



HAL
open science

Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale

A. Gharib, A. Hieulle, A. Amad, M. Horn, V. Hedouin, P. Thomas, T. Fovet

► To cite this version:

A. Gharib, A. Hieulle, A. Amad, M. Horn, V. Hedouin, et al.. Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale. *L'Encéphale*, 2019, 45, pp.139 - 146. 10.1016/j.encep.2018.06.004 . hal-03486818

HAL Id: hal-03486818

<https://hal.science/hal-03486818v1>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale.

General medical care in French psychiatric units for inmates: a national survey.

**Axelle GHARIB^{1*}, Agathe HIEULLE², Ali AMAD^{3,4}, Mathilde HORN^{3,4},
Valéry HEDOUIN^{5,6}, Pierre THOMAS^{3,4}, Thomas FOVET^{3,4}**

1 - CHU Lyon, Service de Psychiatrie de l'adulte, Hôpital Pierre Wertheimer, 59 boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

2 - Cabinet médical du Triolo, 11 rue Traversière, 59650 Villeneuve d'Ascq, France

3 - CHU Lille, Pôle de Psychiatrie, 2 avenue Oscar Lambret, 59000 Lille, France

4 - Univ. Lille, CNRS UMR 9193, Laboratoire de Sciences Cognitives et Sciences Affectives (SCALab-PsyCHIC), 59000 Lille, France

5- CHU Lille, Institut de médecine légale, rue André Verhaeghe, 59000 Lille, France

6- Univ. Lille, EA 7367, Unité de taphonomie médico-légale, 42 rue Paul Duez, 59000 Lille, France

* **Auteur correspondant** : Axelle GHARIB
Service de Psychiatrie Adultes, groupement hospitalier Est,
Hôpital Pierre Wertheimer, 59 boulevard Pinel, 69677 Bron cedex - France
axelle.gharib@chu-lyon.fr

CONFLITS D'INTERET

Aucun

Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale.

General medical care in French psychiatric units for inmates: a national survey.

Résumé

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) accueillent des personnes détenues qui souffrent d'un trouble psychiatrique nécessitant une prise en charge hospitalière à temps complet. Les pathologies non psychiatriques sont surreprésentées chez les patients souffrant de troubles psychiatriques mais aussi chez les personnes détenues. Les patients hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée sont donc largement exposés à ces pathologies et il apparaît indispensable de s'intéresser à l'organisation de la médecine générale dans ces établissements. L'objectif de cette étude est d'effectuer un état des lieux des soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée, au moyen d'une enquête par questionnaire menée auprès des médecins coordonnateurs de l'ensemble des établissements. Les résultats montrent qu'au sein de chaque unité hospitalière spécialement aménagée, il existe un poste de médecin généraliste, senior ou interne. L'examen physique, le bilan biologique et l'électroencéphalogramme sont systématiquement réalisés à l'entrée des patients dans 7, 5 et 9 établissements, respectivement. Toutefois, plusieurs limites sont à soulever. D'abord, dans 3 unités hospitalières spécialement aménagées seulement les médecins prennent contact avec le médecin traitant du patient. Ensuite, l'extraction du patient est systématique lorsqu'une consultation spécialisée est demandée. Or, pour 6 unités hospitalières spécialement aménagées, il n'est pas exceptionnel que certaines extractions soient annulées, sans qu'un avis médical ne soit systématiquement demandé. Enfin, le respect du secret médical vis-à-vis de l'administration pénitentiaire est parfois difficile à assurer au cours de ces extractions. À partir des observations réalisées, des pistes d'amélioration pour l'organisation des soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée sont proposées autour de quatre grands axes : (i) la structure et

l'organisation générale, (ii) l'activité de médecine générale, (iii) le lien avec les partenaires de soin et (iv) l'articulation avec l'administration pénitentiaire.

Mots-clés : Unité hospitalière spécialement aménagée, psychiatrie, pathologie non-psychiatrique, prison, détenu.

Abstract

Objectives: The *unités hospitalières spécialement aménagées* (UHSA) are French psychiatric units for inmates which admit detainees suffering from a psychiatric disorder requiring full-time hospital care. Non-psychiatric pathologies are overrepresented in patients with psychiatric disorders but also in detainees. As a result, patients hospitalized in UHSA are largely exposed to non-psychiatric conditions, and exploring the organization of general medical care for these patients appears very relevant. The aim of this study is to review the general medical care in all French UHSA. **Methods:** A descriptive study was carried out through a survey of the nine facilities. **Results:** All UHSA benefit from the intervention of a general practitioner. The physical clinical examination, the biological assessment and the electrocardiogram are systematically performed at the patient's admission in 7, 5 and 9 establishments, respectively. However, the offer of general medical care in UHSA seems disparate and sometimes insufficient. Specialized consultations are regularly requested during hospitalizations, but no establishment benefits from a telemedicine system or specialized consultations on site. The extraction of the patient to the general hospital is therefore systematic when such a consultation is needed. But the number of penitentiary escorts per day is limited. In 6 UHSA, medical extractions are thus regularly canceled by the penitentiary administration, sometimes without a medical opinion. Finally, the patient's regular physician is only contacted in 3 UHSA during hospitalizations. **Conclusion:** Based on these results, ways of improving the organization of general medical care in UHSA are proposed through four main axes: (i) the structure and general organization, (ii) the general medical care, (iii) the link with the healthcare partners and (iv) the articulation with the penitentiary administration.

Key-words : Unité hospitalière spécialement aménagée, psychiatrie, non-psychiatric disorders, prison, detainee, forensic psychiatry.

Introduction

Au 1^{er} janvier 2018, 79 785 personnes sont écrouées en France, dont 68 974 sont détenues dans 186 établissements pénitentiaires. La population carcérale n'a cessé de croître ces dernières années avec une augmentation de près de 20 % de l'effectif en 20 ans. Ce contexte de surpopulation (densité carcérale moyenne de 115 % et de 139 % dans les maisons d'arrêt au 1^{er} janvier 2018) augmente les difficultés de prise en charge médicale des personnes incarcérées, cumulant de multiples problèmes de santé (1,2). En effet, les pathologies psychiatriques, addictologiques et infectieuses sont particulièrement fréquentes en milieu carcéral.

En premier lieu, les troubles psychiatriques peuvent concerner des maladies préexistantes à l'incarcération, des pathologies révélées par le stress de la détention chez des personnes ayant un terrain vulnérable, ou des troubles réactionnels générés par le milieu carcéral (3,4). Une méta-analyse incluant 62 études (23 000 détenus au total), réalisée en 2002 par Fazel et collaborateurs (5), met en évidence qu'environ un détenu sur sept souffre d'une pathologie psychiatrique, et que les détenus présentent un risque d'épisode dépressif caractérisé et de trouble psychotique deux à quatre fois plus important que la population générale. D'autre part, la prévalence des troubles addictifs en incarcération est de 17 à 30 % chez les hommes et de 10 à 24 % chez les femmes (6). En lien avec la forte prévalence des troubles psychiatriques en détention, les prescriptions de traitements psychotropes sont également plus fréquentes en milieu carcéral qu'en population générale (7).

La population carcérale est également largement exposée aux pathologies non psychiatriques. Un rapport de l'*inspection générale des affaires sociales* (IGAS) de 2015 met par exemple en évidence qu'une personne détenue sur cent est séropositive pour le VIH et une sur vingt pour le VHC, soit environ quatre fois plus qu'en population générale française (8). L'enquête *Coquelicot* menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur les risques de transmission de ces virus note que les usagers de drogue ayant été incarcérés ont une prévalence du VIH trois fois plus élevée (14 %) que ceux qui ne l'ont jamais été (5 %) (9). En 2009, l'incidence de la tuberculose en prison en France était plus de dix fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (10). L'insalubrité de certains établissements ainsi que la promiscuité engendrée par la surpopulation carcérale, la vétusté des cellules et les mauvaises conditions d'hygiène sont également responsables d'autres pathologies

infectieuses spécifiques, notamment dermatologiques (8). En outre, certaines pathologies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires, présentent des prévalences comparables à la population générale (11) mais leur prise en charge est largement compliquée par les conditions de vie et l'accès aux soins en détention. D'autre part, les lésions traumatologiques sont plus fréquentes chez les patients détenus en comparaison à la population générale. Il s'agit en majorité du résultat de comportements violents mais également de lésions accidentelles en lien avec une pratique intensive de sport (12).

Les données de la littérature mettent aussi en évidence le mauvais état bucco-dentaire de la population carcérale (11). L'enquête HID-prison (Handicap Incapacité Dépendance) réalisée en France en 2001, rapporte des problèmes dentaires chez 17,5 % des personnes incarcérées de plus de 50 ans (13).

Enfin, il est important de noter le vieillissement de la population carcérale (14). Dans une étude publiée en 2001, Fazel et collaborateurs ont 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 et 83 % rapportent une maladie chronique. Cette prévalence est bien plus élevée que celle retrouvée chez les personnes jeunes incarcérées (46 %) d'une part, et celle retrouvée chez les personnes âgées de plus de 60 ans en population générale (65 %) d'autre part. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les troubles psychiatriques, puis les pathologies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et respiratoires (15). Les liens entre troubles psychiatriques et pathologies non psychiatriques sont multiples. En effet, les personnes souffrant de trouble psychiatrique sont particulièrement exposées aux pathologies non psychiatriques. On retrouve notamment une prévalence élevée de facteurs de risque (FDR) cardio-vasculaires chez les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire, notamment des FDR modifiables comme la surcharge pondérale (16), le diabète, l'hypertension artérielle (17), le tabagisme (18) et la sédentarité (19). Chez les personnes souffrant d'épisode dépressif caractérisé, le risque cardiovasculaire serait multiplié par deux en comparaison à la population générale (20). La prévalence du diabète et de l'obésité est jusqu'à deux fois plus importante chez les personnes souffrant de trouble de l'humeur qu'en population générale (21). Enfin, la prévalence des maladies infectieuses type VIH ou VHC est plus élevée chez les patients souffrant de trouble addictif (22). Ces associations ne sont pas sans conséquence sur le pronostic à long

terme. La mortalité est significativement plus élevée chez les patients souffrant de troubles psychiatriques qu'en population générale (23) avec un taux élevé de risque de décès (en dehors du suicide) par pathologie cardio-vasculaire et par pathologie respiratoire notamment (24). Cette surmortalité s'accompagne d'une espérance de vie inférieure de 10 ans à la population générale chez les patients souffrant de troubles psychiatriques (25). Par ailleurs, il semblerait que les soins de médecine générale auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques soient retardés (26) et de qualité insuffisante (27). Les facteurs potentiellement impliqués sont multiples : mode de vie des patients, stigmatisation mais aussi organisation du système de santé qui sépare les soins psychiatriques des soins non psychiatriques. L'organisation des soins en milieu carcéral repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins médicaux généraux et l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun d'entre eux est structuré selon 3 niveaux : le niveau I (consultations, activités ambulatoires), le niveau II (soins requérant une prise en charge à temps partiel) et le niveau III (soins requérant une hospitalisation complète) (28). Pour les soins médicaux généraux, les soins de niveau III sont assurés au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement, et au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Pour les soins psychiatriques, ils sont assurés au sein des établissements de santé en psychiatrie, des unités pour malades difficiles (UMD) et des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Créées par la *loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice*, les unités hospitalières spécialement aménagées sont des unités hospitalières implantées au sein d'un établissement de santé. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire, qui n'est pas présente au sein des unités de soins, sauf en cas de demande du personnel soignant (en cas d'état d'agitation incontrôlable d'un patient par exemple) (29,30). Les soins aux personnes détenues sont donc dispensés dans les mêmes conditions que dans les services de psychiatrie en milieu libre (31). Il existe 2 types d'hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : 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'État) (32). L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des unités hospitalières spécialement aménagées de la première tranche du programme à neuf, soit quatre cent quarante places (une unité hospitalière spécialement aménagée

couvrant les besoins d'hospitalisation des établissements pénitentiaires du ressort territorial correspondant (30)).

Les unités hospitalières spécialement aménagées ont donc pour mission de recevoir les personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet. Considérant d'une part le mauvais état de santé de la population carcérale et d'autre part la prévalence élevée des pathologies non psychiatriques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et leurs conséquences en termes de mortalité et d'espérance de vie, il apparaît pertinent de s'intéresser à l'organisation des soins de médecine générale pour ces patients. Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'effectuer un état des lieux national de la prise en charge médicale générale au sein des unités hospitalières spécialement aménagées.

Méthodes

Nous avons mené une enquête nationale afin d'explorer l'organisation des soins médicaux généraux au sein des unités hospitalières spécialement aménagées. Un questionnaire a été adressé aux médecins coordonnateurs de toutes les unités hospitalières spécialement aménagées du territoire français entre janvier 2016 et mai 2017. Le questionnaire abordait plusieurs thèmes : la structure et l'organisation des unités hospitalières spécialement aménagées, l'activité de médecine générale en unité hospitalière spécialement aménagée, le lien avec les partenaires de soins et l'articulation avec l'administration pénitentiaire dans le parcours de soins du patient. L'ensemble des unités hospitalières spécialement aménagées ont été incluses (Bordeaux-Cadillac, Lille-Seclin, Lyon-Bron, Marseille, Nancy-Laxou, Orléans, Rennes, Toulouse et Villejuif). Le questionnaire, complété par les médecins coordonnateurs, a été adressé à l'investigateur principal par e-mail ou par courrier. Une analyse descriptive des résultats a été réalisée à partir des réponses au questionnaire.

Résultats

[Structure et organisation des unités hospitalières spécialement aménagées.](#)

Sept unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf sont situées au sein de l'hôpital dont elles dépendent, qui sont des établissements publics de santé mentale. Deux unités hospitalières spécialement aménagées sont situées à distance de leur centre hospitalier de rattachement. Il s'agit de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Lille-Seclin qui est située à une distance d'environ 10 km du CHRU de Lille et de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Marseille qui est située à 500 mètres d'un centre hospitalier général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Chaque unité hospitalière spécialement aménagée reçoit des patients en soins libres et en soins à la demande d'un représentant de l'État.

L'équipe médicale de chaque unité hospitalière spécialement aménagée est composée de psychiatres, médecins généralistes, internes de psychiatrie et internes de médecine générale. L'effectif médical au sein des unités hospitalières spécialement aménagées est présenté dans le **Tableau 1**.

INSÉRER LE TABLEAU 1 ICI

Il n'y a pas de chirurgien-dentiste au sein des unités hospitalières spécialement aménagées. Il existe un poste de kinésithérapeute dans une unité hospitalière spécialement aménagée sur les neuf (qui exerce à 0,2 équivalent temps plein (ETP)).

[Activité de médecine générale en unité hospitalière spécialement aménagée.](#)

Les données recueillies concernant l'activité de médecine générale en unité hospitalière spécialement aménagée sont résumées dans la **Figure 1**.

INSÉRER LA FIGURE 1 ICI

Parmi les sept unités hospitalières spécialement aménagées pour lesquelles l'examen clinique d'entrée est systématique, celui-ci est réalisé par le médecin généraliste pour six d'entre elles et par le médecin qui a fait l'entretien d'entrée du patient, quelle que soit sa spécialité, pour une unité hospitalière spécialement aménagée. Pour les deux unités hospitalières spécialement aménagées 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). En pratique, l'examen clinique est réalisé dans une salle dédiée avec table d'examen pour la majorité des unités hospitalières spécialement aménagées (six sur neuf). Pour trois d'entre elles, l'examen clinique est réalisé uniquement à cet endroit. Pour les autres unités hospitalières spécialement aménagées, il peut être effectué dans la salle de soins infirmiers (cinq unités hospitalières spécialement aménagées), dans le bureau d'entretien (deux unités hospitalières spécialement aménagées), ou en chambre du patient (trois unités hospitalières spécialement aménagées, avec pour un établissement, « *le plus souvent en chambre du patient* »). Parmi les cinq unités hospitalières spécialement aménagées qui réalisent un bilan biologique d'entrée systématique, ce bilan contient les sérologies VIH, VHC et VHB. Trois d'entre elles précisent qu'il est cependant réalisé en fonction de la date du dernier bilan. Seule une unité hospitalière spécialement aménagée dispose d'un laboratoire sur place. Pour les autres unités hospitalières spécialement aménagées, une ambulance transporte les prélèvements vers le laboratoire, le délai de transport est rapide pour toutes les unités hospitalières spécialement aménagées (dans la demi-journée).

La consultation « sur place » et la télémédecine ne sont réalisées dans aucune unité hospitalière spécialement aménagée. Pour un établissement, la mise en place de la télémédecine est en cours. Pour deux unités hospitalières spécialement aménagées, le matériel est disponible mais n'a jamais été utilisé. Un établissement utilise la télémédecine, mais 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 télémédecine. L'extraction du patient est donc la règle pour toutes les unités hospitalières spécialement aménagées. Concernant la réalisation de bilans de pathologies chroniques, 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 USHA précisent que ces bilans sont réguliers. À propos de la prolongation de l'hospitalisation en raison de ces bilans, les explications mentionnées par les unités hospitalières spécialement

aménagées concernées 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* ».

Les soins dentaires peuvent être différés et effectués en détention (deux unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf). Parfois, ils peuvent être effectués au sein du centre hospitalier sur lequel l'unité hospitalière spécialement aménagée est située (quatre unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf), ou à l'école dentaire (une unité hospitalière spécialement aménagée sur neuf). Une unité hospitalière spécialement aménagée précise que seuls les soins urgents y sont réalisés ou en cas d'hospitalisation longue, sinon ils sont différés au retour en détention.

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

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'unité hospitalière sécurisée interrégionale (concerne sept unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf). Il peut être hospitalisé directement à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale si l'hospitalisation est programmée. Enfin, il n'est hospitalisé en service spécialisé que rarement ou jamais. Une unité hospitalière spécialement aménagée précise que les transferts se font exclusivement vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale, et jamais vers les urgences. En cas d'urgence relative nécessitant une extraction médicale, l'accompagnement du patient est le même pour chaque unité hospitalière spécialement aménagée : un soignant si le patient est en soins libres, deux soignants dont un infirmier diplômé d'état (IDE) si le patient est en soins à la demande d'un représentant de l'État, et une escorte pénitentiaire. Le délai de départ de l'unité hospitalière spécialement aménagée est variable pour chaque unité hospitalière spécialement aménagée de 20-30 minutes à 48 heures, le délai moyen est de plusieurs heures. Les différentes réponses sont : « *selon disponibilité de l'escorte* », « *aménagement réciproque* », « *entre 20 et 30 minutes* », « *0 à 48 heures* », « *plusieurs minutes à plusieurs heures* », « *quelques heures* », « *moins d'une heure* », « *quelques heures* ». Cela semble 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. Enfin, nous avons réalisé une analyse descriptive des types d'extractions médicales pour cause non psychiatrique à l'unité hospitalière spécialement aménagée de Lille-Seclin, en 2014 et en 2015. Les résultats sont présentés dans le **Tableau 2**.

INSÉRER LE TABLEAU 2 ICI

[Lien avec les partenaires de soin](#)

Concernant la continuité des soins, seuls trois établissements prennent contact « *de manière régulière avec les médecins des UCSA et les médecins généralistes de ville* ». Les autres unités hospitalières spécialement aménagées prennent parfois ou rarement contact avec le médecin traitant. Elles précisent que c'est, en général, pour compléter l'anamnèse. En cas de levée d'échec direct depuis l'unité hospitalière spécialement aménagée, un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant dans cinq unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf.

[Articulation avec l'administration pénitentiaire](#)

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. Les données recueillies concernant les extractions médicales sont résumées en **Figure 2**. Pour la plupart des unités hospitalières spécialement aménagées, c'est l'administration pénitentiaire en coordination avec le cadre de santé qui décide du programme des escortes (sept unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf), c'est l'administration pénitentiaire seule pour deux unités hospitalières spécialement aménagées sur neuf.

INSÉRER LA FIGURE 2 ICI

Discussion

Cette enquête nous a permis d'établir un état des lieux de l'organisation des soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée.

Effectif soignant

Tout d'abord, il existe un poste de médecin généraliste au sein de chaque unité hospitalière spécialement aménagée, senior ou interne, équivalent à 0,5 à 1,5 ETP selon les établissements soit en moyenne 0,86 ETP pour des structures de 40 ou 60 lits. De manière tout à fait logique et comme en service de psychiatrie en milieu libre, cet effectif est 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 (33). Il est intéressant de noter que les stages en milieu pénitentiaire pour les internes de médecine générale s'avèrent très pertinents de par l'expérience clinique qu'ils offrent (34).

Disparité des soins médicaux généraux proposés

L'examen clinique physique est systématique dans la majorité des unités hospitalières spécialement aménagées mais pas au sein de tous les établissements. Il convient de rappeler qu'il est nécessaire d'effectuer un examen clinique physique à l'entrée du patient dans tout établissement de santé (recommandations de l'HAS de 2014 (35)), ce qui constitue d'ailleurs une obligation légale dans les 24 heures pour les admissions en soins à la demande d'un représentant de l'État. En outre, les conditions de réalisation de cet examen ne semblent pas optimales dans toutes les structures. En ce qui concerne le bilan biologique, les données épidémiologiques indiquent qu'il pourrait être particulièrement intéressant de dépister systématiquement les infections sexuellement transmissibles à VIH, VHB et VHC dont la prévalence est importante en milieu carcéral. Il est important de rappeler que, comme pour tout autre patient, la proposition de dépistage du VIH chez les patients admis en SPDRE doit s'accompagner d'une information adaptée et d'un recueil de consentement. Le bilan biologique permet également de dépister les effets secondaires des traitements, notamment des traitements psychotropes. Enfin, la consultation « sur place » et la télémédecine ne sont réalisées dans aucune unité hospitalière spécialement aménagée, l'extraction médicale est donc systématique. Le nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique à l'unité hospitalière spécialement aménagée de Lille-Seclin a nettement diminué entre 2014 et 2015, bien que l'effectif médical soit resté identique. Ces résultats seront à comparer aux chiffres des années futures.

Fragilité de la continuité des soins

Les médecins des unités hospitalières spécialement aménagées prennent peu contact avec le médecin traitant. Pourtant, il est bien montré que les conséquences néfastes de la prison sur la santé des patients ne s'arrêtent pas au temps de détention 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 (36) et la mortalité par suicide est particulièrement élevée (37). Cette période suivant l'incarcération est particulièrement à risque chez les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Complexité des interactions avec l'administration pénitentiaire

Dans le parcours de soins du patient à l'unité hospitalière spécialement aménagée, les interactions avec l'administration pénitentiaire ont toute leur importance. Notamment, la présence d'une escorte pénitentiaire est indispensable pour les extractions médicales. Ces extractions sont contraignantes d'un point de vue organisationnel mais aussi du point de vue du patient. Elles ne constituent pas des situations exceptionnelles car, en cas de nécessité d'un avis spécialisé à l'unité hospitalière spécialement aménagée, le patient est extrait dans tous les cas. Or, le nombre d'escortes pénitentiaires par jour, tous types d'extraction confondus (entrée et sortie d'hospitalisation, extraction judiciaire et extraction médicale) est limité. Il n'est pas exceptionnel que certaines extractions soient annulées au profit d'autres et ce, pour différents motifs sans qu'un avis médical ne soit systématiquement demandé (manque d'effectifs, urgence nécessitant une extraction, etc.). Ceci repose notamment sur les difficultés de communication entre le personnel soignant et l'administration pénitentiaire. Dans le cadre des extractions urgentes (hors urgence vitale), le délai de départ du patient de l'unité hospitalière spécialement aménagée varie considérablement d'une structure à l'autre et au sein même de l'unité hospitalière spécialement aménagée : de 20-30 minutes à 48 heures. Il est globalement fonction de la disponibilité des escortes. Un autre aspect important dans la prise en charge du patient à l'unité hospitalière spécialement aménagée est la problématique du respect du secret médical lors des extractions médicales, notamment vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. En effet, le non-respect du secret médical pour les patients détenus a souvent été dénoncé en France (38). Pourtant, les recommandations du Conseil de l'Europe prévoient logiquement que le

secret médical soit garanti et observé en prison avec la même rigueur que dans la population générale (39). Afin de généraliser le respect du secret médical lors des extractions, le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales classe le niveau de sécurité de l'escorte pénitentiaire selon une échelle allant de 1 à 4. Ainsi, lorsque la personne détenue est classée « escorte 1 », elle peut être extraite sans moyen de contrainte et la consultation peut se dérouler en l'absence de personnel pénitentiaire. Le niveau de surveillance mis en œuvre par la plupart des établissements pénitentiaires peut être assimilé, dans les faits, au niveau 2 voire au niveau 3, c'est-à-dire que les consultations se déroulent sous surveillance constante du personnel pénitentiaire, portant ainsi atteinte à la confidentialité de la consultation et au secret médical (8).

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* » (40). Or, selon la Contrôleuse 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* » (41). Afin de faire bénéficier aux patients hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée de soins de médecine générale de qualité, nous proposons un certain nombre de recommandations de bonne pratique regroupées dans le **Tableau 3**. Ces recommandations visent à renforcer et à optimiser l'activité de médecine générale en unité hospitalière spécialement aménagée. Par exemple, la mise en place de la télémédecine ou de consultations de spécialistes « sur place » constituent des alternatives très intéressantes aux extractions médicales.

INSÉRER LE TABLEAU 3 ICI

Les résultats de cette enquête suggèrent donc plusieurs perspectives d'amélioration. Toutefois, ils devront être complétés par des données chiffrées telles que la prévalence des pathologies non psychiatriques au sein des unités hospitalières spécialement aménagées, le taux de patients non immunisés contre le virus de l'hépatite B afin de discuter l'intérêt de programmes de vaccination, le nombre de patients nécessitant des soins dentaires, le nombre d'appels au SAMU en unité

hospitalière spécialement aménagée et leurs motifs, la durée moyenne des extractions médicales donc de mobilisation d'une équipe soignante et d'une escorte pénitentiaire, etc. Enfin, pour ce qui est des limites de cette étude, il est à noter que seules huit des neuf unités hospitalières spécialement aménagées étaient ouvertes au moment de la réalisation de l'enquête, d'où un certain nombre de données manquantes. Ensuite, concernant le questionnaire, certaines réponses n'étaient pas renseignées ou incomplètes, notamment le rapport d'activité 2014.

Conclusion

De par leur statut de détenu mais aussi de par le(s) trouble(s) psychiatrique(s) qu'ils présentent, les patients hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée apparaissent largement exposés aux pathologies non psychiatriques, d'où une place primordiale pour la médecine générale au sein de ces établissements. Les résultats de cette enquête mettent en évidence d'une part l'hétérogénéité de l'organisation des soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée et d'autre part les difficultés communes dans l'accès à ces soins. Les recommandations proposées pourraient s'avérer particulièrement importantes si le déploiement d'autres unités hospitalières spécialement aménagées se poursuit dans les années à venir (8).

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement l'ensemble des médecins des unités hospitalières spécialement aménagées qui ont accepté de répondre à cette enquête : Dr Dominique Dandelot (UHSA Bordeaux-Cadillac), Dr Catherine Adins (UHSA Lille-Seclin), Dr Eve Becache et Dr Charles-Edouard Lambert (UHSA Lyon-Bron), Dr Pascale Giravalli (UHSA Marseille), Dr Emilie Parenty (UHSA Nancy-Laxou), Dr François Parrot et Dr Alexandre Guillard (UHSA Orléans), Dr Anne Henry, Dr Tiphaine Lefebvre et Dr Xavier Lacourt (UHSA Rennes), Dr Anne-Hélène Moncany (UHSA Toulouse) et Dr David Tuitou et Dr Loïc Hermet (UHSA Villejuif).

Bibliographie

- [1] Ministère de la justice. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire. [Internet]. 2017.

- Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2017.pdf
- [2] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet Lond Engl.* 12 mars 2011;377(9769):956-965.
 - [3] Thomas P, Adins-Avinée C. *Psychiatrie en milieu carcéral.* Elsevier-Masson; 2012.
 - [4] Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2015;173(8):726-730.
 - [5] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Lond Engl.* 16 févr 2002;359(9306):545-550.
 - [6] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addict Abingdon Engl.* févr 2006;101(2):181-91.
 - [7] Fovet T, Amad A, Adins A et al., *Psychotropes en milieu pénitentiaire* : de la fiole à l'AMM, *Presse Med.* mai 2014; 43(5):520-8.
 - [8] 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.
 - [9] Jauffret Roustide M, Couturier E, Le Strat Y 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.
 - [10] Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France;
 - [11] 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.
 - [12] Henning J, Frangos S, Simon R. Patterns of traumatic injury in New-York City prisoners requiring hospital admission. *Journal of Correctional Health Care.* 2015;53-8.
 - [13] Désesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première* 2002;854:-4.
 - [14] Kensey A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques.* Ministère de la justice. 2010;
 - [15] Fazel S, Hope T, O'Donnell I et al. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age Ageing.* sept 2001;30(5):403-7.
 - [16] Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW 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].
 - [17] Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP 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].
 - [18] Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia : clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry.* 1998;155(11):1490-1501.
 - [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] Institut de veille sanitaire. Etat de connaissance sur la santé des personnes prévenues en France et à l'étranger.
- [23] 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.
- [24] Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P et al. Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry* Dec 2001, 179 (6) 498-502.
- [25] Hannerz H, Borgå P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. *Public Health*. 2001 Sep;115(5):328-37.
- [26] Gervais J, Haour G, Michel M et al. Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés. *Rev D Épidémiologie Santé Publique*. 1 mai 2017;65:S79.
- [27] Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA et al. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):565-572.
- [28] 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>
- [29] Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
- [30] Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.
- [31] 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).
- [32] Fovet T, Bertrand M, Horn M et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients "dangereux" ? *L'Encéphale*. nov 2017. *In press*.
- [33] 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. *L'Encéphale*. 2017 Mai; 43(3):205-211.
- [34] Amouyal M, Lognos B, Lermoyer J et al. Pertinence du stage en milieu pénitentiaire à partir du vécu des internes de médecine générale, Relevance of prison placements based on the perception of primary care medicine interns. *Santé Publique*. 24 juill 2014;26(3):331-6.
- [35] Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS. Direction de l'amélioration de la qualité et de sécurité des soins; 2014 janv.
- [36] Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l'incarcération. *déc 2014*;X(6).
- [37] Haglund A, Tidemalm D, Jokinen J et al. Suicide after release from prison: a

- population-based cohort study from Sweden. *J Clin Psychiatry*. oct 2014;75(10):1047-53.
- [38] Avis n° 94 La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé; 2006 oct.
- [39] 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.
- [40] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Article 46.
- [41] Hazan A. L'hospitalisation des détenus, une forme d'"humiliation". 2015.

Figure 1 : Activité de médecine générale en UHSA

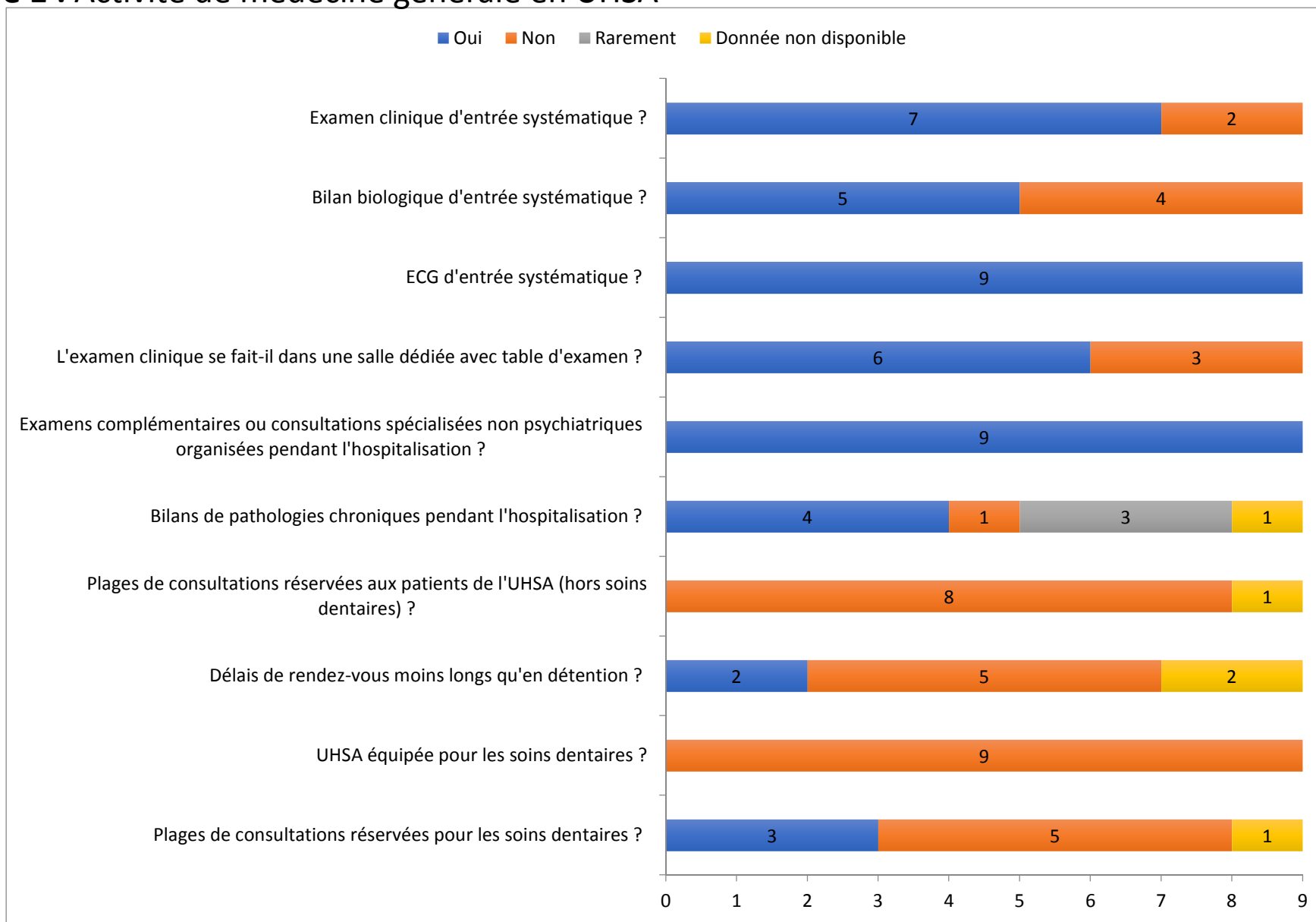


Figure 2 : Articulation avec l'administration pénitentiaire

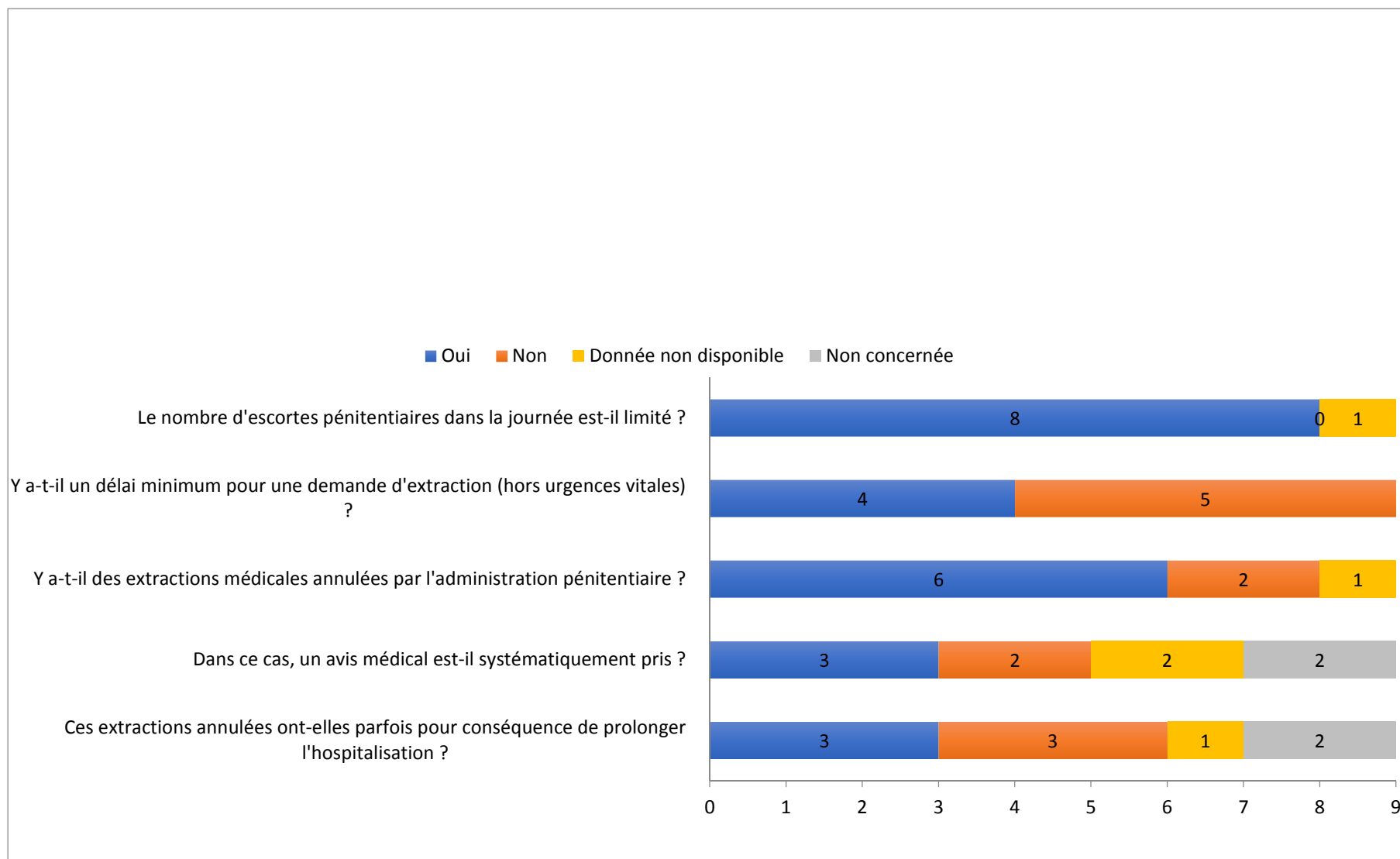


Tableau 1 : Effectif médical au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au moment de l'enquête.

UHSA	Nombre de lits	Nombre de psychiatres (en ETP)	Nombre d'internes de psychiatrie (en ETP)	Nombre de MG (en ETP)	Nombre d'IMG (en ETP)
Bordeaux-Cadillac	40	3	1	0,5	0
Lille-Seclin	60	5	5	0	1
Lyon-Bron	60	5	1	0,5	0
Marseille	60	DM	DM	0,5	DM
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

DM = donnée manquante, ETP = équivalent temps plein, MG = médecin généraliste, IMG = interne de médecine générale.

Tableau 2 : Nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille-Seclin en 2014 et 2015.

	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 (30%)	33 (20%)
- Dont nombre d'extractions médicales pour cause non psychiatrique en consultation spécialisée	136 (55%)	123 (70%)
- Dont nombre de transferts vers l'UHSA	34 (15%)	13 (10%)

Tableau 3 : Recommandations de bonne pratique pour les soins de médecine générale en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Structure et organisation des UHSA
<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès aux soins et aux examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'activité de médecine générale en UHSA : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir l'effectif médical non psychiatrique. ➤ Encourager les internes de médecine générale à effectuer des stages en milieu pénitentiaire. • Recruter des médecins généralistes ou former les psychiatres à la médecine générale.
<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'organisation des extractions médicales, réduire les temps d'attente à l'hôpital en cas d'extraction, réduire les délais de rendez-vous : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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).
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'alternatives aux extractions médicales pour les avis spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place de la télémédecine, ➤ Consultations de spécialistes « sur place » (réalisables si l'UHSA est située au sein d'un hôpital général).
Activité de médecine générale en UHSA
<ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique physique systématique à l'entrée du patient, en salle de soins dédiée avec installation adaptée afin de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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"> • 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

<p>sein et du cancer colorectal),</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévention 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.
<p>Articulation avec l'administration pénitentiaire</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les articulations entre personnels soignants et personnels de l'administration pénitentiaire : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Respect du secret médical vis-à-vis de l'escorte pénitentiaire lors des extractions : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la prise en charge des urgences nécessitant une extraction médicale : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Raccourcir les délais de départ de l'UHSA en cas d'urgence médicale relative, ➤ Appel au SAMU en cas d'urgence vitale uniquement.