



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Soins médicaux généraux en UHSA : une enquête nationale.

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2017 à 18h00
au Pôle Formation

Par Agathe HIEULLE BOUTRY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Catherine ADINS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Liste des abréviations

AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agences Régionales de Santé
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ATCD	Antécédent
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Bronchopathie Chronique Obstructive
CH	Centre Hospitalier
CMPR	Centre Médico-Psychologique Régional
CMU	Couverture Médicale Universelle
CPP	Code de Procédure Pénale
CSP	Code de Santé Publique
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DSP	Dispositif de Soins Psychiatriques
DSS	Dispositif de Soins Somatiques
EPSM	Etablissement de Santé Mentale
ESPS	Enquête sur la Santé et sur la Protection Sociale
ETP	Equivalent Temps Plein
FDR	Facteur de Risque
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
HID	Handicap Incapacité Dépendance
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JAP	Juge d'Application des Peines

OR	Odds Ratio
RR	Risque Relatif
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SL	Soins Libres
SDRE	Soins à la Demande du Représentant de l'Etat
SPRM	Suspension de Peine pour Raison Médicale
UCSA	Unité de Consultations et Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalières Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalières Sécurisées Interrégionales
UMD	Unité pour Malades Difficiles
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. L'état de santé de la population carcérale en France.....	2
A. Caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale	3
B. Prévalence des pathologies psychiatriques en population carcérale	4
C. Prévalence des pathologies non psychiatriques en population carcérale	6
1. Pathologies infectieuses	6
2. Pathologies chroniques non infectieuses.....	9
3. Santé bucco-dentaire	12
D. Handicap / Incapacité / Dépendance en milieu carcéral	13
E. Un problème émergent : le vieillissement de la population carcérale.....	14
II. Les structures de soin en milieu carcéral en France	16
A. L'organisation des soins médicaux généraux et des soins psychiatriques en milieu carcéral : les 3 niveaux de soin	16
1. Les unités sanitaires de niveau I.....	17
a) Les missions des unités sanitaires de niveau I	17
b) L'organisation des unités sanitaires de niveau I.....	18
2. Les unités sanitaires de niveau II.....	20
a) Les soins médicaux généraux de niveau II : l'hospitalisation à temps partiel	21
b) Les soins psychiatriques de niveau II : l'hospitalisation de jour	21
3. Les unités sanitaires de niveau III.....	22
a) Hospitalisation pour les soins médicaux généraux (médecine, chirurgie, obstétrique)	22
b) Hospitalisation pour les soins psychiatriques	23
III. Liens entre troubles psychiatriques et pathologies non psychiatriques	29
A. Prévalence des pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques	29
1. Troubles psychiatriques et comorbidité cardio-vasculaire	29

2. Association entre pathologies non psychiatriques et épisode dépressif caractérisé	30
3. Prévalence élevée de pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles addictifs.....	31
B. Mortalité et espérance de vie des patients souffrant de trouble psychiatrique.....	32
C. Accès aux soins et prise en charge des pathologies non psychiatriques des patients souffrant de trouble psychiatrique	33
Matériels et méthodes.....	36
I. Objectif de l'étude.....	36
II. Méthodologie	36
Résultats	37
I. Structure des UHSA	37
II. Organisation de la médecine générale au sein de l'UHSA.....	40
A. Accueil du patient	40
B. Avis spécialisé	42
C. Extraction médicale du patient pour cause non psychiatrique	44
D. Continuité des soins	47
III. Impact des interactions avec l'administration pénitentiaire dans le parcours de soins du patient.....	47
Discussion	50
I. La médecine générale en UHSA : principaux résultats.....	50
II. Les interactions entre personnel soignant et administration pénitentiaire : une problématique centrale dans le fonctionnement des UHSA.....	54
III. Limites de l'étude.....	58
IV. Perspectives et recommandations de bonne pratique	58
Conclusion.....	65
Références bibliographiques	66
Annexes	71
Annexe 1 : Questionnaire à l'attention du médecin responsable de l'UHSA	71

RESUME

Contexte : Créées en 2002, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) accueillent des personnes détenues dont le trouble psychiatrique nécessite une prise en charge à plein temps. De par le statut de détenu mais aussi de par le(s) trouble(s) psychiatrique(s) qu'ils présentent, les patients hospitalisés en UHSA apparaissent largement exposés aux pathologies non psychiatriques, d'où une importance primordiale de la médecine générale au sein de ces établissements.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux des soins médicaux généraux en UHSA au moyen d'une enquête par questionnaire menée auprès de toutes les UHSA en fonctionnement (7 établissements au moment de l'enquête entre janvier et juin 2016).

Résultats : Toutes les UHSA bénéficient de l'intervention de spécialistes en médecine générale (au minimum un interne). L'examen clinique physique, le bilan biologique et l'électrocardiogramme sont systématiques à l'entrée dans la plupart des établissements. Des consultations spécialisées sont régulièrement demandées au cours des hospitalisations mais aucun établissement ne bénéficie de système de télémedecine ni de consultations spécialisées sur place, l'extraction du patient est donc systématique. Le nombre d'escortes par jour étant limité, des extractions médicales sont régulièrement annulées par l'administration pénitentiaire, parfois sans avis médical systématique. Enfin, le médecin traitant du patient n'est que rarement contacté au cours des hospitalisations en UHSA.

Conclusion : Des soins non psychiatriques de qualité sont indispensables en UHSA. Nous proposons des pistes d'amélioration pour l'organisation des soins médicaux généraux en UHSA autour de quatre grands axes : 1/ Structure et organisation générale (lieu d'implantation de l'UHSA, consultations spécialisées sur place, télémedecine, etc.), 2/ examen physique d'entrée et bilan biologique (recherche d'un diagnostic différentiel notamment), 3/ lien avec les partenaires de soin (anamnèse, continuité des soins, etc.), 4/ articulation avec l'administration pénitentiaire (respect du secret médical, organisation des extractions, etc.).

INTRODUCTION

I. L'état de santé de la population carcérale en France

Plus de 10 millions de personnes sont incarcérées dans le monde (1). Au 1^{er} janvier 2016, 76 601 personnes sont écrouées en France, dont 66 678 sont détenues dans 187 établissements pénitentiaires. La population carcérale n'a cessé de s'accroître ces dernières années avec une augmentation de près de 20% de l'effectif en 20 ans (voir **figure 1**). Ce contexte de surpopulation carcérale (densité carcérale de 113,9% au 1^{er} janvier 2016) augmente les difficultés de prise en charge médicale des personnes incarcérées, cumulant de multiples problèmes de santé (2).

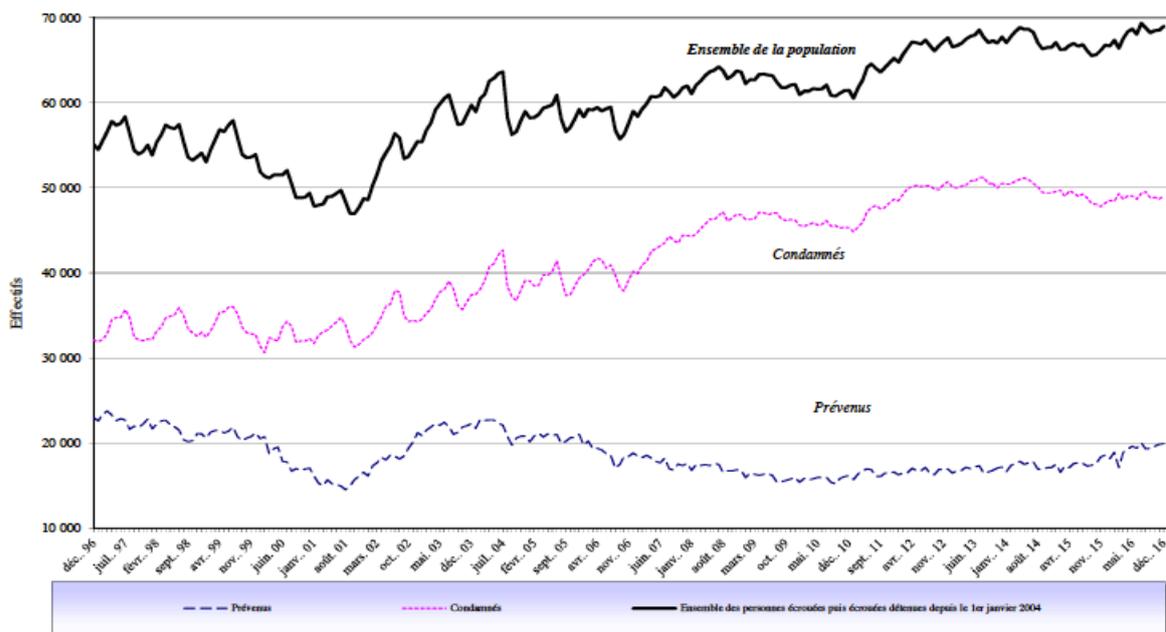


Figure 1 : Courbe d'évolution mensuelle du nombre de personnes écrouées et détenues en France depuis 20 ans. Tiré du site internet du ministère de la Justice (2).

A. Caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale

La population carcérale française est majoritairement représentée par des hommes (96,6% des personnes écrouées au 1^{er} janvier 2015 (2)). Cette population est jeune : l'âge moyen est de 34,6 ans au 1^{er} janvier 2015 (2). Elle est également caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé.

Une enquête datant de 2003 sur la santé des entrants en prison (3) met en évidence que près d'une personne sur six (16,7%) déclare au moment de l'incarcération ne pas avoir de domicile stable. On note une légère augmentation depuis 1997 (15,1% des arrivants). Par ailleurs, 6% des détenus se déclarent sans-abri à l'entrée en détention, et 11% ayant un domicile précaire (3).

Concernant l'accès aux soins, 13,6% des entrants en prison déclarent ne pas avoir de couverture sociale, 17,3% déclarent bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU), et 0,8% de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Cette proportion est nettement plus élevée qu'en population générale. En effet, une enquête santé datant de 2002-2003 montrait qu'en population générale, la proportion de personnes n'ayant pas de protection sociale s'élève à 0,5%, celle des personnes bénéficiant de la CMU s'élève à 2,5% et celle des personnes bénéficiant de l'AME à 0,25% (3). L'accès aux soins des personnes n'ayant pas de domicile stable apparaît particulièrement précaire: 56% des entrants se déclarant sans abris et 46% de ceux déclarant un domicile précaire n'auraient pas de protection sociale (3).

Concernant le niveau d'étude de la population carcérale, une enquête réalisée en 2014 auprès de 51 019 détenus en France (2), montre le faible niveau éducatif de la population carcérale : 1,6% des détenus n'ont jamais été scolarisés, 4,8% ne parlent pas le français et 5,1% le parlent de façon rudimentaire, 43,4% sont sans diplôme, 76,2% ne dépassent pas le niveau CAP, 28,5% sont issus de cursus courts ou d'échecs du système scolaire. Enfin, 22% d'entre eux échouent au bilan de lecture proposé (dont 10% sont en situation d'illettrisme au regard du test) (2).

Enfin, la population carcérale étrangère représente 19% des personnes écrouées au 1^{er} janvier 2015 (2).

B. Prévalence des pathologies psychiatriques en population carcérale

Les troubles psychiatriques sont fréquents en milieu carcéral. Il peut s'agir de maladies psychiatriques préexistantes à l'incarcération, de pathologies révélées par le stress de la détention chez des personnes ayant un terrain vulnérable, ou de troubles réactionnels générés par le milieu carcéral (4)(5).

Une méta-analyse incluant 62 études (23 000 détenus au total), réalisée en 2002 par Fazel et al. (1), met en évidence qu'environ un détenu sur sept est atteint d'une pathologie psychiatrique, et que les détenus souffrent deux à quatre fois plus d'épisodes dépressifs caractérisés et de troubles psychotiques que la population générale (1). Ces résultats ont été actualisés en 2012 et retrouvent une prévalence de 5,5% de troubles psychotiques en milieu carcéral, et de 10,2% d'épisodes dépressifs caractérisés chez les hommes, et 14,1% chez les femmes détenues (6). Le trouble bipolaire apparaît également surreprésenté par rapport à la population générale (7).

Les études françaises sur le sujet sont plus rares mais mettent également en évidence une surreprésentation des troubles psychiatriques en détention par rapport à la population générale. Une étude réalisée en juin 2001 dans les établissements disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) a recensé des données lors de l'entretien d'accueil des détenus, et montre qu'au moins un trouble psychiatrique, de gravité plus ou moins importante, est repéré chez 55% des entrants, dont 55% de troubles anxieux, 54% de troubles addictifs et 42% de troubles psychosomatiques (trouble de l'alimentation ou du sommeil). Par ailleurs, dans ce travail, un entrant sur cinq a déjà été suivi en psychiatrie (8). Aussi, une étude datant de 2006 menée auprès de 800 détenus, montre une surreprésentation des troubles psychiatriques dans les prisons françaises : prévalence de 24% d'épisodes dépressifs caractérisés, de 6,2% de troubles psychotiques de type schizophrénie, de 17,7% de troubles anxieux généralisés et de 14,6% de troubles addictifs de type toxicomanie (9).

En lien avec cette forte prévalence des troubles psychiatriques en détention, les prescriptions de traitement psychotrope sont plus fréquentes en milieu carcéral qu'en population générale (10). Par exemple, il est mis en évidence que la prescription d'hypnotiques concerne 48% des détenus du centre pénitentiaire de Loos en 2006,

52,9% des détenus de Paris-La Santé en 2008 et 40,3% des détenus au Québec en 2009, alors qu'elle ne concerne que 21% des sujets en population générale en 2005 (10).

Les troubles addictifs ont aussi été étudiés en population carcérale. Dans la méta-analyse de Fazel et al., la prévalence des troubles addictifs en population carcérale est de 17 à 30% chez les hommes et de 10 à 24% chez les femmes (1). En France, 30% des détenus déclarent à l'arrivée en détention une consommation excessive d'alcool, comparée à 19% en population générale, pour la même tranche d'âge de 18 à 54 ans et un tiers des entrants déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération (3). Le tabagisme parmi les entrants est aussi plus important qu'en population générale, quelque soit l'âge : 80% des entrants âgés de 18 à 54 ans se déclarent fumeurs, ce qui est deux fois plus important qu'en population générale. Cette fréquence élevée de troubles addictifs en milieu carcéral peut être mise en lien avec la fréquence des incarcérations motivées par des infractions à la législation sur les stupéfiants (troisième motif de condamnation en France) (3).

Ces prévalences élevées de troubles psychiatriques et addictologiques s'accompagnent d'un niveau de mortalité par suicide en milieu carcéral bien plus élevé qu'en population générale (11). En France, la mortalité par suicide était en moyenne de 19,1 pour 10 000 hommes écroués et de 17,8 pour 10 000 femmes écrouées entre 2000 et 2010, ce qui correspond à des chiffres 7 fois supérieurs à la population générale pour les hommes et 20 fois supérieurs à la population générale pour les femmes (12). Une méta-analyse portant sur 4780 suicides en prison à partir de 34 études a systématisé les facteurs de risques de suicide les plus fréquents en milieu carcéral (13). Ils peuvent être regroupés en 2 catégories : les facteurs médicaux et antécédents personnels d'une part (qui sont les mêmes qu'en population générale : l'idéation suicidaire, les antécédents de tentative de suicide, une pathologie psychiatrique, la consommation de psychotropes, la polyconsommation de drogues et l'abus d'alcool), et les facteurs environnementaux liés à la détention d'autre part (détention en maison d'arrêt, en cellule individuelle et placement en quartier disciplinaire qui multiplie par 20 le risque suicidaire (4)) (12).

C. Prévalence des pathologies non psychiatriques en population carcérale

1. Pathologies infectieuses

a) Infection à VIH, hépatite C et hépatite B

La vulnérabilité des détenus vis-à-vis des infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le Virus de l'Hépatite B (VHB) et le Virus de l'Hépatite C (VHC) est bien documentée dans la littérature internationale. Dans une méta-analyse de Fazel et al., on note que la plupart des pays rapportent des taux d'infection à VHB et VHC plus élevés qu'en population générale, avec bien sûr une grande disparité entre les pays en développement et les pays occidentaux. La prévalence de l'hépatite B chronique chez les détenus américains est estimée entre 1 et 3,7%, comparée à 0,4 à 0,5% en population générale. La prévalence de l'hépatite C chez les détenus américains est estimée entre 23 et 34% (1). Pour le VIH, les études rapportent aussi un taux supérieur à la population générale, sa prévalence excède ainsi 10% dans les prisons de 20 pays. Toutefois, aux Etats-Unis, la prévalence du VIH semble en diminution : une analyse a estimé une diminution de 29% des infections à VIH chez les patients incarcérés entre 1997 et 2006 (1).

La prévalence élevée de ces infections en milieu carcéral peut s'expliquer par la proportion plus élevée par rapport à la population générale d'usagers de drogues par voie intra veineuse, de personnes originaires de pays où la prévalence du VIH et du VHC est importante et de pratiques à risque de transmission (14). Par exemple, dans une étude concernant 1600 détenus au Québec, 45% des femmes et 2% des hommes rapportaient avoir déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire souffrant de toxicomanie et usager de drogue par voie intra veineuse et dans la plupart des cas, le rapport n'était pas protégé (1).

En France, l'enquête *Prévacar* de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) menée en collaboration avec la Direction Générale de la Santé (DGS), datant de 2010, a permis de documenter la prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral (14). Dans cette enquête réalisée auprès de 2154 détenus tirés au sort dans 27 établissements pénitentiaires français, la prévalence du VIH a été estimée à 2% (IC95% [0,9-4,3]), et celle du VHC à 4,8% (IC95% [3,5-6,5]) (14), ce qui est 6 fois supérieur à la

prévalence en population générale (0,35% pour le VIH ; 0,8% pour le VHC en 2004 (14)). Plus récemment, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2015 met en évidence que 1 personne détenue sur 100 est séropositive pour le VIH et 1 sur 20 pour le VHC, soit environ quatre fois plus qu'en population générale française (15).

Chez les patients détenus séropositifs pour le VIH, l'enquête *Prévacar* a montré que 24% d'entre eux ont découvert leur séropositivité au cours de leur incarcération. Près d'un tiers étaient au stade sida, 16% étaient symptomatiques (non sida) et 55% étaient asymptomatiques. Le taux de lymphocytes CD4 était inférieur à 350/mm³ pour 74% des détenus séropositifs. Un traitement antirétroviral était en cours pour 75% des détenus séropositifs. Parmi les personnes présentant une indication de traitement (ayant moins de 350 lymphocytes CD4/mm³ ou stade sida), ce sont respectivement 72% et 94% d'entre elles qui étaient traitées (14).

Chez les détenus séropositifs pour le VHC (VHC+), l'enquête montre que 21,2% d'entre eux ont découvert leur séropositivité au cours de l'incarcération. Près de la moitié des détenus VHC+ recevaient ou avaient reçu un traitement pour l'hépatite C. La quantification de l'ARN du VHC était disponible dans 94% des dossiers des détenus VHC+, et elle était positive dans près de la moitié des cas. Ainsi, 2,5% de l'ensemble des détenus seraient virémiques pour le VHC, suggérant un risque de transmission par voie sanguine du VHC en cas de partage de matériel ou de pratiques à risque. Parmi les détenus ayant une hépatite chronique (c'est-à-dire dont la quantification de l'ARN du VHC est positive), 40,7% avaient bénéficié d'une évaluation de la fibrose au cours des 12 derniers mois et 36% recevaient un traitement (l'importance de l'évaluation de la fibrose hépatique était importante pour la décision thérapeutique des patients atteints d'hépatite chronique d'origine virale C puisque jusqu'en 2014, la Haute Autorité de la Santé (HAS) recommandait de traiter les patients au stade de fibrose avancé, les malades symptomatiques et ceux ayant des comorbidités (16)). Le mode de contamination probable était l'usage de drogues dans 70% des cas, inconnu pour 22%, et lié à une transfusion ou un tatouage pour 8% des personnes détenues séropositives pour le VHC (14).

Enfin, de manière tout à fait intéressante, l'enquête *Coquelicot* menée par l'InVS sur les risques de transmission de ces virus notait que les usagers de drogue ayant été incarcérés avaient une prévalence du VIH trois fois plus élevée (14%) que ceux qui ne l'avaient jamais été (5%) (17).

b) Tuberculose

La tuberculose reste un problème de santé publique dans de nombreux pays (1,7 million de décès par tuberculose dans le monde en 2004) (18).

Fazel et al., dans une méta-analyse, ont mis en évidence une incidence élevée de tuberculose en milieu carcéral. Par exemple, les données de surveillance nationale de la tuberculose aux Etats-Unis entre 1993 et 2003 montrent une incidence de 29,4/100 000 détenus en prison fédérale et de 24,2/100 000 en prison d'état, comparé à 6,7 cas pour 100 000 habitants en population générale (1).

En France, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) recense les cas de tuberculose survenus en milieu carcéral au travers de son dispositif général de déclaration obligatoire mis en place en 1964. En 2009, 5276 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en France, soit une incidence de 8,2/100 000 habitants, comparés à une incidence de 91,6/100 000 en population carcérale (19). Selon ces chiffres, l'incidence de tuberculose en prison est plus de dix fois supérieure à l'incidence moyenne nationale. En 2013, les personnes incarcérées au moment de la déclaration d'une tuberculose représentaient 1,4 % de tous les cas déclarés en France (20).

Les cas de tuberculose en prison concernent principalement 2 régions en France : l'Île-de-France (37%) et la Provence-Alpes-Côte-D'azur (8%). Une étude réalisée par l'InVS dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France en 1995 a fait ressortir une incidence de 215/100 000 détenus en Île-de-France, comparée à une incidence en population générale francilienne de 36/100 000 habitants (21).

Les taux d'incidence de tuberculose élevés en milieu carcéral en France sont en grande partie attribués à la fréquence des facteurs de risque de tuberculose chez les personnes incarcérées : statut socio-économique bas, faible niveau d'études, être originaire d'un pays où la tuberculose est endémique, immunodépression (en particulier l'infection à VIH et ses facteurs de risque), difficultés d'accès aux soins. Cependant, ces caractéristiques sociodémographiques n'expliquent pas entièrement l'incidence importante de la tuberculose en milieu carcéral. L'environnement carcéral entraîne aussi des risques supplémentaires de transmission de la tuberculose, de par notamment la promiscuité et le confinement à l'intérieur des prisons (21) ceci étant aggravé par la surpopulation carcérale actuelle (2).

Il faut toutefois insister sur des améliorations récentes ces dix dernières années en France pour cette problématique. En effet, en 2005, on estimait une incidence de 80,2/100 000 dans les prisons d'Île-de-France : l'incidence a été divisée par 2,7 en 10 ans. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées : la diminution continue de l'incidence de la tuberculose maladie en population générale (passée de 37,9 cas déclarés/100 000 habitants franciliens en 1994 à 20,8 en 2004), une diminution des populations à risque de tuberculose (patients VIH en nombre presque 3 fois plus faible en prison : taux de 1,04% en 2003 contre 2,8% en 1994), et une diminution de la proportion de personnes originaires de pays où la tuberculose est endémique dans les maisons d'arrêt franciliennes (47% en 1996, 37% en 2006) (21).

c) Leptospirose

La leptospirose est une maladie rare en métropole. Depuis 2006, l'incidence de cette maladie est estimée à 0,46/100 000 en population générale. Une enquête a été réalisée au sein d'un centre pénitentiaire d'Île de France suite au signalement de 2 cas confirmés de leptospirose en février 2016 (22).

La transmission de la leptospirose a lieu par le contact de la peau lésée ou de la muqueuse à de l'urine de rongeur, principalement les rats, qui sont le réservoir principal de cette maladie. Le milieu carcéral présente des particularités susceptibles de mettre en présence les personnes détenues, plus vulnérables, avec les rongeurs porteurs de la maladie, dans leurs cellules ou lors de travaux exposant à des milieux souillés par des déjections de rats. En effet, par exemple, en détention, les repas sont consommés en cellule, les stocks alimentaires souvent accrochés aux fenêtres pour pallier le manque de moyen de conservation, et les repas non consommés sont fréquemment jetés par la fenêtre, ce qui favorise la prolifération des rats. Cette enquête a permis de renforcer les actions de prévention des maladies transmises par les rongeurs.

2. Pathologies chroniques non infectieuses

Les pathologies chroniques nécessitent un suivi adapté et régulier, y compris en milieu carcéral. L'allongement des peines et le vieillissement de la population laissent présager une augmentation de leur prévalence en détention. Une revue de

la littérature a étudié en 2014 l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. La thématique des pathologies chroniques est moyennement documentée, 22 études ont été intégrées à cette revue de la littérature pour étudier les pathologies chroniques en milieu carcéral (23).

a) Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires (asthme et Bronchopathie Chronique Obstructive (BPCO)) sont des pathologies dont les symptômes (dyspnée, toux nocturne) peuvent être déclenchés ou aggravés par les conditions de détention (acariens, produits chimiques utilisés pour la désinfection des cellules, etc.). Elles touchent entre 3 et 8% de la population carcérale, la France se situe dans la moyenne inférieure avec une prévalence de l'ordre de 3% (23). Mouquet en 2003 a recensé une prise de traitement pour pathologie respiratoire chez 4,4% des détenus entrant en prison (3).

Concernant l'asthme, les prévalences varient de 3,2% en Suisse à plus de 20% aux Etats-Unis et en Australie. Ces prévalences ne semblent pas supérieures à celles de la population générale (23). Concernant la BPCO, la prévalence varie de 1,4% chez les personnes détenues au Texas à 6,8% en Nouvelle-Zélande. Cependant, comme en population générale, elle est probablement sous-diagnostiquée, ce phénomène étant accru en raison d'un accès plus complexe aux examens d'imagerie et aux épreuves fonctionnelles respiratoires en milieu carcéral (23).

b) Pathologies cardio-vasculaires

La fréquence des maladies cardio-vasculaires augmente avec certains facteurs de risque comme le tabagisme et l'inactivité physique, particulièrement fréquents en milieu carcéral. Toutefois, les données concernant la prévalence des maladies cardio-vasculaires apparaissent très hétérogènes, il est donc difficile d'en tirer des conclusions (23).

Concernant les maladies cardio-vasculaires en général, les prévalences s'échelonnent de 2% en France à 14% aux Etats-Unis. Les données françaises rejoignent celles de l'étude de Mouquet qui font état de 2,3% des personnes détenues sous traitement pour une pathologie cardio-vasculaire à l'arrivée en

détention (3). La prévalence des maladies cardio-vasculaires semble comparable en milieu carcéral et en population générale (23).

Concernant l'hypertension artérielle (HTA), les données de prévalence varient de 2,4% en Suisse à plus de 30% aux Etats-Unis en population carcérale, et varient du simple au double au sein d'un même pays (les Etats-Unis). Il semble difficile de tirer des conclusions de ces résultats mais au vu des quelques données disponibles, la prévalence de l'HTA ne semble pas différer de celle de la population générale (23).

En ce qui concerne les maladies neurovasculaires, une seule étude rend compte de données de prévalence. Au Texas (Etats-Unis), la prévalence des maladies neurovasculaires est estimée à 0,32% en milieu carcéral, bien inférieure à celle de la population générale, estimée à 1,1% (24). En effet, ces pathologies lourdes et coûteuses entraînent souvent une incompatibilité avec un maintien en détention.

c) Diabète

Le diabète est une pathologie chronique entraînant des complications sévères et irréversibles en cas de prise en charge inadaptée. Sur 14 références sélectionnées pour la revue de la littérature, dix retrouvent des prévalences pour le diabète, comprises entre 3 et 5% en milieu carcéral, proches de celles retrouvées en population générale, comprises entre 2 et 6%. Le diabète ne semble donc pas être une pathologie plus fréquente en milieu carcéral (23). Cependant, les conditions de prise en charge en détention (disponibilité des traitements, suivi difficile, éducation thérapeutique) et le profil des patients détenus (catégories sociales défavorisées et comorbidités associées) rendent ces patients plus vulnérables et leur prise en charge plus complexe (23).

d) Cancer

Dans cette revue de la littérature, la prévalence des cancers chez les personnes détenues, s'échelonne de 0,4% en Italie à plus de 8% chez les femmes incarcérées aux Etats-Unis, mais l'ensemble des données se situe autour de 1 à 3%, ce qui ne semble pas différer des prévalences retrouvées en population générale (23). Toutefois, il faut noter que la population carcérale est une population plutôt

jeune (âge moyen de 34,6 ans au 1^{er} janvier 2015 (2)), donc en théorie moins exposée à ce type de pathologies. De plus, les cancers peuvent nécessiter des soins lourds et coûteux, ce qui peut être à l'origine de décisions de suspension de peine pour raison médicale (23).

De manière plus spécifique, il n'existe que peu de publications sur les types de cancer fréquents en milieu carcéral. Seule une étude retrouve un taux de cancer hépatocellulaire 7 fois plus élevé chez les patients détenus (54/100 000) par rapport à la population générale (7/100 000) (1).

3. Santé bucco-dentaire

Les données de la littérature montrent bien le mauvais état bucco-dentaire de la population carcérale. Dans une revue de la littérature concernant la santé des détenus en France et à l'étranger en 2014 (23), les résultats montrent qu'une extraction dentaire est nécessaire pour 19,9% à 33,3% des détenus, des soins dentaires urgents sont nécessaires dans 1 à 2,6% des cas et des besoins prothétiques sont décrits pour 10 à 40% des patients (23). L'enquête *HID-prison* (Handicap Incapacité Dépendance) réalisée en France en 2001, rapporte des problèmes dentaires chez 17,5% des personnes de plus de 50 ans (25). Enfin, une étude italienne décrit l'état bucco-dentaire des personnes détenues de plus de 54 ans : présence d'au moins une dent non traitée chez 58,1% des personnes, au moins une dent manquante chez toutes ces personnes, au moins une carie chez 8,1% des personnes, un besoin d'au moins une extraction chez 60,5% des personnes, besoins prothétiques sur plus d'une dent chez 60,5% des patients et sur la dentition complète chez 9,3% des patients (23).

Pourtant, peu d'établissements pénitentiaires tiennent compte de ces difficultés en proposant, par exemple, des repas adaptés aux personnes édentées. De plus, les prothèses dentaires sont généralement coûteuses et leur prise en charge financière est longue et complexe, rendant difficile l'accès à de tels soins pour les personnes incarcérées (23).

D. Handicap / Incapacité / Dépendance en milieu carcéral

L'enquête *HID-prison* (Handicap Incapacité Dépendance), qui a étudié en 2001 les situations de handicap en milieu carcéral, a montré que la grande majorité des personnes détenues (82%) serait en situation de handicap (sur des données déclaratives des détenus) (26). Toutefois, les difficultés déclarées altèrent rarement la réalisation des activités quotidiennes et ne nécessitent quasiment jamais le recours d'un tiers. Ce sont les difficultés sociales qui apparaissent au premier plan : 41% des détenus déclarent une déficience du psychisme et près de la moitié des détenus auraient ainsi des comportements agressifs et/ou se mettraient en danger et/ou feraient preuve d'un comportement « critiquable » ou encore présenteraient des difficultés pour communiquer. La déficience motrice toucherait environ un détenu sur quatre, essentiellement liée à des problèmes de dos (déficience du tronc) et à des déficiences motrices concernant un seul membre ou des fonctions motrices spécifiques (déficience motrice autre que la paraplégie, la tétraplégie ou l'hémiplégie). Si ces atteintes motrices compromettent très rarement les déplacements (en dehors de monter un escalier) et la préhension des objets, elles occasionnent un peu plus souvent quelques difficultés pour changer de posture (15% pour se pencher et ramasser un objet posé au sol et 11% pour se lever du lit) (26).

Pour seulement un quart des détenus en « situation de handicap », les difficultés déclarées (déficiences et incapacités) ont donné lieu à une forme de reconnaissance officielle de leur handicap (26%), traduite par l'attribution d'un taux d'incapacité pour 8% de l'ensemble des détenus (dont 3% d'Allocation Adulte Handicapé (AAH)), par la mise à disposition d'aides techniques et matérielles adaptées pour 8% des détenus ou par la mise en place d'une mesure de protection juridique pour 2% des détenus (26).

La mise à disposition d'installations particulières pour compenser le handicap concernerait une proportion très restreinte de détenus. Ainsi, en France, seulement une centaine de détenus bénéficieraient d'une cellule aménagée en raison de problèmes de santé ou d'un handicap (WC adaptés, douche individuelle, lit ou siège adapté, dispositifs de soutien, etc.). Une soixantaine de détenus bénéficieraient de matériel spécial ou d'une aide individuelle pour leur scolarité en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Enfin, ils seraient environ 250 à voir leurs conditions de

travail dans le bâtiment pénitentiaire aménagées avec des aides telles que l'aide d'un tiers, du matériel spécial, des fonctions modifiées (26).

E. Un problème émergent : le vieillissement de la population carcérale

En France, au 1^{er} janvier 2010, 2356 détenus étaient âgés de plus de 60 ans. Ce chiffre est en constante augmentation puisqu'en 2002 on comptait 1565 détenus âgés de plus de 60 ans (27), et qu'entre 1978 et 1998, ce nombre avait déjà été multiplié par 5 (28). Cette proportion de personnes âgées incarcérées est liée à la fois au vieillissement de la population de détenus condamnés à de longues peines et à l'incarcération de sujets âgés condamnés pour des faits récents (29).

Les problèmes de santé sont fréquents au sein de la population âgée en milieu carcéral. Dans une étude de 2001 de Fazel et al., il est mis en évidence que 85% des hommes incarcérés âgés de plus de 60 ans présentent au moins un antécédent de maladie caractérisée ou une maladie actuelle rapporté dans leur dossier médical, et 83% relatent une maladie chronique. Il est démontré que cette prévalence est bien plus élevée que, d'une part celle retrouvée chez les personnes jeunes incarcérées (46%), et d'autre part chez les personnes âgées de plus de 60 ans en population générale (65%). Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les troubles psychiatriques, puis les pathologies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et respiratoires (30). En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, l'épisode dépressif caractérisé constitue la pathologie la plus fréquente au sein de la population âgée en milieu carcéral. Elle est cinq fois plus importante qu'en population âgée non incarcérée ou qu'au sein de la population jeune incarcérée (29).

Par ailleurs, la vie quotidienne en milieu carcéral comporte un certain nombre de particularités nécessitant des compétences spécifiques : rester debout pour l'appel, aller chercher son repas, s'étendre sur le sol en cas d'alarme, entendre les consignes des surveillants pénitentiaires, grimper sur la couchette du haut (29). Ainsi, se pose la question des déficits fonctionnels en prison. Williams et al. ont travaillé sur la prévalence des difficultés à réaliser ces tâches de la vie quotidienne en milieu carcéral chez les femmes âgées de plus de 55 ans. Ils montrent que 69% des sujets inclus dans cette étude présentent un manque d'autonomie pour les

activités de la vie quotidienne en prison (30). Cette dépendance dans la vie quotidienne en prison s'accompagne d'expériences difficiles, voire traumatiques (chutes, violences subies, etc.), pouvant entretenir des liens avec les pathologies psychiatriques (27). En effet, la sensation d'être déprimée était plus fréquente chez les sujets ayant une déficience fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne spécifiques à la prison (40%), que chez les sujets sans déficience (19%). Aussi, ces déficits peuvent être amplifiés par l'environnement carcéral et les événements stressants très fréquents en prison (28).

Dans l'enquête *HID-Prison* évoquée dans le paragraphe précédent, une classification hiérarchique a été mise en œuvre pour les détenus ayant déclaré « une situation de handicap » (82% de l'ensemble des détenus) permettant de dégager sept groupes de détenus, essentiellement en terme d'incapacités et de modes de reconnaissance du handicap. La septième classe regroupe les détenus les plus dépendants dans la mesure où leurs difficultés ont des répercussions sur les actes les plus essentiels de la vie courante. La moyenne d'âge des 700 détenus appartenant à cette classe est en moyenne de 47 ans, c'est la classe la plus âgée, et 20% ont 60 ans et plus. Moins de la moitié d'entre eux perçoivent au moment de l'enquête une allocation ou un revenu en lien avec le handicap (45%). Seuls 30% détiennent une carte d'invalidité. La question de l'aide professionnelle à la personne au sein de la prison se pose pour la réalisation des actes indispensables de la vie quotidienne, qu'ils soient consécutifs à une maladie ou liés à l'avancée de l'âge (26).

II. Les structures de soin en milieu carcéral en France

Les soins en prison, psychiatriques et non psychiatriques, ont connu de nombreuses évolutions, surtout depuis la fin de la seconde guerre mondiale. C'est en effet l'arrêté du 9 décembre 1944 qui propose que « dans tout établissement pénitentiaire doit fonctionner un service social et médico-psychologique ». Suivront la création d'établissements spécialisés afin de prendre en charge les détenus sur le plan psychiatrique et non psychiatrique tout en garantissant la sécurité, et une réforme sociale afin que les détenus puissent bénéficier de soins comparables à la population générale.

A. L'organisation des soins médicaux généraux et des soins psychiatriques en milieu carcéral : les 3 niveaux de soin

Les soins en milieu pénitentiaire ont connu beaucoup d'évolutions ces dernières années. Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice ont été définies :

- Par le décret du 14 Mars 1986 qui a créé les 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques (32),
- Par le décret du 27 Octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues, qui a instauré le rattachement automatique des détenus au régime général d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale, et qui a mis en place des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) pour assurer les soins de médecine générale en détention (33,34),
- Par l'arrêté du 24 août 2000 qui a permis la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes détenues devant bénéficier d'une hospitalisation médico-chirurgicale programmée de plus de 48 heures (35),

- Et par la loi du 9 Septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice créant les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) afin de permettre « *l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* » (36,37).

Le plan d'actions stratégiques 2010/2014 pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice, prévoit la mise en place de 3 niveaux de soins. L'organisation des soins va reposer sur deux dispositifs, l'un pour les soins médicaux généraux et l'autre pour les soins psychiatriques, chacun d'entre eux structurés selon 3 niveaux :

- le niveau I : les consultations, les activités ambulatoires ;
- le niveau II : les soins requérant une prise en charge à temps partiel ;
- le niveau III : les soins requérant une hospitalisation complète.

Ainsi, il est prévu que toutes les UCSA proposent, pour les prises en charge psychiatriques, des activités ambulatoires, ces prises en charge n'étant plus limitées aux SMPR. Les unités de soin en milieu pénitentiaire sont regroupées sous l'appellation : « unités sanitaires » (38).

1. Les unités sanitaires de niveau I

Les unités sanitaires de niveau I assurent les soins de consultation et les consultations externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Ces soins sont réalisés au sein des UCSA pour les soins non psychiatriques, mais peuvent également être réalisés en milieu hospitalier lorsqu'ils ne peuvent être réalisés au sein des unités, et au sein des SMPR pour les soins psychiatriques (39).

a) Les missions des unités sanitaires de niveau I

i. Consultations et examens au sein des unités sanitaires

Le DSS assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires. Le DSP assure l'ensemble des consultations de psychiatrie et les activités thérapeutiques pour lesquelles il doit y avoir des locaux dédiés et un renforcement des équipes de soins. Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée (39).

Certaines missions sont communes à ces deux dispositifs : les actions d'éducation et de prévention pour la santé, qu'il s'agisse de prévention primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, vaccinations, etc.), secondaire (dépistages), ou tertiaires (soins et éducation thérapeutique du patient), et la mise en place de la continuité des soins à l'issue de la période d'incarcération en facilitant un retour vers le système de droit commun (39).

ii. Consultations et examens programmés en milieu hospitalier

L'établissement de santé de rattachement organise l'accès des personnes détenues aux consultations ou examens spécialisés qui ne peuvent être réalisés au sein de l'unité sanitaire (40). Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction de la personne détenue (41).

b) L'organisation des unités sanitaires de niveau I

i. Le personnel soignant

Ces unités disposent des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière. Les personnels affectés à ces unités sanitaires le sont sur la base du volontariat. L'équipe hospitalière chargée des soins médicaux généraux peut inclure, selon les besoins :

- Le personnel médical : médecins spécialistes dont des généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine ;
- le personnel paramédical : infirmiers, préparateurs en pharmacie, kinésithérapeutes ;
- le personnel non professionnel de santé : personnel administratif.

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

- le personnel médical : psychiatres, étudiants en médecine ;
- le personnel paramédical : infirmiers, psychologues, ergothérapeutes ;
- le personnel non professionnel de santé : personnel socio-éducatif, personnel administratif (39).

L'un des médecins, exerçant une activité régulière au sein de l'unité sanitaire, est désigné médecin coordonnateur. Le personnel infirmier, encadré par un cadre de santé, agit en application d'une prescription médicale pour des actes et activités visant à restaurer la santé et notamment l'administration des médicaments, conformément aux dispositions des articles R4311-10 et R4311-15 du Code de Santé Publique (CSP) (39,42,43). Il exerce son rôle soignant dans toutes ses dimensions : préventive, éducative, curative et relationnelle. Dans le domaine de la psychiatrie, selon l'article R4311-6 du CSP, le personnel infirmier effectue l'entretien d'accueil du patient (39,44). Par ailleurs, le personnel infirmier a pour mission :

- de mettre en place les moyens relevant de sa compétence pour améliorer l'organisation des soins,
- de veiller au respect des règles d'hygiène dans les pratiques de soins,
- de contribuer à l'élaboration d'un projet de soins de sortie de détention,
- de participer à l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre du programme d'éducation pour la santé des personnes détenues (39).

Le secrétariat joue un rôle essentiel, il doit impérativement être mutualisé entre les DSS et les DSP. Il est chargé de gérer les consultations médicales, les dossiers médicaux, la liaison entre les administrations sanitaires, pénitentiaires et les acteurs extérieurs (39).

ii. Les locaux

L'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité sanitaire des locaux pour les consultations et examens, en application de l'article R6112-22 du CSP (45). Leur entretien est assuré par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire. L'établissement de santé peut affecter ses propres agents ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous son autorité. Alors que des détenus sont employés par l'administration pénitentiaire pour réaliser des travaux d'entretien des locaux ou des tâches nécessaires au fonctionnement des établissements, conformément à l'article D. 433-3 du Code de procédure pénale,

aucune personne détenue ne peut être affectée à ces missions dans les unités sanitaires (39,46).

iii. Le plateau technique

Un protocole relatif aux systèmes d'information des unités sanitaires des établissements pénitentiaires, signé le 27 mai 2009 par les directeurs de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) et de son avenant, fixe les règles. La mise en place d'un réseau de télémédecine (visioconférence, télé radiologie, télétransmission des résultats, téléconsultation) 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, tout en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations transmises (39).

iv. La pharmacie

La pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens en personnel, en équipements et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées, conformément à l'article R5126-8 du CSP (39,47).

v. Radiologie et biologie

L'établissement de santé effectue ou fait effectuer les examens biologiques ou radiologiques nécessaires au diagnostic (sont exclus les examens demandés dans le cadre de procédures judiciaires). L'établissement peut confier par voie de convention tout ou partie de cette activité à un laboratoire de biologie médicale ou un cabinet de radiologie, public ou privé, en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire (39).

2. Les unités sanitaires de niveau II

Il s'agit de la prise en charge des patients à temps partiel. Les soins de niveau II sont assurés en milieu hospitalier pour les soins médicaux généraux, et en milieu pénitentiaire au sein des unités sanitaires pour les soins psychiatriques.

a) Les soins médicaux généraux de niveau II : l'hospitalisation à temps partiel

Les soins médicaux généraux (i.e. non psychiatriques) de niveau II se déroulent en milieu hospitalier. Ils peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire, des séances de soins (dialyse, chimiothérapie). Le patient est hospitalisé dans les services correspondants à la spécialité requise avec garde statique des forces de l'Ordre (39).

b) Les soins psychiatriques de niveau II : l'hospitalisation de jour

i. Organisation de la prise en charge en hospitalisation de jour

Il est convenu que chaque inter région pénitentiaire dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau II. L'hospitalisation de jour se déroule en milieu pénitentiaire car elle suppose un accès facile du patient aux activités et consultations. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention. Les cellules d'hébergement des patients sont situées à proximité immédiate de l'unité de soins pour faciliter les déplacements. Les cellules sont individuelles, leur entretien et leur équipement relèvent de l'administration pénitentiaire (39).

Les admissions en hôpital de jour sont décidées par le médecin et prononcées par le directeur de l'établissement de santé. Le médecin responsable de l'unité décide de la date d'admission et de sortie, et la décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement est prise par le directeur de l'établissement pénitentiaire. Le transfèrement est assuré par l'administration pénitentiaire dans les plus brefs délais. L'admission peut être prononcée pour toute personne détenue relevant de la région pénitentiaire (39).

Les cellules d'hébergement sont gérées par l'administration pénitentiaire et font l'objet de la même surveillance que toute autre cellule, jour et nuit. Le jour, le personnel pénitentiaire est affecté spécifiquement à la structure sanitaire de soins psychiatriques. Il est fortement souhaitable, mais pas toujours possible, que le personnel pénitentiaire travaillant au sein des unités sanitaires bénéficie d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale (39).

ii. Les SMPR

Les 26 établissements pénitentiaires sièges de SMPR disposent tous d'une offre de soins de niveau I, et pour une grande partie d'une offre de soins de niveau II. Tous doivent mettre en place cette activité de niveau II. Les SMPR ont aussi une mission de coordination régionale impliquant :

- une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile,
- une articulation avec les DSP des unités sanitaires de leur région et les UHSA,
- la mise en place de formation au niveau régional, initiale et continue (39).

3. Les unités sanitaires de niveau III

Il s'agit de la prise en charge en hospitalisation à temps complet des patients. Les soins de niveau III sont assurés :

- pour les soins médicaux généraux : au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement, et au sein des UHSI,
- pour les soins psychiatriques : au sein des UHSA, des établissements de santé en psychiatrie et des Unités pour Malades Difficiles (UMD).

a) Hospitalisation pour les soins médicaux généraux (médecine, chirurgie, obstétrique)

i. Hospitalisation en chambre sécurisée dans l'établissement de rattachement

Les hospitalisations en chambres sécurisées dans l'établissement de rattachement ont lieu dans le cadre d'hospitalisations d'urgence et programmées de très courte durée (c'est-à-dire de moins de 48 heures). Ces chambres font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation. Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre de police ou de gendarmerie dans un SAS attenant à la chambre. La responsabilité médicale de la prise en charge du patient détenu incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle la chambre sécurisée est intégrée. Lorsque l'hospitalisation urgente est amenée à se prolonger, un transfert vers l'UHSI

doit être envisagé, après accord du médecin de l'UHSI, si l'état de santé du patient est compatible avec le transport. Exceptionnellement, si le temps d'accès entre l'établissement de santé et l'UHSI est important et que la durée d'hospitalisation estimée est courte, celle-ci peut se prolonger au-delà de 48 heures (48).

ii. Hospitalisation en UHSI

Créées par l'arrêté du 24 août 2000, huit UHSI sont réparties sur le territoire français. Ces structures accueillent des patients détenus majeurs et mineurs. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente dans l'unité de soins. Les UHSI sont des structures hospitalières prenant en charge l'ensemble des hospitalisations hors urgences et de moins de 48 heures. Une hospitalisation directe, à partir d'un établissement pénitentiaire, vers l'UHSI est possible. Ces structures bénéficient du plateau technique du centre hospitalier dont elles dépendent. Les patients amenés à consulter d'autres services de soins ou médico-techniques sont accompagnés d'un soignant et d'une escorte pénitentiaire (ou des forces de l'ordre). Les conditions d'accès des praticiens spécialistes à l'UHSI sont facilitées. Ils ont ainsi la possibilité de s'y rendre pour donner un avis (s'ils n'ont pas besoin de plateau technique particulier). Si l'état de santé du patient l'exige, il peut être hospitalisé dans un service spécialisé, la garde statique est alors assurée par les forces de l'ordre ou l'administration pénitentiaire (39).

b) Hospitalisation pour les soins psychiatriques

Créées par la loi de septembre 2002, les UHSA permettent l'accueil en hospitalisation psychiatrique des patients détenus dans un environnement sécurisé (49). En cas d'impossibilité d'accueil en UHSA, l'hospitalisation en secteur de psychiatrie générale reste possible en HO D398, conformément aux dispositions de l'article D398 du Code de Procédure Pénale (CPP) (50). Toutefois, ces conditions d'hospitalisation sont peu satisfaisantes : l'hospitalisation des patients détenus se fait au sein d'un service de psychiatrie de secteur. Etant donné l'absence de garde statique, il y a souvent recours à la chambre d'isolement et à la contention physique même si l'état de santé du patient ne nécessite pas ces mesures. Dans certains

services, le patient n'a ni accès aux espaces collectifs, ni aux activités thérapeutiques pour des raisons de sécurité (15).

i. Hospitalisation en UHSA : principes de fonctionnement et spécificités de l'admission des patients

Créées par la loi de septembre 2002, les UHSA permettent l'accueil en hospitalisation psychiatrique des patients détenus dans un environnement sécurisé. L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des 9 UHSA de la première tranche du programme, soit 440 places. Une UHSA couvre les besoins d'hospitalisation des établissements pénitentiaires du ressort territorial correspondant (37).

Fonctionnement à l'UHSA

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire, qui n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande du personnel soignant (en cas d'état d'agitation incontrôlable d'un patient par exemple). Les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé.

Le fonctionnement des UHSA repose sur deux principes fondamentaux :

- la primauté du soin, même si la personne détenue demeure sous écrou pendant son hospitalisation et se trouve, de ce fait, soumise à des règles particulières restreignant sa liberté d'aller et de venir et de communiquer ;
- une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins dans un cadre sécurisé (51).

Admission des patients en UHSA

Il y a 2 types d'hospitalisation en UHSA : l'hospitalisation avec consentement du patient (i.e. soins libres) et l'hospitalisation sans consentement (i.e. soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE)).

- Admission en hospitalisation avec consentement :

Un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire constate la nécessité de l'hospitalisation à temps complet d'un patient, qui consent à être hospitalisé. Pour hospitaliser la personne détenue, le médecin intervenant dans l'établissement

pénitentiaire contacte un médecin responsable de l'UHSA. L'admission est décidée par celui-ci. Les modalités d'admission à l'unité hospitalière (indication, délai d'arrivée, etc.) sont définies conjointement par les deux médecins. Le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine demande au directeur de cet établissement, d'organiser dans les meilleurs délais le transfert dans l'UHSA concernée, en liaison avec le personnel pénitentiaire responsable de l'UHSA.

En application des dispositions des articles 717-1-1 du CPP, D. 393 et R. 57-8 du CPP, celui-ci recueille l'accord des autorités judiciaires et pénitentiaires compétentes. Le transport est organisé selon les termes du décret relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de troubles mentaux (51).

- Admission en hospitalisation sans consentement :

Aux termes de l'article L. 3214-3 du CSP (52), l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue n'est possible que si plusieurs conditions sont réunies :

- elle nécessite des soins immédiats qui doivent être assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier,
- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- ses troubles mentaux constituent un danger pour elle-même ou pour autrui.

Lorsqu'une personne détenue présente ces conditions, il revient à un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'établir un certificat médical circonstancié, ce médecin ne peut pas être un psychiatre exerçant dans l'établissement de santé siège de l'UHSA. Il appartient au médecin d'informer le directeur de l'établissement pénitentiaire concerné de sa demande. Le médecin doit transmettre ce certificat au directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou du SMPR. Ce dernier saisit sans délai le directeur de l'établissement, siège de l'UHSA, qui doit lui indiquer si une place est disponible dans son unité pour accueillir le patient. Dans le cas où il constate que cette dernière ne dispose pas de place, il informe, en théorie, le directeur de l'établissement de santé demandeur et le directeur de l'établissement pénitentiaire des possibilités d'accueil dans une autre UHSA et notamment dans celle qui est la plus proche.

Dès lors que le directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou du SMPR a trouvé une place en UHSA, il transmet immédiatement au

préfet de son département ou, à Paris, au préfet de police, les éléments nécessaires (certificat médical, indications sur la localisation de l'UHSA) afin que celui-ci prenne un arrêté portant l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue en UHSA. Le directeur de l'établissement pénitentiaire transmet à son tour les informations nécessaires au préfet. Dans le cadre de la mise à disposition de ces moyens auprès des préfets pour l'exercice de leurs compétences prévues aux articles L. 1435-1, R. 1435-1 et R. 1435-2 du CSP, les ARS préparent, par délégation, les actes administratifs et assurent la coordination des différents acteurs dans le processus d'admission, de prolongation et de sortie en UHSA.

Les arrêtés préfectoraux sont notifiés à la personne détenue et transmis au directeur de l'établissement pénitentiaire. Le procureur de la République est avisé de l'hospitalisation sans consentement en UHSA dans les vingt-quatre heures, de même que la famille de la personne détenue en application de l'article L. 3213-9 du CSP. Conformément au décret relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux, la charge du transport du détenu incombe à l'établissement hospitalier siège de l'UHSA de destination, qui l'organise avec le personnel pénitentiaire de l'UHSA, qui escorte le véhicule sanitaire. Le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA procède à l'admission administrative de l'intéressé et adresse dans les 24 heures qui suivent l'admission d'une personne détenue dans une UHSA, au préfet ainsi qu'à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du département du lieu de l'UHSA un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement de santé (51).

ii. Fonctionnement d'une UHSA, exemple de l'UHSA de Lille-Seclin

Les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur ont choisi la métropole lilloise et le CHRU de Lille pour la création d'une Unité d'Hospitalisation spécialement Aménagée (UHSA) de 60 lits. Implantée sur le site de Seclin, elle fait partie des 9 UHSA retenues dans le cadre de la première tranche du programme national de construction. L'UHSA est rattachée au CHRU de Lille, auquel est également rattaché le SMPR du centre pénitentiaire d'Annœullin. Ouverte en Juin 2014, elle assure les hospitalisations à temps complet avec ou sans consentement, y compris en urgence, week-end compris, pour les régions Hauts-de-France et Haute-Normandie (53).

L'UHSA est divisée en 2 secteurs : le secteur de soin, composé de 3 unités, de 60 lits au total, et le secteur pénitentiaire, où sont situés les parloirs.

Structure des soins

- L'unité Garance :

Elle est composée de 18 chambres individuelles et 2 chambres d'isolement. Il s'agit d'une unité mixte qui accueille des hommes en soins libres (SL) et des femmes en SL et en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) pour les situations de crise, notamment suicidaires. L'hospitalisation est de courte durée, l'objectif étant l'évaluation diagnostique avant une orientation adéquate. L'unité a également la possibilité d'accueillir des mineurs.

- L'unité Véronèse :

C'est une unité de soins libres, qui comporte 24 chambres individuelles dont une chambre d'isolement, elle accueille uniquement des hommes. Il s'agit d'une unité de psychiatrie générale orientée sur la préparation à la sortie.

- L'unité Majorelle :

Composée de 18 chambres individuelles, dont 4 à sécurité renforcée, l'unité accueille uniquement des hommes pour des soins en SDRE (53).

Chaque unité comporte une salle de soins, ouverte sur une salle commune qui est libre d'accès pour les patients de 8h à 20h, et où se déroulent les repas. L'unité comporte une cour intérieure où les patients ont la possibilité de fumer. Les chambres, fermées de 20h à 8h, entourent la salle commune. Les bureaux d'entretien médico-psychologique sont à l'intérieur du service. Le service est fermé à clef, les surveillants pénitentiaires n'y ont pas accès, sauf à la demande de l'équipe soignante en cas d'urgence. Lorsque les patients sortent du service, ils sont systématiquement accompagnés d'un soignant. L'accès au couloir central reliant les 3 unités et aux différents SAS le composant se fait par des portes sécurisées automatisées contrôlées par le personnel pénitentiaire. L'UHSA comporte également une salle de sport, deux jardins thérapeutiques, et un terrain de sport extérieur. Les secrétariats administratif et pénitentiaire sont situés en dehors du service.

Les effectifs médicaux et paramédicaux

- L'équipe médicale : Elle est composée de 4 praticiens hospitaliers, d'un chef de clinique, de 5 internes de psychiatrie et d'un interne de médecine générale, répartis dans les différentes unités.

- L'équipe paramédicale : Elle est composée de : un cadre supérieur de santé, 3 cadres de santé, un cadre gestionnaire, 3 psychologues, une art-thérapeute, un kinésithérapeute, une assistante sociale, une diététicienne, 2 secrétaires médicales, un adjoint administratif, 54 infirmiers (IDE), 39 aides-soignants et 11 agents des services hospitaliers (ASH) (54) (voir **tableau 1**).

Effectif non médical	ETP
Cadre supérieur de santé	1
Cadre de Santé	3
Cadre Gestionnaire	0.5
Psychologue	2.5
IDE (dont art thérapeute)	54
Aide-Soignant	39
Agent des Services Hospitaliers	11
Kinésithérapeute	0.2
Diététicienne	0.2
Assistante sociale	0.8
Secrétaire médicale	2
Adjoint administratif	1
Total	115.2

Tableau 1 : Effectif paramédical de l'UHSA de Lille Seclin en 2014 (en Equivalent Temps Plein (ETP). Tiré de (54).

La nécessité d'assurer la sécurité permanente des patients et du personnel impose le seuil minimal de 4 soignants présents par unité, de jour comme de nuit.

La nuit et le week-end, il y a un interne de garde sur place et un psychiatre d'astreinte (54).

L'hospitalisation

A l'entrée dans le service, le patient bénéficie d'un entretien médical et d'un examen clinique complet systématiques. Un bilan biologique et un électrocardiogramme sont systématiquement réalisés. Le médecin prescrit des activités thérapeutiques avec leurs objectifs.

Il y a une synthèse hebdomadaire pour chaque unité, en présence des médecins, internes, et une partie de l'équipe paramédicale.

Les journées du patient sont rythmées par les entretiens médico-psychologiques, les activités thérapeutiques et les parloirs.

III. Liens entre troubles psychiatriques et pathologies non psychiatriques

A. Prévalence des pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques

Il est actuellement bien établi que la prévalence des pathologies médicales générales chez les patients souffrant de troubles psychiatriques est supérieure à celle retrouvée en population générale.

1. Troubles psychiatriques et comorbidité cardio-vasculaire

On retrouve une prévalence élevée de facteurs de risque (FDR) cardio-vasculaire chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires, notamment des FDR modifiables comme la surcharge pondérale (55), le diabète, l'HTA (56), le tabagisme (57) et la sédentarité (58) (voir **tableau 2**).

Par ailleurs, les traitements médicamenteux par antipsychotiques augmentent le risque de survenue de ces FDR modifiables : surcharge pondérale, diabète et dyslipidémie (59), à différents degrés selon le type d'antipsychotique. La clozapine et

l'olanzapine sont particulièrement à risque de surcharge pondérale, de diabète et de dyslipidémie alors que la rispéridone et la quétiapine augmentent de façon moindre le risque de surcharge pondérale (60,61).

FRD non modifiables	FDR modifiables	Prévalence estimée en %	
		Schizophrénie	Troubles bipolaires
Sexe	Surcharge pondérale	44 - 45	21 - 49
ATCD familiaux	Tabagisme	54 - 75	54 - 68
ATCD personnels	Diabète	13 - 15	8 - 17
Age	HTA	19 - 58	35 - 39
	Dyslipidémie	25	23

Tableau 2 : Facteurs de risque cardio-vasculaire des patients souffrant de trouble psychiatrique (schizophrénie et troubles bipolaires). Adapté de (62).

L'épisode dépressif caractérisé est également associé à une augmentation du risque cardio-vasculaire. Dans une méta-analyse de 2006, Nicholson A. et al. ont montré que ce risque était quasiment multiplié par 2 chez les patients par rapport à la population générale (RR = 1,81 (IC95%[1,53-2,15]) (63). La prévalence du diabète et de l'obésité est aussi 1,5 à 2 fois plus importante dans les troubles de l'humeur qu'en population générale (64).

2. Association entre pathologies non psychiatriques et épisode dépressif caractérisé

Les patients souffrant de pathologies non psychiatriques ont en moyenne 2 fois plus de troubles psychiatriques que la population générale ne présentant aucune pathologie (65). L'association entre un trouble psychiatrique et une pathologie non psychiatrique est donc fréquente. Des travaux ont pu, par exemple, montrer que 25 % des patients hospitalisés en hôpital général (66) et 40 % des patients suivis en médecine générale pour une pathologie chronique souffrent d'un épisode dépressif caractérisé associé (67). L'épidémiologie diffère selon les pathologies (voir **tableau 3**) (68,69).

Pathologie non psychiatrique	Prévalence de la dépression (en %)
Cardiopathie	17 – 27 %
Maladie neurovasculaire	14 – 19 %
Maladie d'Alzheimer	30 – 50 %
Epilepsie récurrente	20 – 55 %
Maladie de Parkinson	4 – 75 %
Diabète (autoévaluation/ hétéroévaluation)	26 % / 9 %
Cancer	22 – 29 %
Infection à VIH	5 – 20 %
Obésité	20 – 30 %

Tableau 3 : Association entre pathologies non psychiatriques et épisode dépressif caractérisé. Adapté de (69).

Les comorbidités non psychiatriques sont parmi les éléments importants qui peuvent participer à la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé, il est clairement admis que la présence de cette association est un facteur d'aggravation mutuelle (69). En effet, si l'existence d'une pathologie non psychiatrique invalidante est un facteur de risque d'apparition d'un épisode dépressif caractérisé, la dépression constitue aussi un facteur de mauvais pronostic quand elle est associée à différentes pathologies non psychiatriques (69).

3. Prévalence élevée de pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles addictifs

Comme précisé plus haut, la prévalence des maladies infectieuses type VIH ou VHC est plus élevée chez les patients souffrant de trouble addictif (70). Le tabagisme chronique est le premier facteur de risque évitable de cancer : cancer du poumon, cancer des voies aéro-digestives, cancer de la vessie et cancer du pancréas. Il est aussi le premier facteur de risque évitable de maladie cardio-vasculaire (71). Enfin, l'abus d'alcool est un facteur de risque bien connu de nombreuses pathologies non psychiatriques, parmi lesquelles : la cirrhose, les cancers des voies aéro-digestives

supérieures, les neuropathies périphériques, la tuberculose, les accidents domestiques (72).

B. Mortalité et espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques

Une méta-analyse internationale datant de 2015 a mis en évidence que la mortalité est significativement plus élevée chez les patients souffrant de troubles psychiatriques qu'en population générale. En effet, dans ce travail, le risque relatif de mortalité toutes causes chez les patients souffrant de troubles psychiatriques était de 2,22 (IC95% [2,12-2,33]). De plus, on notait 67,3% de décès dus à une « cause naturelle », 17,5% de décès liés à une cause non naturelle, et le reste à une cause inconnue (73). Tous les troubles psychiatriques sont concernés mais on note une variation de risque importante allant d'un RR, à la limite de la significativité, de 1,4 (IC95% [0,9-2,0]) pour les patients souffrant de troubles de l'humeur à 14,7 (IC95% [12,8-16,5]) pour les patients souffrant de toxicomanie. Ce sont d'ailleurs ces patients et les patients souffrant d'anorexie mentale qui ont le risque le plus important de mortalité toutes causes confondues (74). On retrouve également une surmortalité chez les patients souffrant de trouble bipolaire (75,76).

Les troubles psychiatriques apparaissent associés à un taux élevé de risque de décès (en dehors du suicide) par pathologie cardio-vasculaire et par pathologie respiratoire (77). En effet, la mortalité cardio-vasculaire chez les patients souffrant de troubles psychiatriques est élevée : RR = 1,34 (IC95% [1,06-1,69]) chez l'homme, et RR = 1,36 (IC95% [1,08-1,69]) chez la femme (77). La surmortalité cardio-vasculaire est notamment élevée chez les patients souffrant de schizophrénie (RR = 2,92 (IC95% [1,65-5,20]) pour les hommes (77,78)) et pourrait être expliquée par la prévalence élevée dans cette population de FDR cardio-vasculaire, par la iatrogénie des traitements antipsychotiques mais également par des effets de la pathologie elle-même. La surmortalité par coronaropathie est également la cause principale de surmortalité de « cause naturelle » chez les patients hommes souffrant d'épisode dépressif caractérisé (RR = 1,80 (IC95% [1,18-2,75]) (77)).

Il existe aussi une surmortalité par pathologie respiratoire chez les patients souffrant de troubles psychiatriques (RR = 2,08 (IC95% [1,23-3,52]) pour les

hommes et $RR = 1,81$ (IC95% [1,03-3,16]) pour les femmes). Les patients souffrant de schizophrénie sont particulièrement à risque de décéder d'une pathologie respiratoire ($RR = 9,50$ (IC95% [3,79-23,84]) pour les hommes et $RR = 8,32$ (IC95% [2,58-26,84]) pour les femmes), surtout de bronchite chronique, que l'on peut rapprocher de la prévalence élevée chez ces patients de tabagisme actif. La surmortalité par pathologie respiratoire est également la cause principale de surmortalité de « cause naturelle » chez les femmes souffrant d'épisode dépressif caractérisé ($RR = 2,16$ (IC95% [0,98-4,77])) (77).

Cette surmortalité liée aux pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques s'accompagne d'une espérance de vie inférieure à la population générale chez ces patients (79). Ainsi, l'espérance de vie des hommes souffrant de schizophrénie est diminuée d'environ 14,5 ans (IC95% [11,2-17,8]) par rapport à la population générale (80). Celle des femmes souffrant de trouble schizo-affectif est réduite de 9,8 à 17,5 ans par rapport à la population générale (81). De manière générale, on note que la durée de vie moyenne des patients souffrant de troubles psychiatriques est diminuée de 10 ans par rapport à la population générale (73).

C. Accès aux soins et prise en charge des pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques

Considérant la prévalence élevée des pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et ses conséquences en terme de surmortalité et d'espérance de vie, il apparaît très intéressant de s'intéresser à l'accès aux soins pour ces patients.

Les patients souffrant de troubles psychiatriques consultent moins en soins primaires que la population générale $OR = 0,61$ (IC95% [0,59-0,63]) pour les patients souffrant de schizophrénie, $OR = 0,63$ (IC95% [0,60-0,67]) pour les patients atteints de trouble bipolaire et $OR = 0,88$ (IC95% [0,83-0,92]) pour les patients souffrant de toxicomanie (82).

Par ailleurs, une étude de cohorte nationale ayant inclus 88 241 patients de 65 ans et plus, hospitalisés pour infarctus du myocarde montrait que la présence d'un

trouble psychiatrique (soit 5,3% des patients) était associée à une augmentation de 19% de la mortalité à 1 an. De manière tout à fait intéressante, cette association n'était plus significative lorsque l'on considérait le facteur « recommandations de traitement respectées suite à l'infarctus du myocarde (traitement par revascularisation, aspirine, bêtabloquants, IEC et conseil d'arrêt du tabac) » comme variable d'ajustement. Il en était de même si l'on s'intéressait spécifiquement aux patients souffrant de schizophrénie ou d'épisode dépressif caractérisé. Ces résultats suggèrent des insuffisances dans la qualité des soins aux personnes souffrant de troubles psychiatriques (83). Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins pourrait constituer une piste intéressante pour améliorer le pronostic et l'espérance de vie des sujets souffrant de troubles psychiatriques. La qualité du suivi est également un élément important : il a pu être, par exemple, mis en évidence une surmortalité par cardiopathie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, avec un suivi à 5 ans nettement plus bas chez ces patients (7,04%) par rapport aux patients n'ayant pas de pathologie psychiatrique (12,27%) (57).

Enfin, les données concernant le traitement de pathologies métaboliques chez les patients souffrant de schizophrénie sont en faveur d'une nette insuffisance de traitement : 30,2% des patients diabétiques ne recevraient pas de traitement pour le diabète, de même que 62% des patients pour l'HTA et 88% des patients pour l'hyperlipidémie (78).

Dans cette introduction, nous avons pu montrer que les personnes incarcérées sont particulièrement exposées aux problèmes de santé qu'ils soient psychiatriques ou non (voir I. L'état de santé de la population carcérale en France). Nous avons également mis en évidence que les associations entre troubles psychiatriques et non psychiatriques sont fréquentes et présentent des conséquences graves pour les patients (diminution de l'espérance de vie notamment) (voir III. Liens entre troubles psychiatriques et pathologies non psychiatriques).

Récemment créées, les USHA (dont le fonctionnement a été détaillé précédemment, voir II. Les structures de soins en milieu carcéral en France) permettent la prise en charge en hospitalisation à temps complet des détenus présentant des troubles psychiatriques. Les patients accueillis au sein des USHA constituent donc une population particulièrement vulnérable, d'une part du fait de leur statut de détenu, d'autre part du fait du (ou des) trouble(s) psychiatrique(s) dont ils souffrent.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de s'intéresser à l'organisation des soins médicaux généraux au sein des UHSA. Nous avons donc réalisé, dans ce travail de thèse, une enquête nationale auprès de l'ensemble des UHSA de France afin de décrire les modalités de prise en charge pour les soins non psychiatriques dans ces structures.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'effectuer un état des lieux de la prise en charge médicale générale au sein des UHSA.

L'objectif secondaire est de développer des pistes d'amélioration de la prise en charge non psychiatrique des patients en UHSA.

II. Méthodologie

Un questionnaire sur l'organisation des soins médicaux généraux au sein de l'UHSA a été adressé par mail aux médecins coordonnateurs des UHSA en janvier 2016 (voir **annexe 1**).

Toutes les UHSA ouvertes au moment de l'étude ont été incluses. Cela concernait 7 établissements : Lille-Seclin, Lyon-Bron, Nancy-Laxou, Orléans, Rennes, Toulouse, Villejuif.

Le questionnaire abordait plusieurs thèmes :

- La structure de l'UHSA,
- L'organisation de la médecine générale au sein de l'UHSA,
- L'impact des interactions avec l'administration pénitentiaire dans le parcours de soin du patient.

Le questionnaire, complété par les médecins coordonnateurs, a été adressé à l'investigateur principal par mail ou par courrier entre janvier et juin 2016.

Une analyse descriptive des résultats a été réalisée à partir des réponses au questionnaire.

RESULTATS

La première tranche de construction des UHSA comprend 9 établissements (voir **figure 2**). Seules 7 UHSA étaient en fonctionnement au moment de l'étude (Lille-Seclin, Lyon-Bron, Nancy-Laxou, Orléans, Rennes, Toulouse et Villejuif).



Figure 2 : Carte de France des UHSA.

I. Structure des UHSA

Six UHSA sur 7 sont situées au sein de l'hôpital dont elles dépendent, qui sont des hôpitaux psychiatriques. L'UHSA de Lille-Seclin, seule UHSA éloignée du centre hospitalier de rattachement, est située à une distance d'environ 10km du CHRU de Lille (voir **tableau 4**).

UHSA	Localisation	Médecin coordinateur	CH de rattachement	Situation par rapport au CH
UHSA Lille-Seclin	Seclin	Dr Adins	CHRU de Lille	Seclin, 10km du CH
UHSA Lyon-Bron	Bron	Dr Becache	CH Le Vinatier	Au sein du CH
UHSA Nancy-Laxou	Laxou	Dr Parenty	Centre Psychothérapeutique de Nancy-Laxou	Au sein du CH
UHSA Orléans	Fleury-les-Aubrais	Dr Parrot	CH Daumezon	Au sein du CH
UHSA Rennes	Rennes	Dr Henry	CH Guillaume Reignier de Rennes	Au sein du CH
UHSA Toulouse	Toulouse	Dr Moncany	CH spécialisé Gérard Marchant	Au sein du CH
UHSA Villejuif	Villejuif	Dr Touitou	CH Paul Guiraud	Au sein du CH

Tableau 4 : Localisation des 7 UHSA et situation par rapport au centre hospitalier (CH) de rattachement.

Trois UHSA sont des établissements de 60 lits, 4 UHSA sont des établissements de 40 lits.

Chaque UHSA reçoit des patients en SL (10 à 70% des patients) et en SDRE (30 à 90% des patients) (voir **tableau 5**).

L'équipe médicale des UHSA se compose de psychiatres, médecins généralistes, internes de psychiatrie et internes de médecine générale. Les plus volumineuses UHSA, composées de 60 lits (Lille-Seclin, Lyon-Bron et Villejuif), comptent 5 psychiatres ETP (équivalents temps plein). Les plus petites structures comptent entre 1,9 et 3,3 psychiatres ETP. L'UHSA de Lille-Seclin compte 5 internes de psychiatries ETP, les autres UHSA en comptent 1 à 2.

Dans toutes les UHSA, un médecin généraliste intervient, sauf à l'UHSA de Lille-Seclin. Deux UHSA comptent un médecin généraliste à temps plein, et 4 UHSA, un médecin généraliste à mi-temps. Les UHSA de Lille-Seclin et Nancy-Laxou comptent un interne de médecine générale à temps plein, il n'y a pas de poste d'interne de médecine générale au sein des autres UHSA (voir **tableau 6**).

Il n'y pas de dentiste au sein des UHSA. Il y a un poste de kinésithérapeute dans une UHSA sur les 7 à 0,2 ETP.

UHSA	Nombre de lits	Nombre d'entrées en 2014	Pourcentage SL/SDRE
Lille-Seclin	60	626	70/30%
Lyon-Bron	60	277	Non renseigné
Nancy-Laxou	40	293	50/50%
Orléans	40	359	60/40%
Rennes	40	316	70/30%
Toulouse	40	153	Non renseigné
Villejuif	60	161	10/90%

Tableau 5 : Répartition des soins libres (SL) et des soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) au sein des UHSA.

UHSA	Nb de lits	Nb de psychiatres (en ETP)	Nb d'internes de psychiatrie (en ETP)	Nb de MG (en ETP)	Nb d'IMG (en ETP)
Lille-Seclin	60	5	5	0	1
Lyon-Bron	60	5	1	0,5	0
Nancy-Laxou	40	3	1	0,5	1
Orléans	40	1,9	2	0,5	0
Rennes	40	2	1	0,5	0
Toulouse	40	3,2	1	1	0
Villejuif	60	5	2	1	0

Tableau 6 : Effectif médical au sein des UHSA (Nb = Nombre, MG = médecin généraliste, IMG = interne de médecine générale).

II. Organisation de la médecine générale au sein de l'UHSA

A. Accueil du patient

A l'entrée du patient à l'UHSA, un examen clinique physique est systématique pour 5 UHSA sur 7, il est réalisé par le médecin généraliste pour 4 d'entre elles et par le médecin qui a fait l'entretien d'entrée du patient quelle que soit sa spécialité pour une UHSA. Pour les 2 UHSA au sein desquelles l'examen clinique d'entrée n'est pas systématique, celui-ci est réalisé à la demande par le médecin généraliste (ou le psychiatre en cas d'absence et d'urgence) (voir **figure 3**).

En pratique, l'examen clinique est réalisé dans une salle dédiée avec table d'examen pour la majorité des UHSA (4 sur 7). Pour 2 d'entre elles, l'examen clinique est réalisé uniquement à cet endroit. Pour les autres UHSA, il peut être effectué dans la salle de soins infirmiers (4 UHSA), dans le bureau d'entretien (1 UHSA), ou en chambre du patient (3 UHSA, avec pour un établissement, « *le plus souvent en chambre du patient* ») (voir **graphique 1**).

Un bilan biologique est systématique à l'entrée pour la plupart des UHSA (5 sur 7). Pour toutes, ce bilan contient les sérologies VIH, VHC et VHB. Trois d'entre elles précisent qu'il est tout de même fonction de la date du dernier bilan. Le laboratoire n'est pas situé « sur place » (ni au sein de l'UHSA, ni au sein du CH où est située l'UHSA) pour toutes les UHSA, sauf pour l'UHSA de Rennes car le CH Guillaume Regnier dispose d'un laboratoire (voir **graphique 1**). Sinon, une ambulance transporte les prélèvements de l'UHSA vers le laboratoire, le délai de transport est rapide pour toutes les UHSA (dans la demi-journée).

Un électrocardiogramme est systématique à l'entrée du patient pour les 7 UHSA (voir **graphique 1**).

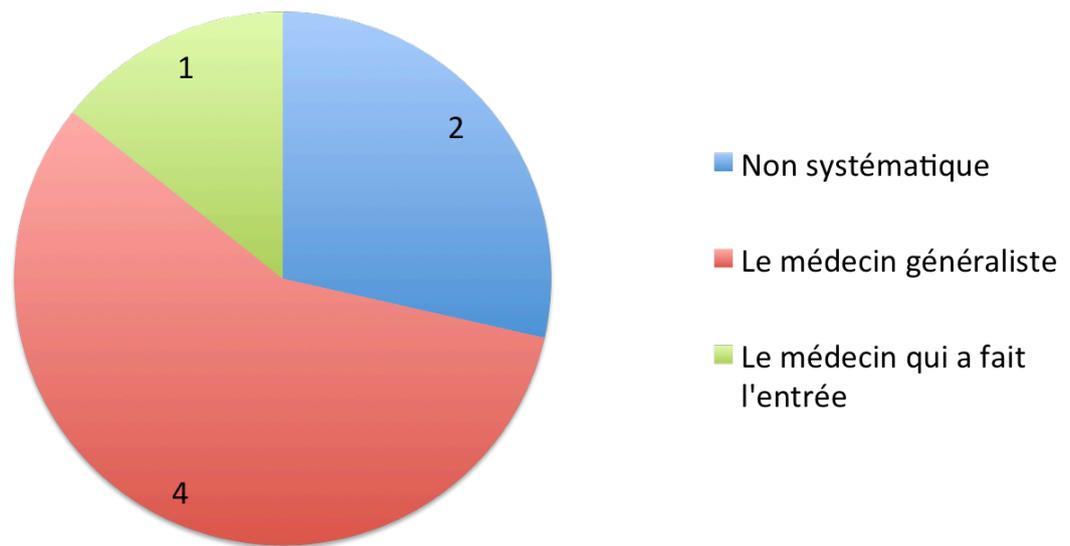
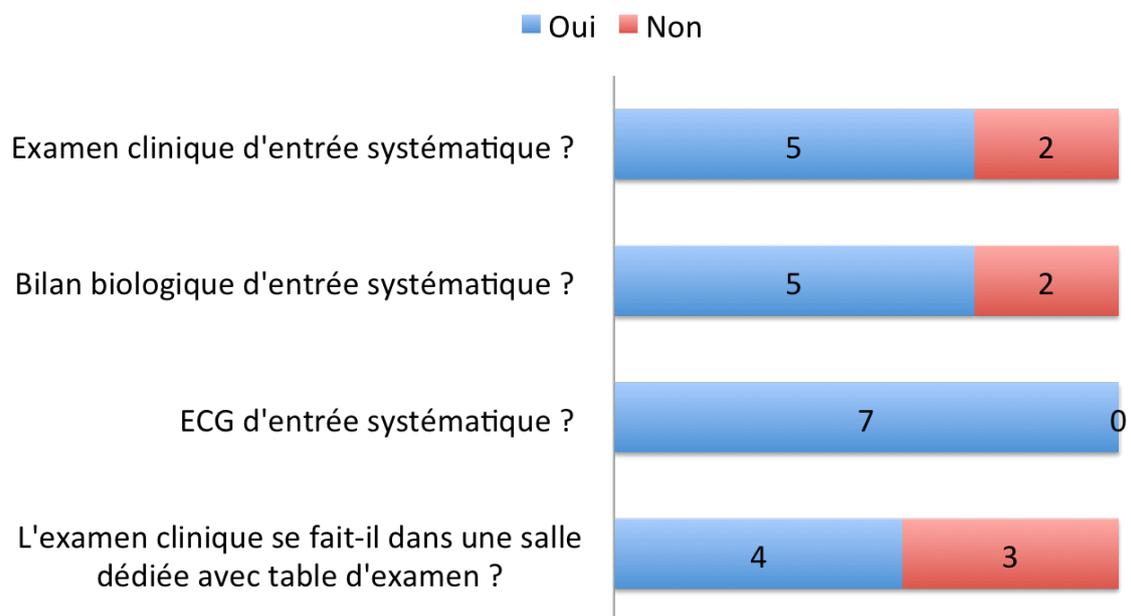


Figure 3 : Qui réalise l'examen clinique à l'entrée du patient à l'UHSA ?



Graphique 1 : Accueil du patient à l'UHSA.

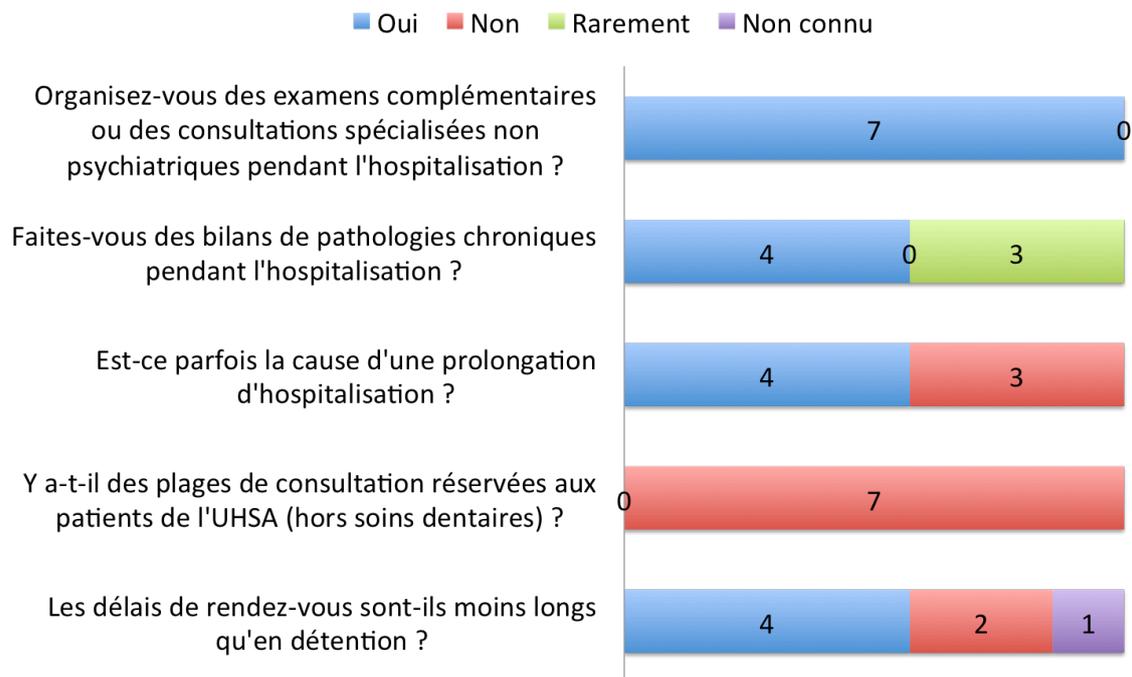
B. Avis spécialisé

Toutes les UHSA organisent des examens complémentaires ou des consultations spécialisées non psychiatriques pendant l'hospitalisation à l'UHSA (voir **graphique 2**). Lorsque l'avis téléphonique ne suffit pas, plusieurs possibilités : la consultation « sur place » du médecin spécialiste, l'extraction du patient vers le service de consultation, ou la télémédecine. La consultation « sur place » n'est réalisée dans aucune UHSA (voir **graphique 3**). De même, la télémédecine n'est à l'heure actuelle disponible dans aucun établissement. L'extraction du patient est donc systématique pour chaque UHSA. Pour l'une des UHSA, la mise en place de la télémédecine est en cours, pour une autre, le matériel est disponible mais n'a jamais été utilisé (NB : une UHSA a répondu qu'elle utilisait la télémédecine, mais précise qu'il ne s'agit en fait que d'avis orthopédiques ou dermatologiques sur photographies de lésion ou radiographies, ce qui ne peut être considéré à proprement parler comme de la véritable télémédecine).

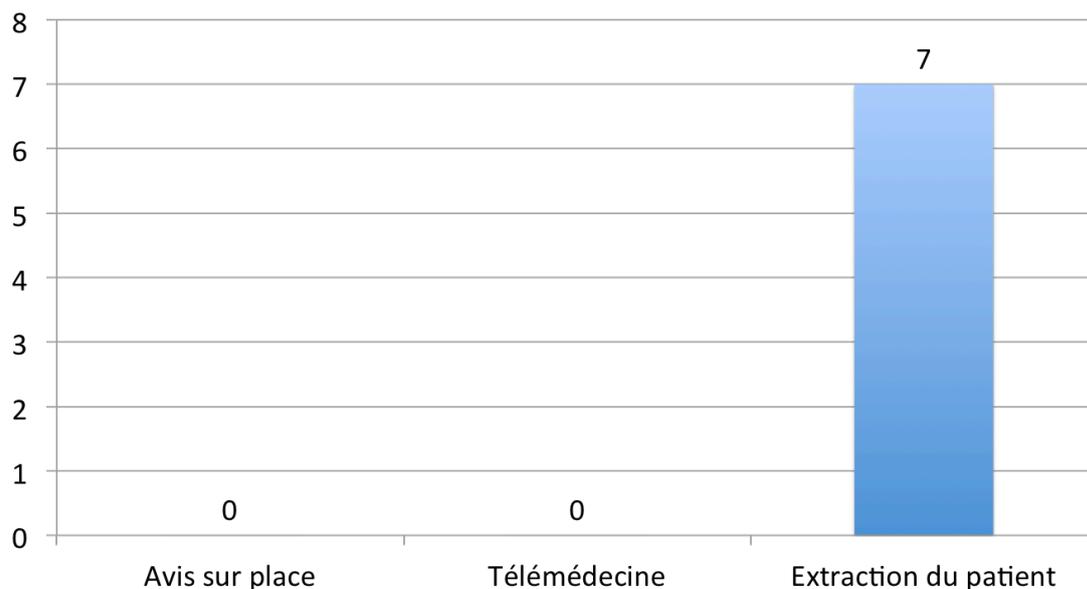
Dans la plupart des UHSA, des bilans de pathologies chroniques sont réalisés pendant l'hospitalisation (4 sur 7). Les justifications les plus fréquemment retrouvées sont : « *délais de rendez-vous plus rapides qu'en détention* », « *de manière régulière car il s'agit de patients non suivis ou mal suivis à l'extérieur du fait de leur pathologie psychiatrique, de leurs faibles ressources, de leur peu de sensibilisation aux soins, de leur absence de foyer stable permettant un suivi régulier* », « *oui, malheureusement trop souvent, car population qui a peu accès aux soins, plus vulnérable, parfois en difficulté pour formuler ses demandes du fait de problématiques psychiatriques intriquées* ». Deux UHSA ont précisé que ces bilans sont réguliers (rares pour 3 autres établissements). Il peut s'agir d'une cause de prolongation d'hospitalisation (4 UHSA sur 7). Les explications mentionnées sont les suivantes : « *plus d'accessibilité qu'en détention* », « *pour s'assurer de la continuité des soins chez un patient qui refusait les soins en détention en raison d'un syndrome de persécution* ». Pour les autres UHSA, cela n'arrive pas ou de manière exceptionnelle (voir **graphique 2**).

Pour aucune UHSA il n'y a de plages de consultation réservées aux patients de la structure (hors soins dentaires). Pour la plupart des UHSA les délais de rendez-vous sont moins longs qu'en détention (4 UHSA sur 7). Ce n'est pas le cas pour 2

autres et la réponse n'est pas connue pour une UHSA mais qui précise que « *les délais sont plutôt rapides* » (voir **graphique 2**).

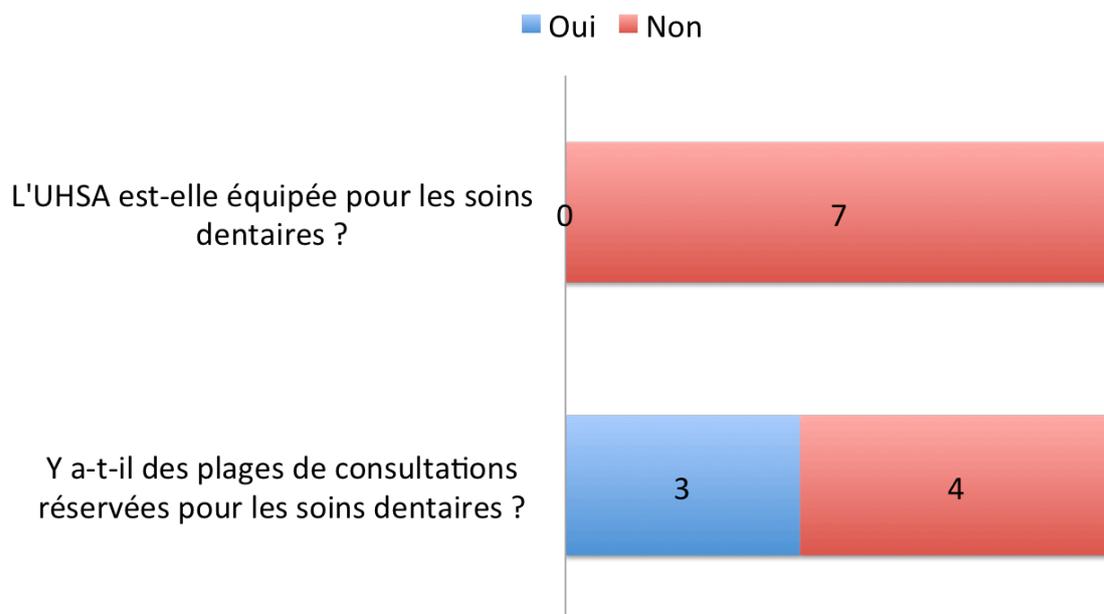


Graphique 2 : Avis spécialisés à l'UHSA.



Graphique 3 : Quelle est la conduite à tenir en cas de nécessité d'avis spécialisé (autres que médecine générale, et lorsque l'avis téléphonique ne suffit pas) ?

Concernant les soins dentaires, aucune UHSA n'est équipée pour ces soins. Ils peuvent être différés et effectués en détention (2 UHSA sur 7), peuvent être effectués au sein du CH où l'UHSA est située (4 UHSA sur 7), ou à l'école dentaire (1 UHSA sur 7). L'UHSA de Nancy précise que seuls les soins urgents y sont réalisés ou en cas d'hospitalisation longue, sinon ils sont différés au retour en détention. Dans certaines UHSA, des plages de consultation sont réservées pour les soins dentaires (3 UHSA sur 7) (voir **graphique 4**).



Graphique 4 : Soins dentaires à l'UHSA.

En ce qui concerne le suivi de grossesse à l'UHSA, le très faible nombre de situations identifiées n'a pas permis d'extraire des résultats.

C. Extraction médicale du patient pour cause non psychiatrique

En cas de nécessité de transfert du patient pour une hospitalisation non psychiatrique, le plus souvent, le patient est adressé aux urgences dans un premier temps, puis hospitalisé dans un deuxième temps à l'UHSA (concerne 6 UHSA sur 7).

Il est hospitalisé directement à l'UHSI si l'hospitalisation est programmée. Enfin, il n'est hospitalisé en service spécialisé que rarement ou jamais.

En cas d'urgence relative nécessitant une extraction médicale, l'accompagnement du patient est le même pour chaque UHSA : 1 soignant si le patient est en soins libres, 2 soignants dont 1 IDE si le patient est en SDRE, et une escorte pénitentiaire. Le délai de départ de l'UHSA est variable pour chaque UHSA de 20-30 minutes à 48h, le délai moyen est de plusieurs heures. Les différentes réponses sont : « *selon disponibilité de l'escorte* », « *entre 20 et 30 minutes* », « *0 à 48h* », « *plusieurs minutes à plusieurs heures* », « *quelques heures* », « *moins d'une heure* », « *quelques heures* ». Les tons s'accordent pour dire que cela est fonction de la disponibilité des escortes pénitentiaires. En cas d'urgence vitale, l'appel au SAMU est la règle. Malheureusement, nous ne disposons pas des statistiques concernant le nombre annuel d'appels au SAMU.

Il n'a pas été possible de dégager les rapports d'activité des établissements pour l'année 2014 des questionnaires du fait de données manquantes. Toutefois, concernant le nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique, on retrouvait 242 extractions médicales pour 626 entrées à Lille-Seclin, 201 extractions pour 359 entrées à Rennes, 187 extractions pour 261 entrées à Lyon, et enfin 44 extractions pour 293 entrées à Orléans (voir **tableau 7**).

Afin de compléter ces résultats, nous avons réalisé une analyse descriptive des types d'extractions médicales pour cause non psychiatrique à l'UHSA de Lille-Seclin, en 2014 et en 2015. En 2014, le nombre d'entrées était de 626 (617 en 2015). Le nombre total d'extractions était de 242 (169 en 2015), dont 55% en consultation spécialisée (70% en 2015), 30% vers les urgences (20% en 2015) et 15% vers l'UHSI (10% en 2015) (voir **tableau 8**).

UHSA	Nb d'entrées en 2014	Nb total d'extractions médicales en 2014	Nb de lits au sein de l'UHSA	Effectif médical général en ETP (MG et IMG)
Lille-Seclin	626	242	60	1 (0 MG, 1 IMG)
Lyon-Bron	261	187	60	0,5 (0,5 MG, 0 IMG)
Nancy-Laxou	277	Non renseigné	40	1,5 (0,5 MG, 1 IMG)
Orléans	293	44	40	0,5 (0,5 MG, 0 IMG)
Rennes	359	201	40	0,5 (0,5 MG, 0 IMG)
Toulouse	316	Non renseigné	40	1 (1 MG, 0 IMG)
Villejuif	153	Non renseigné	60	1 (1 MG, 0 IMG)

Tableau 7 : Nombre d'entrées en 2014 et nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique en 2014 (MG = médecin généraliste, IMG = interne de médecine générale).

	En 2014	En 2015
Nombre d'entrées sur l'année	626	617
Nombre total d'extractions médicales pour cause non psychiatrique	242	169
- Dont nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique vers les urgences	72	33
- Dont nombre extractions médicales pour cause non psychiatrique en consultation spécialisée	136	123
- Dont nombre de transferts vers l'UHSA	34	13

Tableau 8 : Nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique à l'UHSA de Lille en 2014 et 2015.

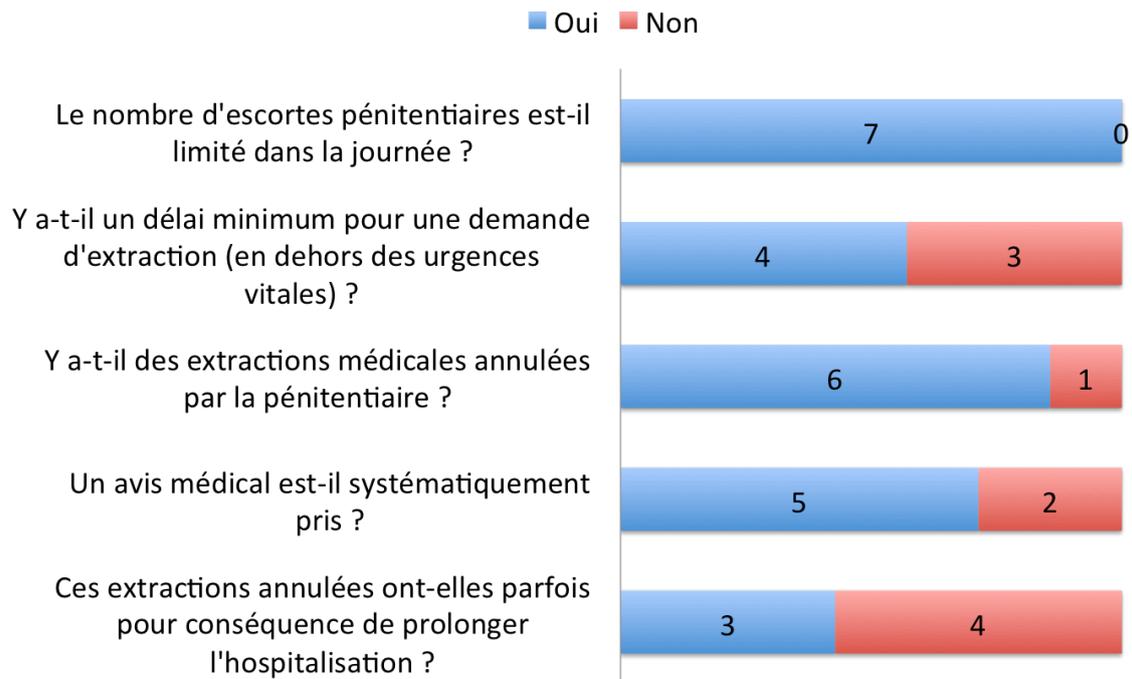
D. Continuité des soins

D'après le questionnaire, seul un établissement prend contact avec le médecin traitant « *de manière régulière avec les médecins des UCSA et les médecins généralistes de ville* », pour les autres UHSA, c'est parfois ou rarement le cas, elles précisent que c'est en général pour compléter l'anamnèse. En cas de levée d'écrou directe de l'UHSA, un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant dans 4 UHSA sur 7.

III. Impact des interactions avec l'administration pénitentiaire dans le parcours de soins du patient

En cas d'extraction médicale, le patient est escorté par une équipe de l'administration pénitentiaire (*i.e.* une escorte pénitentiaire). Les escortes pénitentiaires accompagnent les patients pour les extractions médicales, judiciaires ainsi que pour les transfèrements d'entrée et de sortie. Le nombre de trajets des escortes pénitentiaires est limité dans la journée pour toutes les UHSA. Pour la plupart des UHSA, c'est l'administration pénitentiaire en coordination avec le cadre qui décide du programme des escortes (5 UHSA sur 7), c'est l'administration pénitentiaire seule pour 2 UHSA sur 7.

Pour la plupart des UHSA, il y a un délai minimum pour une demande d'extraction médicale (en dehors des urgences vitales) (4 UHSA sur 7). Pour la quasi-totalité des UHSA (6 sur 7), des extractions médicales sont annulées par l'administration pénitentiaire (dont 2 « *régulièrement* », et 3 « *rarement* »). Un avis médical est quand même systématiquement pris pour la plupart des UHSA (5 sur 7). Ces extractions annulées ont parfois pour conséquence de prolonger l'hospitalisation pour 3 UHSA sur 7, ce n'est pas le cas ou exceptionnellement pour les 4 autres (voir **graphique 5**).



Graphique 5 : Impact des interactions avec l'administration pénitentiaire dans le parcours de soins des patients.

DISCUSSION

I. La médecine générale en UHSA : principaux résultats

Les détenus souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge à temps complet peuvent être hospitalisés en UHSA. Ces patients doivent bénéficier de soins de médecine générale adaptés (voir Introduction). Pour cela, il y a un poste de médecin généraliste au sein de chaque UHSA, senior ou interne, équivalent à 0,5 à 1,5 ETP selon les établissements, en moyenne 0,86 ETP, pour une structure de 40 ou 60 lits. De manière tout à fait logique et comme en service de psychiatrie en milieu libre, l'effectif médical général est globalement faible par rapport à l'effectif médical psychiatrique. Toutefois, comme le confirme une étude récente sur les soins non psychiatriques en service de psychiatrie, cette présence apparaît indispensable (84). En ce qui concerne l'organisation, dans la plupart des établissements, l'examen clinique physique est réalisé par le médecin généraliste (sauf urgence) et non par le psychiatre. Globalement, les UHSA sont donc bien dotées en médecins généralistes et en terme d'effectif, cela apparaît cohérent, adapté et comparable à l'organisation des services de psychiatrie en milieu libre.

De manière assez surprenante, l'examen clinique physique n'est pas systématique à l'entrée du patient pour toutes les UHSA et les conditions de réalisation de cet examen ne sont pas optimales : les examens médicaux ne sont pas toujours réalisés sur des tables d'examen car toutes les UHSA n'en sont pas équipées. Ils peuvent être réalisés en salle de soin infirmier, dans un bureau d'entretien (pas de décubitus, installation du patient inadaptée pour un examen complet) ou encore en chambre du patient. Or, l'examen physique apparaît indispensable pour éliminer une mauvaise orientation du patient. En effet, un tableau psychiatrique (avec des troubles du comportement notamment) peut s'inscrire dans le cadre d'un trouble non psychiatrique (confusion, trouble neurologique, trouble

métabolique, etc.). De plus, cet examen doit permettre de repérer des signes physiques associés aux troubles psychiatriques, des comorbidités non psychiatriques et d'aider au choix du traitement psychotrope (85). Un cas clinique publié en 2013 dans La Presse Médicale constitue une bonne illustration de l'importance de ces intrications, parfois spécifiques au milieu pénitentiaire. Il s'agissait d'un patient détenu suivi sur le plan psychiatrique pour un trouble de stress post-traumatique (86). Il présentait un affect dépressif, des idées suicidaires, des idées à tonalité persécutrices. Sur le plan non psychiatrique, il consultait régulièrement pour une symptomatologie d'allure non spécifique : céphalées, nausées, douleurs diffuses. Alors que le patient n'était pas sorti de sa cellule depuis 4 mois, le manque d'ensoleillement a fait suspecter une carence en vitamine D, et l'examen biologique confirmait cette hypothèse avec une carence calcique associée. Le diagnostic d'hypovitaminose D était retenu pour expliquer les douleurs musculo-squelettiques avec probable participation au tableau psychiatrique. Des conseils d'exposition journalière au soleil et un traitement lui ont été prescrits. L'amélioration de son humeur et la diminution des plaintes, des idées suicidaires et de la méfiance étaient concomitantes à la mise en place du traitement (sans que l'on puisse établir formellement une relation de cause à effet toutefois). Cela montre bien l'intrication des 2 registres de symptômes, et la nécessité d'une prise en charge globale du patient (95). Aussi, cela montre bien la nécessité d'une bonne connaissance du milieu pénitentiaire et des spécificités de cet environnement pour les soignants. Enfin, l'examen clinique physique peut permettre un dépistage des pathologies médicales générales les plus fréquentes et éventuellement de faire le bilan de pathologies chroniques dont peut souffrir le patient. La nécessité d'effectuer un examen clinique physique à l'entrée du patient concerne d'ailleurs tout établissement de santé et est détaillée dans les recommandations de l'HAS de 2014 (87). L'importance d'une prise en charge globale du patient peut aussi être illustrée par une initiative récente d'un secteur de psychiatrie lyonnais qui a créé la Consultation et le réseau somatique « CoReSo Somapsy » pour les patients suivis en psychiatrie ambulatoire n'ayant pas de médecin généraliste, afin de les ré-ancrer dans des soins non psychiatriques ambulatoires libéraux pour assurer un suivi pérenne et durable. La prise en charge des patients se déroule sur trois temps de consultations au cours desquelles un travail de diagnostic, de prévention, et d'éducation est mené, puis le patient est orienté vers un médecin généraliste à qui est adressé une synthèse

médicale (88).

En ce qui concerne le bilan biologique d'entrée, il n'est pas systématique dans tous les établissements. Pourtant, les données épidémiologiques indiquent qu'il pourrait être particulièrement intéressant de dépister systématiquement les infections sexuellement transmissibles (IST) à VIH, VHB et VHC dont la prévalence est importante en milieu carcéral. Même si un dépistage des IST est en théorie, systématiquement réalisé à l'entrée en détention selon le dernier rapport de l'IGAS (15), il pourrait être pertinent de le réaliser aussi à l'entrée en UHSA. Dans les UHSA au sein desquelles un bilan biologique d'entrée est systématique, ce dépistage est réalisé de manière systématique également (en général selon la date du dernier bilan). Cela permettrait aussi de repérer les personnes non vaccinées contre l'hépatite B et de proposer ce vaccin durant l'hospitalisation. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 insiste sur l'importance de la prévention des IST par l'optimisation du dépistage à l'entrée et en détention et par l'augmentation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Dans un objectif de santé publique, il recommande aussi de s'assurer que les outils de prévention soient mis à disposition des détenus (eau de javel, préservatifs, gels désinfectants, traitements post-exposition), de réduire les risques liés à certaines pratiques (piercings, tatouages, proposition de faire intervenir un professionnel en prison qui utiliserait du matériel stérile), de veiller à l'amélioration de la prescription des traitements de substitution aux opiacés en détention, et enfin de développer des actions éducatives (38). Enfin, le bilan biologique va permettre de dépister les effets secondaires des traitements, notamment chez les patients pour lesquels un traitement antipsychotique est prescrit, de même que l'ECG, réalisé de manière systématique à l'UHSA, pour le bilan pré-thérapeutique et le suivi.

L'hospitalisation à l'UHSA peut également constituer une bonne opportunité pour la réalisation d'un bilan dans le cadre du suivi au long cours d'une pathologie chronique. Les extractions pour bilan de maladie chronique sont fréquemment annulées en détention et, selon l'observatoire des structures de soins aux détenus, l'annulation d'extraction médicale est due au refus de la personne détenue pour plus de la moitié des cas (89). Le contexte de l'hospitalisation en UHSA peut permettre de renforcer l'adhésion du patient au suivi au long cours de certaines pathologies

chroniques non psychiatriques.

De manière assez surprenante, les UHSA prennent peu contact avec le médecin traitant malgré le fait qu'il peut fréquemment être une source d'informations importante, notamment pour compléter l'anamnèse. Les psychiatres se tournent beaucoup plus facilement vers le secteur de psychiatrie du patient, qui n'est pas toujours en lien avec le médecin traitant. Pourtant, le lien avec le médecin traitant apparaît extrêmement important, notamment au moment de la libération. En effet, il est démontré que les conséquences néfastes sur la santé des patients ne s'arrêtent pas à la prison puisque la période suivant une incarcération est extrêmement sensible : la mortalité toutes causes confondues des anciens détenus au cours des 2 semaines suivant la libération est 12 fois supérieure à celle de la population générale (après ajustement sur des facteurs sociodémographiques de confusion) (90). La mortalité par suicide est particulièrement élevée. Ces problèmes sont largement majorés chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et ces sujets présentent, en plus, un risque majeur d'incarcérations multiples pour lequel l'adhésion à la prise en charge et l'observance médicamenteuse constituent des facteurs de prévention essentiels (réduisant notamment le risque de comportement violent) (90). Il paraît donc primordial qu'un lien soit établi pour les patients hospitalisés en UHSA, avec le service de psychiatrie de secteur assurant la prise en charge à la libération mais aussi avec les médecins traitants qui ont un rôle important dans la continuité des soins du patient. Par exemple, la reconduction des traitements médicamenteux est indispensable pour limiter le risque de sevrage ou d'overdose. Des recommandations ont été établies en ce sens par le plan d'actions stratégiques 2010-2014 qui recommande d'organiser la continuité des soins à la sortie de détention : ouverture du droit des personnes détenues et de leurs ayants droit, assurer une consultation de sortie, assurer une délivrance de traitement pour une durée modulable et organiser le suivi (38).

II. Les interactions entre personnel soignant et administration pénitentiaire : une problématique centrale dans le fonctionnement des UHSA

L'administration pénitentiaire joue un rôle important dans l'organisation et le fonctionnement des UHSA. Alors que les surveillants pénitentiaires sont absents au sein des services de soins, sauf en cas d'urgence à la demande de l'équipe soignante, la présence d'une escorte pénitentiaire est indispensable pour les extractions médicales. Ces extractions ne constituent pas des situations exceptionnelles car, en cas de nécessité d'un avis spécialisé à l'UHSA, le patient est extrait dans tous les cas : il n'y a actuellement ni consultation du spécialiste « sur place », ni télémédecine en UHSA. Le nombre d'extractions médicales est de ce fait important (vers le service des urgences, l'UHSI ou en consultation spécialisée) : par rapport au nombre d'entrées sur l'année, une extraction médicale est nécessaire au cours du séjour dans 70% des cas à l'UHSA de Lyon-Bron, 56% à Rennes, près de 40% à Lille-Seclin et 30% des cas à l'UHSA d'Orléans. Ainsi, une bonne articulation entre l'équipe soignante et l'administration pénitentiaire est nécessaire.

Alors que la demande d'extractions médicales est importante, leur réalisation est limitée car le nombre d'escortes pénitentiaires par jour, tout type d'extraction confondu (entrée et sortie d'hospitalisation, extraction judiciaire et extraction médicale) est limité à l'UHSA. Le programme des escortes est défini à l'avance mais il n'est pas exceptionnel que des extractions médicales soient annulées au profit d'autres extractions en UHSA. Ceci est un problème général pour la médecine en milieu pénitentiaire puisque les contrôleurs des lieux de privation de liberté ont observé que de nombreuses extractions médicales sont annulées et reportées en détention, en raison de l'indisponibilité des escortes pénitentiaires pour différents motifs (manque d'effectifs, urgence nécessitant une extraction, plan Vigipirate, etc.). Selon le dernier rapport de l'IGAS: sur les 50 000 extractions annuelles demandées par le corps médical, l'administration pénitentiaire, qui en a la charge, n'en réalise qu'environ 80% (15). Les contrôleurs des lieux de privation de liberté ont proposé

des pistes d'amélioration : le nombre d'extractions médicales pouvant être réalisées par jour dans chaque établissement pénitentiaire devrait ainsi être évalué et la création d'une ou plusieurs équipes d'escortes dédiées devrait être envisagée (89). Par ailleurs, ces extractions mobilisent également une équipe soignante notamment lorsque le patient est hospitalisé en SDRE (2 soignants sont alors nécessaires). Afin d'en faciliter l'organisation et de réduire les temps d'attente au sein de l'hôpital, il pourrait être pertinent d'organiser des circuits dédiés aux patients détenus (créneaux en début de consultation, etc.). Par exemple, dans certains centres hospitaliers, il a pu être montré qu'un chemin dédié pour accéder aux consultations permet d'améliorer sensiblement la rapidité et la qualité des prises en charge (89).

Notre enquête a permis de montrer que la communication entre le personnel soignant et l'administration pénitentiaire n'est pas optimale dans plusieurs établissements. Bien que le programme des escortes fasse fréquemment l'objet d'une coordination entre cadres infirmiers et administration pénitentiaire, les annulations d'extractions médicales par l'administration pénitentiaire apparaissent régulières au sein des USHA. De plus, un avis médical n'est pas systématiquement demandé. Même si ces annulations ne semblent pas concerner tous les établissements, elles peuvent avoir des conséquences importantes, pouvant parfois entraîner une prolongation du séjour en hospitalisation. D'après le rapport de l'IGAS, les délais d'attente peuvent à certains moments être de plusieurs semaines pour une hospitalisation en USHA (taux d'occupation entre 82 et 93%) (15). Une organisation de fonctionnement optimale pour les extractions médicales apparaît donc primordiale pour permettre une prise en charge rapide et efficace des patients.

Enfin, et de manière tout à fait importante, dans le cadre des extractions urgentes (hors urgence vitale), le délai de départ du patient de l'UHSA varie considérablement d'une structure à l'autre et au sein même de l'UHSA : de 20-30 minutes à 48h. Il est globalement fonction de la disponibilité des escortes. Cela pourrait entraîner un nombre d'appels plus fréquent auprès du SAMU (qui est sollicité en cas d'urgence vitale), qui arrive immédiatement, afin que le patient puisse être pris en charge plus rapidement. Malheureusement, nous ne disposons pas de données chiffrées sur le nombre d'appels au SAMU en UHSA.

Un autre aspect important dans la prise en charge du patient à l'UHSA, et plus généralement en détention, est la problématique du respect du secret médical lors des extractions médicales, notamment vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Récemment, l'Observatoire International des Prisons (OIP) a pu dénoncer des difficultés d'accès aux soins pour les détenus, notamment pour bénéficier d'une consultation avec un médecin spécialiste. Mais l'OIP a aussi reçu des plaintes concernant les extractions médicales (91). En effet, comme le prévoient les recommandations du Conseil de l'Europe, le secret médical devrait être garanti et observé en prison avec la même rigueur que dans la population générale (92). En application de l'article R4127-4 du code de la santé publique, il constitue un devoir absolu du médecin, auquel il s'impose (93). Le non-respect du secret médical pour les patients détenus a souvent été dénoncé : déjà en 2002 et 2003, la France a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour des atteintes à la dignité humaine dans le cadre de prises en charge médicales (94), en 2005, le Comité européen pour la prévention de la torture a noté qu' « *examiner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique et elle n'est pas de nature à créer une relation de confiance appropriée entre le médecin et le patient. En dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel soignant* » (94). L'avis du 16 juin 2015 du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté montre que les attitudes actuelles des médecins au regard du respect du secret médical pour la prise en charge des patients détenus sont variables : alors que certains ne s'émeuvent pas de la présence des agents de l'escorte ou de moyens de contrainte, ou encore acceptent ces mesures de sécurité au motif que le surveillant pénitentiaire est soumis au secret professionnel ou du fait de la dangerosité potentielle de leur patient détenu, d'autres exigent de rester seuls avec le patient, prenant alors le risque d'une annulation de la consultation médicale ou de son report sine die en cas de refus du chef d'escorte (89). Afin de généraliser le respect du secret médical dans le cadre des extractions médicales des patients détenus, le dernier rapport de l'IGAS préconise une révision des instructions et classe le niveau de sécurité de l'escorte pénitentiaire selon une échelle allant de 1 à 4, et quel que soit le niveau de surveillance retenu, le chef d'escorte doit veiller à ce que les mesures de sécurité mises en œuvre n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical. Ainsi, lorsque la personne détenue est classée en escorte 1, elle peut être extraite sans

moyens de contrainte et la surveillance durant les consultations est de niveau 1, c'est-à-dire se déroulant en l'absence du personnel pénitentiaire et sans moyen de contrainte. Or, bien qu'une grande majorité de personnes détenues soient classées en escorte 1, l'absence d'utilisation de menottes demeure exceptionnelle. La mission a pu identifier que le niveau de surveillance mis en œuvre par la plupart des établissements pénitentiaires dans les faits peut être assimilé au niveau 2 voire au niveau 3, c'est à dire que les consultations s'y déroulent sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire, sans ou avec moyen de contrainte, portant ainsi atteinte à la confidentialité de la consultation et au secret médical. De ce fait, le caractère particulièrement contraignant des extractions médicales pour les détenus pourrait constituer un frein à leur adhésion aux soins, ce qui peut expliquer des refus de se rendre à l'hôpital avec de potentielles conséquences dommageables sur leur état de santé (15).

Les extractions médicales sont donc contraignantes d'un point de vue organisationnel mais aussi du point de vue du patient. Il pourrait s'avérer intéressant de mettre en place des alternatives aux extractions : la consultation « sur place » du spécialiste, ou la télémédecine. Aucun spécialiste ne se déplace à l'UHSA pour une consultation ou un avis, alors que c'est le cas dans certaines UHSA (au CHRU de Lille par exemple, car l'UHSA est située sur le site de l'hôpital). Le choix des lieux d'implantation des UHSA apparaît ici particulièrement important puisque ces consultations "sur place" n'apparaissent réalisables que dans les UHSA installées au sein de leur centre hospitalier de rattachement. Il nous semble que ce critère géographique très important devra être pris en considération pour la définition des lieux d'implantation des UHSA de la 2ème tranche. D'autres critères ont pu être récemment proposés : critères spatiaux (accessibilité aisée, superficie suffisante), critères organisationnels (proximité d'un centre hospitalier de rattachement, d'un SMPR) et critères de faisabilité (attractivité en terme de démographie médicale) (95). Concernant la télémédecine, elle n'est utilisée dans aucune UHSA. Elle est proposée dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : « *Mettre en place un plan de développement de la télémédecine pour un meilleur accès aux soins et une meilleure coordination* » (38). Par exemple, la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy dans les Yvelines a développé la télémédecine pour trois spécialités : la dermatologie, l'ophtalmologie et l'orthopédie. Le médecin de l'unité sanitaire envoie des clichés et un dossier à

l'établissement de référence. En un an, les premiers résultats montrent que le taux d'extractions médicales de Bois-d'Arcy est de 29% des personnes détenues alors qu'il est de 34% pour la moyenne des maisons d'arrêt d'Ile-de-France (96). Cette piste pourrait donc s'avérer particulièrement intéressante pour les UHSA.

III. Limites de l'étude

Il est à noter que seules 7 des 9 UHSA de la première tranche ont été incluses dans notre étude. Les deux autres établissements n'étaient pas encore ouverts au moment de l'enquête (UHSA de Cadillac et de Marseille).

Concernant le questionnaire, certaines réponses n'étaient pas renseignées ou incomplètes notamment le rapport d'activité 2014.

Enfin, la principale limite de ce travail est l'absence de données chiffrées. Il aurait été particulièrement intéressant d'obtenir des informations sur la prévalence des pathologies non psychiatriques au sein des UHSA, le taux de patients non immunisés contre le virus de l'hépatite B pour proposer un programme de vaccination en UHSA, le nombre de patients nécessitant des soins dentaires, le nombre d'appels au SAMU en UHSA et leurs motifs, la durée moyenne des extractions médicales donc de mobilisation d'une équipe soignante et d'une escorte pénitentiaire, etc. Toutes ces thématiques spécifiques pourront faire l'objet de futurs travaux.

IV. Perspectives et recommandations de bonne pratique

Afin de faire bénéficier aux patients hospitalisés en UHSA de soins de médecine générale de qualité, nous proposons dans ce travail de thèse un certain nombre de recommandations de bonne pratique regroupées dans le **tableau 9**.

Ce travail a également permis d'envisager un certain nombre de perspectives.

Selon l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* » (97). Or, selon la Contrôleure Générale des lieux de privation des libertés, Mme Adeline Hazan, « *Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les détenus le vivent comme une humiliation. C'est une forme de double peine parce qu'ils sont à la fois malades et toujours considérés comme des détenus* » (96). Il pourrait être intéressant d'étudier le niveau de satisfaction des patients concernant les soins médicaux généraux en UHSA, notamment lors des extractions médicales. Il pourrait être intéressant aussi d'étudier le déroulement de ces extractions auprès des soignants accompagnants afin d'évaluer les connaissances des médecins consultants concernant la surveillance de l'escorte pénitentiaire au cours de l'examen médical. Ceci permettrait d'envisager des campagnes d'information auprès des médecins afin de promouvoir un respect rigoureux du secret médical.

Il est certain que des soins de qualité doivent être dispensés à l'UHSA mais aussi plus généralement en détention. La prévention et l'éducation thérapeutique sont des points importants, d'autant plus que la population carcérale présente globalement un niveau socio-éducatif bas (voir Introduction). A titre d'exemple, une équipe a étudié le comportement des détenus vis à vis de l'ensoleillement dans le centre de détention de Muret (Haute-Garonne). Certes le taux d'ensoleillement est limité en détention aux temps de promenade, d'activités sportives et de travail en extérieur, mais on retrouve une exposition solaire significative pour 70% des détenus, corroborée par la présence de coups de soleil, avec notamment des érythèmes solaires après faible exposition et associée à une connaissance plus faible qu'en population générale des risques liés à l'exposition solaire (86). Cela montre bien la nécessité de prévention et d'éducation thérapeutique auprès des détenus sur les risques liés à l'exposition solaire (86). En UHSA, cette problématique est particulièrement pertinente étant donné le nombre important de patients bénéficiant d'un traitement antipsychotique photosensibilisant. Une bonne information de ces patients est donc indispensable et des programmes d'éducation thérapeutique spécifiques pourraient être développés. Dans d'autres domaines, le manque de moyens en terme de dépistage en détention est décrit dans le plan

d'actions stratégiques 2010-2014 : il est normalement prévu que les personnes détenues puissent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage qu'en milieu libre. Or, dans une enquête auprès de 53 établissements pénitentiaires : 20% de ces établissements n'offrent pas de consultations gynécologiques au sein de l'UCSA, il n'y a pas de consultation gynécologique pour les arrivants dans 36% des établissements. La seule expérience disponible concernant le dépistage colorectal concerne la Maison Centrale de Poissy et montre que le taux de personnes dépistées est élevé (86%), mais la rentabilité est à améliorer : 15% des tests sont à refaire (95). Au sein des UHSA, il semble intéressant de systématiser le dépistage des IST et de proposer, selon les résultats, une vaccination anti-hépatite B. Afin d'améliorer les systèmes de dépistage, il pourrait aussi être intéressant de discuter la mise en place d'un dossier de soins informatisé commun aux différentes unités sanitaires (niveau I à III) afin d'améliorer la coordination des soins.

L'hospitalisation en UHSA, et plus généralement en unités sanitaires de niveau III (UHSA et UHSI), peut parfois constituer une solution pour recevoir les patients dont les soins sont rendus difficiles par les conditions de la détention. Il s'agirait là d'hospitalisations longues motivées par l'incompatibilité pour le patient, de par la pathologie qu'il présente, d'être maintenu en détention. Il serait particulièrement intéressant d'étudier ces situations qui apparaissent de plus en plus nombreuses, en UHSA alors même que ces établissements n'ont pas été conçus dans cette optique. On peut se demander si face au vieillissement de la population carcérale, aux situations de handicap et de fin de vie en milieu carcéral, il ne faudrait pas soit améliorer les conditions de vie en détention (aménagement des cellules, aide d'une tierce personne, etc.), soit augmenter le nombre de suspensions de peines pour raison médicale (SPRM), qui n'est actuellement que très peu appliquée : 104 cas en 2009, 172 en 2011 et 232 en 2014 en France (98), afin que les personnes malades puissent vivre dans des conditions dignes. La procédure de SPRM a été créée par la loi du 4 mars 2002 (99) et récemment modifiée : le médecin de l'UCSA (ou le médecin qui accueille la personne détenue dans un service hospitalier) envisage avec le patient cette possibilité dès lors qu'il estime que son état de santé le nécessite (100). La personne condamnée transmet alors un certificat médical descriptif de son état de santé établi par le médecin de l'unité sanitaire au juge d'application des peines (JAP) ou au juge des enfants s'il s'agit d'un mineur. La

suspension n'était ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissaient de manière concordante que la personne condamnée était atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé était durablement incompatible avec le maintien en détention, en précisant que cette procédure intervenait « *hors cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles psychiatriques* ». Aussi, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital était engagé, la suspension pouvait être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin de l'unité sanitaire (39). Pour exemple, la première suspension de peine, accordée en 2012, a concerné un détenu souffrant du VIH au stade sida avec atteinte cérébrale et pulmonaire. Il souffrait d'une paralysie du membre inférieur droit, provoquée par un accident vasculaire cérébral survenu au cours de sa détention. La motivation du JAP était que la détention pouvait porter atteinte à la dignité de la personne humaine si elle venait à perdurer, et l'incompatibilité se rapportait aux gestes de la vie quotidienne : une tierce personne lui était indispensable pour se nourrir, se laver ou se rendre aux toilettes. Or, l'aide technique ne peut être du ressort du (ou des) codétenu(s) et un service d'auxiliaire à domicile est très difficile, voire impossible, à mettre en place en détention (101). Le groupe de travail Santé Justice sur les « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale » a émis des recommandations dans un rapport remis à la Ministre de la Justice en novembre 2013, afin d'assouplir la procédure : il a été notamment proposé de mieux prendre en compte les troubles psychiatriques dans le cadre des demandes de SPRM (102) car l'alinéa « *hors cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles psychiatriques* » donnait lieu à diverses interprétations de sorte que la plupart des praticiens pensaient que la SPRM n'était pas applicable aux troubles psychiatriques (103). La loi a donc été modifiée le 15 Août 2014 : il est désormais précisé que la SPRM peut être ordonnée pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé, qu'il soit physique ou mental, est durablement incompatible avec le maintien en détention. Toutefois, il est aussi expressément prévu que la SPRM ne peut pas être prononcée pour les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Enfin, une seule expertise médicale est désormais suffisante, et cette procédure n'est plus réservée qu'aux condamnés mais étendue aux détentions provisoires (104).

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE POUR LES SOINS DE MEDECINE GENERALE EN UHSA

Structure et organisation des UHSA

- Faciliter l'accès aux soins et aux examens complémentaires :
 - Installation de l'UHSA au sein d'un hôpital disposant d'un plateau technique,
 - Salle dédiée à l'examen physique des patients au sein de l'UHSA.
- Renforcer l'activité de médecine générale en UHSA :
 - Maintenir l'effectif médical non psychiatrique.
- Recruter des médecins généralistes ou former les psychiatres à la médecine générale.
- Faciliter l'organisation des extractions médicales, réduire les temps d'attente à l'hôpital en cas d'extraction, réduire les délais de rendez-vous :
 - Circuit dédié aux patients de l'UHSA au sein de l'hôpital de rattachement,
 - Créneaux horaires réservés aux patients de l'UHSA (en début de consultation).
- Mise en place d'alternatives aux extractions médicales pour les avis spécialisés :
 - Mise en place de la télémedecine,
 - Consultations de spécialistes « sur place » (réalisable si l'UHSA est située au sein d'hôpital général).

Activité de médecine générale en UHSA

- Examen clinique physique systématique à l'entrée du patient, en salle de soins dédiée avec installation adaptée :
 - Rechercher un diagnostic différentiel,
 - Rechercher des signes physiques en rapport avec le trouble psychiatrique,
 - Repérer des comorbidités non psychiatriques,
 - Profiter de l'hospitalisation pour faire le bilan de pathologie chronique non psychiatrique.

<ul style="list-style-type: none"> • Etre attentif aux situations de handicap, de fin de vie, repérer les états de santé (psychiatriques ou non psychiatriques) incompatibles avec la détention, pouvant rentrer dans le cadre d'une suspension de peine pour raison médicale. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer le patient lorsqu'une demande de suspension de peine pour raison médicale est envisagée, ➤ Faire le lien avec les médecins de l'unité sanitaire de niveau I.
<ul style="list-style-type: none"> • Actions de prévention pour la santé : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévention primaire (information sur l'environnement, les conditions de vie, l'hygiène, les vaccinations, etc.), ➤ Prévention secondaire : Dépistage individuel et collectif (les mêmes qu'en milieu libre : dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal), ➤ Tertiaire (éducation thérapeutique).
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des soins dentaires au cours de l'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eviter de différer au retour en détention, ➤ A l'école dentaire, à l'hôpital général ou en centre de détention.
<ul style="list-style-type: none"> • Bilan biologique systématique à l'entrée, fonction de la date du dernier bilan : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépistage des IST, ➤ Surveillance des effets indésirables des traitements psychotropes.
<ul style="list-style-type: none"> • ECG systématiques à l'entrée : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan pré thérapeutique, ➤ Suivi et surveillance d'un traitement antipsychotique.
<p>Liens avec les partenaires de soin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la communication entre toutes les unités sanitaires de niveau I à III mais également entre niveaux sanitaires psychiatriques et non psychiatriques afin de faciliter la coordination des soins en détention.
<ul style="list-style-type: none"> • Contact systématique avec le médecin traitant et le médecin de l'UCSA pour compléter l'anamnèse.
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la continuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser le suivi du patient à la sortie : prendre contact avec le médecin traitant en cas de levée d'écrou, ou le médecin de l'UCSA, ➤ Remettre un courrier de sortie au patient.

Articulation avec l'administration pénitentiaire

- Améliorer les articulations entre personnels soignants et personnels de l'administration pénitentiaire :
 - Programme des escortes établi par le personnel soignant et le personnel de l'administration pénitentiaire,
 - Avis médical systématique en cas de report ou d'annulation d'une extraction médicale.
- Respect du secret médical vis-à-vis de l'escorte pénitentiaire lors des extractions :
 - Appliquer les règles de niveau de surveillance de l'escorte,
 - Former les soignants accompagnants au sujet de la surveillance du patient,
 - Former les médecins consultants, mise en place d'un protocole au sein des services amenés à recevoir les patients détenus.
- Améliorer la prise en charge des urgences nécessitant une extraction médicale :
 - Raccourcir et protocoliser les délais de départ de l'UHSA en cas d'urgence médicale relative,
 - Appel au SAMU en cas d'urgence vitale uniquement.

CONCLUSION

Créées en 2002, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) accueillent des personnes détenues dont le trouble psychiatrique nécessite une prise en charge à plein temps. De par le statut de détenu mais aussi de par le(s) trouble(s) psychiatrique(s) qu'ils présentent, les patients hospitalisés en UHSA apparaissent largement exposés aux pathologies non psychiatriques, d'où une importance primordiale de la médecine générale au sein de ces établissements.

Dans cette enquête, nous avons pu décrire l'organisation de la médecine générale au sein de l'ensemble des USHA. Ceci nous a permis de proposer un certain nombre de recommandations visant à améliorer les pratiques pour offrir aux patients incarcérés les mêmes soins que ceux disponibles en milieu libre, dans le respect de leur dignité et du secret médical. Ces recommandations pourraient s'avérer particulièrement importantes puisque le dernier rapport de l'IGAS a conclu à un bilan positif des UHSA et leur déploiement devrait donc être poursuivi dans les années à venir (15).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 2011;377:956-65.
2. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015. [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-28690.html>
3. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes Résultats*. mars 2005;(386).
4. Pierre Thomas, Catherine Adins-Avinée. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Elsevier Masson. 2012.
5. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2015;173(8):726-30.
6. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *BJP*. 2012;(200):364-73.
7. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 avr 2015;66(4):348-53.
8. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR (Services médico-psychologiques régionaux). *Etudes et résultats*. 181^e éd. juill 2002;
9. Falissard B, et al. Prevalence of mental disorders in French prison. *BMC* 2006;21(6):33.
10. Fovet T et al., *Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM*, Presse Med (2014).
11. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(3):191-5.
12. Chan Chee C, Moutengou E. Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 61 p.
13. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners : a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. nov 2008;1721-31.
14. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al ; et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013;(35-36):445-50.
15. Rapport, IGAS n°2015-050R/IGSJ n°58-15. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous mains de justice. 2015 nov.
16. Traitements de l'hépatite C : élargissement des populations cibles. [Internet]. 2016 juin. (HAS). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2639756/fr/traitements-de-l-hepatite-c-elargissement-des-populations-cibles
17. Jauffret Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;33:244-7.
18. Organisation mondiale de la santé. Tuberculose. Aide-mémoire n°104, révisé en mars

2006.

19. Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France;
20. Etat de santé des détenus. [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2015. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Milieu-penitentiaire-et-sante/Sante-des-detenus/Etat-de-sante-des-detenus>
21. Cochet A, Isnard H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2007 sept.
22. Legout C., Septfons A., Fac C., Picardeau M., Merle C., Fouassier P. et al. Investigation de cas groupés de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 24 p.
23. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 94 p.
24. Harzke AJ, Baillargeon JG, Pruitt SL, Pulvino JS, Paar DP, Kelley MF. Prevalence of chronic medical conditions among inmates in the texas prison system. *J Urban Health* 2010;87(3):486-503.
25. Désesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première* 2002;854:-4.
26. Note de synthèse - Etude « Les situations de handicap en milieu carcéral - Exploitation de l'enquête HID-Prison 2001 » - Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2005.
27. Kensey A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. *Cah Etudes Penitentiaires Criminol* 2010.
28. Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France; 2000.
29. Fovet T, et al. Psychiatrie du sujet âgé en milieu pénitentiaire. *Encéphale* (2015).
30. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, et al. Health of elderly mal prisoners: worse than the general population, worse than youger prisoners. *Age Ageing* 2001;30:403-7.
31. Williams BA, Lindquist K, Sudore RL, et al. Being old and doing time: functional impairment and adverse experiences of geriatric female prisoners. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:702-7.
32. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. 86-602 mars 14, 1986.
33. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
34. Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. 94-929 oct 27, 1994.
35. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.
36. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
37. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
38. Plan d'actions stratégiques 2010/2014 - politique de santé pour les personnes placées sous main de justice / octobre 2010 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>
39. Circulaire interministérielle n°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du

- 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
40. Code de la santé publique - Article R6112-23. Code de la santé publique.
 41. Circulaire AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.
 42. Code de la santé publique - Article R4311-10. Code de la santé publique.
 43. Code de la santé publique - Article R4311-15. Code de la santé publique.
 44. Code de la santé publique - Article R4311-6. Code de la santé publique.
 45. Code de la santé publique - Article R6112-22. Code de la santé publique.
 46. Code de procédure pénale - Article D433-3. Code de procédure pénale.
 47. Code de la santé publique - Article R5126-8. Code de la santé publique.
 48. Circulaire Interministérielle (DAP/DHOS/DGPN/DGGN) du 13 Mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.
 49. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry*. août 2015;2(8):e20.
 50. Code de Procédure Pénale. Article D398. Code de Procédure Pénale.
 51. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).
 52. Code de la santé publique - Article L3214-3. Code de la santé publique.
 53. Une UHSA pour garantir des soins de qualité, en toute sécurité - Communiqué de presse [Internet]. [cité 16 janv 2015]. Disponible sur:
http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiques_de_presse/2013/DP_CHRU_-_Inauguration_UHSA.pdf#page=1&zoom=auto,-24,546
 54. UHSA Lille-Seclin Unité hospitalière spécialement aménagée (60 lits). CHRU Lille - Préfecture de l'Oise; 2014.
 55. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Sernyak MJ, Davidson M, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(Suppl 7):4-18. [quiz 9-20]. [PubMed: 15151456].
 56. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res*. 2005; 80:45-53. [PubMed: 16198088].
 57. Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia : clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry*. 1998;155(11):1490-1501.
 58. Kilbourne et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders : identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(6):555-563.
 59. De Hert M, Van Winkel R, Van Eyck D, et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:14-7.
 60. American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologists, et al. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;7: 596-601.
 61. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, et al. Conference report: Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2005;9:130-7.
 62. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. 2009;(35):330-9.

63. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* (2006) 27 (23): 2763-2774.
64. Toalson P, Ahmed S, Hardy T, et al. The metabolic syndrome in patients with severe mental illness *Prim Care Companion J. Clin Psychiatry* 2004;6:152-8.
65. Mantelet S. Données épidémiologiques concernant les comorbidités dépression-maladies organiques. In : Lempérière T (ed) *Dépression et comorbidités somatiques*. Paris : Masson ; 2003 ; p. 3-17.
66. Hazen C, Soudry Y, Consoli SM. Depression and physical illness. *Rev Prat* 2008 ; 58 : 377-384.
67. Consoli SM. Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study. *Presse Med* 2003 ; 32 : 10-21.
68. Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill : scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005 ; 58 : 175-189.
69. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'Encéphale*. 2009;(Supplément 7):S272-8.
70. Institut de veille sanitaire. Etat de connaissance sur la santé des personnes prévenues en France et à l'étranger.
71. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. HAS. Janvier 2015.
72. Nathalie Gluck-Vanlaer. Troubles des conduites addictives. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1998:1-10 [Article 7-0145].
73. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
74. Chesney E, Goodwin G, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. juin 2014;(13):153-60.
75. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv*. 2009 Feb;60(2):147-56.
76. De Hert M, Corell C, Cohen D. Physical illness in patients with severe mental disorders. I . Prevalence, impact of medications and disparities in health care. 2011;(World Psychiatry):10 :52-77.
77. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry* Dec 2001, 179 (6) 498-502.
78. Nasrallah H, Meyer J, Goff D, McEvoy J, Davis S, Stroup T, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006 Sep;86(1-3):15-22. Epub 2006 Aug 1.
79. Hannerz H, Borgå P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. *Public Health*. 2001 Sep;115(5):328-37.
80. Hjorthoj C, Stürup AE, J McGrath J, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;
81. Chang C, Hayes R, Perera G, Broasbent M, Fernandes A. Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. *Plos One*. mai 2011;6(5).
82. Lydia A. et al. Utilization of Primary Care by Veterans with Psychiatric Illness in the National Department of Veterans Affairs Health Care System. *Journal of General Internal Medicine* 23(11):1835-40 · October 2008.

83. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):565-572.
84. Bensa Q, Auxéméry Y. Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implication en termes de prise en charge globale. *Encéphale* (2016).
85. Geoffroy PA, Fovet T, Benard V, Amad A. Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie* 2017;0(0):1-8 [Article 37-102-A-10].
86. Bayle P, Meyer N, Grill S, Bouissou X, Telmon N. Exposition solaire derrière les barreaux. Analyse du comportement de photoprotection des personnes détenues dans un centre de détention français. *Presse Médicale*. déc 2009;38(12):1863-4.
87. Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS. Direction de l'amélioration de la qualité et de sécurité des soins; 2014 janv.
88. Fau L, Gelas Ample B, Pillot Meunier F. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? févr 2017;93(2):107-10.
89. Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Journal officiel de la République Française*.
90. Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l'incarcération. déc 2014;X(6).
91. Vinégla A. Santé en prison : les droits fondamentaux des détenus ne sont pas respectés. *humanite.fr*. 2015.
92. Recommandation n°R(98)7' du Comité des Ministres aux Etats Membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. 1998 avr.
93. Code de la santé publique - Article R4127-4.
94. Avis n° 94 La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé; 2006 oct.
95. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.
96. Hazan A. L'hospitalisation des détenus, une forme d'« humiliation ». 2015.
97. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Article 46.
98. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 du bureau d'études et de la prospective de la direction de l'administration pénitentiaire.
99. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
100. Circulaire SANH0330441C DHOS/DGS/DAP/2003/440 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale.
101. Traulle E, Werbrouck A, Manaouil C. La suspension de peine pour raison médicale. *Médecine Droit*. sept 2006;2006(79-80):142-6.
102. Groupe de travail Santé Justice « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale ». Rapport à La Ministre de la Justice et la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. 2013 nov.
103. Davis M. La suspension de peine pour raison médicale. *Inf Psychiatr*. 2014;90(1):88.
104. Circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1er octobre 2014 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à l'attention du médecin responsable de l'UHSA

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DU MEDECIN RESPONSABLE DE L'UHSA
--

Questionnaire rempli par :

UHSA :

1) Structure de l'UHSA

- De quel centre hospitalier dépend l'UHSA ?
- L'UHSA est-elle située au sein du centre hospitalier dont elle dépend ? Si non, est-elle excentrée ?
Si oui, à quelle distance du centre hospitalier est-elle ?
- Unités au sein de l'UHSA (répartition SL/SDRE, nombre de lits par unité, date d'ouverture de chaque unité) :

2) Equipe médicale et para médicale (en équivalent temps plein)

- Psychiatres :
- Médecins généralistes :
- Internes de psychiatrie :
- Internes de médecine générale :
- Autres spécialités médicales :
- Dentistes :
- Kinésithérapeutes :
- Psychologues :
- Cadre supérieur de pôle :
- Cadre de santé :
- IDE :
- Aide soignant :
- ASH :
- Psychologues :
- Personnel socio-éducatif :
- Ergothérapeutes :

- Psychomotricien :
- Ambulancier :

3) Equipement au sein de l'UHSA :

- Où sont effectués les soins médicaux généraux (non psychiatriques) à l'UHSA ?
(salle d'examen dédiée aux soins médicaux généraux ? dans la chambre du patient ? salle de soins infirmiers ? salle d'entretien ?)
- L'UHSA est-elle équipée pour les soins dentaires ?
(si non, sont-ils réalisés au cours de l'hospitalisation ? Où sont-ils réalisés ?)

4) Protocoles :

a- Bilan d'entrée :

- Examen clinique physique :
Systématique à l'entrée ? à la demande ? Qui le réalise ?
- Bilan biologique :
Systématique à l'entrée ? Si oui, quel est ce bilan ? Est-il réalisé à la demande ?

Le laboratoire est-il sur place ?
Si non, où est-il situé ?

Qui transporte les prélèvements ?

Quel est le délai d'acheminement ?

Quel est le délai dans le contexte d'urgence ?

Des bilans sont-ils effectués le week-end ? Uniquement en cas d'urgence ?

- Electrocardiogramme :
Systématique ? à la demande ?

Sont-ils interprétés sur place ? Par qui ?

b- Conventions

- Des conventions ont-elles été signées avec des hôpitaux ? Si oui, lesquels et pour quelles situations ?
- Quel est le protocole en cas d'urgence vitale ?

Transport :

Accompagnant(s) :

Service d'accueil :

- Quel est le protocole en cas d'urgence relative ?

Transport :

Délai moyen de départ de l'UHSA :

Accompagnant(s) :

Service d'accueil :

- Quel est le protocole en cas de nécessité de soins dentaires ?

Accompagnant(s) :

Service(s) d'accueil :

- Quel est le protocole en cas de nécessité d'avis spécialisé ou d'examen complémentaire ?

Télémedecine (vidéoconférence ?), si oui dans quels cas ?

Extraction systématique ? Si oui : accompagnant(s) ?

Consultation sur place ? (pour quelle(s) spécialité(s) ?)

- Y-a-t-il des plages d'examens ou de consultations réservées aux patients de l'UHSA ?

Les délais sont-ils moins longs qu'au sein des centres de détention ou maisons d'arrêt ?

Organisez-vous des examens complémentaires ou consultations spécialisées non psychiatriques pendant l'hospitalisation à l'UHSA ? (Vous pouvez illustrer par des exemples.)

Faites-vous des bilans de pathologies chroniques non psychiatriques au sein de l'UHSA? Rarement, souvent ? (Vous pouvez illustrer par des exemples.)

Est-ce parfois la cause d'une prolongation d'hospitalisation à l'UHSA ? (Vous pouvez illustrer par des exemples.)

- Quel est le protocole en cas de nécessité de transfert pour cause non psychiatrique ?

Hospitalisation via les urgences systématiquement ?

Transfert à l'UHSI ?

Transfert en service spécialisé ?

5) Rapport d'activité 2014

- Nombre d'entrées

SL :

SDRE :

- Nombre d'appels SMUR :

Motifs les plus fréquents :

- Grossesse :

Avez-vous déjà accueilli des patientes enceintes ? Si oui, combien ?

Comment se déroulait le suivi ?

Où se déroulaient le suivi et la préparation à l'accouchement ? (En consultation ? En hôpital de jour ? A l'UHSA ?)

La rééducation abdomino-périnéale a-t-elle été faite suite à l'accouchement?

- Nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatriques

Aux urgences :

En consultation spécialisée (si possible, par spécialité) :

Hospitalisation programmée à l'UHSI :

6) Liens avec l'administration pénitentiaire

a- L'organisation des escortes

Y a-t-il un nombre d'escortes limité dans la journée ? (Pour extraction judiciaire, transfert, extraction médicale ?)

Si oui, combien y a-t-il d'escortes par jour ?

Qui décide du programme des escortes ?

Les demandes doivent-elles être faites à l'administration pénitentiaire avec un délai minimum ? Si oui, quel est ce délai ?

b- Annulation d'examens

Y a-t-il des extractions pour examen complémentaire ou consultation spécialisée annulés par l'administration pénitentiaire ?

Rarement ? Souvent ? (nombre par mois ?) Pour quel motif ?

Qui décide de ces annulations ?

Un avis médical est-il pris ? Systématiquement ?

Cela a-t-il pour conséquence de prolonger la durée d'hospitalisation (RDV décalé) ?

7) Le médecin traitant

Prenez-vous contact avec le médecin traitant ? Rarement ? Souvent ?

Pour quelle raison ? (ATCD, projet de sortie, organisations des soins au domicile, prise de RDV en prévision de la levée d'écrou ?)

Un courrier lui est-il adressé en cas de levée d'écrou directe de l'UHSA ?

AUTEUR : Nom : HIEULLE BOUTRY

Prénom : Agathe

Date de Soutenance : 30 mars 2017

Titre de la Thèse : Soins médicaux généraux en UHSA : une enquête nationale.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, unité d'hospitalisation spécialement aménagée, prison, trouble psychiatrique, psychiatrie, mortalité, détenus

Résumé :

Contexte : Créées en 2002, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) accueillent des personnes détenues dont le trouble psychiatrique nécessite une prise en charge à plein temps. De par le statut de détenu mais aussi de par le(s) trouble(s) psychiatrique(s) qu'ils présentent, les patients hospitalisés en UHSA apparaissent largement exposés aux pathologies non psychiatriques, d'où une importance primordiale de la médecine générale au sein de ces établissements.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux des soins médicaux généraux en UHSA au moyen d'une enquête par questionnaire menée auprès de toutes les UHSA en fonctionnement (7 établissements au moment de l'enquête entre janvier et juin 2016).

Résultats : Toutes les UHSA bénéficient de l'intervention de spécialistes en médecine générale (au minimum un interne). L'examen clinique physique, le bilan biologique et l'électrocardiogramme sont systématiques à l'entrée dans la plupart des établissements. Des consultations spécialisées sont régulièrement demandées au cours des hospitalisations mais aucun établissement ne bénéficie de système de télémedecine ni de consultations spécialisées sur place, l'extraction du patient est donc systématique. Le nombre d'escortes par jour étant limité, des extractions médicales sont régulièrement annulées par l'administration pénitentiaire, parfois sans avis médical systématique. Enfin, le médecin traitant du patient n'est que rarement contacté au cours des hospitalisations en UHSA.

Conclusion : Des soins non psychiatriques de qualité sont indispensables en UHSA. Nous proposons des pistes d'amélioration pour l'organisation des soins médicaux généraux en UHSA autour de quatre grands axes : 1/ Structure et organisation générale (lieu d'implantation de l'UHSA, consultations spécialisées sur place, télémedecine, etc.), 2/ examen physique d'entrée et bilan biologique (recherche d'un diagnostic différentiel notamment), 3/ lien avec les partenaires de soin (anamnèse, continuité des soins, etc.), 4/ articulation avec l'administration pénitentiaire (respect du secret médical, organisation des extractions, etc.).

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Dr Matthieu CALAFIORE, Dr Catherine ADINS, Dr Thomas FOVET