**Examen gynécologique :**

Date des dernières règles : .....

Leucorrhée

Hémorragies

Troubles des règles. Examens paracliniques réalisés

**Examen cutanéomuqueux :**

Lésions cutanéomuqueuses

Notes (cicatrices, scarifications, autres lésions...) :

.....

.....

Derniers bilans biologiques (dates et anomalies) :

Derniers dosage thérapeutique (dates et commentaires) :

Dernier ECG (dates et commentaires) :

Dernières imagerie cérébrale (dates et commentaires) :

Dernière RTU (dates et commentaires) :

Examen radiologique (dates et commentaires) :

## **8 . Conclusion**

**Synthèse clinique prenant en compte l'histoire de la maladie, les signes et symptômes relevés au cours de l'examen, avec hypothèses diagnostiques (incluant le risque suicidaire et d'agitation) :**

### **Evaluation pharmacologique – Réadaptation thérapeutique**

Evaluation de l'observance médicamenteuse :

Conciliation médicamenteuse (démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses)

### **CAT :**

Orientation proposée :

Accès / Retour vers le psychiatre demandé

Accès / Retour vers le psychologue demandé

Accès / Retour vers le médecin généraliste

Accès / Retour vers une hospitalisation demandé

Accès / Retour vers l'IPA

Renouvellement de traitement effectué :

Réadaptation posologie effectué de la manière suivante (transmise au psychiatre référent) :

Examens complémentaires à prévoir (dates et commentaires) :

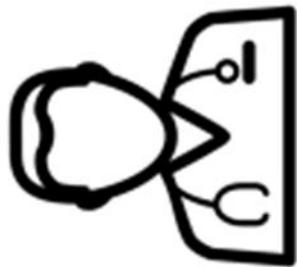
## ANNEXE 4

# Demande de RDV médical

## Document de travail

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 ECROU : .....  
 CELLULE : .....

DEMANDE DE SOINS / Request for care / просьба об уходе / talab alriageya / talab alriageya / طلب الرعاية



Médecin généraliste  
 General Practitioner  
 врач общей практики  
 Tabib eamun / طبيب



Psychiatre  
 Psychiatrist  
 психиатр  
 Tabib nafsiyum / طبيب نفسي

Psychologue  
 Psychologist  
 психолог  
 Altabib alnafsiu  
 عالم نفسي



Dentiste  
 Dentist  
 Стоматолог  
 Tabib alasinan / طبيب الأسنان

Motif / Pattern / шаблон / Namat / دافع باعث

.....  
 .....  
 .....

ANNEXE 5  
Livret patient  
Document de travail

**Modalités de suivi par l’Infirmier en Pratique Avancée (IPA)**

**Livret d’information au patient**

Conformément à l’article R.4301-6 du CSP, le psychiatre référent informe le patient des modalités de son suivi qu’il souhaite confier à l’infirmier en pratique avancée.

Ce livret d’information décline les modalités de votre suivi.

Il est renseigné et vous est remis par votre psychiatre (le cas échéant, à votre personne de confiance, à votre représentant légal ou à vos parents si vous êtes mineur) lors d’un entretien visant à recueillir votre consentement éclairé. Une copie du livret est versée à votre dossier-patient.

Votre signature atteste de votre décision de consentir aux modalités de votre suivi par l’IPA.

INFORMATIONS RELATIVES AU PÔLE		
Nom du pôle	Pôle de psychiatrie	
Nom du psychiatre chef de pôle	Professeur Pierre Thomas	
Nom du cadre supérieur de pôle	Mme Béatrice Bescond	
Lieu et adresse de la structure de prise en charge	Centre pénitentiaire d’Annoeuillin	
CONTRACTUALISATION DU SUIVI IPA		
Consentement au suivi IPA : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom, prénom	Qualification des signataires	Date et signature
	Patient ou représentant légal	
Dr Belet Bettina Dr Demeulemesters Estelle Dr Lepen Laurane	Psychiatre référent du patient	
Mme Quetstroy Vanessa	IPA chargé du suivi du patient	

## Votre parcours de soins

### Rythme du suivi

- Par le psychiatre : Votre psychiatre du patient vous reçoit en consultation au moins 1 fois par an, sauf situation particulière.
- Par l'IPA : Entre 1 à 2 fois par mois selon un rythme défini entre votre psychiatre et l'IPA en fonction de votre symptomatologie et de vos besoins.

### Modalités de suivi de l'IPA

- Les consultations de suivi, comprenant un examen physique
- La prescription et la réalisation des examens complémentaires et des soins physiques pendant la consultation,
- Le renouvellement des prescriptions médicamenteuses et la réadaptation des posologies des thérapeutiques qui dépendrait de votre psychiatre,
- La proposition d'orientation vers des professionnels qui semblerait adapté,
- L'accompagnement et la coordination de votre parcours de soins, les liens avec les soignants avant votre peine, pendant votre peine et l'organisation du suivi à votre libération
- Un recueil de données de santé complet et une informatisation permettant un partage

### Modifications de votre suivi

A tout moment et en fonction de l'évolution de votre état de santé, les modalités de votre suivi peuvent être revues à votre demande, celle de votre psychiatre ou de votre IPA.

Vous serez informé de toute modification de votre parcours de soin.

### Respect de vos données personnelles

Votre suivi est tracé dans votre dossier-patient. Ce dernier répond aux obligations réglementaires en vigueur en termes de confidentialité, respect du secret professionnel et de transmissions des données à caractère personnel et médical.

Avec votre accord, votre médecin traitant est informé de la prise en charge par l'IPA.

### Interruption ou refus du suivi par l'IPA

Si vous ne souhaitez pas initier ou si vous souhaitez interrompre le suivi par l'IPA qui vous a été proposé, les modalités de votre prise en charge seront revues pour garantir la continuité de vos soins dans les meilleures conditions.

Protocole élaboré à partir du document « fiches de poste type et conseils pour la rédaction du protocole d'organisation infirmier en pratique avancée – ARS Ile de France – Mai 2019

**AUTHOR : Surname : QUETSTROY First name : VANESSA**

**Defense date : July 06, 2022**

**Title of the thesis : ADVANCED NURSING PRACTICE MENTION PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH IN A PRISON ENVIRONEMENT : PRE-IMPLEMENTATION DIAGNOSIS**

**Free keywords : ANP, prison care, quality, psychiatric disorder, comorbidity, USMP**

**CONTEXT :**

France has around 70,000 prisoners, widely exposed to psychiatric disorders, addictions but also to comorbidities such as infectious and cardiac pathologies, cancers, hepatitis and sexually transmitted infections. Prison care, currently provided in France by prison health units (USMP), is a priority public health issue and must be of equivalent quality to that provided to the general population.

**OBJECTIVE :**

The objective of this study is to identify strategies for improving the quality of care within the USMP of the CP of Lille Annœullin, Pole of Psychiatry, Forensic Medicine and Medicine in the penitentiary environment of the University Hospital of Lille. This work also aims to discuss the compatibility of the leads thus identified with the missions of an advanced nurse practitioner (ANP).

**METHOD :**

The strategies for improvement have been identified, from a research-action perspective, based on the discrepancies observed between the recommendations of the methodological guide relating to the health care of persons placed in the hands of the justice system and the practices observed with regard to the supply and course of care, accessibility, coordination of care and aspects of prevention and health education.

**RESULTS**

The results highlight several discrepancies between practice and recommendations. Indeed, the health care available to detainees appears relatively well supported, but several accessibility difficulties are also observed. Care pathways are punctuated by multifactorial disruptions that sometimes compromise the continuity and safety of care. In particular, the dichotomy between so-called “psychiatric” and “somatic” care affects the quality of the transmission of information and the treatment of comorbidities, which are nevertheless frequent in the penitentiary environment.

**CONCLUSION**

All in all, it appears that the establishment of an ANP within the USMP could make it possible to avoid several of the pitfalls identified in this work and thus make it possible to optimize the care of people detained in the penitentiary center of Lille-Annœullin. By promoting the use of care and optimizing the coordination of care, ANP could help to limit ruptures but also to place care projects in a more global health perspective.

**Memory director : DOCTEUR THOMAS FOVET**

**AUTEUR(E) : Nom : QUETSTROY**

**Prénom : VANESSA**

**Date de soutenance : 06 JUILLET 2022**

**Titre du mémoire : PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE MENTION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE EN MILIEU PENITENTIAIRE : DIAGNOSTIC DE PRE-IMPLANTATION**

**Mots-clés libres:** IPA, soins en milieu pénitentiaire, qualité, trouble psychiatrique, comorbidité, USMP

**CONTEXTE :**

La France compte environ 70 000 personnes détenues, largement exposées aux troubles psychiatriques, aux addictions mais aussi aux comorbidités telles que les pathologies infectieuses, cardiaques, les cancers, hépatites et infections sexuellement transmissibles. Les soins en prison, assurés actuellement en France par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), constituent un enjeu prioritaire de santé publique et doivent être de qualité équivalente à ceux prodigués en population générale.

**OBJECTIF :**

L'objectif de cette étude est d'identifier des stratégies d'amélioration de la qualité des soins au sein de l'USMP du CP de Lille Annœullin, du Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et Médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille. Ce travail vise également à discuter de la compatibilité des pistes ainsi dégagées avec les missions d'une infirmière pratique avancée (IPA).

**METHODE :**

Les stratégies d'amélioration ont été identifiées, dans une perspective de recherche-action, à partir des écarts constatés entre les recommandations du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* et les pratiques observées en ce qui concerne l'offre et le parcours de soins, l'accessibilité, la coordination des soins et les aspects de prévention et d'éducation à la santé.

**RESULTATS**

Les résultats mettent en évidence plusieurs écarts entre pratique et recommandations. En effet, l'offre de soins accessible aux personnes détenues apparaît relativement étayée mais plusieurs difficultés d'accessibilité sont aussi observées. Les parcours de soins sont émaillés de ruptures multifactorielles qui compromettent parfois la continuité et la sécurité des soins. En particulier, la dichotomie entre soins dits « psychiatriques » et « somatiques » retentit sur la qualité des transmissions d'informations et de la prise en soins des comorbidités, pourtant fréquentes en milieu pénitentiaire.

**CONCLUSION**

Au total, il apparaît que l'implantation d'une infirmière pratique avancée (IPA) au sein de l'USMP pourrait permettre d'éviter plusieurs des écueils identifiés dans ce travail et ainsi permettre d'optimiser les soins aux personnes détenues au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin. En favorisant le recours aux soins et en optimisant la coordination des prises en charge, l'IPA pourrait contribuer à limiter les ruptures mais aussi à inscrire les projets de soins dans une perspective de santé plus globale.

**Directeur de mémoire : DOCTEUR THOMAS FOVET**