

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 063

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GENERALE

par

Mathilde DESRUES
né(e) le 02/11/1988

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2017

**URGENCES MEDICALES EN MILIEU CARCERAL :
MOTIFS DE CONSULTATIONS AUX URGENCES DU CHU DES PERSONNES
DÉTENUES AU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE NANTES EN 2014 ET 2015**

Président du jury : Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Docteur Laurie BELIN

Membres du jury : Professeur Philippe LE CONTE
Docteur Cyrille VARTANIAN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gilles POTEL,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE et Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN,

vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Docteur Laurie BELIN,

merci pour ton aide, ton investissement dans la direction de cette thèse, les points Flesselles, et ton immense patience !

Au Docteur NGOHOU,

je vous remercie pour votre aide dans le recueil des données.

A l'équipe de l'UCSA,

les 6 mois passés avec vous m'ont donné goût au travail en équipe ! Merci aux secrétaires qui m'ont aidé tout au long de cette thèse avec leur efficacité habituelle.

Merci à toute ma famille.

A mes parents, vos enfants ont officiellement tous terminé leurs études ce jour, maman tu peux respirer un grand coup ! Merci pour votre soutien inconditionnel depuis le début.

A mes frères et mes belles sœurs, un grand merci pour la relecture.

Merci à Quentin, pour à peu près tout.

Merci à mes amis.

A Anne-Sophie, Benjamin, André et Sophie pour leur présence, même dans les déménagements et les travaux !

A Manon, Fred, Sandra, Amandine et Manue,

Aux amies de la faculté de Rouen,

et à tout ceux de Saint-Nazaire !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
I- démographie et santé des personnes détenues.....	5
A-démographie	5
B-santé	5
1-pathologiques psychiatriques et addictions.....	5
2-pathologies infectieuses.....	6
3-traumatologie.....	6
4-maladies chroniques.....	6
II- le système carcéral français.....	6
III- le système de soins des personnes détenues.....	7
A-principe d'égalité des soins	7
B-organisation des soins en milieu carcéral.....	7
C-procédures d'hospitalisations.....	8
D-les extractions médicales.....	8
IV- l'exemple du centre pénitentiaire de Nantes.....	9
A- le centre pénitentiaire de Nantes.....	9
B- L'Unité Sanitaire de Nantes.....	9
METHODES.....	11
I-recrutement des sujets.....	11
A- critères d'inclusion.....	11
B- critères d'exclusion.....	11
II- recueil des données.....	11
III-analyse.....	12
RESULTATS.....	13
I-caractéristiques de la population extraite en urgence pour raison médicale.....	13
A- population incluse	13
B-caractéristiques.....	13
1- sexe.....	13
2- âge.....	13
3- établissement pénitentiaire.....	13
II-motifs de consultation	14
A- selon l'établissement	14
B- selon l'âge.....	14
III- orientation décidée suite à la consultation aux urgences.....	15
A- selon le motif de consultation	15
B- selon l'âge.....	15
C- selon l'établissement.....	15
IV- résultats selon le motif de consultation	15
A- motifs chirurgicaux.....	15
1-traumatologie.....	15
2-urologie.....	17
3-ophtalmologie/ORL/stomatologie.....	17
4-autres motifs chirurgicaux.....	17
B- motifs médicaux	17
1-cardiologie.....	17
2-neurologie.....	18
3-gastro-entérologie.....	18
4-rhumatologie	18
5-endocrinologie.....	18
6-pneumologie.....	19
7-dermatologie.....	19
8- néphrologie.....	19
9- autres motifs médicaux.....	19
C- psychiatrie.....	19
V-Résultats selon la population	20
A-femmes.....	20
B-patients à consultations multiples.....	20

DISCUSSION.....	21
I.Résultat principal	21
II.Les forces et faiblesses de cette étude.....	21
A-méthodes.....	21
1- recrutement des sujets.....	21
2- recueil des données.....	21
B-résultats	22
1-orientation décidée suite à la consultation aux urgences.....	22
2-motifs de consultation	22
III-les études semblables.....	22
IV-Hypothèses et recontextualisation des résultats.....	23
A- caractéristiques population extraite.....	24
B-motifs de consultations.....	24
1-selon l'établissement.....	24
2-selon l'âge	24
C-orientation après consultation.....	25
D-résultats par motif.....	25
1- motifs chirurgicaux.....	25
2- motifs médicaux.....	25
3-psychiatrie.....	26
V-Évolution constatée et perspectives	26
A-évolution.....	27
B-Comment garantir l'égalité des soins aux personnes détenues ?.....	27
1-par un meilleur accès aux examens d'imagerie ?.....	27
2-quelle place pour la télé médecine ?.....	27
3-l'importance de la poursuite des efforts d'éducation thérapeutique.....	27
ANNEXES.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	36
ABREVIATIONS.....	38

INTRODUCTION

Au 1er janvier 2015, 66.270 personnes étaient incarcérées dans 188 établissements pénitentiaires en France. [1]

Des unités sanitaires sont présentes dans chaque établissement pénitentiaire pour subvenir aux besoins en santé des personnes détenues.

Lorsque l'état de santé d'une personne détenue nécessite un avis spécialisé, des examens complémentaires, des soins, ou une surveillance ne pouvant être réalisés au sein de cette unité, elle est adressée à l'établissement public de santé de référence. Comme en médecine de ville, cette orientation peut se faire en urgence, via le service d'accueil des urgences, ou de façon programmée.

S'agissant de personnes détenues, leur sortie de l'établissement pénitentiaire se fait sous escorte du personnel pénitentiaire, et est dénommée « extraction ».

En 2013, 50723 extractions ont été demandées par les médecins. Plus d'une demande sur 5 n'a pas été réalisée. Pour les demandes d'extractions en urgence, le taux de réalisation est de 98%. [2] Ces extractions en urgence, nécessairement réalisées en priorité, peuvent entraîner l'annulation d'extractions médicales programmées, par manque de moyens au niveau des escortes.[3]

Ces annulations allongent les délais d'accès aux consultations spécialisées ou examens complémentaires. Ainsi pour une personne détenue au centre pénitentiaire de Nantes en 2015, en plus du délai de prise de rendez vous pour une consultation spécialisée au CHU, s'ajoutaient en moyenne 23 jours d'attente par manque de disponibilité d'une escorte. [4]

On s'éloigne alors du principe d'égalité des soins entre population détenue et population générale, pourtant inscrit dans la loi depuis 1994.

Les motifs d'extraction médicale en urgence sont un sujet peu étudié. Il n'y a aucune donnée épidémiologique française sur ce sujet[5]. Quelques études ont été réalisées localement, dans l'Aube, à Bordeaux et à Marseille. Les deux premières retrouvaient une majorité de motifs psychiatriques, traumatologiques et toxicologiques.[6][7] La dernière retrouvait une majorité de motifs médicaux.[8]

Aucune étude sur le sujet ne concerne le département de la Loire Atlantique.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des motifs pour lesquels des patients détenus à la maison d'arrêt ou au centre de détention de Nantes ont consulté au service d'accueil des urgences du CHU de Nantes en 2014 et 2015.

I- Démographie et état de santé des personnes détenues

A- démographie

Comparée à la population générale, la population carcérale est plus jeune, avec une moyenne d'âge de 34,6 ans en 2011[3], contre 40,3 ans pour la population générale.[9]
Les populations de niveau socioprofessionnel moins élevé sont surreprésentées, la part de personnes sans diplômes était de 49% en 2011, et celle de personnes en situation d'illettrisme de 12%.[3]
Elle est essentiellement composée d'hommes, les femmes représentant 3,1% de la population carcérale (soit 2073), et les mineurs 1,1% de la population carcérale (soit 704) au 1er janvier 2015.
[1]

B- état de santé

Il y a peu de données récentes sur l'état de santé des personnes détenues. Les études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010.

En 2003, huit personnes entrant en détention sur dix présentaient un bon état général lors de l'examen clinique d'entrée.
Leur recours au système de soins l'année précédant leur incarcération était moindre que pour la population générale, puisque six entrants sur dix déclaraient n'y avoir pas eu recours.[2]

1-pathologies psychiatriques et addictions

Les pathologies psychiatriques sont très présentes dans la population carcérale. Plus de la moitié des personnes détenues ont un antécédent de troubles psychiatriques, et un entrant sur six a déjà été hospitalisé en psychiatrie.
La proportion de personne répondant aux critères diagnostics de schizophrénie y est quatre fois plus élevée qu'en population générale.
Plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif, une sur 10 de dépression mélancolique à haut risque de suicide, une sur trois d'anxiété généralisée.
Le taux de suicide des hommes majeurs détenus est sept fois supérieur à la moyenne nationale.[2]

La prévalence des addictions ou de consommations abusives est plus élevée en milieu carcéral.
En 2003, près de 4 personnes détenues sur 5 déclare fumer quotidiennement du tabac en cellule [10], alors que dans la population générale le tabagisme concerne 35,7% des hommes et 25,3% des femmes.[11]
30,9 % des personnes entrant en détention déclarent une consommation excessive d'alcool [10] et en 2005 9,4% présentent une alcoolodépendance [12]. La même année dans la population générale, la proportion de population présentant des signes d'usage à risque de l'alcool était de 13,8 % chez les hommes et 5,0 % chez les femmes.[11]
Près de 10 % des personnes détenues reçoivent quotidiennement un traitement de substitution aux opiacés .[2]

Les études menées dans d'autres pays (États-Unis, Australie, Royaume Uni, Nouvelle Zélande) concordent avec les données françaises. Elles trouvent une prévalence des troubles psychotiques en milieu carcéral variant entre 10 et 20 % ; de 1 à 4 % pour la schizophrénie; de 10 à 14% pour la dépression majeure; et de 12 à 15 % pour l'anxiété généralisée. [5]
La surreprésentation des addictions au sein de la population carcérale y est aussi retrouvée. On

relève ainsi des prévalences de 67 à 85 % pour le tabac; 10 à 60 % pour la consommation abusive d'alcool; 10 à 48 % chez les hommes et 30 à 60 % chez les femmes pour la consommation abusive de drogues.[5]

2-pathologies infectieuses

En 2010 la prévalence du VIH chez les personnes détenues en France était évaluée à 2,0%, et celle du VHC à 4,8%, soit 6 fois plus élevée que dans la population générale pour ces deux infections.[13]

3-traumatologie

La prévalence des traumatismes, quelle que soit leur origine, est elle aussi plus élevée en milieu carcéral. Elle varie de 13 à 30 % chez les personnes détenues, alors que les taux rapportés en population générale sont de l'ordre de 10 % seulement (USA, Suisse , Australie). [5]

4-maladies chroniques

Les maladies chroniques chez les personnes détenues ont fait l'objet de moins d'études. Concernant les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète : les quelques études menées sur ce sujet ne semblaient pas montrer de différence de prévalences entre population carcérale et population générale.

Au niveau des pathologies cancéreuses il n'y a pas eu d'études réalisées en France.[5]

II- le système carcéral français

Au 1er janvier 2015, 66.270 personnes étaient incarcérées dans 188 établissements pénitentiaires. [1]

Une personne détenue est une personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire.

Parmi les personnes détenues, un quart sont des prévenus. Ces personnes prévenues sont placées en détention provisoire en maison d'arrêt, soit parce qu'elles sont en attente de jugement, soit parce qu'elles sont en voies de recours contre leurs condamnations.

Alors qu'une personne prévenue est incarcérée pour une durée moyenne de 4,2 mois, une personne condamnée passe en moyenne 11,5 mois en prison. [2]

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois grandes catégories : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements habilités à l'accueil des personnes mineures.

Une maison d'arrêt (MA) accueille les personnes prévenues, et celles condamnées à une peine inférieure à deux ans, ou dont le reliquat est inférieur à un an.[14]

Ce type d'établissement est le plus touché par la surpopulation carcérale. Le taux d'occupation des maisons d'arrêt française était de 132,7% en janvier 2015.[1]

Les établissements pour peine reçoivent les personnes condamnées à une peine de privation de liberté.

Ils comprennent :

- Les centres de détention (CD), qui sont principalement orientés vers la réinsertion sociale. Ils accueillent les personnes condamnées dont les chances de réinsertion sont les plus élevées ou en fin de peine.
- Les maisons centrales, plus orientées vers la sécurité. Y sont affectées les personnes condamnées à une longue peine, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles le pronostic de réadaptation sociale est trop peu favorable.
- Les centres de semi liberté (CSL), qui reçoivent les condamnés auxquels une mesure de semi liberté a été accordée. Le détenu peut travailler, être en formation ou suivre un traitement médical la journée, et regagne la détention chaque soir ou chaque week-end selon les modalités fixées par le juge.

Les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) sont destinés aux mineurs âgés 13 à 18 ans prévenus ou condamnés.[14] Il en existe 6 en France.

III-système de soins des personnes détenues

A- principe d'égalité des soins

Les soins aux personnes détenues étaient initialement nommés médecine pénitentiaire et pris en charge par le ministère de la justice.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées est assurée par le service public hospitalier. L'objectif est d'assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles proposées à l'ensemble de la population.

Ce principe a été réaffirmé par 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 ».

La convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales impose aux États de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis. [15]

B-L'organisation des soins en milieu carcéral

175 Unités Sanitaires (anciennement Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires ou UCSA) et 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), sont implantées au sein des établissements pénitentiaires début 2017. Ces unités sanitaires sont rattachées à un établissement public de santé de référence. [16]

Ces Unités sanitaires sont composées de personnel médical (médecins généralistes, internes, médecins spécialistes hors psychiatres, chirurgien dentistes), paramédical (infirmiers, manipulateurs en électroradiologie, masseurs kinésithérapeute), et administratif.

Les effectifs et durée de présence du personnel sont variables en fonction de la taille de l'établissement pénitentiaire.

En dehors des horaires de présence médicale à l'unité sanitaire, la permanence de soins est

effectuée soit par des médecins d'astreinte de l'établissement de santé de référence (37% des Unités sanitaires en 2010)
soit par des médecins de ville, le plus souvent SOS médecins. [17]

C- les procédures d'hospitalisation

Le code de la santé publique et le code de procédure pénale prévoient les dispositions d'hospitalisation pour les personnes détenues.

Pour les soins somatiques, celles ci sont hospitalisées au sein de l'établissement de santé de référence, dans des chambres sécurisées, lorsque l'hospitalisation présente un caractère d'urgence ou une durée prévue inférieure à quarante-huit heures.

Pour les hospitalisations de longue durée, les personnes détenues sont prises en charge au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Il existe 8 UHSI en France, dont la liste est fixée par l'arrêté interministériel du 24 août 2000, proposant 170 lits de soins aigus et 52 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2012.

Pour les soins psychiatriques, les hospitalisations de jour sont assurées en milieu pénitentiaire, au sein des 26 SMPR.

7 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont destinées à l'accueil des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, qu'elles soient placées en hospitalisation libre ou en soins sans consentement. [16]

On note une faible utilisation de l'offre hospitalière en UHSI, avec un taux d'occupation de 59 % en 2014. Pour les chambres sécurisées, là aussi existe un faible taux d'occupation de moins de 20 % [2]

D – les extractions médicales

Chaque sortie de la personne détenue de l'enceinte pénitentiaire (en dehors des permissions) est appelée une extraction. Celle-ci nécessite l'accompagnement de la personne détenue par du personnel de l'administration pénitentiaire .

Les extractions médicales en urgence représentent environ la moitié des extractions pour raison médicales, leur moyenne nationale est de 165 extractions médicales en urgences pour 1000 détenus par an en 2010.[17]

Ce nombre varie fortement selon la taille et le type d'établissement. Le nombre d'extractions pour 1000 détenus est plus important dans les établissements de petite taille(moins de 400 personnes détenues).

En 2010 le taux d'extractions en urgence est 3 fois plus important en EPM (470/1000) que la moyenne nationale.[17]

Conformément aux prescriptions de la note de la direction de l'administration pénitentiaire du 29 avril 2014, un niveau d'escorte est défini pour chaque personne détenue. Il permet de déterminer le niveau de sécurité à appliquer dans la composition de l'escorte , ainsi que les moyens de contrainte imposés à la personne. Le plus faible niveau de sécurité, ou niveau 1, est appliqué aux personnes détenues présentant « un comportement correct en détention ou une date de libération proche ou bénéficiaire de permissions de sortir ». Celles ci peuvent en théorie bénéficier d'une consultation médicale sans présence du personnel pénitentiaire et sans moyens de contrainte. A l'inverse, une extraction de niveau de sécurité 4 nécessite la collaboration de la préfecture et des forces de sécurité intérieure [16]

IV- exemple du centre pénitentiaire de Nantes

A-le centre pénitentiaire de Nantes

Le centre pénitentiaire de Nantes est composé d'un centre de détention, d'une maison d'arrêt et d'un quartier de semi liberté.

Le centre de détention existe depuis 1981, il a une capacité de 414 places. Il était occupé par 399 personnes détenues au 01/01/2015.[1]

Ouverte depuis 2012, la maison d'arrêt dispose de 570 places réparties en 5 secteurs :

- un secteur hommes de 420 places,
- un secteur femmes de 40 places
- un quartier Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) de 20 places
- un quartier arrivants de 30 places
- un quartier courtes peines de 60 places.[18]

A noter que la population écrouée au 01/01/2015 dans la maison d'arrêt de Nantes s'élevait à 659 soit un taux d'occupation de 115,6%.[1]

Un établissement pénitentiaire pour mineurs est situé à Orvault, il ne fait pas partie du centre pénitentiaire de Nantes.

B-l'Unité sanitaire (US) de Nantes

Des consultations de médecine générale sont proposées au centre de détention et à la maison d'arrêt du lundi au vendredi, de 8h à 18h. Une permanence infirmière y est associée, se prolongeant le samedi et le dimanche matin, de 8h à 12h. Le personnel dépend du CHU de Nantes.

7670 consultations de médecine générale ont été assurées entre la MA (75% des consultation) et le CD (25%) sur l'année 2015, pour une file active de 3019 personnes détenues (2414 à la MA, 605 au CD).[4]

Une permanence des soins est assurée, par convention, avec S.O.S. Médecins, en dehors des horaires de présence des médecins de l'US, via une régulation par le 15. Il y a eu recours à SOS médecin 347 fois en 2015. Ces recours concernaient la MA à plus de 70%.

992 consultations de médecins spécialistes ont eu lieu à l'US de la MA et du CD en 2015.

Les consultations spécialisées proposées sont :

- l'orthopédie, dermatologie : vacations hebdomadaires,
- l'ophtalmologie : 3 vacations/mois,
- hépatologie, gastro-entérologie, ORL, cardiologie : vacations mensuelles.

Des consultations d'anesthésie, endocrinologie et infectiologie sont effectuées par visioconférence, elles s'élevaient à 60 en 2015.[4]

La présence de dentistes et assistants dentaires à la maison d'arrêt du lundi au vendredi et 6 demi journées par semaine au CD a permis de proposer 3282 consultation ou acte dentaire en 2015 pour ces deux établissements.[4]

Un kinésithérapeute équivalent temps plein répartit son activité entre le CD et la MA.

Un manipulateur radio est présent à la MA 5 demi journées par semaine. Le CD n'est pas équipé de matériel de radiologie. Les personnes détenues au CD nécessitant une radiographie sont donc régulièrement transférés de manière groupée à la MA pour la réalisation de celles-ci.

Le rapport d'activité de l'US de Nantes pour le CD et la MA en 2015 dénombrait :
135 hospitalisations programmées réalisées : 21 en UHSI, 68 hospitalisations de courte durée au CHU de Nantes , 46 hospitalisation de jour au CHU de Nantes.

Le nombre de consultation aux urgences, pour certaines suivies d'une hospitalisation, s'élevait à 172.

Le délais d'attente pour une hospitalisation à l'UHSI de Rennes était en moyenne d'un mois en 2015 . [4]

METHODES

I-Recrutement des sujets

A-critères d'inclusion

Nous avons inclus toutes les personnes incarcérées à la maison d'arrêt ou au centre de détention de Nantes, âgées de plus de 18 ans, et ayant été extraits en urgence pour raison médicale entre le 02/01/2014 et le 09/12/2015 au service d'accueil d'urgence du CHU de Nantes.

B-critères d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure :

- les personnes incarcérées en semi liberté,
- les personnes extraites en urgence pour raison médicales sur réquisition pendant la garde à vue,
- les personnes hospitalisées pour soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE) , ou hospitalisées directement aux urgences psychiatriques ou en service de psychiatrie
- les personnes âgées de moins de 18 ans.

II-recueil des données et mesures

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective portant sur les comptes rendus de consultation au urgences du CHU de Nantes entre le 02/01/2014 et le 09/12/2015. Le recueil de ces données a été effectué en avril 2016.

Les données recueillies étaient :

- l'âge,
- le sexe,
- le site d'incarcération : maison d'arrêt ou centre de détention,
- la date de la consultation aux urgences,
- le secteur de consultation aux urgences : urgences traumatologiques , urgences médicale, salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)ou circuit debout
- le motif de la consultation aux urgences, le diagnostic retenu à la fin de cette consultation,
- l'orientation médicale donnée suite à cette consultation : retour en incarcération (consultation externe) ou hospitalisation

Les patients transférés dans un autre hôpital ont été considérés comme hospitalisés.

Les patients qualifiés ADUH aux urgences ont été considérés comme hospitalisés.

Cette cotation ADUH était attribuée par les urgences lorsque la prise en charge était inférieure à 24 h, pour une pathologie de diagnostic incertain ou avec un caractère instable, associée à une nécessité de surveillance et une nécessité d'actes thérapeutiques ou examens complémentaires.

Ces données ont été extraites des tables de l'infocentre de CLINICOM du CHU de Nantes par le Dr NGOHOU Chan, du service d'information médicale. Cette extraction a été réalisée via Sas enterprise guide, un logiciel de requêtage à disposition au CHU.

Les données concernant le motif de consultation étaient absentes pour plus des deux tiers des consultations, les données concernant le diagnostic n'étaient pas fournies par ce recueil.

J'ai donc complété ces données concernant le motif et le diagnostic de ces consultations à partir des comptes rendus de consultations des urgences via les logiciels CLINICOM et MILLENIUM.

L'ensemble de ces données a été compilé sur le logiciel open office classeur. Les motifs de consultations ont été regroupés par catégories de motifs :

- les motifs chirurgicaux :
 - ORL, stomatologie,
 - ophtalmologie,
 - traumatologie,
 - urologie,
 - autres motifs chirurgicaux,
- les motifs médicaux :
 - cardiologie,
 - dermatologie,
 - endocrinologie,
 - gastro-entérologie,
 - néphrologie,
 - neurologie,
 - rhumatologie,
 - autres motifs médicaux,
- la psychiatrie.

Si le patient présentait plusieurs motifs ou diagnostics pour une même consultation aux urgences, seule la pathologie principale justifiant l'extraction en urgence était prise en compte.

III- analyse

Cette étude a reçu l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel open office classeur. Ces analyses sont essentiellement descriptives et exprimées en termes de fréquences ou de moyennes, calculées à l'aide de tableaux croisés dynamiques.

RESULTATS

I-caractéristiques de la population extraite en urgence pour raison médicale

A- Population incluse

410 consultations de personnes détenues majeures ont eu lieu aux urgences du CHU de Nantes entre le 02/01/2014 et 09/12/2015. Ces consultations concernaient 306 patients différents.

27 consultations aux urgences ont été exclues dans un deuxième temps, après lecture des comptes rendus des urgences. Pour 18 d'entre elles il s'agissait de la seule consultation aux urgences du patient.

Elles concernaient :

- des personnes incarcérées au centre de semi liberté : 5 consultations,
- 5 examens médicaux sur réquisition ,
- 6 SDRE ,
- 3 hospitalisations directes aux urgences psychiatriques ou en secteur psychiatrique
- 5 épisodes de consultations concernaient en réalité des patients hospitalisés en chambre carcérale du service d'accueil des urgences la veille d'examens ou de soins programmés,
- 3 dossiers doublons (2 épisodes pour un même passage aux urgences).

L'analyse a donc été réalisée sur une population finale de 288 patients ayant effectué 383 consultations aux urgences.

B- caractéristiques de la population

1-sexe

95,8% des consultations concernaient des hommes. Ils provenaient de la maison d'arrêt pour 281 consultations, et pour les 102 autres du centre de détention.

4,2% des consultations concernaient donc les femmes, toutes issues de la maison d'arrêt.

2-âge

La moyenne d'âge des patients ayant consulté aux urgences était de 34,9 ans au centre de détention et 34,8 à la maison d'arrêt. L'âge médian était légèrement plus élevée pour le centre de détention : 32,6 ans versus 31,86 ans.

Le patient le plus jeune avait 18,2 ans et le plus âgé 82,5 ans.

3- établissement pénitentiaire

73,4% des consultations concernaient des personnes détenues à la maison d'arrêt, hommes et femmes confondus, et pour les 26,6% restants elles provenaient du centre de détention.

II-motifs de consultations

A-selon l'établissement carcéral

Les motifs de consultations les plus représentés étaient les motifs chirurgicaux, à 44,6%. Ils incluent la traumatologie, qui à elle seule représentait 32,4% des motifs de consultations. Venaient ensuite les motifs médicaux, à 34,2%, parmi lesquels les catégories les plus représentées étaient la cardiologie (8,4%) la neurologie (8,4%), puis la gastro-entérologie (8,1%). La psychiatrie représentait à elle seule les 21,2% de consultations restantes.

La proportion de consultations pour motif traumatologique était plus élevée chez les détenus du centre de détention (46,1% versus 27,4% pour la maison d'arrêt). A l'inverse les consultations pour motifs psychiatrique y étaient moins représentées (14,7% au centre de détention versus 23,5% à la maison d'arrêt). Cf annexe 1

B- selon l'âge

Les extractions médicales en urgence pour motif traumatologique ou psychiatrique diminuaient avec l'âge. Leurs parts des extractions chez les moins de 30 ans était de 38,8% pour la traumatologie et 26,3% pour la psychiatrie. Elles n'étaient respectivement plus que de 8,2% et de 10,2% chez les plus de 50 ans.

Les proportions d'extraction pour motif médical, notamment cardiologique, gastro-entérologique ou neurologique augmentaient avec l'âge. Les consultations pour motif cardiologiques représentaient 26,5% des extractions en urgence chez les plus de 50 ans, contre seulement 2,5% chez les moins de 30 ans.

Cf tableau 1 et annexe 2

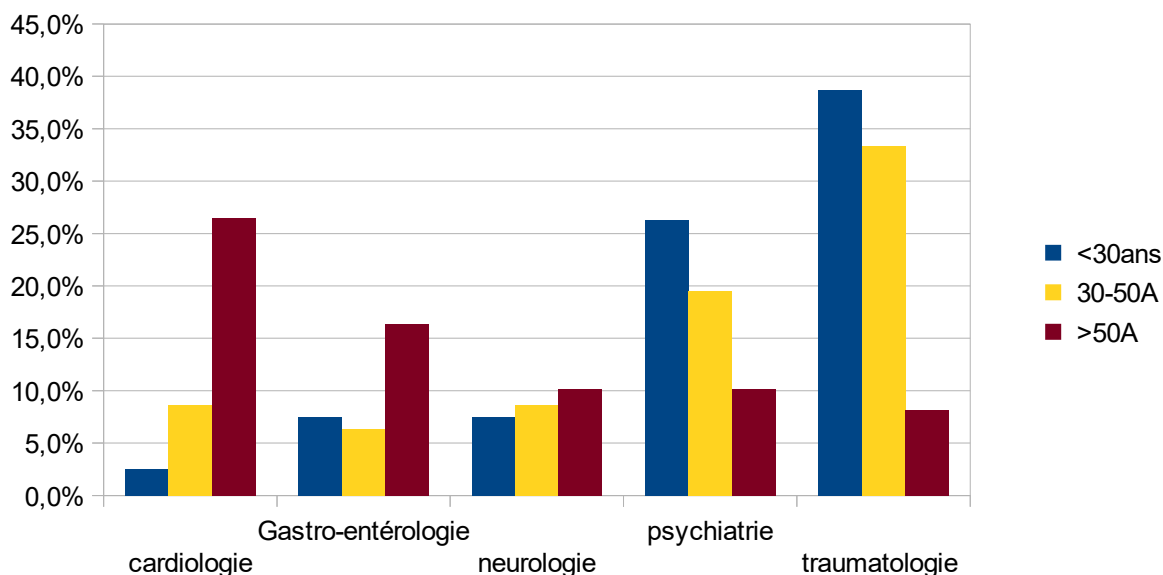


tableau 1 : motifs des consultations en fonction de l'âge des personnes détenues dans le centre pénitentiaire

III- l'orientation donnée suite à la consultation aux urgences

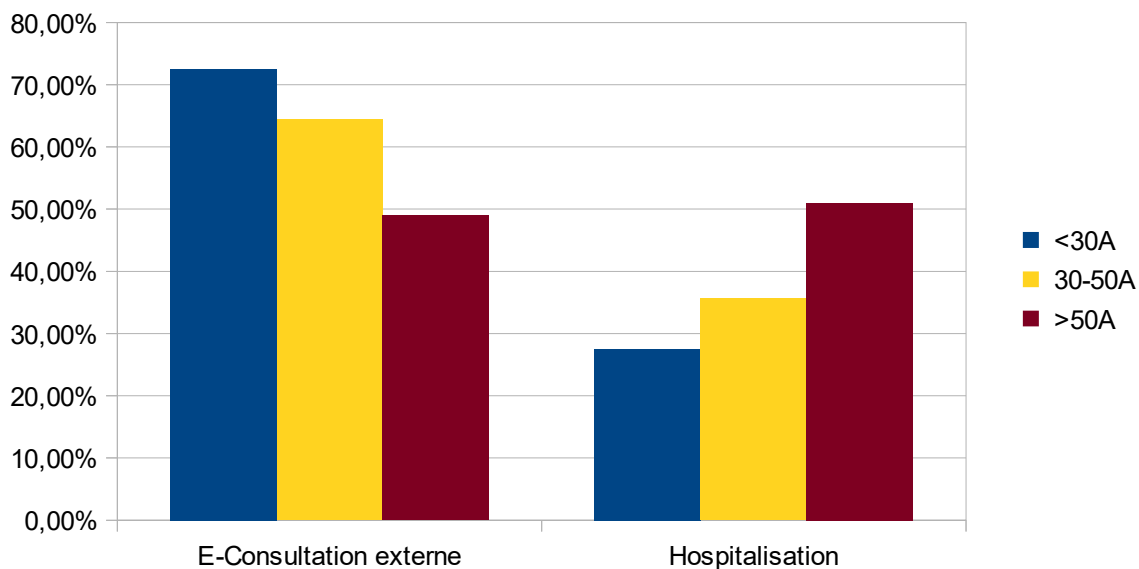
A-selon le motif de consultation

34,20% des consultations ont été suivies d'une hospitalisation. 40,5% des patients hospitalisés l'étaient pour motif psychiatrique, et 39,7% pour motif médical. Les patients adressés pour motif traumatologique représentaient 44% des patients orientés en consultations externes, c'est à dire retour en milieu carcéral, et seulement 9,2% des patients hospitalisés. Cf annexe 3

B-selon l'âge

Le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge du patient.

tableau 2 : orientation donnée suite à la consultation aux urgences selon l'âge du patient



C- selon l'établissement

Le taux d'hospitalisation était de 30,4% chez les patients provenant du CD, et de 35,6% chez les patients provenant de la MA.

IV-résultats par catégorie de motifs

A-Motifs chirurgicaux

1- Traumatologie

Parmi les 123 hommes détenus adressés aux urgences pour motif traumatologique, 76 provenaient de la maison d'arrêt et 47 du centre de détention. 1 femme a été adressée aux urgences pour motif traumatologique.

Les trois motifs traumatologiques principaux étaient les traumatismes de membre à 61,3%, les plaies à 18,5%, puis les traumatismes crâniens ou traumatismes de la face à 13,7%.

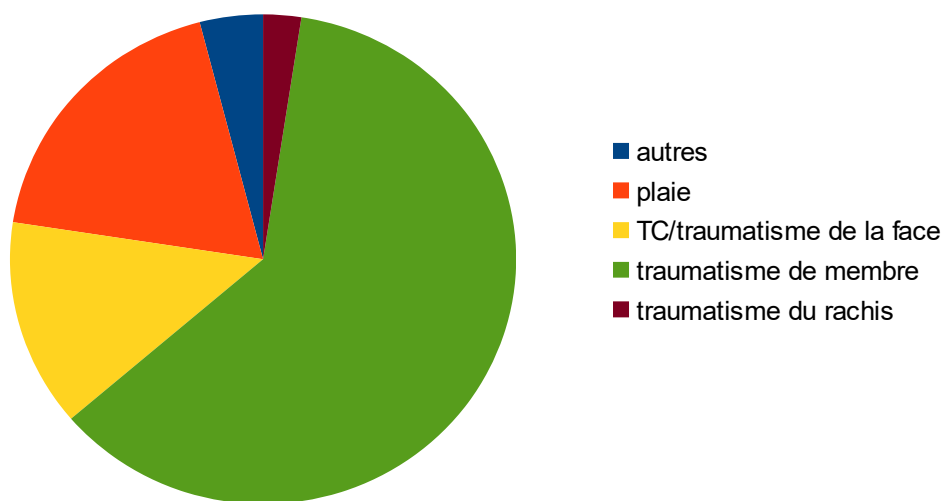


Tableau 3 : motifs traumatologiques pour les patients de la MA et du CD.

Le taux d'hospitalisation était de 9,7% pour les patients adressés pour motif traumatologique. 90,3% retournaient donc directement en détention suite à la consultation aux urgences.

Les diagnostics portés pour les patients adressés pour traumatismes de membres variaient entre la maison d'arrêt et le centre de détention.

La part de diagnostics de contusion était de 60,7 % chez les patients provenant du centre de détention, contre 16,7% chez ceux provenant de la maison d'arrêt.

La part de diagnostics de fracture, luxation ou subluxation était de 17,9% chez les patients provenant du centre de détention, contre 52,1% chez ceux provenant de la maison d'arrêt.

diagnostics	nb CD (%CD)	nb MA(%MA)	total(%total)
<u>Total traumatismes de membres</u>	28(100%)	48(100%)	76 (100%)
- contusions	17(60,7%)	8(16,7%)	25(32,9%)
- entorses	5(17,9%)	13(27,1%)	18(23,7%)
- fractures	4(14,3%)	20(41,7%)	24(31,6%)
- luxation/subluxation	1(3,6%)	5(10,4%)	6(7,9%)
- suspicion de fracture	1(3,6%)	2(4,2%)	3(3,9%)

Tableau 4: diagnostic portés chez les patients adressés pour traumatisme de membre

23 consultations aux urgences concernaient des plaies, il s'agissait pour 21 d'entre elles de plaies de la main. Sur ces 21 consultations pour plaie de la main, 1 a nécessité une hospitalisation, et 9 une consultation programmée à la clinique de la main.

Parmi les 17 patients adressés pour traumatisme crânien ou de la face, on retrouvait 7 diagnostics de traumatisme crânien sans gravité, 7 fractures d'os du massif facial ou du crâne (dont un avec hématome sous dural), 3 contusions de la face ou traumatisme dentaire.

2-Urologie

18 consultations pour motif urologique ont eu lieu, dont 9 pour coliques néphrétiques.
Cf annexe 4

3-Ophtalmologie, ORL , stomatologie

3 consultations pour motif ophtalmologique ont eu lieu aux urgences : œil rouge avec baisse d'acuité visuelle, corps étranger oculaire, traumatisme oculaire.
Il y a eu 6 consultations pour motif ORL ou stomatologique : 2 pour cellulite maxillaire , 1 pour phlegmon, 1 pour abcès dentaire, 1 pour luxation de la mandibule, 1 pour contracture de la mâchoire. Cf annexe 4

4- autres motifs chirurgicaux

20 consultations relevaient d'autres motifs chirurgicaux. Pour 18 d'entre elles il s'agissait de panaris ou d'abcès. Cf annexe 4

B- Motifs médicaux

1-cardiologie

32 patients ont été adressés aux urgences pour motif cardiologique.
Pour 23 d'entre eux il s'agissait d'une douleur thoracique , sans causes retrouvées au cours du bilan réalisé. Pour 5 d'entre eux il s'agissait d'un malaise, sans causes retrouvées au cours du bilan réalisé.
2 patients ont été adressés pour suspicion de thrombose veineuse profonde, ce diagnostic a été confirmé pour les deux.
1 patient a été adressé pour poussée d'hypertension artérielle, et un pour arrêt cardio-respiratoire.

2-neurologie

32 patients ont été adressés aux urgences pour motif neurologique.

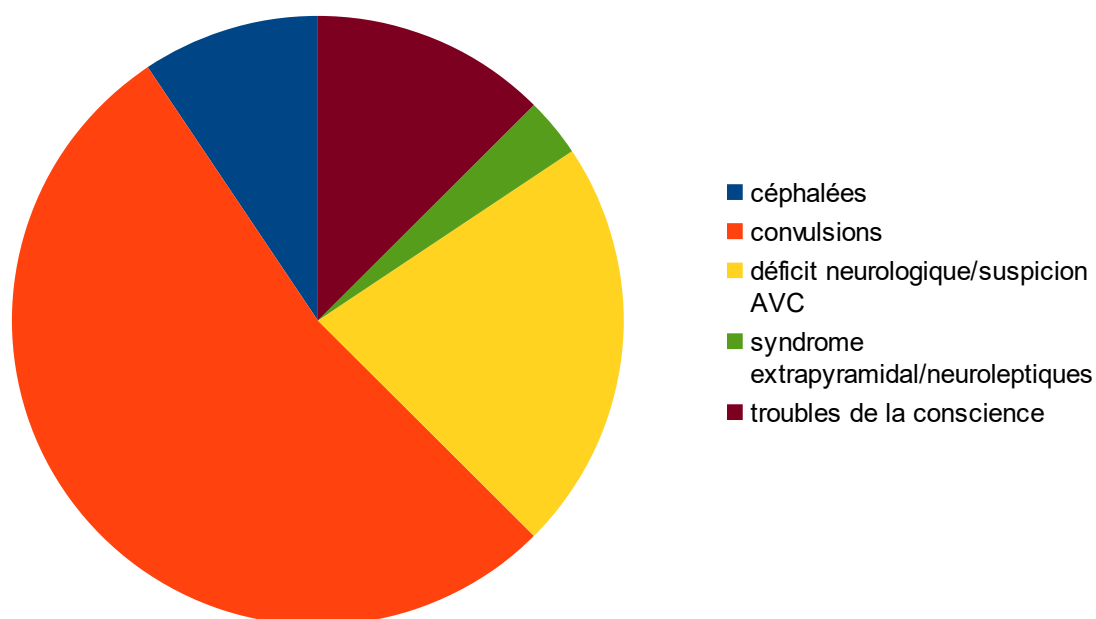


Tableau 5 motifs neurologiques pour les patients de la maison d'arrêt et du centre de détention

17 patients (soit 53,1%) ont été adressés pour convulsions, il s'agissait pour 13 d'entre de patients déjà diagnostiqués épileptiques.

3-gastro-entérologie

31 patients ont consultés pour motif gastro-entérologique. Les 3 motifs de consultation aux urgences étaient : les douleurs abdominales à 71%, les hématomèses à 16,1%, et les ingestions de corps étrangers à 12,9%.

Le diagnostic le plus fréquemment posé suite à la consultation aux urgences était celui de douleur abdominale sans anomalie retrouvée ou de troubles fonctionnels digestifs, à 51,6%. cf annexe 5

4-Rhumatologie

9 patients ont consulté aux urgences pour motif rhumatologique. Le motif pour 2 d'entre eux était des arthralgies, et pour les 7 autres des lombalgies ou sciatalgies.

5-Endocrinologie

8 patients ont consulté aux urgences pour motif endocrinologique. Il s'agissait pour les 8 de déséquilibre de diabète .

6- pneumologie

3 patients ont consulté aux urgences pour motif pneumologique. Il s'agissait pour 2 d'entre eux d'une crise d'asthme, et d'une décompensation de BPCO pour le troisième.

7- dermatologie

3 patients ont consulté aux urgences pour motif dermatologique, il s'agissait d'un érysipèle pour les 3.

8- néphrologie

Un patient a été adressé aux urgences pour syndrome œdémateux, et un autre pour troubles ioniques dans un contexte de grève de la faim.

9-autres motifs médicaux

On dénombrait 11 consultations pour autres motifs médicaux. On relevait comme motifs pour ces consultations : 4 syndromes de sevrage, 2 suspicions d'intoxication au monoxyde de carbone, 2 grèves de la faim compliquées, une prise de toxique, une réaction anaphylactique et un hématome spontané chez un patient hémophile.

C- Psychiatrie

Dans 92,6% des cas, les personnes détenues adressés aux urgences pour motif psychiatrique l'étaient pour lésion auto infligées.
Cf annexe 6

Ces lésions auto-infligées étaient des auto intoxication par médicaments à 61,3%.

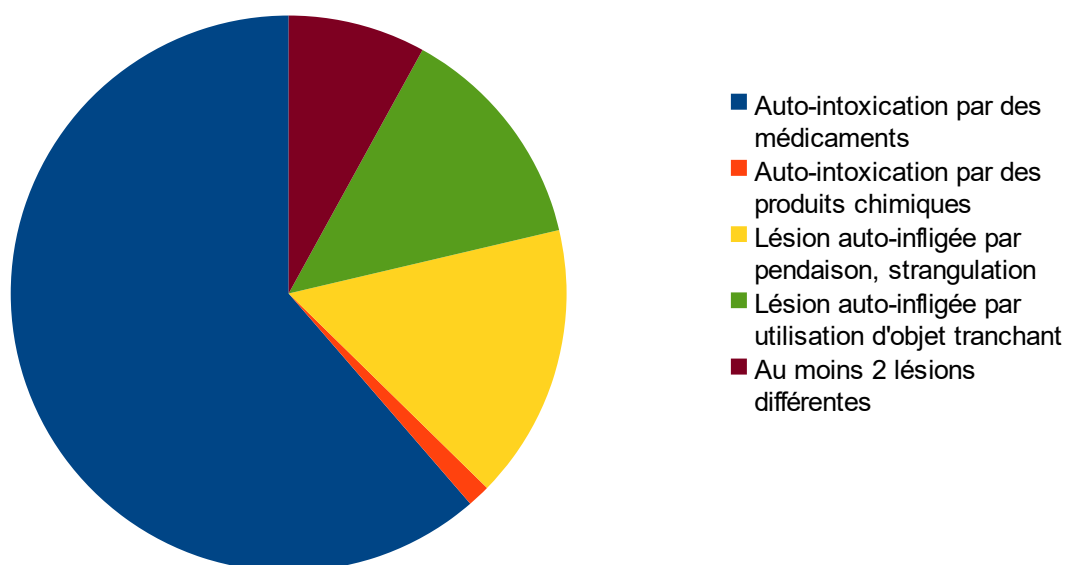


tableau 6 : lésions auto infligées chez les patients de la MA et du CD

V- RESULTATS SELON LA POPULATION

A-femmes

16 consultations aux urgences concernaient des femmes.
Il s'agissait pour 8 d'entre elles de motifs psychiatriques (8 lésions auto-infligée), pour 7 autres de motifs médicaux et pour 1 d'un motif traumatologique.
Cf annexe 8

B-patients à consultations multiples

23 patients ont effectué au moins 3 consultations aux urgences, ce qui concernait au total 79 consultations.

La moyenne d'âge des patients ayant consulté 3 fois ou plus était de 39,09 ans, contre 33,75 ans chez les patients consulté 1 ou 2 fois.

Pour 70,9% de ces consultations, les patients provenaient de la MA, et pour 29,1% du CD.

Au niveau des motifs de consultation, la part de motifs médicaux était plus importante chez les patients ayant consulté 3 fois ou plus aux urgences (53,2% versus 29,2%) que chez ceux ayant consulté moins de 3 fois. On notait davantage motifs cardiologiques (20,3% versus 5,2%) et neurologiques (15,2% versus 6,6%).

La part de consultation pour motifs psychiatrique est semblable dans les deux groupes.

Les patients ayant consulté plus de 3 fois aux urgences présentaient une part de motifs traumatologiques plus faibles que ceux ayant consulté moins de 3 fois (17,7% versus 37,1%).
cf annexe 7 et tableau 10

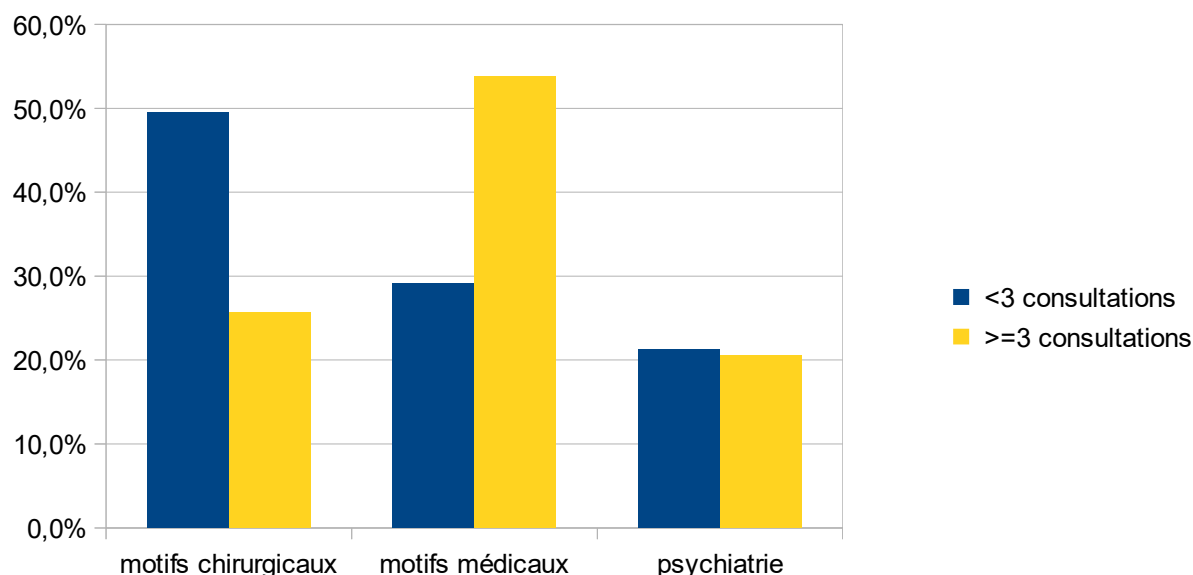


Tableau 7 : motifs de consultations aux urgences selon de nombre de consultation par patient

DISCUSSION

I. Résultat principal

Les motifs psychiatriques et traumatologiques représentaient à eux seuls plus de la moitié des motifs de consultations.

On dénombrait 44,6% de motifs chirurgicaux, la traumatologie à elle seule représentant 32,4% du total des motifs de consultations.

Les motifs médicaux représentaient 34,2% des motifs de consultations. Les motifs cardiologiques (8,4%) , neurologiques (8,4%) et gastro-entérologiques (8,1%) étaient les plus fréquents.

Les motifs psychiatriques concernaient 21,2% des consultations.

II. Les forces et faiblesses de cette étude

A-méthodes

1- recrutement des sujets

Nous avons choisi d'exclure les mineurs. L'EPM ne faisant pas partie du centre pénitentiaire de Nantes, l'organisation y est différente, et la présence médicale n'y est pas quotidienne comme à la maison d'arrêt ou au centre de détention. Le taux d'extraction au sein des EPM est 3 fois plus élevé que le taux tout établissement pénitentiaire confondu [17], ce qui aurait pu engendrer une surreprésentation des motifs de consultations de cette population.

Nous avons également exclu les personnes détenues en CSL. Ces personnes pouvaient consulter aux urgences sans régulation par le 15. Ils ne nécessitaient pas d'escortes, et n'avaient donc pas de répercussion sur la prise en charge des autres personnes détenues.

Nous avons exclu les extractions médicales programmées. Certains patients ayant un acte ou examen complémentaire programmés, par exemple une extraction de dents de sagesse ou une coloscopie, sont admis la veille dans la chambre carcérale des urgences. Cette extraction ne donne pas lieu à une consultation au service des urgences, et étant programmée elle n'impacte pas la prise en charge des autres personnes détenues.

Nous avons exclu les personnes détenues ayant consulté aux urgences sur réquisition pendant la garde à vue. Ces consultations ne concernaient pas une urgence médicale, elles avaient lieu sur décision du juge.

Nous avons exclu les patients hospitalisés en SDRE ou hospitalisés directement en psychiatrie. Ces patients bénéficiaient parfois d'une consultation aux urgences avant leur entrée dans le service de psychiatrie, mais cette consultation avait pour but d'écarter un motif somatique et n'était pas à l'origine de l'extraction médicale.

Des hospitalisations directes en psychiatrie ont pu être gérées par le SMPR sans consultation aux urgences. Cela a pu conduire à une sous estimation des consultations pour motifs psychiatriques.

2-recueil des données

Pour certaines consultations aux urgences incluses, nous n'avons pas retrouvé de compte rendu de consultation aux urgences. En recherchant dans le registre des extractions et des dossiers

médicaux de l'unité sanitaire nous avons pu retrouver le motif de l'extraction pour chacune. Il s'agissait d'extractions programmées ou de consultations sur réquisitions lors de la garde à vue, donc à exclure.

Dans les dossiers présentant des motifs de consultations ou des diagnostic multiples, seul le motif et le diagnostic principaux ont été retenus. Ce choix a pu conduire à la sous estimation de certains motifs secondaires.

Il s'agissait d'un recueil rétrospectif, le diagnostic mentionné sur le compte rendu des urgences était parfois incomplet ou imprécis. Dans ce cas il a été complété avec le diagnostic posé pendant l'hospitalisation suivant la consultation aux urgences, si celle-ci a été suivie d'une hospitalisation. Cela a pu induire un biais d'interprétation.

Pour faciliter l'analyse, les motifs de consultation ont été regroupés par catégorie. Les classifications des motifs peuvent être discutées, par exemple la classification des ingestions de corps étranger classées en gastro entérologie plutôt qu'en chirurgie. Ces choix ont pu entraîner un biais de classement.

B-résultats

1- orientation décidée suite à la consultation aux urgences

Pour analyser l'orientation donnée aux patients suite à leur consultation aux urgences, nous avons choisi de regrouper les patients orientés ADUH avec les patients hospitalisés. Cela permettait une meilleure lisibilité des résultats, mais a pu aussi amener à surestimer la population hospitalisée. Mais la cotation ADUH n'était pas systématisée jusqu'en octobre 2015, donc pendant la majeure partie de cette étude. A cette date le logiciel surfnat a été ajouté aux urgences de Nantes, rendant la cotation ADUH automatique lorsque les critères étaient réunis. On peut donc supposer que la part de patients justifiant une cotation ADUH était sous estimée pendant notre période d'étude.

2-motifs de consultations

Au niveau de la traumatologie, il aurait pu être intéressant de distinguer l'origine du traumatisme : sport, agression, accident, rixe. Mais s'agissant d'une étude rétrospective, le manque de données et le biais de déclaration auraient rendu l'analyse peu fiable.

Dans la classification des motifs psychiatriques, nous avons préféré le terme de lésions auto-infligées plutôt que de tentatives de suicide, dans la mesure où il nous était difficile d'établir l'intentionnalité suicidaire de façon rétrospective. Nous avons donc classé les lésions auto-infligées à l'aide du CIM 10.

III. Les études semblables

Trois thèses ont déjà exploré en partie ce sujet. Deux d'entre elles retrouvaient une majorité de motifs psychiatriques, traumatologiques et toxicologiques. La dernière retrouvait une majorité de motifs médicaux.

La première portait sur les personnes détenues à la maison d'arrêt de Draguignan et hospitalisées entre janvier 2003 et août 2005, de façon programmée ou en urgence. Les motifs de consultation aux urgences non suivies d'hospitalisation étaient majoritairement traumatologiques (24%), suivis des plaies (7%), des douleurs abdominales (7%) et des convulsions (5%). Les motifs d'hospitalisations en urgences et d'hospitalisations programmées étaient analysés ensembles : le motif le plus fréquent était la traumatologie (11%), suivi des intoxications médicamenteuses volontaires (9,2%). [7]

Une thèse réalisée dans le département de l'Aube portait sur les appels au 15 provenant du centre pénitentiaire du département, composé de la maison centrale de Clairvaux, du centre de détention de Villenaux la grande, et de la maison d'arrêt de Troyes, entre 2008 et 2011. Les motifs d'appels les plus représentés étaient la psychiatrie 24,8%, la traumatologie 21,1%, puis la toxicologie 12,6%. [6]

La dernière thèse en date réalisée sur le sujet portait sur les appels au 15 provenant de la maison d'arrêt des Baumettes durant d'année 2014. Parmi les détenus extraits à l'hôpital suite à ces appels, il s'agissait à 51,9% pathologies médicales, à 33,6% de pathologies psychiatriques (composées à 83,1% de tentatives de suicide), et à 12,4% de pathologies chirurgicales. Les motifs d'ordre cardiologique, gastro-entérologiques et neurologiques représentaient respectivement 18,4%, 12,2% et 11,6% des pathologies médicales. Elle différenciait extraction médicalement discutable et extraction médicalement indispensable, critère que nous n'avons pas souhaité reprendre dans notre étude devant l'absence de grille d'évaluation appropriée. [8]

Deux de ces thèses ont sélectionné les patients adressés aux urgences suite à un appel au 15 . Or selon l'auteur de la thèse réalisée à la maison d'arrêt des Baumettes, 25 % des extractions médicales en urgences ne font pas suite à un appel au 15 , leurs motifs n'ont donc pas été pris en compte.

Ces 3 thèses notaient donc une part importante de motifs psychiatriques et traumatologiques, et parmi les motifs médicaux, une part importante de motifs cardiologiques, neurologiques et gastro-entérologiques. Mais ces études ne portaient pas sur la même population (appel au 15 , hospitalisations programmées..) et n'utilisaient pas la même classification de motifs, ce qui rend les comparaisons difficiles.

IV-Hypothèses et recontextualisation des résultats

A- caractéristiques population extraite

Dans notre étude 4,2 % des consultations concernaient des femmes. Au premier janvier 2015 les femmes représentait 3,5% de la population du centre pénitentiaire de Nantes. Elles étaient incarcérées à la MA. Une surreprésentation des femmes dans les appels aux 15 avait été retrouvée dans l'étude menée aux Baumettes, sans cause évidente, elle n'est pas retrouvée dans notre étude.

L'âge moyen des détenus de la MA et du CD correspond à celui des détenus français, qui est de 34,6 ans. Nous pensions que la population était plus âgée au CD, au vu des peines plus longues

et du délai de prescription allongé pour les auteurs de violences sexuelles. La moyenne d'âge s'est avérée similaire entre les deux établissements.

La population du centre pénitentiaire de Nantes au 01/01/2015 était détenue à 63,6% à la MA (hommes et femmes confondus), et à 36,4% au CD.

Les consultations aux urgences concernaient la population de maison d'arrêt, hommes et femmes confondus à 73,4%, et celle du CD à 26,6%.

Cette surreprésentation de la population de la MA peut s'expliquer par une variation non significative due au petit échantillon. Elle peut aussi s'expliquer par une file active plus grande à la MA du fait des durées d'incarcération plus courtes qu'au CD.

B-motifs de consultations

Les motifs de recours aux urgences d'ordres psychiatriques ou traumatologiques étaient très fréquents comme dans les autres études. Ce résultat peut s'expliquer par la plus forte prévalence des pathologies psychiatriques et traumatologiques en milieu carcéral comparé à la population générale. De plus, la traumatologie représente déjà une part importante des motifs de recours aux urgences dans la population générale, estimée à 36% en 2013.[19]

Parmi les motifs médicaux, les motifs cardiologiques, gastro-entérologiques et neurologiques sont les plus fréquents, comme dans l'étude réalisée aux Baumettes. Au niveau des motifs gastro-entérologiques, cette tendance est retrouvée dans la population générale. [19]

1-selon l'établissement

On retrouvait davantage de motifs cardiologiques et neurologiques chez les patients provenant de la MA. Cette différence peut s'expliquer par une simple variation due au petit échantillon.

La part de motifs psychiatriques étaient aussi plus importante à la MA. La présence de prévenus dans cet établissement, contrairement au CD, peut expliquer cette différence. En effet, les prévenus présentent un taux de mortalité par suicide 3 fois plus élevé que celui des condamnés, ils sont confrontés aux périodes de mise sous écrou, de jugement, qui sont à haut risque suicidaire.[20] La MA accueille aussi des personnes détenues qui nécessitent une hospitalisation au SMPR, notamment lorsque de décompensation de pathologies psychiatriques.

On retrouvait davantage de recours aux urgences pour motif traumatologique chez les patients provenant du CD, ces résultats sont discutés plus loin.

2- selon l'âge

Les consultations pour motif traumatologique ou psychiatrique diminuaient avec l'âge. On peut supposer que la pratique intensive du sport et les rixes sont moins fréquentes chez les patients plus âgés. Cette diminution des motifs traumatologiques avec l'âge est aussi retrouvée dans la population générale consultant aux urgences.[19]

Dans la population générale, le taux de tentative de suicide dans les 12 derniers mois est le plus élevé chez les 20-25 ans pour les hommes, puis diminue avec l'âge.[21] Les motifs psychiatriques de recours aux urgences dans la population carcérale analysée étant très majoritairement des lésions auto-infligées, leur diminution avec l'âge peut refléter cette tendance.

Les proportions d'extraction pour motif cardiologique, gastro-entérologique ou neurologique augmentaient avec l'âge. Cela peut être dû à une plus grande part de patients polypathologiques avec l'âge.

Les patients ayant consulté au moins 3 fois aux urgences le faisait d'avantage pour les motifs médicaux et étaient en moyenne plus âgés. Il pourrait s'agir là encore de patients polypathologiques ou présentant une maladie chronique avec un mauvaise observance des traitements.

C-orientation après consultation

On retrouvait une augmentation du taux d'hospitalisation avec l'âge du patient, variation aussi retrouvée dans la population générale. [22]

D- résultats par motifs

1- motifs chirurgicaux

On retrouvait davantage de consultations pour motifs traumatologiques chez les détenus provenant du CD, mais aussi une plus grande part de contusions dans les diagnostics de ces traumatismes. Le CD n'est pas équipé de matériel radiologique, et les consultations d'orthopédie y sont 3 fois moins fréquentes qu'à la maison d'arrêt. Lorsqu'une radiographie en urgence semble nécessaire, la personne détenue est adressée au service d'accueil des urgences. Les plaies étaient en grande majorité situées au niveau de la main, nécessitant une exploration. Les autres plaies sont suturées à l'unité sanitaire.

Les consultations aux urgences pour coliques néphrétiques mettent en avant le problème des examens en semi urgence. La prise en charge recommandée pour les coliques néphrétiques est la réalisation d'une échographie des voies urinaires dans les 48h. Le délais de rendez vous pour une échographie pour les patients détenus est d'un mois, en l'absence de consultation aux urgences. Cette constatation était aussi faite dans la thèse réalisée aux Baumettes.

2- motifs médicaux

Deux patients ont été adressés aux urgences pour suspicion de thrombose veineuse profonde. Ces consultations ont eu lieu du fait de l'impossibilité de réaliser un écho doppler des membres inférieurs dans un délais convenable en dehors du recours à ce service. 23 patients ont consulté aux urgences pour douleur thoracique, avec au final un bilan négatif. Si l'ECG est réalisé à l'unité sanitaire, le cycle de troponine n'y est pas réalisable, ce qui conduit à adresser une part de ces patients aux urgences, souvent sur avis cardiologique.

Parmi les motifs neurologiques de consultation on retrouvait une majorité de convulsions, concernant en majorité des patients épileptiques connus. Les patients adressés pour motifs endocrinologique l'étaient tous pour décompensation de diabète. Ces résultats peuvent s'expliquer par les problèmes d'observance de traitement dans la population carcérale, ainsi que par la prévalence de prise de toxiques.

Les douleurs abdominales avec bilan négatif représentaient une majorité des diagnostics posés pendant la consultation aux urgences pour motifs gastro-entérologique. Les difficultés de réalisation de bilan sanguin après 11 heures au sein de l'unité sanitaire, du fait de l'absence de laboratoire d'analyse sur place, ont pu participer à ce résultat.

3-psychiatrie

Les lésions auto-infligées par objet coupant nous ont semblé beaucoup moins représentées qu'à l'unité sanitaire. De nombreux patients présentant des plaies auto-infligées reçoivent les soins somatiques à l'unité sanitaire, et sont hospitalisés par la suite au SMPR.

En revanche les patients présentant une auto intoxication par médicaments nécessitent une surveillance médicale prolongée, que l'unité sanitaire ne peut pas réaliser. Ce mode de lésion auto-infligée est donc possiblement surreprésenté chez les patients adressés aux urgences. Sa forte prévalence était aussi retrouvée dans les autres thèses, notamment celle des Baumettes où il concernait 2/3 des tentatives de suicide, mais aussi dans la population générale puisque le mode de tentative de suicide le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse volontaire. [21]

V- Évolution constatée et perspectives

A-Évolution

Depuis la fin de cette étude, le nombre de personnes détenues n'a cessé de croître, atteignant 70230 au premier avril 2017, avec un taux moyen d'occupation des maisons d'arrêt de 145%. [23]
La population écrouée âgée de plus de 60 ans semble augmenter encore plus rapidement puisqu'elle a doublé entre 1997 et 2012, lorsque la population écrouée n'a été multipliée que par 1,7. [24]

Au niveau du centre pénitentiaire de Nantes, des efforts de coordination entre unité sanitaire et administration pénitentiaire ont été réalisés.

Un changement dans le protocole permet désormais d'adresser les patients avec des plaies de main directement à la clinique de la main, sans passer par l'établissement de santé de référence qui est le CHU de Nantes.

B-Comment garantir l'égalité des soins pour les personnes détenues ?

1-Par un meilleur accès aux examens d'imagerie ?

Durant les 2 années de l'étude, 22 consultations pour contusions ou entorse auraient pu être évitées si les personnes détenues au centre de détention avaient bénéficié d'une radiographie sur place.

Mais il semble difficile de justifier l'installation de matériel de radiologie au centre de détention, ainsi que la présence d'un manipulateur radiographique, pour éviter au mieux une dizaine d'extraction médicale en urgence par an.

De la même façon, la réalisation d'une FAST Échographie à l'unité sanitaire pourrait limiter le nombre d'extraction aux urgences pour douleurs abdominales, coliques néphrétiques ou suspicions de thrombose veineuse profonde. Sur les 2 années de l'étude, cela aurait concerné potentiellement 29 consultations : 20 douleurs abdominales à bilan négatif ou adénites mésentériques, 9 coliques néphrétiques, et 2 suspicions de thrombose veineuse profonde. Cependant l'échographie est un examen opérateur dépendant, quelle sensibilité et spécificité aurait cet examen complémentaire pour les pathologies citées ci dessus si environ 15 échographies sont réalisées par an, et par des opérateurs différents ?

Il me semble qu'un accès à des échographies programmées en semi urgences, et donc sans passage par le service des urgences, permettrait une qualité de soins équivalente à la population générale. Cela nécessite de poursuivre les efforts de coordination avec l'administration pénitentiaire.

Hors contexte d'urgence, des permissions peuvent être accordées aux personnes détenues pour se rendre en consultation ou bénéficier de soins. Cette procédure est peu fréquente, et surtout proposée aux personnes détenues au centre de détention, mais permet d'éviter le recours à une escorte.

2-Quelle place pour la télémedecine ?

Des dispositifs de télémedecine sont déjà en place à la MA et au CD. Leur utilisation a permis 60 consultations à distance en 2015 et va continuer à se développer. Cependant une consultation de télémedecine nécessite une présence médicale ou infirmière sur place, en plus du praticien à distance. Elle est donc non fonctionnelle en dehors des horaires de l'unité sanitaire. La décision d'adresser un patient aux urgences par un médecin de l'unité sanitaire est généralement motivée par la nécessité de réalisation d'un acte technique, examen complémentaire ou surveillance non réalisable à l'unité sanitaire. Dans ce cadre quelle place peut avoir la télémedecine?

3-L'importance de la poursuite des efforts d'éducation thérapeutiques

Nous avons constaté que les patients ayant recours de multiples fois aux urgences le faisaient principalement pour des motifs médicaux, notamment dans le cadre de pathologies chroniques déjà diagnostiquées. L'éducation thérapeutique tient une place importante à l'unité sanitaire, et doit être amenée à se développer davantage pour lutter contre ces problèmes de manque d'observance.

Dans le contexte d'une population carcérale grandissante et vieillissante, on peut s'attendre à des besoins en soins de plus en plus important.

Pour préserver l'égalité des soins entre personnes détenues et population générale, tout en limitant les extractions, il est essentiel de poursuivre le développement de la télémedecine pour les consultations spécialisées programmées, et de réévaluer sa place dans la prise en charge des urgences médicales en fonction des avancées technologiques.

Du côté de la justice et l'administration pénitentiaire, accorder lorsque cela est possible des permissions aux détenus pour se rendre d'eux même en consultation ou soins programmés induirait un moindre coût et un recours au soins dans de meilleures conditions pour les personnes détenues. On peut s'attendre à une proportion de plus en plus grande de patients atteints de maladies chroniques ou polyopathiques pour lesquels un renforcement des propositions d'éducatons thérapeutiques est indispensable pour permettre une meilleur observance et donc un moindre recours aux soins en urgence.

Il serait intéressant d'effectuer une étude similaire chez les mineurs incarcérés, notamment à l'établissement pénitentiaire pour mineurs d'Orvault.

Dans le but de développer la prévention et l'éducation thérapeutique, les données sur la traumatologie en milieu carcéral pourraient être approfondies avec une étude portant sur les causes de traumatismes, notamment sur les pratiques sportives à risque. Une meilleur connaissance des maladies chroniques et des moyens d'éducation thérapeutique en milieu carcéral permettrait aussi d'améliorer la qualité des soins proposés aux personnes détenues.

Si quelques études ont été réalisées sur l'utilisation de la télémedecine en milieu carcéral, elles portaient sur des consultations spécialisées programmées. Une évaluation de son utilisation en contexte d'urgence aboutirait peut-être à élargir la place utilisée par cette technique.

ANNEXES

<u>Motifs de consultations</u>	<u>nb CD (%CD)</u>	<u>nb MA (% MA)</u>	<u>total (% total)</u>
<u>motifs chirurgicaux</u>	58 (56,9%)	113 (40,2%)	171 (44,6%)
Traumatologie	47 (46,1%)	77 (27,4%)	124 (32,4%)
Autres motifs chirurgicaux	4 (3,9%)	16 (5,7%)	20 (5,2%)
Urologie	3 (2,9%)	15 (5,3%)	18 (4,7%)
ORL/stomatologie	3 (2,9%)	3 (1,1%)	6 (1,6%)
Ophtalmologie	1 (1,0%)	2 (0,7%)	3 (0,8%)
<u>motifs médicaux</u>	29 (28,4%)	102 (36,3%)	131 (34,2%)
Cardiologie	5 (4,9%)	27 (9,6%)	32 (8,4%)
Neurologie	6 (5,9%)	26 (9,3%)	32 (8,4%)
Gastro-entérologie	8 (7,8%)	23 (8,2%)	31 (8,1%)
Autres motifs médicaux	3 (2,9%)	8 (2,8%)	11 (2,9%)
Rhumatologie	5 (4,9%)	4 (1,4%)	9 (2,3%)
Endocrinologie	1 (1,0%)	7 (2,5%)	8 (2,1%)
Dermatologie	0 (0,0%)	3 (1,1%)	3 (0,8%)
Pneumologie	1 (1,0%)	2 (0,7%)	3 (0,8%)
Néphrologie	0 (0,0%)	2 (0,7%)	2 (0,5%)
<u>Psychiatrie</u>	15 (14,7%)	66 (23,5%)	81 (21,2%)
<u>total</u>	102 (100%)	281 (100%)	383 (100%)

Annexe 1 : motifs de consultations aux urgences selon l'établissement

<u>Motifs de consultations</u>	<u>>30 ans(% <30ans)</u>	<u>30-50 ans(% 30-50 ans)</u>	<u>>50 ans(%>50ans)</u>
<u>motifs chirurgicaux</u>	80 (50%)	82 (47,1%)	9 (18,4%)
Traumatologie	62 (38,8%)	58 (33,3%)	4 (8,2%)
Autres motifs chirurgicaux	9 (5,6%)	9 (5,2%)	2 (4,1%)
Urologie	7 (4,4%)	10 (5,7%)	1 (2,0%)
ORL/stomatologie	1 (0,6%)	4 (2,3%)	1 (2,0%)
Ophtalmologie	1 (0,6%)	1 (0,6%)	1 (2,0%)
<u>motifs médicaux</u>	38 (23,7%)	58 (33,3%)	35 (71,4%)
Cardiologie	4 (2,5%)	15 (8,6%)	13 (26,5%)
Neurologie	12 (7,5%)	15 (8,6%)	5 (10,2%)
Gastro-entérologie	12 (7,5%)	11 (6,3%)	8 (16,3%)
Autres motifs médicaux	7 (4,4%)	2 (1,1%)	2 (4,1%)
Rhumatologie	1 (0,6%)	6 (3,4%)	2 (4,1%)
Endocrinologie	1 (0,6%)	5 (2,9%)	2 (4,1%)
Dermatologie	0 (0,0%)	2 (1,1%)	1 (2,0%)
Pneumologie	1 (0,6%)	1 (0,6%)	1 (2,0%)
Néphrologie	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1 (2,0%)
<u>Psychiatrie</u>	42 (26,3%)	34(19,5%)	5 (10,2%)
<u>Total</u>	160 (100%)	174 (100%)	49 (100%)

Annexe 2 : motifs de consultations aux urgences en fonction de l'âge

<u>orientation</u>	<u>consultation externe</u>	<u>hospitalisation</u>
<u>motifs chirurgicaux</u>	145 (57,5%)	26 (19,8%)
Traumatologie	112 (44,4%)	12 (9,2%)
Autres motifs chirurgicaux	10 (4,0%)	10 (7,6%)
Urologie	15 (6,0%)	3 (2,3%)
ORL/stomatologie	5 (2,0%)	1 (0,8%)
Ophtalmologie	3 (1,2%)	0 (0,0%)
<u>motifs médicaux</u>	79 (31,3%)	52 (39,7%)
Cardiologie	27 (10,7%)	5 (3,8%)
Neurologie	17 (6,7%)	15 (11,5%)
Gastro-entérologie	19 (7,5%)	12 (9,2%)
Autres motifs médicaux	6 (2,4%)	5 (3,8%)
Rhumatologie	7 (2,8%)	2 (1,5%)
Endocrinologie	1 (0,4%)	7 (5,3%)
Dermatologie	1 (0,4%)	2 (1,5%)
Pneumologie	1 (0,4%)	2 (1,5%)
Néphrologie	0 (0,0%)	2 (1,5%)
<u>Psychiatrie</u>	28 (11,1%)	53(40,5%)
<u>Total</u>	252 (100%)	131 (100%)

Annexe 3 : orientation donnée suite à la consultation aux urgences

Motifs de consultations	nb CD	nb MA	total
motifs chirurgicaux			
<u>Traumatologie</u>	47	77	124
- traumatisme de membre	28	48	76
- plaie	11	12	23
- traumatisme crânien/de la face	6	11	17
- autres	1	4	5
- traumatisme rachidien	1	2	3
<u>Autres motifs chirurgicaux</u>	4	16	20
- abcès/panaris	3	15	18
- complication post chirurgicale	0	1	1
- hernie inguinale	1	0	0
<u>Urologie</u>	3	15	18
- colique néphrétique	1	8	9
- rétention aiguë d'urine	0	2	2
- paraphimosis	1	1	2
- épididymite/urétrite	1	1	2
- douleur/traumatisme testiculaire	0	2	2
- polypes vésicaux	0	1	1
<u>ORL/stomatologie/ophtalmo</u>	4	5	9
-ORL/stomatologie	3	3	6
-ophtalmologie	1	2	3

Annexe 4 : motifs chirurgicaux de consultation aux urgences

Diagnosics	nb (%)
<u>Gastro-entérologie</u>	
-douleur abdominale bilan négatif	16(51,6%)
-ingestion de corps étranger	5(16,1%)
-œsophagite/suspicion UGD	4(12,9%)
-hématémèse np , hématémèse sur thrombopénie	2(6,5%)
-adénite mésentérique	2(6,5%)
-pancréatite chronique compliquée	1(3,2%)
-hépatite auto-immune	1(3,2%)

np : non précisée

Annexe 5 : diagnostics portés chez les patients de la maison d'arrêt et du centre de détention adressés pour motif gastro-entérologique aux urgences

motif de consultation	nb CD (%CD)	nb MA(%MA)	total(%total)
lésion auto-infligées	14(93,3%)	61(92,4%)	75(92,6%)
risque suicidaire	0(0,0%)	2(3,0%)	2(2,5%)
trouble du comportement	1(6,7%)	1(1,5%)	2(2,5%)
suspicion bouffée délirante aiguë	0(0,0%)	1(1,5%)	1(1,2%)
crise d'angoisse	0(0,0%)	1(1,5%)	1(1,2%)

Annexe 6 : consultations pour motifs psychiatriques au service d'accueil des urgences

<u>motif de consultation</u>	<u>nb <3 consultations (%<3)</u>	<u>nb ≥3 consultations (%≥3)</u>
<u>motifs chirurgicaux</u>	151 (49,5%)	20 (25,6%)
Traumatologie	110 (37,1%)	14 (17,7%)
Autres motifs chirurgicaux	20 (6,6%)	0 (0,0%)
Urologie	12 (3,9%)	6 (7,6%)
ORL/stomatologie	6 (2,0%)	0 (0,0%)
Ophtalmologie	3 (1,0%)	0 (0,0%)
<u>motifs médicaux</u>	89 (29,2%)	42 (53,8%)
Cardiologie	16 (5,2%)	16 (20,3%)
Neurologie	20 (6,6%)	12 (15,2%)
Gastro-entérologie	26 (8,5%)	5 (6,3%)
Autres motifs médicaux	9 (3,0%)	2 (2,5%)
Rhumatologie	5 (1,6%)	4 (5,1%)
Endocrinologie	6 (2,0%)	2 (2,5%)
Dermatologie	3 (1,0%)	0 (0,0%)
Pneumologie	3 (1,0%)	0 (0,0%)
Néphrologie	1 (0,3%)	1 (1,3%)
<u>Psychiatrie</u>	65 (21,3%)	16 (20,5%)
total	305 (100%)	78 (100%)

Annexe 7 : motifs de consultation aux urgences en fonction du nombre de consultation par patient

motif de consultation	nb
motif chirurgicaux	1
-traumatologie	1
motifs médicaux	7
-cardiologie	2
-neurologie	1
-gastro-entérologie	3
-pneumologie	1
psychiatrie	8
- lésion auto-infligée	8

Annexe 8: motifs des consultations concernant les femmes du centre pénitentiaire

BIBLIOGRAPHIE

- [1]-Ministère de la justice. Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée en France. [En ligne]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2015.pdf. Consulté le 5 novembre 2015.
- [2]-IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. [En ligne]. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf. Consulté le 12 janvier 2017.
- [3]-IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf>. Consulté le 5 novembre 2015.
- [4]-Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Rapport d'activité de l'unité de consultation et de soins ambulatoires Maison d'arrêt et centre de détention année 2015.
- [5]-InVS, Institut de Veille Sanitaire. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. [En ligne]. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9520. Consulté le 12 janvier 2017.
- [6]- Lagel-Francisco C. Prise en charge des urgences sanitaires en milieu carcéral : étude portant sur 936 cas de 2008 à 2011 dans le département de l'Aube. Thèse de médecine. Université de Reims; 2012, 103p.
- [7]- Sudre E. Epidémiologie des hospitalisations de l'UCSA de Bordeaux : étude de cas admis dans les services hospitaliers de Bordeaux du 01 Janvier 2003 au 31 Août 2005. Thèse de médecine. Université de Bordeaux II ; 2006, 93p.
- [8]- Arbaj S. Urgences en milieu carcéral : bilan d'un an d'étude au centre pénitentiaire des Baumettes. Thèse de médecine. Université d'Aix Marseille; 2015, 36p.
- [9]-INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Age moyen et âge médian de la population en 2017. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>. Consulté le 6 février 2017.
- [10]-Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et résultats. 2005;386:1-12.
- [11]-INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la santé. Baromètre santé 2005 premiers résultats. [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf>. Consulté le 6 février 2017.
- [12]-Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6.
- [13]-Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Barbier C, Caté L, Chemlal K, et al. La prévalence de l'hépatite C et du VIH chez les personnes détenues en France. Enquête Prevacar 2010. Journée nationale de restitution de l'enquête, 20 juin 2011. 2011.
- [14]-Ministère de la justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. [En ligne]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf. Consulté le 6 février 2017.
- [15]-CGLPL, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. [En ligne]. <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf>. Consulté le 12 janvier 2017.
- [16]-Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les personnes détenues. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/personnes-detenees/article/personnes-detenees>. Consulté le 6 février 2017.

[17]-5- OSSD, Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues. Exploitation des données 2009-2010 : rapport de présentation.

[en ligne]. http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/Rapport_oSSD_2009_2010.pdf consulté le 05/11/2015

[18]-Ministère de la justice. Nantes établissement pénitentiaire. [En ligne]

<http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablisements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-rennes-10127/nantes-10809.html>. Consulté le 6 février 2017.

[19]-Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats. 2014;889:1-7.

[20]-Duthe G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. Population. 2014; 4 : 7-38.

[21]-Observatoire National du Suicide. Suicide état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. [en ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>. Consulté le 05 mai 2017.

[22]-Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Études et résultats. 2017;1007:1-6.

[23]-Ministère de la justice. Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée en France. [En ligne]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_avril_2017.pdf. Consulté le 29 avril 2017.

[24]-Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement. [En ligne]. http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2015/11/Synth%C3%83se_rapport_C__Touraut_et_A__Desesquelles.pdf. Consulté le 05 mai 2017.

ABREVIATIONS

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
CD : centre de détention
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CSL : centre de semi liberté
ECG : électrocardiogramme
EPM : établissement pénitentiaire pour mineurs
MA : maison d'arrêt
SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'état
SMPR : service médico-psychologique régional
SSR:soins de suite et de réadaptation
UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées
UHSI : unités hospitalières sécurisées interrégionales
US : unité sanitaire
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM :DESRUES

PRENOM :Mathilde

**Titre de Thèse : URGENCES MEDICALES EN MILIEU CARCERAL :
MOTIFS DE CONSULTATIONS AUX URGENCES DU CHU DES PERSONNES
DÉTENUES AU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE NANTES EN 2014 ET 2015**

RESUME

La prise en charge médicale des personnes détenues a nécessité 50723 extractions en 2013, dont la moitié en urgence. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des motifs de consultations aux urgences des personnes détenues.

Nous avons inclus les personnes incarcérées à la maison d'arrêt et au centre de détention de Nantes, et ayant consulté aux urgences du CHU de Nantes entre le 2 janvier 2014 et le 9 décembre 2015. Un recueil rétrospectif des données contenues dans les comptes rendus de consultations de ce service a été suivi d'une analyse descriptive.

Cette analyse a porté sur 383 consultations concernant 288 patients. 44,6% des motifs de consultations étaient d'ordre chirurgical, 34,2% d'ordre médical, et 21,2% d'ordre psychiatrique. La traumatologie représentait à elle seule 32,4% des motifs de consultation. Les motifs médicaux les plus fréquents étaient cardiologiques (8,4%), neurologiques (8,4%) et gastro-entérologiques (8,1%). Les lésions auto-infligées concernaient 92,6% des consultations pour motif psychiatrique.

Une meilleure connaissance des maladies chroniques et de la traumatologie en milieu carcéral pourrait permettre une meilleure prévention de celles-ci et un moindre recours aux urgences.

MOTS-CLES

médecine carcérale, urgence médicale, prison, détenu, extraction médicale, motifs, unité sanitaire