

Particularités de la consultation de premier recours en milieu carcéral. A propos de quelques cas vécus

Dr C. Persoz, Dr W. Kaenzig,
Dr F. Willemin

Le service de santé des prisons neuchâteloises est composé pour sa partie médicale de trois médecins de premier recours, ainsi que d'un psychiatre.

Pour les trois médecins, le travail en milieu carcéral s'est présenté par hasard. Nous avons saisi cette opportunité avec passion mais sans préparation théorique ou pratique spécifique. Ce travail est méconnu et souvent redouté par la profession médicale. La confrontation avec la violence, la maladie psychique, la promiscuité, ainsi que la relation avec les autorités de surveillance carcérale et policière peuvent faire peur et intriguer la communauté médicale.

Nous avons choisi de vous présenter quelques situations, des tranches de vie vécues lors de nos consultations en prison, histoire de vous faire découvrir les particularités de notre travail où se mélangent satisfactions, déceptions voire la frustration parfois.

M. V. 46 ans

M. V. est incarcéré pour la première fois. A son arrivée, je découvre un important passé médical qui depuis son emprisonnement jusqu'au transfert dans notre établissement n'a pas posé de problème majeur. Il est connu pour un syndrome de Lynch, une boiterie héritée d'un accident de la circulation qui a entraîné de multiples interventions chirurgicales. Il souffre également d'un AVC sylvien droit lié à un foramen ovale ouvert sans séquelle majeure et de désordres oculomoteurs dus à une intervention neurochirurgicale ancienne pour la correction d'un anévrisme de l'artère communicante antérieure. Il se plaint d'une fatigue et de céphalées qui s'intensifient dans ce nouveau cadre carcéral. Des investigations neurologiques universitaires sont alors organisées afin de ne pas passer à côté d'une aggravation vasculaire cérébrale. Quelques jours avant le transfert, il présente une hématurie macroscopique durable et douloureuse. A son retour, s'ajoute à la liste déjà longue des diagnostics, la pré-

sence de kystes hémorragiques rénaux, de probables lithiases rénales et surtout un état d'agitation psychique important liée à son séjour en milieu hospitalier carcéral. La clarification du problème urologique implique plusieurs examens médicaux et radiologiques majeurs effectués en ambulatoire voire en stationnaire hospitalier. Finalement, le diagnostic de reins médullaires en éponge est posé après plusieurs semaines. Une dyspnée progressive est imputée à une pathologie inflammatoire bronchique du fumeur (>100 UPA). Des douleurs thoraciques atypiques conduisent à la découverte d'une maladie coronarienne de trois vaisseaux qui est finalement dilatée et «stentée» en deux séances. Depuis ces derniers événements, la clinique se calme.

La difficulté de cette prise en charge est liée au suivi d'affections toutes potentiellement invalidantes ou fatales dans un milieu fermé sans soutien médical constant. La nuit, les détenus sont enfermés dans leurs cellules et ne peuvent communiquer avec l'extérieur qu'avec un interphone. Des pathologies peuvent s'aggraver en raison de ces conditions. Pour le soignant, la gestion de la réflexion médicale et la charge administrative liée à l'organisation des examens «hors les murs» est énorme. Au vu de la gravité des diagnostics présentés, le service médical s'est interrogé sur la pertinence de la poursuite de l'incarcération d'un point de vue strictement humanitaire. Nous avons soumis la question aux autorités judiciaires compétentes qui ont opté pour la réalisation d'une expertise médicale qui jugera de la faisabilité d'une libération anticipée pour des raisons médico-humanitaires. Cette expertise est en cours actuellement.

M. W. 51 ans

Je connais ce patient depuis maintenant dix ans. Condamné à une lourde peine, il n'a guère d'espoir de sortie même à moyen terme. A son entrée en prison, il a déjà subi deux dilatations coronariennes percutanées ainsi qu'un double pontage et se plaint de douleurs angineuses typiques. Plutôt jovial et sympathique, il banalise les

symptômes et malgré une connaissance assez claire des problèmes médicaux qui se posent à lui, il ne désire pas trop d'investissements de ma part. Une nouvelle récurrence douloureuse angineuse intense impose de compléter le traitement médicamenteux, malheureusement sans résultat clinique. Il refuse alors une première fois un transfert en urgence à l'hôpital. L'épisode aigu se calme sans catastrophe. Interloqué par cette décision motivée par le fait que pour lui l'avenir n'existe pas en dehors de la prison et qu'il vaudrait mieux en finir tout de suite, j'arrive à le décider à voir... un psychiatre. Comme moi, ce dernier ne trouve aucun élément dépressif, décrit un sentiment de toute puissance et ne peut que confirmer le fait que la décision du détenu doit être respectée. L'année qui suit voit cette situation se répéter à trois reprises sans qu'il n'y ait de conséquence délétère pour le myocarde. Finalement, M. W. accepte un transfert hospitalier en urgence pour une troisième dilatation coronarienne percutanée. L'internement est ensuite marqué par plusieurs épisodes de douleurs thoraciques mineures et par le début d'une claudication intermittente des membres inférieurs. A nouveau, M. W. réitère son refus d'un traitement hors de la prison. Je lui fais alors signer un document qui précise son attitude de refus vis-à-vis des traitements curatifs. Il ne désire que des traitements qui assurent son confort. Depuis cette date, il maintient sa décision. Même si entre-temps, se sont développés un diabète insulino-requérant, un épisode d'embolie de cholestérol évoluant sans complication majeure. De nombreux épisodes de douleurs thoraciques avec ou sans élévation enzymatique ponctuent l'évolution sans jamais toutefois aboutir à un mouvement électrocardiographique significatif.

Ce cas démontre clairement les limites de l'action médicale dans un milieu fermé. La prison se doit de garantir la santé des détenus. La charte européenne, également adoptée par la Suisse et le canton de Neuchâtel, exige que les détenus se voient offrir un service médical équivalent à celui offert à tout un chacun. L'accompagnement de ce

détenu dans son parcours médical et carcéral est difficile. Malgré sa décision de ne pas se laisser investiguer et soigner, il nous sollicite régulièrement, nous exposant par le détail douleurs et difficultés personnelles. Sa demande de soins est importante. Il la limite à un cadre précis très déstabilisant tant pour le personnel médical que carcéral. Après nous avoir déliés du secret médical et en collaboration avec la direction de la prison, le détenu a accepté de produire des directives anticipées. Elles ont été affichées dans la cellule du patient. Connues de tous, elles permettent des prises de décisions plus faciles et acceptables.

En prison, la gestion du secret médical est problématique. Le personnel du service de santé se doit de collaborer avec les gardiens afin d'assurer la sécurité des détenus. La surveillance carcérale est indispensable à la connaissance la plus complète possible des détenus et nous apporte souvent des précisions importantes pour la compréhension des situations. Trop de collaboration peut également et malheureusement nuire à la qualité de la relation thérapeutique, le patient pouvant nous reprocher trop d'ouverture vis-à-vis de ses geôliers. Le résultat est un subtil mélange qu'il n'est pas toujours aisé de préserver.

M. X., 32 ans

Toxicomane depuis son adolescence, M. X. est transféré dans notre institution pour y terminer une peine débütée ailleurs. Il est connu pour une polytoxicomanie, un trouble de l'attention sévère, une hépatite C, une ancienne hépatite B, une infection HIV au stade B. Son traitement à l'entrée est complexe (dangereux?) et associe 14 drogues différentes (Norvir, 3TC, Reyataz, Viread, Méthadone, Ritaline, Seroquel, Citalopram, Rivotril, Akineton retard, Trittico, Ubrétid, Lioresal et Dafalgan). Très au fait des différentes substances ingérées quotidiennement, M. X. se révèle au fil des semaines très demandeur pour de multiples adaptations thérapeutiques. Les demandes concernent tant la galénique des produits que le changement de médication au sein d'une classe thérapeutique (Anxiolyt contre Rivotril par exemple) et que la suppression puis le rétablissement de l'antidépresseur. La poly-morbidité

mais également l'assiduité sans faille aux consultations expliquent certainement cette prescription étonnante. Deux mois après son arrivée, il développe une paralysie faciale gauche. Un avis spécialisé en infectiologie propose l'ajout d'un traitement de Prednisone et de Valtrex...

La polypragmasie en milieu carcéral est monnaie courante. Les pathologies psychiatriques et infectieuses sont fréquentes et souvent combinées comme dans l'exemple ci-dessus. Elles imposent une médication qui s'alourdi progressivement au fil des complications. Au sein d'un établissement carcéral, les échanges de traitement entre détenus sont fréquents et non contrôlables. L'introduction de traitements « sauvages » depuis l'extérieur est tout aussi habituelle et concerne bien entendu toutes les drogues plus ou moins dures. En tant que responsable médical, le médecin se doit d'assurer la sécurité de ses patients. Il doit tâcher de résister dans la mesure du possible aux sollicitations des détenus dont la motivation pour obtenir un traitement est parfois secrète et non avouable. Tenir un cap acceptable est ardu et les discussions vives entre médecins et détenus ainsi qu'avec le personnel soignant. La polypragmasie, les abus médicamenteux et les mélanges « personnels » exposent les détenus à des dérapages dangereux. Du coup, en cas d'accident, les médecins ne sont pas à l'abri de poursuites judiciaires en cas de dépôt de plainte.

M. Y., 31 ans

Monsieur Y. est requérant d'asile. Il est arrêté après avoir multiplié des délits et est en attente d'un jugement en établissement de détention préventive. Ancien consommateur d'héroïne, il est sous Méthadone. L'analyse de son ADN le lie à plusieurs « affaires » dans son pays d'origine, et son expulsion de Suisse signifierait selon cet ancien militaire de carrière, son arrêt de mort. Ainsi, il adopte un comportement répété auto- et hétéro-agressif. Il tente successivement de fabriquer un engin explosif, casse la vitre de sa cellule, se taillade les avant-bras, essaie de s'étrangler, présente des douleurs abdominales aiguës nécessitant la visite en urgence du médecin de garde de la ville. Il se montre parfois menaçant et déclare

vouloir se suicider. Il est ainsi hospitalisé à trois reprises en unité psychiatrique spécialisée. Les traitements psychotropes ne l'empêchent pas de réitérer ses actes désespérés. Trop agressif pour être hospitalisé longtemps en milieu psychiatrique, psychologiquement trop perturbé pour rester en prison préventive sans unité spécialisée psychiatrique, il est transféré dans un autre établissement pénitentiaire plus adapté au traitement et à la surveillance de tels cas.

Ce comportement est-il le reflet d'une pathologie psychiatrique sous-jacente décompensée par un état de stress important ou s'agit-il d'une attitude sciemment réfléchie, manipulatrice, visant à retarder une expulsion pour des motifs médicaux? Nous ne connaissons pas la réponse, mais le cas de M. Y. n'est pas inhabituel. En effet, nous avons à plusieurs reprises vu des patients au comportement similaire qui, pour des motifs divers, multipliaient les interventions médicales. Les risques de manipulation et de simulation de la part des détenus sont connus, et les décompensations psychiatriques existent bel et bien. Toute la difficulté est, pour les médecins et le personnel infirmier, d'essayer de rester objectif, de ne pas juger et d'assurer une médecine de qualité lorsque la communication et le lien thérapeutique sont mis à mal.

M. Z., 51 ans

Monsieur Z. est un patient au lourd passé médical. Il souffre d'un trouble de la personnalité de type borderline, est dépressif, polytoxicomane et alcoolique. Il est connu pour une hépatite C chronique active accompagnée d'un diabète insulino-requérant. Son mode de vie est totalement chaotique, sa santé constamment menacée, son suivi médical aléatoire. Il est incarcéré depuis quelques mois, en attente d'un jugement qu'il craint terriblement. Des malaises récidivants sont le résultat d'une compliance médicamenteuse douteuse et d'un comportement alimentaire clairement inadapté. Compte tenu de l'aggravation progressive de son état de santé et d'une faiblesse extrême, il est hospitalisé. Rapidement, durant le séjour hospitalier, les glycémies s'améliorent avec un contrôle strict de son alimentation et une adaptation des doses d'insuline. Il sort de l'hôpital en bien

meilleur état général, tant sur les plans physique et psychique. Par la suite, durant la suite de son séjour en prison, il va nettement mieux, bien que son état général soit toujours précaire.

La prison est parfois un outil thérapeutique. Il arrive qu'un cadre strict enraie les comportements inadaptés des détenus et améliore leur état de santé. Cet exemple n'est pas rare. Le succès de ce type d'entreprise est dépendant du lien thérapeutique établis entre le détenu et tous les acteurs du système, le personnel carcéral étant maintenant formé à la prise en charge de personnalités difficiles atteintes parfois de maladies psychique. La prison est ainsi un lieu de vie aux multiples facettes interagissant au quotidien pour, on l'espère, le bien de tous et des détenus en particulier.

Ces quelques histoires illustrent les difficultés que nous rencontrons quotidiennement dans notre pratique de médecine de premier recours en milieu carcéral, nos espoirs et nos frustrations. Nous nous efforçons de prodiguer des soins équivalents à ceux de la population générale, tout en respectant la confidentialité et le secret médical de patients bien particuliers, au contact difficile, aux médications compliquées. Nous devons observer les règles établies et imposées par le système carcéral en veillant à conserver notre indépendance médicale. Enfin, il ne faut pas oublier que face à des individus ayant commis des actes parfois terribles, nos émotions ne doivent pas dicter notre comportement. Notre rôle est de rester neutre, afin de préserver une démarche thérapeutique de qualité.

Maladies infectieuses en prison : menaces et opportunités

Gétaz L., Wolff H.

Unité de médecine pénitentiaire, Service de médecine de premier recours, HUG.

Laurent.Getaz@hcuge.ch,
Hans.Wolff@hcuge.ch

Résumé

Comparées à la population générale, les personnes incarcérées ont une prévalence plus élevée d'infections par les virus des hépatites B et C, par le HIV et la tuberculose, ainsi que diverses maladies de transmission sexuelle.

Des opportunités existent pour améliorer le contrôle de ces infections, offrant un impact sur la santé des détenus, du personnel travaillant en milieu pénitentiaire, mais aussi de la communauté dans laquelle des détenus retournent. Nous allons illustrer ces observations en décrivant quelques pathologies infectieuses en milieu pénitentiaire.

Introduction

La probabilité de transmission de divers microorganismes est augmentée par la surpopulation, le retard dans la prise en charge médicale (évaluation et traitement), des mesures d'hygiène insuffisantes, et la sous-utilisation d'outils offrant une réduction des risques prouvée, comme la distribution des préservatifs et l'échange de seringues stériles.

Il y a plus de deux millions de personnes incarcérées dans des établissements pénitentiaires d'Europe (Madrid 09). En Suisse, les prisons comptent plus de 6000 détenus, selon un relevé de septembre 2009. Ces effectifs correspondent à 80 détenus pour 100'000 personnes de la population résidante. La population de prisonniers est composée de 71% d'étrangers, dont la grande majorité est originaire de pays en voie de développement. Les taux d'occupation sont particulièrement élevés dans les cantons de la Suisse latine, de l'ordre de 100% et certaines prisons présentant même une suroccupation (OFS 10). Par exemple à Genève, la prison de Champ Dollon a affiché un taux

d'occupation moyen de 185% en 2009.

Des priorités globales se dessinent en Europe, bien que dans le domaine des maladies infectieuses une grande variabilité épidémiologique s'observe entre les établissements pénitentiaires. Dès lors, une meilleure connaissance de l'épidémiologie locale est nécessaire, afin d'adapter des interventions. La récente Conférence européenne de l'OMS concernant la protection de la santé en milieu carcéral a émis des recommandations générales en la matière: l'accès aux traitements contre les maladies infectieuses pour les détenus est prioritaire, en particulier pour l'hépatite C, la tuberculose et l'infection à VIH. Egalement un accès aux traitements de substitution pour les usagers de drogues et la mise en place de programmes de réduction des risques en prison doivent être priorités, ainsi que la garantie d'une continuité des soins pour les détenus après la sortie de prison. Une formation de tout le personnel carcéral à la prévention et au traitement des maladies transmissibles est aussi primordiale (Madrid 09).

La plupart des prisons sont construites pour maximiser la sécurité publique, et non pas pour minimiser la transmission de maladies infectieuses. Les services médicaux en milieu pénitentiaire doivent être actifs et inventifs pour protéger la santé des détenus, du personnel ainsi que des populations en contact avec les détenus libérés.

Hépatite B

Des études démontrent que 1 à 3.7% des détenus aux Etats-Unis sont infectés chroniquement par le HBV. La prévalence d'anticorps anti-Hbc (indiquant une infection antérieure) chez les détenus est variable selon les régions du monde, de l'ordre de 20 à 25% aux Etats-Unis et varie en Europe de 8.7% en Irlande à 57,6% en Grèce (Hunt 09).

Dans divers pays du monde, l'incidence des infections d'hépatite B en milieu carcéral n'est pas négligeable, de l'ordre de 0.8% à 3.8% par an (Weinbaum 03). Des études

**Visitez
le site
de la SNM :**

www.snm.ch