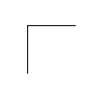
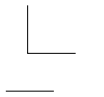


SOIGNER EN PRISON



exe_pri

4-5

3/08/05, 16:06

5

4



SOIGNER EN PRISON :

Principes internationaux et éléments techniques
pour la prise en charge
médico-psychologique des détenus.



PRI Londres

Unit 450, The Bon Marche Centre
241-251 Ferndale Road, Brixton
SW9 8BJ United Kingdom
Tél : + 44 (0)20 7924 9575
Fax : + 44 (0)20 7924 9697
E-mail : headofsecretariat@penalreform.org
Site internet : www.penalreform.org

Édition Juin 2005

Graphisme et mise en page : Clémence Demouzon, Igor Devernay - Graphica.fr

Ce manuel a été élaboré dans le cadre du programme de soutien à la réforme du système pénal et pénitentiaire algérien mené par PRI entre janvier 2002 et juin 2005 grâce à l'appui de la Commission européenne. Il a été réalisé en collaboration avec la Direction Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion algérienne.

Il a été rédigé par trois professionnels qui ont pris une part active à la mise en œuvre de ce programme et plus particulièrement de son principal volet consacré à la formation du personnel pénitentiaire. Il s'agit, pour les parties techniques, de :

- **M. Frédéric LÉGER** (France) : psychologue clinicien - psychanalyste, exerçant depuis 1997 en milieu carcéral, spécialisé dans les questions de prise en charge de la toxicomanie et des jeunes en difficulté,
- et **Mme. Isabelle ROUSTANG** (France) : médecin exerçant depuis 1986 en milieu pénitentiaire et depuis 1996 au Centre des Jeunes Détenus de Fleury Mérogis. Elle a animé un certain nombre de formations sur la médecine pénitentiaire à l'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) française.

Et pour la première partie de **M. André VALLOTTON** (Suisse) : actuellement délégué du Conseil d'État du Canton de Vaud (Suisse) aux affaires pénitentiaires. Il est notamment impliqué dans la mise en œuvre de la réforme du Code pénal. Il enseigne également la pénologie à l'Université de Lausanne. Ancien chef du service pénitentiaire du Canton de Vaud et ancien directeur d'établissement. Il a aussi participé à la création du Centre national suisse de formation pour le personnel pénitentiaire. Il intervient régulièrement auprès du Conseil de l'Europe comme membre du conseil de coopération pénologique chargé de l'élaboration des nouvelles règles et recommandations

en matière d'exécution des peines, et comme expert auprès du Comité de prévention de la torture (CPT).

La préface a été aimablement écrite par **M. Giacinto COLOMBO** (Suisse) qui a également, et au même titre, participé à la réalisation de ce programme en Algérie. Sociologue, actuellement consultant en matière pénale et pénitentiaire, notamment auprès du CICR, il a occupé pendant de nombreuses années le poste de directeur d'établissement pénitentiaire et de responsable de l'Administration pénitentiaire au sein du département de sécurité de la Suisse italienne. Il a aussi participé à la création du Centre national suisse de formation pour le personnel pénitentiaire où il est actuellement chef de projet.

Par ailleurs, nous adressons tous nos remerciements aux personnes qui, par une relecture attentive, ont également contribué à la finalisation de cet ouvrage.

Préface

Force est d'admettre que l'enfermement reste, encore aujourd'hui la sanction pénale par excellence bien qu'on l'ait mise parfois en discussion et que la recherche pénologique ait indiqué quelques solutions alternatives pour limiter, en partie au moins, son importance. L'enfermement continue de bénéficier d'un soutien majeur et d'être faussement considéré comme la seule peine vraiment efficace pour lutter contre l'augmentation de la criminalité et de son corollaire l'insécurité sociale, hissée désormais au centre du débat politique et amplifiée par une campagne médiatique percutante.

La prison, lieu consacré de l'enfermement, a beaucoup changé, depuis sa naissance elle s'est modelée en adoptant certaines des critiques qu'on lui adressait, mais, fondamentalement, elle a survécu à tout bouleversement ; mieux, à en croire les statistiques, elle s'est même renforcée : elle a changé d'habit, mais pas de logique, elle est devenue plus transparente, mais quelques unes de ses fonctions restent latentes. Ligne de démarcation entre le bien et le mal, elle n'a rien perdu de sa symbolique !

Un des vecteurs de changement qui a marqué, comme une toile de fond, l'histoire de la prison, est la notion de respect de la dignité humaine qui, depuis la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme a inspiré toutes les conventions et traités internationaux ainsi que les législations nationales de presque tous les pays, donnant lieu à cette construction juridique, nommée les droits fondamentaux, qui constitue la charpente structurante de l'État démocratique moderne.

Certes la traduction en pratique de ces principes n'est pas allée et ne va pas encore aujourd'hui, sans poser de problèmes ; c'est justement à ce croisement entre ce qui est et ce qui devrait être, entre l'axe du discours et celui du faire, que la confrontation critique entre théoriciens, politiciens, praticiens et opinion publique a été dure et depuis ne s'est pas estompée. Institution qui brise, qui exclut et qui contrôle pour certains ; lieu trop paisible, trop humain, pour d'autres, ce qui efface complètement la fonction principale que devrait avoir la prison à savoir la punition et la dissuasion.

Pour dépasser cet affrontement qui, à la longue, peut devenir stérile, il y a lieu de parcourir une troisième voie, la voie d'une critique vigilante qui, tout en indiquant un parcours de réformes, s'efforce de ne pas donner des éléments pour justifier et renforcer les deux positions extrêmes ; la voie, plutôt pragmatique, qui tient compte de l'état de fait que les prisons du monde entier sont peuplées, pour la plupart, d'hommes et de femmes qui souffrent, qui passent le temps à le tuer, et qui, du simple fait de leur détention, risquent de se voir aliéner leur statut de personne humaine. L'analyse doit donc replacer la personne au centre du sujet, en revalorisant la notion fondamentale de dignité qui impose le respect inconditionnel de tout être humain, quel que soit son âge, son sexe, sa santé physique ou mentale, sa religion, sa condition sociale, son origine ethnique et qu'il ait ou non transgressé les règles sociales. Ainsi le débat se déplace, sort du cadre rigide des murs de la prison, pour s'élever au niveau de l'éthique et de là, soumettre l'activité à l'évaluation de sa propre légitimité eu égard, bien sûr, aux valeurs reconnues dans chaque spécificité spatio-temporelle.

La dignité devient alors la ligne directrice qui trace le chemin de la nouvelle approche, le phare qui illumine le champ de la réflexion et de la recherche afin de transformer ce principe général en normes et techniques opérationnelles directement applicables à la pratique pénitentiaire quotidienne.

Mais le seul changement législatif, au demeurant relativement simple à réaliser, ni la transformation des structures, ne sont des conditions suffisantes pour assurer la mise en œuvre adéquate de la réforme pénitentiaire ; autour du projet de changement il faut qu'il y ait consensus, mais surtout il faut que toutes les personnes intéressées puissent évoluer, changer leur vision, développer leurs capacités personnelles et professionnelles... afin qu'elles puissent se penser et agir comme acteurs de la réforme.

Voilà pourquoi la formation de tous les intervenants dans la prison est un passage obligé pour garantir l'application concrète de la réforme et pour s'assurer de l'instauration d'une bonne pratique dans l'univers carcéral.

C'est justement sur ces présupposés qu'a pris forme, à partir de 2002, le programme de PRI, visant à soutenir la réforme du système pénal et pénitentiaire algérien ; ce programme d'action, mis en place en étroite collaboration avec le ministère de la Justice algérien et plus précisément

la Direction Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion, a bénéficié d'un appui financier de la Commission européenne.

Sur la lancée de différentes sessions de formation pluridisciplinaires et suite aux échanges qui se sont déroulés avec les professionnels de la pénitentiaire (directeurs d'établissements, médecins, psychologues), l'idée est née de mettre sur pied ce manuel, destiné prioritairement aux professionnels de la santé, qui fixe quelques jalons sur les enjeux des soins en milieu carcéral. Il faut remarquer, par ailleurs, que médecins et psychologues, contrairement au personnel chargé de la sécurité, ne bénéficient pas d'une formation initiale de base spécifique et, malgré les efforts, la formation continue reste souvent déficiente. Or, à ne pas en douter, la médecine pénitentiaire constitue une branche particulière de la médecine générale ; soigner en prison n'est pas la même chose que recevoir un malade dans son propre cabinet en ville ou à l'hôpital. Bien que les pathologies présentées soient sensiblement les mêmes et les traitements analogues, les patients détenus souffrent, de plus, de la maladie de la prison : le corps emprisonné est un corps dépendant, soustrait à la vue du monde, obligé de partager une promiscuité souvent malsaine ; il devient alors le véhicule et en même temps la mesure de cette souffrance, il devient moyen de communication, ultime poste retranché pour afficher sa propre autonomie, pour crier sa liberté, fût-elle celle de mourir. Ainsi, médecins et psychologues doivent savoir se mouvoir dans ce microcosme fermé, où les règles institutionnelles sont parfois doublées de codes de comportements informels, ils doivent savoir lire et décrypter la complexité de la réalité carcérale pour trouver la juste distance entre l'exigence de soigner et les impératifs de sécurité. La médecine pénitentiaire est donc une médecine de frontière entre dedans et dehors, entre douleur et souffrance, entre liberté et injonction de soins, entre équipe soignante et équipe de surveillance, entre secret et partage...

Soigner en prison nécessite, par conséquent, de disposer d'un nombre adéquat de personnel qualifié, apte à supporter le poids de l'institution, les tensions et le stress dérivant des logiques contradictoires, source de conflits, et disponible, enfin, à travailler en équipe multidisciplinaire, à dialoguer, à échanger, à comprendre et partager.

Tout cela implique que l'on consacre une attention toute particulière à la phase de recrutement et de sélection du personnel du service médical et que l'on veille à la mise à disposition d'un programme de formation initiale et continue ; le manuel *Soigner en prison : principes internationaux et éléments techniques de la prise en charge médico-psychologique des détenus*, aimerait se présenter comme une première contribution dans le domaine de la formation des médecins et des psychologues qui travaillent dans l'institution carcérale.

L'ambition de ce manuel est de fournir aux professionnels de la santé des éléments pour mieux comprendre le milieu dans lequel ils opèrent et mettre à leur disposition un certain nombre d'informations détaillées sur les principes et l'organisation des soins en prison.

Ainsi, la première partie présente un survol du monde pénitentiaire, en mettant en évidence les différentes logiques qui soutiennent l'évolution, l'organisation et le fonctionnement de la prison et leurs relations avec le cadre de la prise en charge thérapeutique dessiné par les normes juridiques et éthiques internationales ; la deuxième partie, quant à elle, entre dans les détails de l'organisation des soins en milieu carcéral, en traçant les étapes de l'intervention du service médical en fonction du parcours et des besoins du détenu et en pointant les problèmes majeurs et les aspects critiques auxquels peuvent être confrontés médecins et psychologues dans leur pratique quotidienne. Enfin, la troisième partie est une sorte de petite boîte à outils où l'on trouve un certain nombre de fiches techniques sur les maladies chroniques les plus fréquentes, les urgences psychiatriques...

La thématique de la médecine pénitentiaire est vaste, articulée, changeante et tellement complexe qu'il n'est pas possible de la contenir dans ce petit manuel, d'autant plus que pour l'examen de ses implications opérationnelles il faudrait encore tenir compte d'autres paramètres, tels que les spécificités locales, l'allocation de ressources, l'état des structures pénitentiaires, etc.

De ce fait, on ne pourra pas faire l'économie d'une activité récurrente de réflexion, de recherche et de formation, pour aboutir à un vrai projet de promotion de la santé en milieu carcéral, dépassant les domaines

classiques de la prévention et du traitement, pour aider le détenu à restaurer sa propre image (y compris son image corporelle), à retrouver les éléments constitutifs de sa personne et à le soutenir dans ce long, délicat et parfois utopique processus de réinsertion sociale.

Giacinto Colombo/30 mai 2005

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : VERS UNE CONFLICTUALITÉ CONSTRUCTIVE p. 21

1/ Les paradoxes de la prison p. 22

• Les désaccords p. 24

- La prison, lieu de souffrance
- La prison, lieu de conflit
- La prison, lieu d'ordre
- La prison, génératrice de conflits de rôles
- La prison, lieu de pouvoir

• Les points d'accord p. 29

- La prison, lieu d'application du droit
- La santé des détenus comme facteur de sécurité publique
- La santé des détenus comme facteur d'ordre
- Le soin comme prévention de la récidive
- La médecine comme facteur de normalisation

2/ Vers une approche interdisciplinaire p. 32

• Travailler en prison p. 32

- Histoire de la prison
- La prison moderne
- Quelques règles de comportement

• Principes fondamentaux p. 40

- Indépendance professionnelle
- Équivalence des soins en prison et à l'extérieur
- Le détenu : un patient comme les autres

• Spécificités pénitentiaires p. 47

- Prévention et éducation à la santé
- Pathologies spécifiques à la prison

- Troubles inhérents à l'institution
- Rapports / expertises

• Médecine pénitentiaire et santé publique p. 51

DEUXIÈME PARTIE : L'ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL p. 53

1/ L'accès aux soins p. 54

• La visite médicale pour les détenus arrivants p. 54

• L'offre de soins ultérieure p. 55

- Les visites des soignants en détention
- Les courriers et les formulaires de demande de rendez-vous
- D'autres façons d'organiser une offre de soins

• Les signalements médicaux par les personnes extérieures p. 57

- Le signalement urgent par une tierce personne
- Les signalements non urgents en provenance d'une tierce personne

• Quelques types particuliers de besoins et de demandes p. 59

- Les simulations et les demandes multiples répétées
- Les populations les plus vulnérables
- Les visites des quartiers d'isolement

2/ Les soins en prison p. 61

• Les consultations p. 62

- La première consultation médicale d'accueil
- Les consultations médicales et dentaires ultérieures
- Les consultations du personnel paramédical

• Les traitements médicamenteux et examens complémentaires p. 65

- Les traitements médicamenteux
- Les examens et soins complémentaires

3/ Les différents outils nécessaires à une bonne prise en charge

- Le dossier médical
- Les registres et cahiers de visite
- Les protocoles standardisés
- Les certificats

4/ Les liens avec l'extérieur

- À l'arrivée en détention
- Les consultations, les examens complémentaires devant être pratiqués à l'extérieur
- Les hospitalisations en cours de détention
- À la sortie de prison

TROISIÈME PARTIE : FICHES TECHNIQUES

Maladies infectieuses

- Gale
- Hépatites virales
- Tuberculose
- Infection à VIH-SIDA

Maladies chroniques

- Asthme
- Hypertension artérielle
- Diabète de type 2

Addictions

- Toxicomanie
- Alcoolisme

p. 66

p. 66

p. 68

p. 68

p. 70

p. 71

p. 71

p. 72

p. 72

p. 73

p. 75

p. 77

p. 78

p. 85

p. 92

p. 105

p. 113

p. 114

p. 119

p. 127

p. 139

p. 141

p. 148

Troubles du comportement et de la personnalité

p. 151

Les urgences et situations particulières

p. 157

- Incendies : brûlures et inhalation de fumée
- Corps étrangers digestifs
- Grève de la faim
- Conduite à tenir devant une personne exposée à un risque de transmission du VIH, VHB, VHC : Accident d'Exposition au Sang (AES)
- Conduite à tenir devant les urgences psychiatriques

p. 158

p. 163

p. 168

p. 175

p. 186

L'entretien clinique

p. 193

ANNEXES

p. 199

- Extraits de l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus.
- Principes d'éthique médicale
- Déclaration de Tokyo.
- Déclaration de Malte de l'Association médicale mondiale sur les grévistes de la faim.
- Modèles de formulaires.

p. 200

p. 205

p. 207

p. 209

p. 213

PREMIÈRE PARTIE

VERS UNE CONFLICTUALITÉ
CONSTRUCTIVE

1/ LES PARADOXES DE LA PRISON

Même si le chemin est encore long jusqu'à leur reconnaissance universelle, le respect du droit à la vie, du droit aux soins et à la protection de l'intégrité physique et psychique s'étend petit à petit à l'ensemble de la planète.

Dans la préservation de ces droits fondamentaux, la médecine joue un rôle non négligeable.

Mais si le rôle du médecin dans la société est clair, en dépit des questions éthiques que soulève l'évolution des sciences, des sociétés ou de la démographie, l'activité médicale en milieu carcéral présente des difficultés spécifiques qui ont pour origines le cadre pénitentiaire, la mission de la prison et la nature de sa clientèle.

En prison, le médecin va bien sûr soigner des êtres humains. Mais ces patients seront de plus détenus, reconnus coupables ou en attente de jugement, et privés d'une partie de leurs droits.

Dans une société ouverte, la médecine s'exerce dans un contexte de liberté et de transparence, où la bonne foi est le fondement des relations. En prison, la pratique médicale s'accomplit dans une institution en partie coupée du monde, fondée sur la contrainte et fonctionnant encore largement par, et pour elle-même.

Dans cet univers où le respect des droits fondamentaux est une notion récente, le risque de donner priorité aux buts de l'institution et de reléguer l'être à soigner au second plan est présent, quel que soit le niveau d'évolution de l'institution carcérale.

Soins au service de l'ordre ou de la discipline ? Traitement au service de la prévention de la récidive ? Ou simplement soins au service du patient ? Si la réponse paraît simple en théorie, son application pratique n'est pas si aisée. Paradoxalement, pour réussir une collaboration efficace entre médecine et prison, il faut accepter de part et d'autre comme prémisse que la médecine en milieu carcéral ne peut être pleinement en accord avec les objectifs de l'institution pénitentiaire, que cette dernière ne peut avoir les mêmes objectifs que la médecine, et que la négociation et la redéfinition des rôles de chacun y seront inéluctables, naturelles et permanentes.

Dans l'imperfection de nos connaissances, cette dialectique entre prison et médecine et ce contrôle mutuel seront d'ailleurs des facteurs de progrès. GRAVIER¹ parle à juste titre, entre médecine et administration pénitentiaire, de « conflictualité constructive ». Nier la contradiction entre certains objectifs de la médecine et de l'exécution des peines et les contradictions internes de chaque entité serait mensonger et contreproductif. Mais mettre ouvertement sur le tapis divergences irréductibles et points de convergence, et construire à partir de ces explicitations sera indispensable et profitable. Cette clarification des rôles permettra d'éviter les ambiguïtés, de maîtriser les tentatives de manipulations et de triangulations, et de vivre avec plus de distance les pulsions de ce monde qui fonctionne surtout sur un mode émotionnel.

Il est évident que médecine et prison ne peuvent s'accorder sur l'ensemble de leurs objectifs. Si elles le faisaient, elles risqueraient une alliance perverse dont ni la prison des droits de l'homme ni le patient ne seraient bénéficiaires.

Les méthodes de prévention du crime ne sont pas encore suffisamment évoluées pour pouvoir allier la préservation intégrale des droits du condamné et la protection de la société ou de la victime. L'administration pénale doit faire une pesée d'intérêts entre individu, ordre social et protection d'autrui. Elle doit choisir en permanence, tout en respectant des minima intangibles, ce qu'elle devra privilégier au profit de la défense du plus faible.

Cette recherche de proportionnalité se heurtera fatalement, à un moment ou à un autre, à une médecine qui doit pouvoir, pour être efficace, se consacrer pleinement à l'être souffrant qui lui est confié.

C'est donc dans l'acceptation et dans le respect des divergences, ainsi que dans la recherche de champs d'action communs que se fondera la vie pénitentiaire.

¹ BRUNO GRAVIER, L'indépendance professionnelle du personnel de santé, in Médecine et détention, Nicolas Queloz, Franz Ricklin, Ariane Senn et Philippe de Sinner (Éditeurs) Staempfli Éditions SA, Berne, 2002.

■ LES DÉSACCORDS

Nous commencerons par un inventaire des principaux points d'achoppement avant d'examiner les convergences qui existent.

La prison, lieu de souffrance

La prison garde au fond de sa mémoire les fonctions de rétribution, de dissuasion, et de correction qui sont les fondements de la peine. La souffrance fait partie de la sanction pénale, même si elle ne s'administre plus dans les salles de torture ou sur l'échafaud. Dans la conception moderne de la peine, c'est encore par la souffrance de la privation de liberté que le condamné va payer sa dette et retrouver son statut d'homme², et c'est grâce à la menace d'une souffrance dissuasive, juste supérieure au bénéfice du crime que la société espère, depuis BECCARIA³, prévenir le passage à l'acte⁴.

Et la prison est souffrance. C'est un espace de frustration et de privation constantes et quotidiennes, tant sur le plan physique que psychique. Tous les spécialistes s'accordent pour constater qu'elle a des effets nocifs plus ou moins marqués, selon le régime, et qu'elle peut même entraîner ou renforcer certaines pathologies⁵.

Face à la définition de la santé vue comme un complet bien-être physique, psychique et social⁶, le monde carcéral, qui reste un monde d'exécution de peine, ne pourra que se retrouver en conflit avec une partie des objectifs thérapeutiques.

² GEORGES KELLENS, *Punir, Pénologie & Droit des Sanctions pénales*, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000.

³ CESARE BECCARIA, *Des délits et des peines*, Flammarion, Paris 1999.

⁴ Le concept de prévention générale et de prévention spéciale décrit par BECCARIA est particulièrement novateur. Il oublie cependant les composantes individuelles et subjectives qui font que chaque individu perçoit, évalue et pèse sanctions et bénéfices en fonction de sa propre histoire. Cette relativité de l'action préventive est parfaitement illustrée par BEYLEVELD ou CUSSON.

⁵ VEIL C., LHUILIER D., *La prison en changement*, Erès, Toulouse 2000.

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, dictionnaire médical, 1946 et préambule de la constitution de l'OMS: « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La prison, lieu de conflit

L'institution totale⁷, même édulcorée, reste une société clivée entre détenants et détenus. Cette tension permanente se manifeste par des conflits, des barrières et par des violences plus ou moins exprimées qui rendent l'exercice de la médecine encore plus difficile que la médecine d'entreprise ou que la médecine sociale. En prison, cultures et sous-cultures se superposent, s'allient, se combattent ou se tolèrent tour à tour. Alliances et conflits se font et se défont dans ce cadre qui vacille entre la paix des braves et le conflit ouvert⁸ mais qui ne peut, de par sa nature coercitive, aller jusqu'à la pleine collaboration de tous.

Dans ce cadre, le médecin aura de nombreuses difficultés à exercer son art en toute neutralité, dans le seul intérêt du patient. Il le doit pourtant, alors même que chaque acte, chaque décision risquent d'être interprétés comme une alliance avec les uns au détriment des autres.

La prison, lieu d'ordre

L'institution totale est une machine dans laquelle l'individu doit participer et s'intégrer au fonctionnement institutionnel. Même s'ils se sont édulcorés au cours des cinquante dernières années et s'ils donnent une part toujours plus grande à l'individualité, les régimes carcéraux restent des régimes coercitifs, qui doivent empêcher l'individu de récidiver et protéger la société et la communauté carcérale contre les menaces, et dont l'objectif premier reste la sauvegarde de l'ordre interne⁹.

⁷ GOFFMAN E., *Asiles*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1968.

GOFFMAN analyse le fonctionnement de trois institutions semblables, l'asile, l'armée et la prison et les décrit comme des mondes clos, dans lesquels l'individu est privé de son individualité et devient un rouage au service du fonctionnement institutionnel. Elles fonctionnent, dans une relation hiérarchique très forte, selon un ordre immuable et prédéterminé. GOFFMAN constate que le reclus s'adapte à l'institution en adoptant ses règles ou en utilisant ses failles pour ménager ses propres plages de satisfaction : les adaptations primaires et secondaires. Bien que certains aspects de l'acculturation

⁸ CHAUVENET A., OLRIC F., BENGUIGUI G., *Le Monde des surveillants de prison*, PUF Sociologie, Paris, 1994.

⁹ LEMIRE G., *Anatomie de la prison*, Presses universitaires de Montréal, 1990.

Vu la faiblesse et l'imperfection des moyens institutionnels face à une population très diverse, en partie perverse et dangereuse, on peut être tenté d'utiliser les outils les moins admissibles sur le plan éducatif¹⁰ ou éthique pour résoudre des problèmes ponctuels, même si on agit au détriment de la gestion à long terme. Dans le contexte de l'institution totale, la protection des libertés fondamentales et le respect des règles sociales ne sont donc pas une évidence.

Ils ne le sont paradoxalement pas davantage dans le cadre plus ouvert des prisons modernes, où les contrôles externes et la protection des droits individuels limitent les possibilités d'intervention et de contrôle et où l'absence de moyens d'accompagnement risque de favoriser l'éclosion de sous-cultures tout aussi dangereuses que l'était la répression¹¹. Entre la machine à broyer du XIX^e siècle qui voulait imposer l'amendement de l'individu et les collectivités sans surveillance dans lesquels le pouvoir peut rapidement changer de main, l'équilibre entre le respect de la personne et la protection de la collectivité est un art difficile.

Cet ordre extérieur à l'individu sans cesse menacé génère paradoxalement des désordres internes et des pertes de repères qui peuvent entraîner nombre de somatisations propres à la vie carcérale. Le corps, contraint par l'instrument de discipline décrit par FOUCAULT¹², devient le seul moyen d'expression.

Dans ce contexte, la médecine risque de se voir sollicitée pour intervenir non pas au profit de l'individu mais au profit de l'ordre institutionnel. Il faudra du courage au médecin pour refuser les interventions qui calment et qui endorment et pour confronter l'administration pénitentiaire à ses missions.

¹⁰ Qui oserait prétendre que le maintien de l'ordre se fonde uniquement sur des procédés politiquement corrects ? Comme la lutte contre la délinquance, l'ordre interne ne s'obtient malheureusement pas toujours avec les outils d'une société de droit. Informateurs, balances, distribution d'avantages et manipulation font toujours partie de la panoplie pénitentiaire.

¹¹ Les expériences montrent que dans certaines conditions, les quartiers trop vastes ou les trop fortes concentrations de détenus peuvent échapper au contrôle de l'administration et même devenir des espaces de non droit. Le phénomène du caïdat et les règles internes, par exemple, seront beaucoup plus puissants dans les grandes structures que dans les petites et on connaît de nombreux exemples d'établissements dans le monde où le pouvoir est largement partagé, voire abandonné aux détenus.

¹² FOUCAULT, M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1993.

Enfin, certains processus thérapeutiques ou éducatifs ne vont pas forcément dans le sens de la bonne marche institutionnelle. La création d'une personne libre et responsable risque de se heurter à la logique de l'institution totale. L'être sain et autonome ne sera plus un rouage interchangeable. Il ne prendra de l'institution et ne lui cèdera que ce qui est nécessaire à sa vie et à son existence dans la collectivité, et apprendra à exprimer et à défendre, contre l'institution s'il le faut, ses propres besoins et aspirations.

Les progrès individuels du condamné risquent de confronter la prison à ses contradictions.

La prison génératrice de conflits de rôles

Garder, surveiller, exclure, punir et préparer à la vie libre ne peuvent faire bon ménage. Et les contradictions des objectifs pénitentiaires se révèlent encore davantage quand on aborde la notion de traitement. Vu par la Justice, le traitement pénitentiaire a d'abord pour but la prévention de la récidive. La « guérison » du condamné ne sera intéressante, aux yeux de la société, que si elle contribue à éviter une réitération.

Cette approche ne peut que se heurter à la déontologie de l'intervention thérapeutique. Dans la prévention du crime, la santé du condamné a d'abord un but utilitaire. Pour le médecin, elle joue un rôle central. Dans les cas prévus par la loi, la Justice pourra même imposer un traitement qui protège la communauté, alors que l'acte médical se fonde sur la protection de l'intérêt du patient, sur le consentement éclairé et sur la relation de confiance. Prévention de la récidive et bien-être de la personne ne sont que des voisins lointains.

L'approche utilitariste de l'autorité aura des conséquences tout aussi directes sur la prise en charge. Des résultats du traitement dépendra, dans une large mesure, l'avenir du condamné. Il sera difficile de dissocier les décisions des autorités des progrès thérapeutiques voulus ou constatés : « Vous aurez un congé quand vous saurez maîtriser votre violence. » « Votre libération conditionnelle dépend de votre respect du traitement. » « Quand le médecin et l'expert garantiront que vous maîtrisez vos pulsions sexuelles, nous songerons à des allègements de peine. ».

Ces enjeux sécuritaires ne seront pas sans conséquence sur le déroulement du traitement et sur le sens de la relation thérapeutique.

La prison, lieu de pouvoir

La hiérarchie de l'institution carcérale est calquée sur celle de l'armée. Elle est fortement institutionnalisée et les structures et les procédures laissent peu de marge aux exécutants. La relation hiérarchique y est souvent d'ordre symbiotique : en tant que chef, à tout échelon, je pense et je fixe les normes, et le subordonné exécute.

Le détenu est par excellence l'objet de ce pouvoir. Privé d'une partie de ses droits, il dépend fortement de l'administration. Cette sujétion spéciale, même si les codes modernes la soumettent au principe de la proportionnalité, représente pour l'autorité un des garants du maintien de l'ordre et de la sécurité. Les intervenants qui limitent ce pouvoir hiérarchique ou s'en approprient une partie seront souvent perçus comme des menaces. Selon le sens de ses décisions, le médecin sera considéré comme un allié ou comme un ennemi. Mais dans tous les cas, l'abandon à la médecine des décisions qui lui incombent ne se fera pas sans tension.

La détention de l'information est également un pouvoir. La prévention des incidents internes dépend souvent de sa qualité. La prison est une toile d'araignée informative ; le responsable, à l'affût, guettera le frémissement du plus petit des fils de son réseau. Les informations qui lui seront utiles concerneront l'individu, sa personnalité, son passé, son comportement, ses relations, et les réactions du groupe¹³.

C'est grâce à un tissu d'indices provenant des constats du personnel comme des détenus que le responsable pénitentiaire préviendra les incidents et gèrera son secteur. Même si ces allégations ne sont pas toujours fondées, les secrets professionnels - qu'il s'agisse du secret médical ou du secret du

¹³ On finit par développer un sixième sens pénitentiaire et certains jours, le seul fait de « sentir la lourdeur ou l'épaisseur de l'air » en entrant dans un lieu carcéral, avant même d'avoir fait des constats ou relevé des indices concrets, donne l'alarme.

personnel de surveillance - seront considérés comme une entrave à cette nécessité d'échange d'information. Concilier secret médical et impératifs de l'ordre et de la sécurité ne se fait pas sans problème.

■ LES POINTS D'ACCORD

Il existe heureusement de nombreux points d'accord qui suffisent à fonder collaboration et complémentarité.

La prison, lieu d'application du droit

Le détenu est, dans nos sociétés, incarcéré en application des règles de l'État de droit. Parmi les droits fondamentaux de l'individu figurent le droit à la santé et le droit à l'accès aux soins.

En tant qu'instrument de l'État de droit, la prison est tout naturellement responsable du respect des droits individuels. La santé du détenu, qui fait partie du noyau des droits intangibles de la personne, doit donc être protégée par le personnel pénitentiaire (hygiène, conditions de vie adéquates, régime, etc.) comme par le personnel médical.

La santé des détenus comme facteur de santé publique

On ne peut imaginer une institution pénitentiaire qui resterait, comme elle l'était à la fin du XVIII^e siècle, un foyer d'infection et de maladie. Contrairement à cette époque, la majorité des détenus sont libérés à la fin de leur peine et retournent dans la société civile. Une prison qui serait un bouillon de cultures infectieuses ne serait acceptable ni pour le personnel, ni pour les autres détenus, ni pour la société.

L'origine de la population carcérale et ses pratiques la rendent particulièrement vulnérable aux maladies. VIH, hépatites, et tuberculose sont présents en prison avec une prévalence accrue. Selon les pays, la prévalence de la tuberculose peut être de 3 à 200 fois plus importante en prison qu'à l'extérieur. Sa propagation y est encore favorisée par la promiscuité, certaines autres pathologies, certains comportements à risque, et la mauvaise alimentation. Le VIH en détention a un taux de prévalence également supérieur à celui de la société libre, même si les mesures de prévention et d'éducation

ont fortement contribué à sa diminution dans les pays développés. Les hépatites touchent de 20 à 40 % de la population de certains établissements.

Prévention, détection et traitement sont donc prioritaires, et la mission prophylactique de la médecine pénitentiaire est un des piliers de la santé publique.

La santé des détenus comme facteur d'ordre

L'enfermement est à lui seul générateur d'inquiétude et de troubles. Le mal-être et la maladie qui surviennent en situation de dépendance et d'isolement sont encore plus difficilement vécus que dans une situation normale. Ils peuvent générer des angoisses et des réactions difficilement prévisibles.

En prenant soin du corps et de l'esprit, en reconnaissant à temps la souffrance du détenu et en la traitant, la médecine pénitentiaire est un facteur de calme et d'ordre. Les surveillants, qui font régulièrement appel au médecin ou à l'infirmier pour résoudre le problème qu'ils ont observé chez un détenu, en ont depuis longtemps compris l'importance.

Le soin comme prévention de la récidive

Même si ce n'est pas son but premier, le traitement médical ou psychologique contribue à réduire le nombre de réitérations. La machine à broyer du XIX^e siècle tout comme les approches classiques du XX^e ont montré leurs limites. Ni le travail en silence, ni les salles de discipline, ni la politique du bâton et de la carotte n'aboutissent à un changement durable¹⁴ du comportement.

¹⁴ Les méta-analyses réalisées depuis les années 1970 (ANDREWS, MCGUIRE, etc.) montrent que :

- la prison classique et l'approche thérapeutique des années 1970, 1980 fondées sur la prise en charge « globale » de la personne est statistiquement neutre, c'est-à-dire qu'elle est sans impact statistique, en terme de récidive par rapport à une prison sans traitement particulier,
- les régimes punitifs augmentent la récidive de près de 25 %,
- les approches centrées sur la relation au crime et sur la réduction ciblée des facteurs de risque permettent une baisse de la récidive de près de 30 - 35 %, et plus particulièrement les approches cognitives et comportementales.

Certes, l'apport d'outils nécessaires à la vie en société tels qu'une formation ou des acquisitions sociales, la réduction des besoins criminogènes et la compréhension du passage à l'acte ne sont pas négligeables. Mais ils ne traitent pas les pathologies et rien ne sert, par exemple, de savoir travailler, si on entend toujours des voix qui nous ordonnent de tuer, si des attirances sexuelles non admissibles nous submergent, si la violence sexuelle est la seule échappatoire à nos frustrations ou si la dépendance nous pousse à l'obtention du produit qui nous domine.

Quand la maladie est à l'origine de la délinquance, le traitement pénitentiaire classique reste impuissant. C'est la stabilisation, la maîtrise ou la guérison de la pathologie alliées à un accompagnement éducatif qui permettront d'éviter la récidive. La thérapie est donc un instrument de prévention complémentaire et indispensable.

La médecine comme facteur de normalisation

En apportant en prison une qualité de soin équivalente à celle qui est dispensée dans la société à l'ensemble de la population et en traitant le patient pénitentiaire comme un patient ordinaire, la médecine pénitentiaire favorise la normalisation progressive de la vie pénitentiaire et contribue au changement de l'image du détenu. Celui-ci redevient une personne et, traité comme tel, modifiera son comportement.

L'intervention médicale va donc dans le sens de l'évolution pénitentiaire, vers une prison toujours plus consensuelle et participative.

2/ VERS UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE

Médecine et traitement pénitentiaire doivent être dissociés, mais ils jouent des rôles étroitement complémentaires. En prison comme dans de nombreux autres secteurs, l'interdisciplinarité devient toujours davantage le mode de fonctionnement privilégié¹⁵.

Mais travailler dans l'interdisciplinarité ne signifie pas être complices. Cette forme de collaboration, selon les définitions communément admises, se fonde à la fois sur la fixation d'objectifs communs, sur l'adoption d'un langage compréhensible par tous et sur la distinction des rôles. Si elle permet à tous de se comprendre, elle autorise chacun, dans sa spécialité, à conserver son espace de travail et ses méthodes.

Même si tous deux contribuent à la réinsertion et à la préservation de la personne du condamné, le médecin ne devient pas surveillant, ni le surveillant thérapeute. Chacun conservera sa mission propre, mais aura acquis, grâce à un autre mode de fonctionnement et d'échanges, une meilleure connaissance de l'autre ainsi qu'une capacité de coordination dans tous les domaines où des actions divergentes seraient contre-indiquées.

■ TRAVAILLER EN PRISON

La description des conflits présentés ci-dessus laisse aisément deviner que la prison est un cadre qu'il est indispensable de connaître et de comprendre avant même d'y commencer une activité. Nous tenterons ci-dessous, en quelques phrases, de familiariser le futur médecin pénitentiaire avec ce contexte et de lui en livrer les clés les plus importantes. Ces concepts et ces règles ne sont d'ailleurs pas seulement destinées au seul thérapeute. Elles sont indispensables à tout nouvel arrivant qui veut comprendre le fonctionnement de l'institution carcérale et y trouver sa place.

¹⁵ Le fonctionnement en réseaux interdisciplinaires est souvent la solution la plus efficace pour la prise en charge des cas difficiles.

L'institution prison est à la fois marquée par son histoire et par sa volonté disciplinaire. On ne sait plus forcément pourquoi on respecte certaines pratiques, mais la majorité d'entre elles remonte à l'essor de la prison ou découle des efforts qu'elle fait depuis son développement pour assurer sa survie.

L'histoire de la prison est présente dans toutes les activités quotidiennes et elle doit être identifiée dans chacune d'elles.

Histoire de la prison

La prison n'est le fondement de l'arsenal pénal que depuis le XIX^e siècle. D'abord simple lieu d'attente et de garde, elle occupait les citernes, les portes des villes ou les sous-sols des châteaux. Le détenu y attendait son jugement entre deux actes d'instruction ou entre deux séances de torture ou y était confiné dans l'attente de son exécution ou de son supplice. Les grilles, les chaînes et les portes avaient pour seul but de le garder à disposition de l'inquisiteur ou du bourreau.

Dans d'autres cas, la prison servait à l'exclusion ou à la mise à l'écart. Le travail forcé dans un lieu éloigné pouvait représenter une source de recettes ou des bras supplémentaires¹⁶ et le détenu, s'il le pouvait, devait contribuer lui-même à son entretien¹⁷.

Dans la majorité des établissements de l'époque, les détenus étaient regroupés, sans distinction de catégorie, dans des dortoirs insalubres. Maladies et mauvais exemples s'échangeaient en toute liberté. On sortait rarement de prison en meilleur état qu'on y était rentré¹⁸.

¹⁶ Les galères, les travaux forcés et la mise en valeur des colonies en sont les manifestations les plus connues.

¹⁷ On distinguait dans les prisons, les pistoliers, qui payaient leur loyer et leur entretien et étaient logés en chambres ou en appartements et les pailleux, logés sur la paille des cachots.

¹⁸ Les prisons dortoirs sont et restent des espaces difficiles à maîtriser, dans lesquels le pouvoir peut rapidement changer de camp et qui peuvent devenir facilement des espaces de non droit. Hiérarchie interne, organisation et pratiques criminelles y trouveront un terrain d'éclosion particulièrement favorable.

Les premiers frémissements d'une prison éducative n'apparaissent qu'à la fin du XVI^e siècle. L'oisiveté étant considérée comme la mère des vices, quelques institutions de type conventuel introduisent les premières formes d'éducation au travail¹⁹.

Le XIX^e siècle verra le développement de modèles de prison éducative. Après l'abolition de la servitude et la séparation des notions de faute pénale et de péché, la prison devenait enfin digne de remplacer l'expiation sur l'échafaud²⁰.

Pour palier à la promiscuité et à la « contamination morale » des dortoirs des prisons du XVII^e siècle, on invente en Europe et aux États Unis de nouveaux régimes.

Jeremy Bentham imagine en Angleterre une prison circulaire, dont l'ouverture des cellules est orientée vers une tour intérieure qui permet, d'un seul point, un contrôle permanent et invisible de l'ensemble des détenus. Il espère par ce biais changer durablement les comportements²¹ des condamnés. Les Quakers américains misent sur un modèle inspiré des couvents. Ils croient que les détenus, isolés dans leur cellule, sauront profiter de leur temps pour méditer sur leur crime et réfléchir à la parole divine. La propagation de ce régime dans de nombreux pays n'aboutira qu'à multiplier les folies et les suicides²². Le régime de la prison d'Auburn, à New York, a fait des émules jusqu'au Japon. Confiné en cellule individuelle pendant la nuit, le détenu devait travailler pendant la journée en commun et en silence. Toute rupture d'une règle de discipline était impitoyablement sanctionnée²³.

¹⁹ St Michele, à Rome, ou le Rapshuis (le lieu où l'on file), à Amsterdam.

²⁰ BECCARIA, dans *Des délits et des peines*, sépare pour la première fois clairement la notion de crime de la notion de péché. Il prône l'abolition de la peine de mort et de la torture et élabore un concept de législation et de procédure pénale inspiré des philosophes du siècle des Lumières.

²¹ BENTHAM J., *Panoptique, Mille et une Nuits*, Fayard, 2002.

²² Régime pennsylvanien ou régime de Franklin, vers 1820.

²³ Régime Auburn, vers 1820.

Devant les échecs de ces méthodes, irlandais et écossais tentent vers 1860 la synthèse des régimes précédents. Après une période d'isolement cellulaire, les condamnés travaillent en commun de jour, puis vivent en dortoir collectif avant d'être libérés conditionnellement.

Ce premier régime progressif est à la base de la prison moderne²⁴.

La prison moderne

Les prisons contemporaines sont les héritières de l'ensemble de ces modèles vieux de deux siècles. La vision panoptique a inspiré de nombreuses architectures²⁵. La séparation des ateliers et des cellulaires est issue de la prison d'Auburn et les modèles de cours de promenade sont d'inspiration auburniennes pour les unes²⁶, pennsylvaniennes pour les autres²⁷. Les quartiers de haute sécurité de la majorité des États fonctionnent toujours selon le modèle de Franklin. La progression dans les régimes reste un des fondements de nombreux systèmes pénitentiaires actuels et la volonté de corriger, de discipliner et d'amender est toujours présente dans les régimes modernes.

S'y est rajoutée, en réaction aux détentions politiques subies pendant les conflits mondiaux et internes, la protection de la dignité de l'individu. Comme le sont les droits de tout individu que protègent les instruments internationaux développés par les Nations Unies ou par le Conseil de l'Europe, les droits du détenu ne peuvent être désormais limités, quand une base légale le prévoit, que dans la mesure où les nécessités de la sécurité, de l'ordre ou de l'éducation le nécessitent, et la dignité de la personne doit être préservée.

Mais si les sciences et les réflexions ont permis de cerner les contradictions de la prison et de constater ses dysfonctionnements, la prison reste, en dépit des constats, une institution de contrainte et son fonctionnement

²⁴ Régime de Crofton, vers 1860.

²⁵ Les tripales, les modèles en étoile ou en peigne sont des dérivés du panoptique.

²⁶ Promenades circulaires.

²⁷ Promenades en camemberts.

coercitif limite toujours la portée des interventions éducatives²⁸. Seules de petites unités de vie encore rares²⁹ permettent de redonner au détenu un rôle décisionnel positif et de le faire participer pleinement à sa réinsertion. Dans les prisons classiques, la marche vers l'autonomie et vers la responsabilité se heurte souvent aux contraintes sécuritaires, à l'inertie et à la lourdeur du système ou au poids des sous-cultures carcérales.

La prison moderne reste à la recherche de compromis entre ses différentes missions : *garder, punir, empêcher l'évasion, maintenir l'ordre, prévenir la récidive et préparer la sortie*. Pour ses missions de sécurité, elle dispose de moyens passifs : l'architecture, actifs : l'observation et la surveillance, et dynamiques : la connaissance des personnes et la qualité des relations interpersonnelles. Pour ses missions de rééducation, elle dispose du contenu du régime interne, du travail, de structures d'enseignement et de formation, des loisirs, des contacts avec l'extérieur et de moyens thérapeutiques. La qualité relationnelle et les qualités personnelles de l'ensemble des intervenants seront des atouts non négligeables. Selon le moment, le contexte et la personne concernée, certaines missions devront être privilégiées et d'autres pourront passer au second plan. Tout l'art pénitentiaire est de savoir « doser » les objectifs et les interventions, et, tout en assurant la sécurité et l'ordre, de ne pas compromettre ou de favoriser la dynamique d'une évolution personnelle.

²⁸ COMBESIE P., Sociologie de la prison, Repères, La Découverte, 2004.

²⁹ Quelques prisons contemporaines fonctionnent sur le modèle de la famille élargie. En dehors du temps de travail, les détenus sont réunis dans des appartements ou pavillons qu'ils partagent par petits groupes. Ils y jouissent d'une large autonomie et de pouvoir de décision et sont placés sous la responsabilité d'éducateurs qui veillent au respect des règles communautaires. Ces prisons sont en général réservées à des détenus approchant de la fin de peine ou à des détenus dignes de confiance (Ringe, DN, Witzwil, CH, La Joliette ou La Montée St Anne, CA). Mais certaines de ces unités de vie, intégrées en milieu sécurisé, sont réservées à la rééducation des troubles de comportement parmi les plus lourds (Pâquerette, CH, Van Einderhoven, Portugal, NL).

Quelques règles de comportement

La connaissance et le respect de quelques coutumes et « tabous » est indispensable pour celui qui commence à travailler en prison, quelle que soit sa fonction. Les connaître permet de s'intégrer sans perdre son âme, les ignorer conduit au rejet ou à l'impuissance.

Respect des règles, et particulièrement des règles de sécurité

Qu'elles soient intelligentes ou obsolètes, les règles, et particulièrement les directives qui concernent la sécurité, sont incontournables et intangibles. La sécurité repose sur la confiance mutuelle de l'ensemble des intervenants et sur le respect des pratiques sécuritaires. Celui qui y déroge s'expose, et expose les autres. Une complicité, même minime, peut générer pressions et chantages. Le non-respect de règles renforcera la méfiance et les oppositions et tuera toute forme de collaboration. La personne qui ne respecte pas les règles de sécurité et les règles internes est rapidement exclue de l'établissement³⁰. L'intervenant en milieu pénitentiaire s'abstiendra donc de toute activité contraire aux règles et aux directives. S'il découvre des règles inutiles ou superflues, il tentera d'obtenir leur abrogation ou leur modification, mais il continuera à les appliquer jusqu'à décision.

Respect des horaires

La vie pénitentiaire est rythmée par des activités et des horaires immuables. Les points fixes que représentent la distribution des repas, le début du travail ou la promenade servent à la fois à l'ordre interne, à rythmer la vie de la collectivité et à des contrôles de sécurité. Au-delà des heures prescrites, le personnel ne sera plus en mesure d'assumer certaines tâches ou surveillances. Vu la taille des institutions, ce sera à l'intervenant de se plier à ces contraintes et non à l'institution à s'adapter à lui³¹.

³⁰ Le contrevenant est rapidement poussé à la faute et, s'il n'est pas renvoyé, comprendra rapidement que sa place n'est plus dans l'institution.

³¹ J'ai souvenir d'intervenants particulièrement arrogants qui ont attendu plus d'une heure derrière une porte fermée.

Respect d'autrui

En tant que communauté fermée, la prison fonctionne sur la base de respects ou de méfiances réciproques et d'équilibres entre les pouvoirs. Aucune partie n'a suffisamment de poids pour s'imposer durablement à l'autre, mais chacune peut paralyser le fonctionnement du camp opposé.

Un surveillant ne s'imposera pas parce qu'il est craint, mais parce qu'il est respecté. Il en sera de même pour tous les participants à la vie pénitentiaire, quelle que soit leur place dans l'institution.

Dans ce milieu, le mépris engendre la haine ou l'inertie³². L'intervenant qui méprise cette règle perdra son capital de confiance et verra s'accumuler les obstacles. En contrepartie, respecter l'autre permettra d'exiger et d'obtenir son respect.

Le théâtre pénitentiaire

Les archétypes pénitentiaires sont clairement définis. Médecin, directeur, surveillant et détenu, tous ont des rôles précis dans le théâtre carcéral. Que ce soit dans le cabinet de consultation, dans la salle de cours ou en cour de promenade, le détenu risque fort de se montrer en représentation pour respecter les règles de son groupe. Aboutir à une totale ouverture prend du temps, et se mérite³³.

On pleure peu en prison, et surtout pas devant les autres. On se coupe les veines dans le secret de sa cellule ou on casse sa radio.

La connaissance des règles et des structures non-écrites permettra de mieux comprendre les situations et de dépasser sans risque certaines barrières.

³² J'ai également connu des intervenants médicaux ou sociaux auréolés de leur fonction, qui méprisaient le personnel de base. Ils n'ont jamais pu assumer pleinement leur rôle dans l'institution.

³³ Un caïd transféré dans une petite unité de sociothérapie me disait: « Ici, je me repose. Je n'ai plus l'obligation de regarder derrière moi dans le couloir, je ne dois pas défendre ma place ni assurer mon rôle, et je peux être simplement moi-même. »

Préserver son identité

L'institution prison cherche à phagocyter tous les corps étrangers. On y perd facilement son identité et la tentation est forte d'outrepasser les limites de sa fonction ou de se couler dans le moule de l'institution. Et pourtant, on ne peut être efficace que si les rôles de chacun restent clairement définis. L'institution n'a besoin ni de sauveurs, ni de redresseurs de torts, ni de complices, mais simplement de bons professionnels qui restent à leur place.

Inertie

Aucun changement durable et en profondeur ne s'obtient par une directive ou par la contrainte. On peut changer beaucoup de choses en prison si ceux qui l'appliquent y adhèrent et y voient de l'intérêt. Réformer les pratiques sans l'adhésion de la base est une pure illusion. C'est aussi valable pour les spécialistes et les nouveaux intervenants.

Institution totale

Il convient de ne pas oublier quel type d'institution est la prison. Elle est, et reste une institution coercitive.

Le respect des droits de la personne et l'application humaine des règles permettent une certaine harmonie interne, mais la contrainte ne peut être totalement occultée. Ce n'est pas parce que le détenu se sait coupable qu'il oublie ou accepte totalement la privation de liberté. L'utilisation secondaire, la manipulation, la recherche d'avantages et les règles coutumières qui dictent le comportement des surveillants et des détenus sont des réalités incontournables.

Milieu de contrainte, le monde pénitentiaire est un lieu de violences. Les pathologies, l'impulsivité, la culture de certains détenus et la violence du droit coutumier peuvent rendre la vie explosive. Si les passages à l'acte sont rares, parce que chacun a plus intérêt à la paix et à la tranquillité qu'à la guerre

ouverte, pressions, chantages, rackets, agressions et remises à l'ordre rythment la vie des établissements. Plus les secteurs sont grands, plus la surveillance est difficile, et plus les sous-cultures prennent d'ampleur.

■ PRINCIPES FONDAMENTAUX

Pour comprendre ce qui se passe, les règles relationnelles classiques ne suffisent pas. Bruits, rumeurs, non-dits et apparences prennent dans le contexte pénitentiaire une importance toute particulière.

De nombreux textes³⁴ décrivent la médecine pénitentiaire et son rôle. Vous retrouverez les principaux d'entre eux en annexe. Tous se fondent sur quelques principes fondamentaux que nous résumerons ci dessous.

Indépendance professionnelle

Le médecin pénitentiaire, comme le médecin externe, soignera ses patients de manière préventive et curative en tenant compte de leur état de santé, et uniquement de celui-ci. Ce dernier doit primer sur toute autre considération. Si l'état d'un détenu nécessite un transfert dans une institution appropriée,

³⁴ Citons ici les documents de l'Association médicale mondiale, l'AMM, tels que la Déclaration sur les fouilles corporelles de prisonniers (1993), la Résolution sur la participation du médecin à la peine capitale (1981), la Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim (1991) ou la Déclaration de Tokyo (1975). Pour le Conseil de l'Europe, citons la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950), la Charte sociale européenne (1961), la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (1987), la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (1997), les Recommandations sur la recherche médicale sur l'être humain R (90) 3, la Recommandation concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida et des problèmes connexes en prison R (93) 6, les Règles pénitentiaires européennes R (87)3 et bientôt R (2006), la Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, la Recommandation 1257 (1995) relative aux conditions de détention dans les États membres du Conseil de l'Europe et de la Recommandation R (98)7 sur les Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

Tous sont disponibles sur Internet sur les sites des organes émetteurs.

l'avis médical prime sur toute autre décision. Mais c'est à l'administration pénitentiaire de garantir la sécurité du transfert.

Le médecin qui délivre des tranquillisants à un détenu parce qu'il perturbe l'institution et non en raison de son état de santé sort de son rôle, tout comme celui qui délivrerait un certificat d'aptitude à la punition. Certes, le personnel médical est tenu de respecter les règles de sécurité, mais seules les considérations médicales doivent guider ses décisions techniques.

Si les recommandations internationales n'imposent pas la séparation hiérarchique stricte de la médecine et de l'administration pénitentiaire, elles recommandent pourtant fortement son rattachement aux services de santé ou au moins leur soumission, sur le plan technique, à une autorité de tutelle exclusivement médicale.

Équivalence des soins en prison et à l'extérieur

Ce n'est pas parce qu'on est emprisonné qu'on doit disposer d'une qualité de soins ou d'un accès aux soins différents de ceux dispensés en société. C'est pourquoi les établissements pénitentiaires doivent pouvoir fournir au détenu des prestations médicales et paramédicales équivalentes à celles dont dispose un citoyen ordinaire³⁵.

Présence médicale

Médecins généralistes, psychiatres, psychologues, dentistes, infirmiers et personnel technique doivent être présents régulièrement en prison. Si la taille de l'établissement le nécessite, ces fonctions doivent être occupées à plein temps. En cas d'activités à temps partiel, on doit veiller à pouvoir disposer d'une présence rapide en cas d'urgence. L'effectif du personnel médical et paramédical doit correspondre aux besoins de l'institution et à la morbidité

³⁵ Résolution 37/194 de l'Assemblée générale des Nations Unies, Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autre peine ou traitement cruels, inhumains ou dégradants, Principe premier.

de sa population, pour permettre de répondre dans des délais raisonnables aux demandes de soins.

Si des soins ou des examens particuliers ne peuvent être dispensés dans la prison, le détenu doit avoir accès aux services extérieurs (hôpitaux, médecins spécialistes, etc.).

Conditions matérielles

Le personnel médical, infirmier et technique doit pouvoir disposer de conditions de travail adéquates, équivalentes aux conditions extérieures (locaux, équipement, matériel...) ³⁶. L'organisation des services de santé internes doit être fonctionnelle et s'inspirer de l'organisation des structures sanitaires externes, tout en tenant compte des aspects spécifiques à la prison (surveillance des médicaments ou salles d'attente, par exemple). Elle doit disposer du matériel et des équipements nécessaires aux examens et aux soins prodigués.

Les examens ou les traitements qui ne sont pas réalisables en prison doivent être réalisés, dans des délais raisonnables, dans des institutions extérieures. La proximité et la disponibilité de ces équipements externes détermineront le niveau d'équipement nécessaire en prison.

Mais on sait qu'il est plus facile et plus sûr de prodiguer des soins à l'intérieur d'un établissement que d'organiser des transferts et qu'il vaut mieux faire en prison ce qui ne nécessite pas des équipements ou des connaissances particuliers.

Conditions de travail

La pratique de tous les jours doit être semblable à la pratique externe ³⁷. La disposition des locaux et leur organisation veilleront, par exemple, tout en assurant la sécurité des patients et du personnel, à garantir la confidentialité

³⁶ Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, art. 22.

³⁷ *ibid.*

des entretiens et l'efficacité des soins. Le service et les structures doivent être aménagés de manière à garantir l'exercice des professions médicales.

Besoins supplémentaires

Le détenu doit pouvoir disposer de soins équivalents à ceux de l'extérieur. Il aura donc accès aux soins, comme dans la société, aussi souvent que nécessaire. Mais pour tenir compte des spécificités de la population carcérale il est indispensable de prendre des mesures supplémentaires ³⁸.

Tout détenu arrivant sera examiné dès son arrivée en prison. Si le premier dépistage peut être fait par du personnel infirmier, il devra être suivi dans les meilleurs délais par l'examen d'un médecin.

On portera une attention particulière aux traumatismes éventuels de l'arrivant, aux maladies transmissibles qui peuvent représenter un danger immédiat pour l'institution, et au dépistage et au soulagement des pathologies courantes dans cette population (maladies psychiques, dépendances, etc.).

La remise du patient à la médecine externe en cas de libération doit être préparée. C'est pourquoi tout détenu fera l'objet d'un examen de sortie qui aura pour but de poser un dernier diagnostic et d'organiser son suivi à l'extérieur.

Le détenu : un patient comme les autres

Le libre consentement éclairé du malade à l'acte médical et la confidentialité sont les fondements de la relation thérapeutique. Même dans le cadre de soins obligés sur lesquels nous reviendrons ci-dessous, le médecin doit respecter strictement ces principes.

³⁸ *ibid.*, art. 24.

Consentement libre et éclairé

Les règles du consentement à l'acte médical ne sont pas différentes en prison des règles appliquées dans la société civile, mais leur respect est particulièrement exposé dans les milieux de contrainte aux risques de dérapage, aux manipulations et aux pressions.

Dans une vision utilitariste où l'institution recherche en priorité, consciemment ou non, la préservation de l'ordre ou la prévention du passage à l'acte, le médecin ou le thérapeute doit constamment veiller au respect et à la clarté de sa mission. Il doit par conséquent examiner, avec encore davantage de précautions qu'à l'extérieur, l'existence de la capacité de discernement du patient et en particulier le fait que son consentement n'est pas lié à l'obtention d'avantages et qu'il s'exerce en dehors de toute pression. Il doit particulièrement vérifier le niveau de compréhension et de connaissance du patient et lui expliquer de manière compréhensible son diagnostic, ce qu'il propose et les conséquences d'un traitement comme celles d'un non-traitement.

Situations d'exception

Le traitement forcé est soumis aux mêmes règles en prison et à l'extérieur. Mais il faut particulièrement veiller en milieu de contrainte, au respect des protocoles d'utilisation prévus par les lois et limiter strictement les interventions médicales non consenties aux situations prévues par la loi, aux cas d'incapacité de discernement clairement constatés et à la préservation de risques imminents et majeurs pour le patient ou pour autrui³⁹. Dans toutes ces situations, la prise en charge médicale doit accompagner le patient jusqu'à la disparition totale du risque médical.

Le traitement ordonné, tel que la psychothérapie imposée par le juge pose d'autres questions, particulièrement en ce qui concerne le suivi du traitement par l'autorité. Force est de reconnaître que ce rendez-vous

³⁹ Refuser d'administrer un calmant dans une situation délicate ne sera pas toujours facile. Mais il est indispensable de distinguer clairement le rôle de la médecine de celui des services de sécurité. La crédibilité des uns et des autres est à ce prix.

obligatoire entre patient et thérapeute représente souvent une première occasion de rencontre et de prise de conscience. Mais cette rencontre obligée n'impose ni la réussite, ni la poursuite d'une relation qui n'aurait rien de thérapeutique, et rien n'empêche le thérapeute de proposer la rupture du contrat, s'il constate qu'il n'est pas respecté. Elle n'oblige pas non plus le médecin à faire un rapport exhaustif de ses entretiens à l'autorité responsable.

Le principe du consentement éclairé ne remet naturellement pas en question les règles d'intervention en vigueur dans la société civile en cas d'urgence médicale, ni les situations prévues par les lois concernant les risques d'infections et de maladies transmissibles. Dans ces cas, le médecin pourra imposer, pour la protection de la collectivité, les mesures prévues par la législation. Il tentera toutefois de proportionner les mesures au risque⁴⁰ et de les adapter au contexte carcéral.

Un dernier aspect concernant le consentement libre et éclairé fait partie des dispositions européennes et internationales⁴¹. Le détenu n'est pas un être libre. Il est par conséquent interdit de profiter de son état de dépendance pour le faire participer à des recherches ou à des expérimentations qu'il n'aurait pas acceptées en toute conscience et visant à améliorer sa situation.

Secret médical

Le secret médical est le ciment du contrat thérapeutique. À la fois droit du patient et devoir du praticien, il favorise l'accès du malade aux soins qui lui sont nécessaires et est indispensable à la mise en place d'une relation fondée sur la confiance.

⁴⁰ Si les mesures de protection et d'information obligatoires concernant la tuberculose ou la syphilis sont précises et indiscutables, la prévention de la propagation l'emportant sur toute autre considération, il n'en est pas toujours de même pour d'autres maladies. On essaiera de limiter les atteintes à la personne en fonction du contexte et du degré de risque. La prévention de la séropositivité est mieux garantie par l'éducation et le respect de règles simples que par la contrainte, par exemple.

⁴¹ Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Résolution UN 37/194.

Le médecin pénitentiaire doit donc pouvoir garantir à ses patients des conditions de confidentialité semblables à celles d'un cabinet extérieur. La consultation doit pouvoir s'effectuer sans témoin, sauf si le médecin, pour des conditions particulières, le demande. Les dossiers médicaux doivent être séparés des dossiers administratifs et être à la seule disposition du personnel médical autorisé. Leur transmission, en cas de déplacement ou de transfert, doit se faire d'un service médical à l'autre. Le médecin doit garder pour lui les informations recueillies dans le secret de la consultation.

Mais la notion du secret médical peut se heurter parfois à des impératifs pratiques. Le médecin, voire l'infirmier, n'est pas forcément présent au-delà du temps de consultation. Le personnel de surveillance devra souvent prendre le relais, distribuer des médicaments, tenir compte des comportements et des réactions consécutifs à une pathologie ou à un traitement, gérer les urgences et donner les premiers secours. Il ne peut le faire sans disposer d'instructions lui permettant de jouer son rôle. Lors de consultations, le personnel médical peut recevoir des informations qui lui apprennent que l'ordre ou la sécurité de l'établissement sont en danger. L'application du secret médical doit donc être adaptée à la prison, mais sans être trahie car elle est la base de la relation thérapeutique.

La transmission au personnel de surveillance d'informations médicales nécessaires à la survie du patient⁴² peut être, par exemple, faite avec l'accord de ce dernier. C'est le patient qui reste maître de l'information et qui peut, si cette divulgation lui est utile, libérer le médecin de son secret.

La notion de secret partagé et de secret d'équipe peut également être envisagée. Mais dans ce milieu de pouvoir, où les rôles sont difficiles à tenir, le partage d'informations peut présenter des risques. Il convient de bien connaître ses partenaires et le contexte afin d'éviter l'utilisation perverse⁴³ d'informations divulguées, même dans l'intérêt du patient. Mais le médecin, en accord avec son malade, peut se limiter à transmettre aux autres

⁴² Diabète, problèmes cardiaques ou épilepsie, par exemple, qui nécessitent des réactions appropriées.

⁴³ Comment être certain qu'un surveillant affaibli, en situation de crise, ne va pas utiliser l'information médicale pour exercer une emprise sur le détenu ?

intervenants les seules informations qui seront directement utiles à sa protection ou à ses soins⁴⁴. Le partage à l'équipe peut également être inclus dans un contrat thérapeutique.

Apprendre dans le secret du cabinet médical la préparation d'une prise d'otage ou d'un meurtre est toujours délicat. L'information est-elle réelle ou est-ce une manipulation ? Quelle est l'intention du patient qui la délivre ? Si elle est plausible et que la situation met en danger d'autres personnes, diverses solutions existent : dire au patient qu'on ne peut garder cette information pour soi et la transmettre avec son accord, même anonymement ; se faire délier du secret médical par son autorité de tutelle ; en cas d'urgence, attirer l'attention sur le risque, sans divulguer ni ses sources, ni l'information dans le détail et rapporter à son autorité tutélaire.

■ SPÉCIFICITÉS PÉNITENTIAIRES

Même s'ils s'appliquent dans le cadre particulier qu'est la prison, les principes énumérés ci-dessus ne sont pas différents de ceux de la médecine de la société civile. D'autres tâches, que l'on retrouve en partie en médecine sociale ou en médecine professionnelle, sont plus spécifiques à l'institution carcérale.

Prévention et éducation à la santé

La population carcérale est diverse et elle provient dans une large mesure de milieux défavorisés ou de milieux à risque. Les fréquentations, les conditions sociales et les comportements vont favoriser la transmission de maladies. Se retrouve en prison une population dont le taux de morbidité dépasse largement celui de la population extérieure.

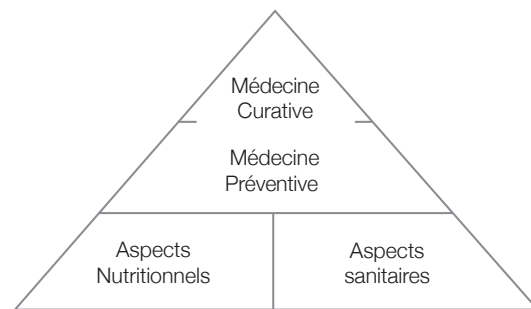
⁴⁴ Savoir qui est séropositif ne sert par exemple à rien au personnel pénitentiaire. Le délai de latence du test n'offre aucune garantie, ainsi que le fait que les tests de dépistage ne peuvent et ne doivent pas être obligatoires. Pour le personnel, savoir qui est « officiellement » séropositif serait une fausse sécurité, qui risquerait de lui faire négliger de prendre des précautions élémentaires (port de gants en cas de présence de sang, etc.) vis-à-vis de détenus non déclarés positifs, mais qui sont peut-être porteurs.

Des mesures de précautions particulières devront être prises pour détecter les maladies, les traiter et éviter leur propagation. Il s'agit d'une mission de santé publique, qui dépasse la relation de soin.

Certes le responsable de la santé dans l'établissement vis à vis de l'autorité reste formellement la direction, qui doit s'entourer des conseils nécessaires, mais le service médical, qui est son principal agent de détection, d'exécution, de prévention et de conseil assume sur le terrain une responsabilité conjointe.

L'examen médical d'entrée servira à la détection systématique des maladies les plus dangereuses. Des mesures prophylactiques seront prises avant leur propagation à l'intérieur de l'établissement. Outre le dépistage systématique des maladies prévues par la loi, le dépistage volontaire des hépatites ou du VIH seront favorisés. Des mesures d'isolement seront prises vis-à-vis des cas particulièrement contagieux (tuberculose, galle, etc.). Les autres détenus seront traités et recevront les instructions les sensibilisant à leur maladie et leur permettant d'éviter de la transmettre. Le personnel sera lui aussi instruit par le médecin et apprendra à prendre les mesures de précautions nécessaires.

Enfin, de par sa formation, le médecin est parfaitement à même de savoir ce qui favorise ou freine la diffusion des maladies, quelle que soit leur forme de transmission. Par des contrôles réguliers, il veillera au respect de règles d'hygiène élémentaires (aération, propreté, qualité de la nourriture, etc.) et fera régulièrement rapport à la direction de ses constats. Il pourra tenir compte pour ces contrôles du schéma suivant, mis au point par le Comité International de la Croix Rouge et qui illustre le fait que la préservation de la santé ne dépend pas uniquement de gestes techniques, mais également de la préservation d'un environnement qui la favorise.



Pathologies spécifiques à la prison

En plus des pathologies infectieuses mentionnées ci-dessus, la médecine pénitentiaire devra faire face à deux types de morbidité dont la prévalence en prison ne fait qu'augmenter : les dépendances et les troubles mentaux.

Ces derniers prennent, dans les prisons modernes, une place toute particulière. L'évolution de la psychiatrie, l'ouverture des cliniques, l'évolution de l'éducation font que la population carcérale souffre toujours davantage de troubles mentaux. Leur prise en charge exige des qualifications particulières du personnel médical comme du personnel de surveillance et requiert l'appui de psychiatres et de psychologues. On ne peut envisager leur traitement sans personnel spécialisé, thérapies de groupe ou thérapies individuelles. Les problèmes posés par le comportement de ces patients exigent la mise en place de collaborations internes étroites et l'utilisation, si nécessaire, de structures externes à la prison. Malgré la difficulté de gestion de certains cas, les mesures de contention, d'isolement ou les traitements obligés ne doivent être utilisées qu'en cas d'absolue nécessité, et pour des périodes strictement limitées à la résolution de la crise.

La dépendance, même si elle est devenue plus courante en prison, pose encore de nombreux problèmes. Il est donc indispensable de proposer aux toxicomanes des suivis médico-sociaux qui facilitent leur intégration, évitent leur marginalisation et les aident à cesser leur consommation. Les programmes de suivi internes doivent donc s'intégrer étroitement aux politiques de prévention de la toxicomanie pratiquées dans la société. Le traitement des symptômes de sevrage et de dépendance devrait être le même que dans la société extérieure et être la continuité de celui-ci. Un accompagnement contractuel pluridisciplinaire est particulièrement indiqué pour aider le toxicomane à se préserver de la drogue et acquérir les outils qui lui faciliteront une vraie intégration sociale.

Troubles inhérents à l'institution

Il n'est pas nécessaire de rappeler les aspects pervers de l'institution carcérale. Renforcée par les caractéristiques d'une partie de sa population, l'institution coercitive peut produire des violences ou des manifestations d'opposition. Violences, règlements de compte, automutilations, tentatives de suicide ou grèves de la faim jalonnent la vie d'un établissement.

Les actes de violence ne peuvent être tolérés, quels que soient leurs auteurs. Le service médical devra les constater, et transmettre l'information aux autorités intéressées par l'intermédiaire de son patient. En cas de violences réitérées, le médecin devra insister auprès de la direction pour que soient mises en place des stratégies qui permettent de réduire le degré de violence dans la prison.

Les automutilations et les tentatives de suicide devront être prises particulièrement au sérieux. Elles sont souvent l'expression d'un mal-être qui peut avoir des conséquences encore plus graves.

Après avoir vérifié le libre choix fait par un gréviste de la faim et lui avoir expliqué les conséquences de son acte, le médecin pénitentiaire devra accompagner le gréviste et contrôler régulièrement son état. En cas d'aggravation, il devra ordonner son transfert. Il devra cependant respecter, tant que le patient est conscient, une décision prise librement, indépendamment, et en toute conscience⁴⁵.

Rapports / expertises

Les principes de base de l'expertise sont les mêmes en prison et à l'extérieur. On ne peut être à la fois thérapeute et expert. L'administration devra recourir à des experts non engagés dans des interventions thérapeutiques pour procéder à des expertises. Il en est de même, par exemple, pour des fouilles intimes qui ne peuvent être effectuées par le personnel soignant dans l'établissement.

Le médecin pénitentiaire sera pourtant appelé, à diverses reprises, à rapporter aux autorités. Il devra particulièrement leur faire part de l'incapacité d'un détenu à subir sa peine, à subir un isolement, à exercer une activité professionnelle dans la prison, ou à rester en milieu carcéral alors qu'il souffre d'une maladie à un stade terminal.

Pour éviter d'être la caution de la décision de l'autorité, le constat médical ne devra pas précéder la décision administrative, mais la suivre. Il serait dangereux que le médecin soit, par exemple conduit à légitimer des sanctions ou

⁴⁵ Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la faim.

des punitions en donnant son accord préalable. Il a par contre l'obligation de contrôler régulièrement l'état des punis.

Il est également indispensable de distinguer la médecine du personnel et celle des détenus. Certes, personnel et détenus ont le même droit à la santé, mais la relation de sujétion consécutive à la vie pénitentiaire rendra l'établissement d'une relation thérapeutique difficile si l'assistance médicale des uns et des autres est fournie par les mêmes organes.

■ MÉDECINE PÉNITENTIAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE

La médecine pénitentiaire ne s'écarte donc pas des règles médicales qui s'appliquent à l'extérieur de la prison.

Seules les spécificités de l'institution carcérale imposent au médecin quelques missions complémentaires.

Mais même en prison, le médecin reste un soignant, guidé par des considérations médicales.

En plus de ses tâches médicales, il est également un partenaire et un conseiller de la direction dans tous les domaines de la santé publique dont elle est responsable.

DEUXIÈME PARTIE

L'ORGANISATION DES SOINS
EN MILIEU CARCÉRAL

Les activités de soins en prison s'exercent selon les mêmes principes qu'en milieu libre, bien qu'étant soumises à des contraintes spécifiques.

La santé en prison n'est pas seulement l'affaire du personnel soignant, elle concerne l'ensemble des personnels travaillant en prison ou en lien avec elle.

Une prise en charge médicale de qualité et cohérente implique que tous ces personnels puissent régulièrement avoir des temps **d'information et de concertation** autour des interrogations, problèmes ou difficultés rencontrés de part et d'autre, sur tout ce qui touche à la santé et aux soins. **Ces réunions institutionnalisées sont indispensables** pour établir, construire et maintenir le lien entre les divers personnels soignants, de surveillance et de direction, voire de façon plus élargie assistants sociaux, enseignants, etc. et assurer entre eux tous des échanges réguliers (et pas uniquement en cas de crises) constructifs.

1/ L'ACCÈS AUX SOINS

On l'a vu précédemment, **l'accès aux soins constitue un droit fondamental** que les professionnels de santé doivent aider à réaliser, dans le respect des principes fondamentaux définis par les textes internationaux en matière de déontologie professionnelle et d'éthique médicale.

Si le soin est entendu comme une démarche volontaire demandée ou acceptée par un sujet, **l'offre de soins doit se faire avec la plus grande visibilité et être accessible aux patients le plus facilement possible**. C'est d'autant plus important en milieu carcéral où cette démarche se heurte à de nombreuses contraintes.

LA VISITE MÉDICALE POUR LES DÉTENUS ARRIVANTS

C'est le premier contact entre le détenu et l'équipe soignante, un moment clef pour la rencontre entre le praticien de santé et le nouveau détenu (voir infra).

Elle doit être systématique pour tout entrant (RMT n° 24). C'est un passage obligé, indispensable pour expliquer au détenu les différentes procédures d'accès aux soins, comme pour procéder au dépistage des maladies contagieuses telle que la tuberculose par exemple.

L'OFFRE DE SOINS ULTÉRIEURE

Différentes procédures peuvent être proposées aux détenus pour leur faciliter au maximum l'accès aux soins (RMT n° 25-1) : ces procédures doivent être simples, accessibles aux illettrés, et reposer sur le moins d'intermédiaires possible : en effet, le détenu ne doit pas avoir à justifier sa demande auprès d'un personnel non soignant. Ces procédures doivent être connues de tous, détenus et personnels de surveillance, et faire donc l'objet d'une information auprès de ces derniers. Elles doivent être adaptées non seulement au fonctionnement de l'établissement, mais aussi prendre en compte les moyens tant humains (personnel soignant et non soignant) que matériels disponibles. Elle s'appuie néanmoins sur deux éléments qui semblent incontournables : les visites en détention et les procédures de demandes de soins.

Les visites des soignants en détention

Elles ont pour buts d'offrir des soins à tous, au niveau des lieux de vie, sans avoir à passer par l'intermédiaire d'un personnel de détention, et de repérer d'éventuels détenus très isolés, qui, bien que n'ayant pas formulé de demande de soins, auraient besoin d'être pris en charge. Dans cette hypothèse, et même s'ils la refusent, cette prise en charge médicale doit leur être proposée.

Ces visites⁴⁶ doivent s'effectuer de manière régulière et selon un calendrier et des horaires précis connus de tous pour être **bien repérées dans le temps à la fois par les détenus et le personnel de détention**.

⁴⁶ Bien entendu, ces visites doivent être organisées en lien avec le personnel de surveillance, et en fonction des ressources humaines disponibles en termes de personnel soignant, mais également de personnel de surveillance tout particulièrement lorsque le régime de détention est un régime collectif.

Elles peuvent être accomplies soit par un infirmier, soit par un médecin. L'un ou l'autre devant inscrire sur un « cahier ou registre de relevé de visites » la date, l'identité des patients vus, les symptômes présentés et ce qui a été mis en œuvre : conseils, délivrance d'un certain nombre de comprimés, lesquels etc. Par la suite, si l'infirmier ou le médecin l'estime nécessaire, il programmera une consultation (médicale, psychologique, dentaire ou autre) à l'unité de soins qui permettra une meilleure évaluation de la symptomatologie présentée dans le cadre d'un entretien respectant la confidentialité et le secret professionnel. Le registre utilisé lors des visites servira donc, dans un second temps, à faire appeler les détenus individuellement en consultation, quand cela est nécessaire.

Ces visites des locaux de vie doivent se prolonger par une visite de tous les locaux de la détention, et notamment des sanitaires communs et des cuisines, afin de dépister les zones pouvant poser des problèmes quant à l'hygiène, par exemple.

Les courriers et les formulaires de demande de rendez-vous

Il s'agit, en dehors des lettres classiques de demande de consultation, de mettre à la disposition des détenus un outil simple qui leur permette à tous, y compris aux personnes analphabètes ou étrangères, d'exprimer leur demande au service médical, ceci en toute autonomie, sans avoir recours à un surveillant ou à un co-détenu.

Il s'agit le plus souvent de formulaires où sont représentés, sous forme de petits pictogrammes, les différents types de soins (cf. exemple en annexe), le détenu cochant le type de soins auquel se rapporte sa demande. Ces formulaires peuvent s'accompagner de traductions en différentes langues. Ils doivent être facilement, et en nombre suffisant, à disposition en détention et au service médical.

Enfin, pour concrétiser la confidentialité de ces demandes écrites, des boîtes aux lettres fermées réservées au service médical sont disposées dans des lieux de la détention pour être accessibles à tous (par exemple lors des mouvements de promenade). La collecte de ces demandes sera faite quotidiennement par l'un des membres du service médical.

D'autres façons d'organiser une offre de soins

On peut, par exemple, donner aux personnes détenues la possibilité de s'inscrire à tous moments sur un registre pour faire une demande de consultation auprès d'un personnel de soins. Ce registre peut éventuellement être tenu par le personnel de surveillance, mais celui-ci ne doit pas demander de justification médicale au détenu avant de l'inscrire. Ce registre est ensuite relevé par le personnel de soins qui fait appeler, une à deux fois par semaine (selon un planning bien défini et connu de tous) tous les inscrits, afin de gérer et d'évaluer les demandes de soins.

LES SIGNALEMENTS MÉDICAUX PAR LES PERSONNES EXTÉRIEURES

Le signalement urgent par une tierce personne

L'urgence doit se traiter au travers de protocoles bien définis, tout d'abord entre les personnels de soins mais aussi en nécessaire coordination avec le personnel de surveillance.

Dans la mesure du possible (sauf détenu intransportable, urgence vitale...), toute personne détenue ayant une demande médicale urgente est conduite dans les locaux du service médical afin d'assurer la qualité de la prise en charge (un espace médicalisé garantit notamment de pouvoir procéder à de meilleurs actes diagnostiques...) et de garantir la dimension médicale de l'intervention, ce à quoi tout sujet souffrant a droit.

Attention

Les urgences « ressenties » comme telles par le détenu et/ou le personnel de surveillance doivent faire l'objet d'une demande de soins par l'intermédiaire du personnel de surveillance, faute de contacts directs immédiats possibles, dans ce genre de situation, entre la personne détenue et le personnel de soins.

Une fois le diagnostic de l'urgence établi, le choix de délivrer un traitement et la définition de ce traitement, revient uniquement à l'équipe médicale, seule compétente en la matière.

À titre d'exemple, un détenu très agité peut l'être en raison d'une affection psychiatrique, ce qui nécessite alors une prise en charge médicale, parfois urgente, mais son état peut également s'expliquer par des conflits qui ne relèvent d'aucune pathologie, et il n'aura donc besoin d'aucune prise en charge médicamenteuse, voire médicale.

L'urgence est l'exemple type d'une situation dont la gestion, en prison, nécessite un travail partenarial de qualité, qui ne peut se réaliser que dans un climat de confiance et de respect des missions de chacun.

Les signalements non urgents en provenance d'une tierce personne

Ces signalements peuvent être le fait du personnel de surveillance, de tout autre personnel intervenant en prison (assistant social, enseignant...), ou de personnes extérieures à la prison (familles de détenus, visiteurs, proches, avocats, etc.).

La personne de l'équipe médicale qui reçoit le signalement doit alors le transmettre au praticien de l'équipe médicale qui lui semble être le mieux à même de répondre à cette demande (le médecin s'il s'agit par exemple de problèmes médicaux somatiques).

Comme à chaque fois, l'évaluation de la prise en charge et la définition des suites à donner sont faites par l'équipe médicale, autonome dans le choix de sa pratique.

■ QUELQUES TYPES PARTICULIERS DE BESOINS ET DE DEMANDES

Les simulations et les demandes multiples répétées

Les demandes de soins peuvent être liées à une nécessité de deux ordres :

- soins relatifs au suivi d'une pathologie chronique,
- soins répondant à des pathologies intercurrentes.

Ceci concerne aussi bien les pathologies somatiques que les troubles psychologiques (cf. les fiches techniques).

Les demandes peuvent aussi s'exprimer au travers de ce qui est ressenti par le personnel de surveillance, voire par le personnel soignant comme des « simulations » de la part d'un détenu, de « fausses maladies », ou de « fausses urgences » répétées.

Qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, les plaintes des détenus, quelles qu'en soient la forme ou l'objet, sont en milieu carcéral toujours à concevoir par les praticiens de santé comme des équivalents de demandes, des appels à l'aide masqués exprimant une souffrance morale qui cherche à se faire entendre.

Elles doivent donc, à chaque fois, être l'objet d'une véritable investigation clinique de la part du personnel soignant qui se gardera de tout a priori.

Ces mêmes détenus peuvent aussi, assez souvent, se manifester par des troubles du comportement. La pertinence d'une approche conjointe des soins somatiques articulés à la dimension psychologique pour la prise en charge des individus incarcérés est là encore démontrée (cf. fiche sur les troubles du comportement).

Les populations les plus vulnérables

Une attention plus grande doit être portée à certaines populations qui, en raison de leur vulnérabilité, sont encore plus fragilisées par l’incarcération. Il s’agit, conformément aux instruments internationaux, des catégories suivantes :

Les mineurs

En pleine période d’adolescence, ils subissent des transformations physiologiques (« pubertaires ») qui provoquent des modifications de leur fonctionnement psychologique. Ils sont alors davantage sujets à des manifestations de type psychosomatique, notamment comme mode d’expression d’une souffrance dépressive. Il est donc important de favoriser une prise en charge médico-psychologique spécifique.

La prise en charge sanitaire des mineurs doit tout particulièrement privilégier les approches coordonnées entre les équipes de soins d’une part (médecins, infirmière diplômées d’État, psychologues...), et entre ces équipes et les différents types de personnels intervenant en prison - surveillants, éducateurs, assistants sociaux etc. - d’autre part. Le travail pluridisciplinaire est essentiel pour permettre l’organisation de prises en charge globales adaptées (comme par exemple des entretiens psychologiques familiaux).

Il est intéressant, pour les quartiers mineurs, d’identifier au sein de l’équipe soignante une ou plusieurs personnes référentes, chargées d’assurer la cohérence des prises en charge médicales et de participer, à ce titre, au travail pluridisciplinaire engagé.

Les femmes

La prise en charge des femmes implique la prise en compte particulière de l’intrication de leurs problématiques sociale, affective, et familiale. Enceintes ou parturientes, elles doivent pouvoir bénéficier d’un suivi régulier et particulier nécessitant des compétences médicales, psychologiques et paramédicales spécifiques. (RMT n° 23).

Les personnes âgées

Les personnes âgées sont plus porteuses d’affections chroniques dues au vieillissement et nettement plus exposées aux conséquences de mauvaises conditions d’incarcération. L’équipe de soins doit effectuer, en lien avec le personnel de surveillance, un suivi particulier de leurs conditions de vie en détention : hygiène, alimentation adaptée, exercice physique etc.

Les visites des quartiers d’isolement

Le quartier d’isolement ou disciplinaire reste un lieu de grande fragilité pour la santé d’un individu, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique (les suicides y sont plus fréquents qu’ailleurs). La visite d’un personnel de soins y est donc particulièrement requise, et ceci régulièrement pendant tout le temps du placement, afin de prévenir et de repérer les signes éventuels d’une dégradation de l’état de santé, physique comme mental, de la personne isolée. Le rythme de ces visites est généralement défini par le code de procédure pénale en vigueur.

L’utilisation d’un « registre ou cahier de relevé de visites », support de transmissions ultérieures, est une fois de plus utile pour notifier et garder trace de toutes les demandes faites par les détenus et des réponses apportées par le personnel soignant. Si nécessaire, selon le degré d’urgence évalué par le personnel de soins effectuant la visite, une consultation plus approfondie est programmée dans un cabinet de consultation dans les lieux spécifiques de soins.

Il est à noter que le médecin ne doit pas se prononcer sur la décision de mise au quartier d’isolement ou disciplinaire qui ne relève en aucun cas de sa compétence.

2/ LES SOINS EN PRISON

Les soins en prison s’organisent pour le patient autour de moments clés que sont les consultations médicales, dentaires, psychologiques et paramédicales, suivies bien entendu, si nécessaire, par la demande d’examens complémentaires et la prescription de soins ou traitements correspondants. Pour permettre une bonne coordination entre tous les intervenants médicaux, un certain nombre d’outils sont indispensables (voir annexes).

En dehors du dépistage de la tuberculose, **aucun soin ni dépistage ne peuvent être rendus obligatoires en prison, s'ils ne le sont pas également à l'extérieur de la prison.**

■ LES CONSULTATIONS

Elles se déroulent en dehors de la présence du personnel de surveillance ou de tout autre personnel n'appartenant pas au service médical (sauf nécessité, lorsqu'il y a par exemple besoin d'un interprète mais l'accord de la personne détenue est toujours requis) en vue de garantir la confidentialité et le respect du secret professionnel.

La première consultation médicale d'accueil

Celle-ci peut être précédée d'une consultation préalable effectuée par un personnel paramédical. Dans ce cas, la première consultation auprès du médecin doit se faire dans les plus brefs délais pour assurer une éventuelle continuité des soins pour des personnes déjà sous traitement.

Le médecin (ou l'infirmier) explique au détenu arrivant le fonctionnement du service médical et les modalités des différentes prises en charge possibles.

Cette première consultation permet l'ouverture d'un dossier médical personnel au détenu où seront consignés les éléments de base concernant la prise en charge médicale ultérieure.

Doivent ainsi y figurer :

- *Quelques éléments sociaux* (la personne a-t-elle un logement ? un médecin traitant ? une assurance maladie...), et *la durée de la condamnation* (ou du mandat de dépôt) qui sont des données à prendre en compte dans la prise en charge ultérieure du patient ;
- *Les antécédents personnels médicaux* (dont allergiques, psychiatriques, gynécologiques...), *chirurgicaux et familiaux, ainsi que les traitements antérieurs et actuels* ;

- *Les facteurs de risque concernant tout particulièrement les conduites addictives* : prise de drogues, tabac, mésusage de médicaments (psychotropes, antiparkinsoniens...) et prise excessive d'alcool. Il est essentiel de s'intéresser à la manière dont ces substances sont consommées (consommation occasionnelle, abus ou dépendance) afin de dépister d'emblée des dépendances physiques ou psychologiques qui doivent alors faire l'objet d'une prise en charge spécifique dès l'arrivée en détention (traitements, propositions de suivi psychologique ou psychiatrique...) ;
- *D'autres facteurs éventuels de risque* tels que des injections de toxiques par voie intraveineuse avec du matériel non stérile ou des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples afin de pouvoir par exemple orienter le patient vers certains dépistages (sérologies VIH, VHB, VHC, voire syphilis...) qui, s'ils ne sont pas proposés systématiquement à l'arrivée en prison, peuvent l'être ultérieurement, plus spécifiquement face à certaines prises de risques particulières ;
- *Les vaccinations antérieures* sont également interrogées et une mise à jour est idéalement proposée ;
- L'interrogatoire recherche enfin *les éventuels troubles ou plaintes actuels du patient* et recherche tout particulièrement *les signes des affections contagieuses ayant une implication immédiate en détention* comme par exemple des signes faisant suspecter une tuberculose ou une gale qui nécessitent un isolement immédiat ;
- L'interrogatoire essaie également de dépister *les risques suicidaires* ;
- *Les résultats de l'examen clinique* (au minimum le poids à l'arrivée, le pouls et la TA) que comprend nécessairement cette première consultation ;
- *Les différents examens classiques* (sanguins, radiologiques, etc.) *ou autres, ainsi que les consultations spécialisées* (auprès d'un psychologue, dentiste ou spécialités médicales) qui peuvent être prescrits ou proposés sur la base de cette première visite médicale, dans le cas de pathologies spécifiques ou bien d'incertitudes.

À l'issue de cette consultation, le médecin décide de la nécessité ou non d'un traitement, et d'un éventuel suivi régulier impliquant une autre consultation qui sera donc programmée et d'emblée notée sur un agenda consacré à la prise de rendez vous.

Selon la nécessité, **mais toujours avec l'accord du détenu**, le médecin pourra aussi prendre contact avec le médecin traitant du patient (voire avec un médecin spécialiste ou un service hospitalier avec lequel le patient a été en contact) afin de pouvoir bénéficier d'informations plus précises sur le suivi antérieur.

Les consultations médicales et dentaires ultérieures

Celles-ci sont guidées par la première consultation d'accueil dans le cas d'une pathologie chronique nécessitant une prise en charge régulière. La durée des prescriptions médicamenteuses doit respecter toutes les règles de prescription normale et ne doit donc pas excéder ce qui se fait à l'extérieur de la prison.

Des consultations régulières seront programmées pour permettre une prise en charge continue.

En cas de pathologie intercurrente, les consultations sont programmées en fonction de l'urgence ressentie (par le patient ou la personne signalante) et les informations cliniques recueillies, celles-ci étant idéalement évaluées par un personnel paramédical, soit dans le cadre de ses visites dans les différents quartiers de la détention, soit lors de consultations paramédicales dans le service médical.

Toutes les consultations sont consignées dans le dossier médical (motifs, déroulement...), avec toutes les décisions prises (examens paracliniques demandés, orientations vers des consultations spécialisées, prescriptions...) afin d'assurer la cohérence des soins dispensés au même patient.

Le patient doit être informé des suites données aux différentes consultations et celles-ci doivent lui être expliquées.

Il semble souhaitable, quand plusieurs médecins généralistes (il en est de même pour les psychologues, les dentistes etc.) exercent dans un même établissement, de **privilégier au maximum la relation du détenu avec un seul praticien**, comme cela se fait naturellement avec un médecin traitant à l'extérieur. La relation soignant/soigné constituant un lien privilégié qui peut avoir un impact positif fort sur les soins entrepris.

Les entretiens psychologiques

(Voir fiche technique correspondante)

Les consultations du personnel paramédical

Les consultations du personnel paramédical, quand elles sont possibles, permettent une bien meilleure prise en charge des patients : elles permettent une première écoute des symptômes présentés, une évaluation infirmière de la demande, éventuellement accompagnée d'un premier diagnostic infirmier et d'une prise en charge de la symptomatologie qui peut parfois être suffisante, au moyen de conseils (diététiques, d'hygiène etc.) et/ou de médicaments pouvant être prescrits par du personnel paramédical, conformément à des protocoles établis par l'ensemble de l'équipe médicale.

L'infirmier peut considérer que les symptômes présentés relèvent d'une consultation plus approfondie médicale, dentaire ou psychologique. Dans ce cas, l'infirmier programme une consultation avec le praticien concerné, selon l'urgence évaluée.

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les traitements médicamenteux

Ils sont un point sensible de l'articulation entre soignants et personnel de détention en raison de l'utilisation possible des médicaments pour les suicides ainsi que pour des trafics divers.

Le stockage, la distribution et la prescription de traitements médicamenteux, comme leur détention par les patients doivent être rigoureusement encadrés, en respectant d'abord la réglementation en vigueur, mais aussi le consensus entre personnel soignant et de détention dont l'ensemble de ces activités doit faire l'objet, toujours avec le souci de préserver la confidentialité due à la personne détenue.

Si les détenus peuvent conserver des médicaments sur leur lieu de vie, le médecin doit veiller à apprécier les risques médicaux encourus selon la nature du médicament prescrit, et la personnalité du détenu sur la base, le cas échéant, d'informations reçues du personnel de surveillance.

Les examens et soins complémentaires

Un certain nombre d'examens et de soins complémentaires peuvent être effectués à l'intérieur de l'établissement (prélèvements, radiographies...) selon la taille de l'établissement, et bien-sûr l'équipement disponible.

3/ LES DIFFÉRENTS OUTILS NÉCESSAIRES À UNE BONNE PRISE EN CHARGE

La nécessaire et indispensable coordination entre tous les acteurs de soin implique l'utilisation d'un certain nombre d'outils : le dossier médical, où sont regroupés tous les éléments relatifs à un même patient, les « registres ou cahiers de visite » et les protocoles de soins propres aux soignants.

La prise en charge doit également et nécessairement être articulée avec le personnel de détention. D'autres outils sont alors nécessaires : certificats, protocoles communs aux personnels soignants et de surveillance, etc.

■ LE DOSSIER MÉDICAL

Le dossier médical constitue **le support où sont regroupés tous les éléments concernant la prise en charge globale du patient, tout au long de sa détention, ceci depuis son arrivée** : la fiche d'information remplie lors de la visite des arrivants doit être rangée dans le dossier médical.

Tous les médecins, généralistes ou spécialistes, infirmiers, psychologues, dentistes, voire aide soignant, kinésithérapeute etc. doivent y noter :

- La date de leur consultation ;
- Ce qui a motivé la consultation.

Et éventuellement :

- Les signes fonctionnels et les informations principales recueillies par l'interrogatoire ;
- Les signes d'examen ;
- Le ou les diagnostics supposés ;
- La nature des soins dispensés ;
- Les examens supplémentaires demandés ;
- Les traitements prescrits et leurs durées ;
- Les demandes de consultations spécialisées voire de consultations en urgence ;
- Les correspondances entre les différents professionnels de santé ;
- Ainsi que les certificats relatifs au patient, l'origine des demandes et la (les) personne(s) à qui ils sont remis.

Ce dossier permet à chaque soignant d'avoir une idée exacte des soins déjà entrepris, des explorations déjà faites (pour éviter les répétitions), des prescriptions en cours (pour éviter les associations toxiques par exemple) et permet donc une prise en charge de qualité grâce à la coordination entre les différents soignants intervenant auprès du patient.

Les dossiers médicaux doivent être conservés dans un lieu spécifique, accessible uniquement au personnel soignant, et classés dans un ordre bien déterminé afin qu'ils puissent être retrouvés et utilisés systématiquement lors de chaque consultation.

L'archivage des dossiers des détenus libérés doit permettre, dans toute la mesure du possible, de retrouver assez facilement le dossier du patient en cas d'éventuelle réincarcération.

■ LES REGISTRES ET CAHIERS DE VISITE

Selon les différentes procédures mises en place au sein de l'établissement, les registres de visite peuvent être de deux types.

Les « registres et cahiers de relevé de visite » du personnel soignant

Sur ces registres de soins, le personnel soignant consigne les plaintes présentées par les détenus et la prise en charge qui en découle, lors des visites au sein des quartiers d'isolement ou disciplinaire voire des lieux de vie. Ceux-ci sont conservés au sein des unités de soins, et disponibles pour le seul personnel soignant afin de préserver le secret professionnel.

Les registres de demande de consultation

Les personnes détenues doivent pouvoir à tout instant se faire inscrire sur ces registres pour demander une consultation auprès d'un personnel soignant. Ceux-ci doivent donc être facilement accessibles aux détenus et conservés au sein de la détention. Ils sont régulièrement relevés afin que le personnel soignant puisse répondre aux demandes dans les meilleurs délais. Ce système de registre peut être complémentaire au système des fiches de demande de rendez-vous mises à la disposition des détenus (voir précédemment).

■ LES PROTOCOLES STANDARDISÉS

Il en existe deux sortes :

Les protocoles communs au personnel soignant et au personnel de détention

Ils doivent faire l'objet d'une réflexion commune à tout le personnel soignant, puis d'un consensus avec le personnel de surveillance et de direction de l'établissement, voire même avec le médecin du travail en charge du personnel quand il y en a un. Ces protocoles abordent de nombreux aspects relatifs à l'organisation des soins, ceci de manière relativement détaillée.

C'est par exemple le cas des protocoles en cas de demande d'isolement pour une personne suspecte de tuberculose (voir fiche tuberculose). Ces protocoles doivent fixer très précisément le rôle de chacun des intervenants : personnel de soins (modalités de port du masque pour le détenu et éventuellement pour le personnel) et personnel de surveillance (isolement du détenu et organisation de la vie en détention).

Ces protocoles doivent pouvoir être rediscutés, mais aussi évalués et si besoin réadaptés lors de réunions institutionnelles pluridisciplinaires, quand des problèmes surgissent dans leur mise en œuvre. Ils touchent de très nombreux points concernant l'organisation du soin tels que par exemple : l'organisation des consultations à l'intérieur ou l'extérieur de la prison, l'organisation de la prise en charge des urgences à tous moments du jour ou de la nuit etc.

Les protocoles de soins propres au personnel soignant

Ils permettent à l'ensemble du personnel paramédical, dans certains cas précisément définis, de mettre en œuvre des soins déterminés et adaptés pour prendre en charge un certain nombre de symptômes ou de pathologies bénignes sans avoir toujours recours à la consultation d'un médecin. Ce personnel doit suivre scrupuleusement les indications du protocole qui se rapporte au symptôme ou à la pathologie observée. Ces protocoles doivent être en accord avec les pratiques professionnelles de chacun. À chaque fois qu'un personnel paramédical met en œuvre l'un de ces protocoles, il doit le noter dans le dossier médical du patient ou sur le registre qu'il utilise (par exemple lors des visites des lieux de vie).

Des protocoles sont également établis pour les situations d'urgence

afin de définir les premiers gestes à faire en attendant l'arrivée d'un médecin. L'élaboration et l'existence de tels protocoles se révèlent particulièrement importantes dans ce type de situations où il est essentiel que chacun sache préalablement comment réagir.

Exemple de protocole :

En cas de diarrhée : prendre la température, la tension artérielle et le pouls. Si le patient n'a pas de fièvre, a une bonne tension, un pouls entre 60 et 80, une diarrhée datant de moins de 48 heures, avec moins de 6 selles

par jour, sans glaire, ni sang, ni pus, sans perte de poids, sans vomissement, sans déshydratation, sans notion d'intoxication alimentaire collective ou d'ingestion d'aliment avarié, alors

- Conseiller la prise d'un antidiarrhéique, éventuellement des anti-spasmodiques, délivrables en pharmacie sans prescription médicale,
- Donner des conseils alimentaires : favoriser les boissons en quantité, le riz, etc.
- Donner également comme conseil au patient de se manifester à nouveau en cas de persistance des symptômes au delà de 48 heures.

■ LES CERTIFICATS

Le médecin est amené, tout comme à l'extérieur, à délivrer des certificats médicaux. Ceux-ci peuvent être de plusieurs types :

Les certificats demandés par la personne détenue⁴⁷

Ils sont remis dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur de la prison et concernent l'état de santé du détenu : certificats attestant d'une maladie chronique, certificat pour coups et blessures etc.

Les certificats demandés par les autorités pénitentiaires

Ils ne doivent contenir que les renseignements strictement nécessaires à une bonne prise en charge du détenu par l'administration pénitentiaire à l'exclusion de tout élément diagnostique. Il peut s'agir par exemple d'un certificat qui aidera l'administration pénitentiaire à choisir l'établissement pénitentiaire le mieux approprié pour recevoir le patient, d'un certificat de suivi de gréviste de la faim et/ou de la soif etc.

⁴⁷ En Algérie, le détenu ne peut recevoir de certificat directement du médecin : il doit faire sa demande auprès de l'Administration (direction de l'établissement ou direction centrale) ou du juge compétent.

Le médecin doit informer le détenu qu'il remet un certificat le concernant à la détention et garder un double du certificat au dossier.

Les certificats remis à la détention à l'initiative du médecin

Le médecin adresse à la détention les avis relatifs à l'état de santé du détenu quand il estime que des mesures particulières doivent être prises (RMT n° 25-2) : arrêts de travail, suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire ou d'isolement pour raison médicale (RMT n° 32-3, et il est à noter que le médecin ne doit pas se prononcer sur la décision de mise au quartier d'isolement ou disciplinaire qui ne relève en aucun cas de sa compétence, comme on l'a déjà vu), demandes de placement en cellules d'isolement pour raisons médicales (RMT n° 24), etc.

Le médecin doit informer le détenu qu'il remet un certificat le concernant à la détention et garder un double du certificat au dossier.

4/ LES LIENS AVEC L'EXTÉRIEUR

Les liens du service médical avec les services de soins extérieurs sont essentiels à une bonne prise en charge médicale des détenus afin d'assurer la continuité en toutes circonstances : à l'entrée en détention, à l'occasion d'un transfèrement et à la libération du détenu.

Par ailleurs, pendant l'incarcération, certains examens, consultations, voire hospitalisations ne peuvent se faire à l'intérieur de la prison. Cela nécessite donc des liens étroits et permanents avec les structures extérieures de soins.

■ À L'ARRIVÉE EN DÉTENTION

Comme indiqué précédemment, un contact avec les structures de soin extérieures fréquentées par le détenu peut être utile (voir supra « la première consultation médicale d'accueil »).

■ LES CONSULTATIONS ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEVANT ÊTRE PRATIQUÉS À L'EXTÉRIEUR DE LA PRISON

Certaines consultations spécialisées ou examens complémentaires ne peuvent être pratiqués à l'intérieur de l'établissement, faute de personnel et/ou de matériel spécialisé. Le patient doit donc être transféré vers les structures adaptées. L'organisation du transport des patients qui nécessitent de telles consultations ou examens doit être fixée par des protocoles entre personnel soignant et personnel de surveillance, l'aspect sécuritaire devant aussi être pris en compte. Ces protocoles doivent définir : les modalités de prise de rendez-vous, comment et par qui se fait l'accompagnement du patient, les modes de transmission du dossier médical ou d'éléments médicaux importants au soignant extérieur, dans le respect du secret professionnel...

Comme vu précédemment, ces consultations et examens pratiqués à l'extérieur (demande, déroulement et décisions) doivent, comme ceux effectués au sein de l'établissement, être consignés dans le dossier médical.

Le praticien qui, dans l'établissement, traite le détenu doit, une fois l'examen ou la consultation extérieure réalisée, être informé des résultats, constatations et prescriptions faites par le médecin consulté à l'extérieur pour pouvoir assurer un éventuel suivi.

■ LES HOSPITALISATIONS EN COURS DE DÉTENTION

Lorsque l'état du patient nécessite une surveillance médicale qui ne peut être assurée en prison (faute de matériels adaptés ou de personnel), un bilan hospitalier ou une intervention chirurgicale, une hospitalisation à l'extérieur s'impose. L'hospitalisation se justifie également lorsque le pronostic vital est engagé ou que l'état du patient requiert des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats (RMT n° 22-2). Dans ces dernières hypothèses, le personnel soignant doit pouvoir demander, s'il l'estime nécessaire, une extraction hospitalière en urgence sans avoir pour cela à se justifier sur le plan médical auprès du personnel de surveillance ou de direction.

Là encore, des protocoles doivent prévoir les modalités du transfert vers le service hospitalier, comment se fera la garde etc.

Le service médical de la prison a la charge de suivre la pathologie du détenu hospitalisé pour pouvoir assurer la continuité des soins lors de sa sortie de l'hôpital.

■ À LA SORTIE DE PRISON

Tout au long de l'incarcération, l'équipe médicale doit veiller à responsabiliser au maximum la personne détenue afin de la préparer à la sortie. Le soignant doit pour cela, à chaque consultation, informer le patient de son état de santé et des soins qui lui sont prodigués. Il s'assure que le détenu a bien compris toutes les informations transmises concernant sa pathologie, les éventuels risques encourus, son traitement, les mesures d'hygiène à prendre, les résultats des examens pratiqués etc.

En fin de détention, le médecin propose au détenu de lui remettre une lettre adressée à son médecin traitant pour l'informer du suivi effectué pendant l'incarcération, avec, si possible, un double des examens complémentaires effectués. Le cas échéant, le médecin rédige une ordonnance pour assurer la continuité des soins, en orientant si besoin vers une structure particulière (en cas de tuberculose par exemple, dont le suivi doit être effectué dans le dispensaire dont le lieu d'habitation dépend). L'idéal est de pouvoir disposer de papiers d'ordonnances pour la sortie ne portant pas l'en-tête de la prison mais uniquement du service médical.

Si possible, le médecin remet également au détenu, en complément, des supports d'information sur les relais sanitaires extérieurs - dispensaires, associations, etc. - qui peuvent l'aider lors de sa sortie.

À cet égard, il est souhaitable de collaborer avec le service social existant pour faire en sorte d'organiser conjointement une prise en charge des problèmes sociaux qui se posent à la sortie de prison.

TROISIÈME PARTIE

FICHES TECHNIQUES*

* Il revient aux praticiens de se référer également, pour certaines des pathologies traitées, aux consensus nationaux ou aux schémas des sociétés savantes spécialisées existant dans leur pays.



LA GALE

■ DÉFINITION

La gale est une **infection cutanée contagieuse**, très prurigineuse, due à un parasite qui colonise l'épiderme humain, le sarcopte.

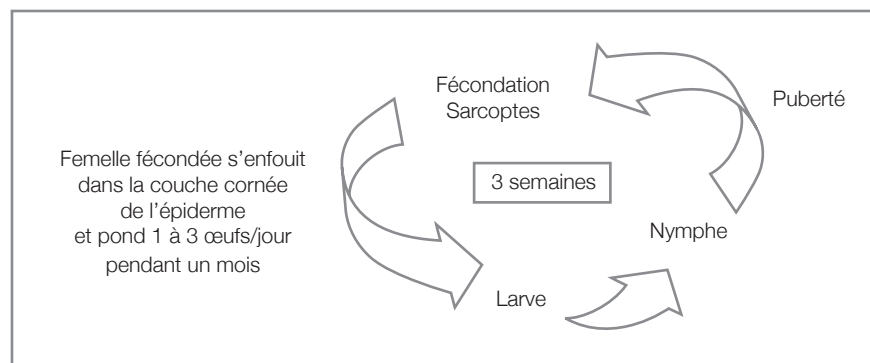
Vecteur : le sarcopte

L'homme est le seul réservoir. Le sarcopte mesure de 0,1 à 0,4 mm, il vit dans la couche cornée de l'épiderme. Il survit au plus cinq jours hors de son hôte humain (sauf s'il peut se nourrir de squames mortes présentes : il peut alors vivre jusqu'à 10 jours). Il meurt si la température est supérieure à 55°.

Transmission

Celle-ci se fait par une femelle adulte fécondée. Elle est **le plus souvent directe** (la gale est considérée d'ailleurs comme une MST), **parfois indirecte** par la literie, les vêtements ou d'autres objets (dans la gale croûteuse). La contagiosité est importante.

Cycle de vie du sarcopte



■ EN PRISON

La promiscuité ainsi que de mauvaises conditions d'hygiène telles que le manque de literies ou de vêtements propres peuvent favoriser la propagation de cette infection puisqu'un seul contact peut suffire. En effet, en période d'incubation, les sujets sont très contagieux. Ce qui parfois peut conduire dans certains établissements, faute de traitement adapté rapide, à des situations où une forte proportion des détenus est atteinte. D'autant que sans mesure de prévention adéquate, un détenu infecté peut aussi contaminer les personnels (médicaux, pénitentiaires, judiciaires..) et ses proches au parloir.

CLINIQUE

La période d'incubation est de deux à trois semaines en général, elle peut aller jusqu'à cinq à six semaines. Il existe deux formes de gale : la gale commune, avec prurit et sillons, et la gale croûteuse, la plus contagieuse.

TRAITEMENT DE LA GALE COMMUNE

Le protocole spécifique à la prison doit être validé par tous les partenaires intervenant dans les différentes actions (surveillants qui vont emmener le détenu à la douche, personnes responsables de la désinfection de la literie, des vêtements propres...).

Protocole proposé lors de cas sporadiques :

Ascabiol (benzoate de benzyle + disulfiram)

Deux applications sur tout le corps (plantes des pieds comprises, en insistant bien sur les plis de la peau et les organes génitaux) à 24 heures d'intervalle à J1 et J2, puis rinçage abondant. Troisième badigeon à J10 (car les œufs sous la peau ne sont pas toujours détruits par les premières applications).

Attention

Dans tous les cas, ne jamais appliquer sur les yeux et la bouche. Ce produit est toxique en cas d'ingestion accidentelle.

Éventuellement on peut utiliser d'autres scabicides : perméthrine, lindane (toxique), Sprégal (autre pyréthrianoïde) : une seule application de 12 heures suffit.

Dans tous les cas, effectuer une désinfection des vêtements, de la literie et donner à la personne des vêtements propres dès le début du traitement.

Protocole proposé s'il existe de nombreux cas dans la prison

Prévoir le même jour le traitement de toutes les personnes détenues et la désinfection générale de la prison.

Traitement

L'utilisation d'un médicament par voie orale peut être envisagée : l'ivermectine 200 µg/kg, quatre comprimés pour un adulte de 60 kg per os (à absorber au minimum deux heures après ou avant toute alimentation). L'emploi de ce médicament s'avère beaucoup plus simple et moins contraignant tant pour le personnel médical que pour les détenus puisqu'il s'agit de comprimés à prendre. La difficulté est que l'ivermectine ne bénéficie pas dans tous les pays de l'AMM dans cette indication de gale.

Désinfection générale de la prison⁴⁸ pour prévenir la propagation indirecte

Dans l'hypothèse de très nombreux cas répertoriés dans la prison, il est nécessaire de traiter toutes les personnes le même jour J (dans l'idéal personnel compris, voire dépistage et traitement des visiteurs au parloir).

⁴⁸ Compte tenu de la taille importante de certains établissements, il convient, bien entendu, en fonction de la propagation de la maladie, de procéder dans un premier temps à une désinfection par salle, quartier ou bâtiment avant d'envisager la désinfection de l'ensemble de la prison qui peut, pour des raisons de ressources humaines et matérielles, mais aussi de sécurité, se révéler relativement difficile à organiser.

Porter des gants pour toutes les manipulations.

Laver vêtements et literie (draps, taies d'oreiller...) à 60°. Chaque détenu doit pouvoir se vêtir de vêtements propres le jour J (jour de la désinfection et du traitement).

Isoler objets et textiles non lavables (oreillers,...) dans un sac hermétique pendant dix jours (en raison des squames présentes possiblement dans le matériel).

Sortir les matelas et les objets trop volumineux pour être enfermés, les désinfecter avec de la poudre DDT (mettre des masques pour cette opération). Puis laisser à l'air libre 48 heures.

Traitements insecticides (ou lavage à l'eau et détergent) du mobilier et des sols, des murs, puis rincer et désinfecter à l'eau de javel.

TRAITEMENT DE LA GALE CROÛTEUSE

Isoler les personnes atteintes au minimum quatre semaines à partir du début du traitement et les installer sur des matelas recouverts de housses plastifiées.

Prescrire éventuellement des antibiotiques avant le démarrage du traitement, si la gale est surinfectée. Couper courts les ongles et les brosser.

Badigeonner les matelas recouverts de housses plastifiées avec de l'ascabiol.

Appliquer de la poudre DDT dans les chaussures (laisser en place 48 h et bien secouer à l'air libre).

1^{er} jour :

Donner une dose d'ivermectine (si possible), calculée en fonction du poids.

Appliquer la vaseline salicylée (débuter par 10 % et selon résultats, les jours impairs suivants, appliquer à 20 %) sur les lésions croûteuses.

Répéter cette opération d'application tous les deux jours jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de croûtes.

2^e jour :

Badigeonnage d'ascabiol : l'appliquer sur tout le corps (plantes des pieds comprises, en insistant bien sur les plis de la peau et les organes génitaux). Appliquer également sur le cuir chevelu et sur le visage en tamponnant uniquement les lésions (car risque de réactions locales importantes).



Attention

Dans tous les cas ne jamais appliquer sur les yeux et la bouche.
Laisser l'ascabiol en place 24 h puis laver et rincer.

Les jours suivants :

Les jours impairs, répéter l'application de vaseline salicylée sur les croûtes jusqu'à disparition de celles-ci.

Les jours pairs, répéter le badigeonnage d'ascabiol, au moins jusqu'au douzième jour (car les œufs sous la peau ne sont toujours pas détruits par les applications), puis jusqu'à guérison des lésions.

Le quinzième jour :

S'il existe toujours des lésions de gale, donner une deuxième dose d'Ivermectine (si possible) et continuer le traitement local selon les lésions observées.

Au bout de 2 mois, consultation pour diagnostiquer une éventuelle récurrence.

ORGANISER UNE « INFORMATION SANTÉ »

Il est indispensable de faire cette information dans l'hypothèse de nombreux cas de gales dans la prison, et cela auprès des personnes détenues, mais aussi du personnel de surveillance et des familles de détenus ou de toute personne extérieure amenée à intervenir dans l'établissement. Cette action s'inscrit autant dans une démarche de traitement que de prévention.

- Expliquer ce qu'est la gale, en insistant, sans exagération, sur les risques encourus, en montrant par exemple des cas de gales historiques, et en expliquant le mal de vivre qui en découle,
- Démystifier cette maladie en montrant que la gale peut être très **facilement traitée**,
- Expliquer que **personne n'est à l'abri** (au moyen par exemple de témoignages de membres du personnel pénitentiaire médical, ou de personnalités),
- Être clair sur **les modes de transmission** (« comment on peut prendre la bête ») et **la période d'incubation déjà contagieuse**,
- Apporter des informations de base en matière sanitaire et d'hygiène pour mettre en avant les **méthodes de prévention**.

PRÉVENTION

Après l'organisation d'une vaste opération visant à traiter de nombreux cas de gale, il est important d'en **prévenir la réintroduction** dans l'établissement. C'est d'autant plus important que le flux des arrivants peut être très important dans certains établissements, ce qui multiplie d'autant les risques. Il est donc indispensable de traiter de manière préventive, et ce de façon systématique, tous les arrivants, quelle que soit leur origine (transferts ou nouveaux détenus). Pour ce faire, le meilleur moyen de procéder consiste à aménager des sas d'entrée, par lesquels passeront automatiquement et systématiquement tous les arrivants pour être examinés, dépistés et si besoin traités. Pour des raisons pratiques évidentes, il est nécessaire de disposer d'au moins deux sas d'entrée.

Dans le cadre de la même démarche, les visiteurs doivent bénéficier d'une information et d'un dépistage de la gale. Si des lésions existent, un traitement par Ascabiol (deux applications de 24 h, chacune suivie d'un rinçage si possible et une troisième 10 jours après) leur est prescrit.

 **Références :**

- « Reconnaître et traiter la gale en 2002 » Revue Prescrire Juin 2002.
- Maladies infectieuses. Pilly.
- « Plan gale objectif zéro » Plan d'action préparé en 2003 par PRI dans le cadre d'une formation destinée aux médecins exerçant dans les prisons marocaines.

HÉPATITES VIRALES

■ DÉFINITION

Inflammation du foie due à une infection virale (principalement les virus A B C).

Modes de transmission

Transmission par	A	B	C
Voie sanguine	0	+++	+++
Voie sexuelle	0	+++	+
Alimentation	+++	0	0
Salive	0	+	0
Mère - enfant	0	++	+
Lait maternel	0	0	0
Moustique	0	0	0

+++ : risque fort / ++ : risque moyen / + : risque faible / 0 : risque nul

■ EN PRISON

En prison, les risques de transmission sont accrus.

On y rencontre en effet plusieurs situations mettant en jeu différents modes de transmission où ces risques sont particulièrement importants :

Par voie sanguine :

- Partage de matériel d'injection (aiguilles, seringues, produits de dilution, petit matériel) ou piqûre accidentelle par une aiguille contaminée,
- Partage de lames de rasoir, de brosses à dents et de coupe-ongles, ou de tout autre matériel tranchant contaminé par du sang,

- Tatouages et piercings sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel,
- Partage de pailles pour sniffer,
- Transfusion sanguine avec sang non contrôlé.

Par voie sexuelle :

L'hépatite B est une infection sexuellement transmissible (IST) très fréquente et peut se transmettre quel que soit le type de rapport sexuel.

L'hépatite C n'est pas une IST (le virus ne se trouve pas dans les sécrétions sexuelles mais uniquement dans le sang). En cas de saignement lors de rapports sexuels non protégés (pendant les règles, ou lésions génitales et/ou rapports traumatiques qui sont plus fréquents lors des viols...), la transmission du virus de l'hépatite C est possible.

Par l'alimentation :

L'hépatite A est de transmission oro-fécale. C'est en ingérant de l'eau ou des aliments contaminés (crudités et fruits lavés par de l'eau contaminée par le virus de l'hépatite A) que l'on se contamine. Cette affection est donc favorisée en prison par la promiscuité, le manque d'hygiène général et de disponibilité en eau potable.

Par la salive :

La transmission par la salive du virus de l'hépatite B semble rare mais possible (baiser profond, échange de bonbons...).

DIAGNOSTIC ET ÉVOLUTION

Souvent, il n'y a aucun signe clinique. S'il y en a, les plus classiques sont : la fatigue, l'ictère, les urines foncées, le prurit, parfois accompagnés de fièvre, de courbatures, d'une anorexie avec amaigrissement. **Aucun symptôme n'est spécifique d'une hépatite** (voir également le schéma de l'évolution des hépatites).

Seuls des examens biologiques peuvent faire le diagnostic d'hépatite virale (augmentation des transaminases et sérologie des hépatites).

Clinique étiologie et sérologie	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite C
Incubation (semaines)	2 à 6	4 à 28	2 à 26
% de formes symptomatiques	> 70 % chez adultes	10 à 25 %	5 à 20 %
Hépatite chronique	Non	10 %	80 %
Agent (génome)	ARN du VHA	ADN du VHB	ARN du VHC
Antigènes	Ag HA	Ag HBs Ag HBc Ag Hbe	ARN du VHC
Anticorps	Anti VHA	Anti HBs Anti HBc Anti HBe	Anti VHC

L'HÉPATITE A

D'incubation courte, elle a une **évolution rapidement favorable en quelques semaines**. Plus rarement, on peut observer des formes cholestatiques, des formes prolongées sur plusieurs mois, voire des formes avec rechutes. La guérison spontanée sans séquelles est la règle, sauf pour les formes fulminantes qui sont exceptionnelles (1/10 000).

L'HÉPATITE B

Le polymorphisme clinique de l'infection par le virus B est extrême. L'infection peut être aiguë, suraiguë (formes fulminantes : 1/1000) ou chroniques, et entraîner des lésions hépatiques très variables, allant de la latence totale à la nécrose aiguë totale du foie en passant par toute la gamme des hépatites chroniques persistantes, bénignes ou actives, pour aboutir parfois à une cirrhose et au cancer primitif du foie. Ce polymorphisme suggère l'importance essentielle de la réponse immunologique de l'hôte dans la genèse des manifestations de la maladie.

Le plus souvent, l'infection B est asymptomatique (90 % des cas) et reste ainsi souvent méconnue.

Le portage chronique de l'Ag HBs concerne une personne contaminée sur 10. Statistiquement, on estime que sur ces personnes :

- 30 % seront porteurs sains de l'Ag HBs (avec transaminases normales et ADN du VHB indétectable) et donc l'hépatite est « non évolutive »,
- alors que 70 % développeront des hépatites chroniques « évolutives », dont l'évolution peut être la guérison soit, le plus souvent, une évolution en trois phases :
 - > Première phase d'immunotolérance avec forte multiplication virale (ADN viral élevé) et faible activité biologique (transaminases peu élevées).
 - > Deuxième phase de réponse immunitaire forte avec forte activité de l'hépatite (transaminases élevées) et diminution de la multiplication virale.
 - > Troisième phase avec absence de multiplication virale et d'activité de l'hépatite. À ce stade peut exister une cirrhose, et le risque d'évolution vers un cancer primitif du foie est important. Une réactivation de l'hépatite est également encore possible.

L'HÉPATITE C

La guérison spontanée de l'hépatite C n'est observée que dans 20 % des cas environ (normalisation des transaminases et ARN indétectable, les anticorps anti-VHC restent détectables à vie). Dans les 80 % restant, l'infection deviendra chronique, et on peut alors distinguer trois tableaux cliniques :

- dans 25 % de ces cas, l'hépatite chronique est à transaminases normales et ARN viral détectable par PCR. Les lésions histologiques du foie sont généralement minimales. Une surveillance régulière tous les 6 mois est nécessaire. Le pronostic paraît alors tout à fait favorable.

- dans 50 % de ces cas, l'hépatite chronique minimale est à transaminases modérément élevées, parfois fluctuantes. L'évolution est lente. Le risque, à long terme, est de développer une cirrhose. Cependant le risque de développer ultérieurement une maladie plus évolutive existe.
- dans 25 % de ces cas, l'hépatite chronique est modérée ou sévère. Les transaminases sont en général plus élevées et les risques d'évolution vers la cirrhose importants.

LES TRAITEMENTS

Ils sont du domaine du spécialiste.

Ils comprennent les traitements antiviraux, la transplantation hépatique et les mesures d'accompagnement.

Pour l'hépatite C, le traitement permet de guérir environ deux hépatites C sur trois. Il consiste en une bithérapie : interféron pégylé et ribavirine (ce traitement est long et pénible).

Pour l'hépatite B, les traitements actuels n'ont pas l'efficacité de ceux utilisés pour l'hépatite C.

La transplantation hépatique est indiquée soit en cas de cirrhose décompensée, soit en cas de cancer primitif du foie, selon la taille et la dimension des lésions, soit en cas d'hépatite fulminante.

Certains facteurs associés peuvent influencer l'évolution de la maladie : il sera ainsi nécessaire de prendre en charge, quand elles existent, une consommation excessive d'alcool ainsi qu'une surcharge pondérale.

LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

La prévention des hépatites (en particulier pour la A) comporte les **mesures habituelles d'hygiène prises dans le cadre des infections à transmission fécale** : aménagement de l'environnement, cuisine et sanitaires tout particulièrement, assainissement du milieu, accès à de l'eau non polluée,

mesures d'hygiène alimentaire et personnelle, lavage des mains fréquent. Pour cela, une **sensibilisation de tout le personnel de la prison et de la population carcérale** est nécessaire.

Pour l'hépatite A, une immunisation active par vaccin viral inactivé est possible mais non encore envisagée pour prévenir l'infection en prison.

La prévention des hépatites B passe par la vaccination et la prévention des IST.

L'annexe et l'exposé des motifs à la recommandation R (98) 7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe précise : « **La vaccination** étant l'unique méthode efficace de prévention contre la propagation de **l'hépatite B**, elle **devrait être proposée aux détenus et au personnel et aux familles...** Les hépatites B et C étant transmises par usage intraveineux des drogues et par contamination par le sang ou le sperme, il importe de dispenser **l'information nécessaire et de mettre en place des moyens de prévention appropriés** », et poursuit par: « Il arrive et ce fait est bien connu, que des détenus aient des rapports sexuels entre eux... Dans ces conditions, des mesures prophylactiques adéquates devraient être prises. »

L'ONUSIDA écrit :

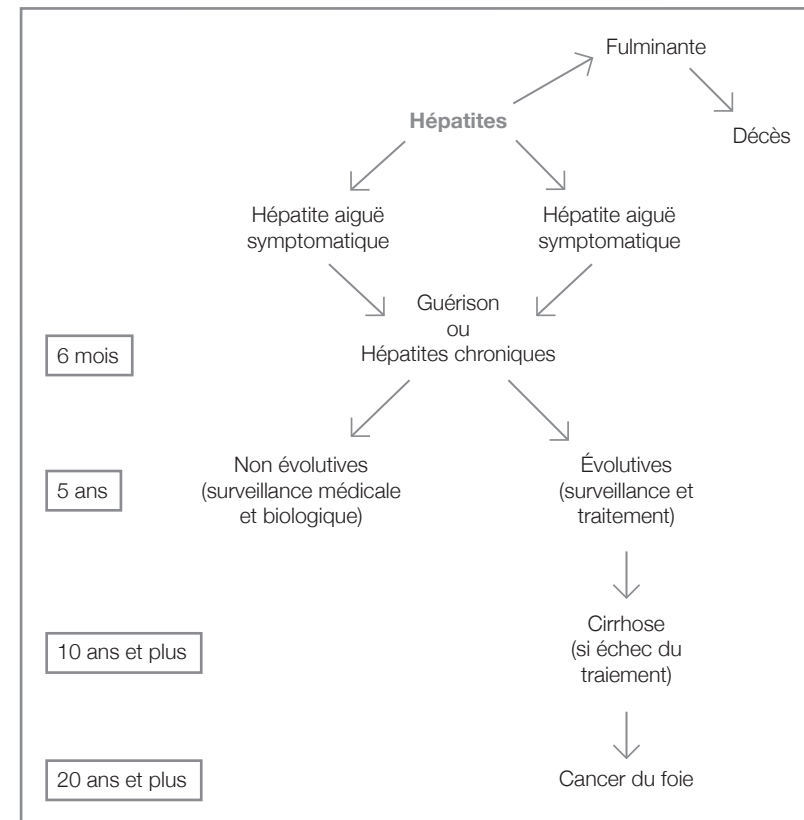
« Reconnaisant que les contacts sexuels se produisent effectivement dans les environnements carcéraux et qu'il est impossible de les faire cesser, et compte tenu du risque élevé de transmission de maladies qu'ils comportent, l'ONUSIDA estime qu'il est vital que les prisonniers aient facilement accès à des préservatifs, ainsi qu'à des lubrifiants ».

En effet, **pour les hépatites B et C**, les principaux moyens de prévention sont aujourd'hui l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels et l'utilisation de matériel individuel à usage unique pour l'injection de drogues et le sniff, et un usage uniquement personnel des instruments de toilette ou de tout autre article personnel pouvant porter des traces de sang (brosse à dent, lime à ongles, rasoir...). Une information sur les risques des tatouages et piercings semble également tout à fait indiquée en prison.

Il est aussi indispensable que le personnel de surveillance puisse disposer, en permanence, de **gants à usage unique**. En effet, les risques de piqûres, de blessures ou de coupures (c'est-à-dire de contacts avec du sang contaminé)

lors de fouilles, d'interventions dans l'exercice de leur profession est non négligeable. Dans certains pays, d'ailleurs, cette paire de gants est systématiquement intégrée à la tenue du personnel. En cas d'accident et de non vaccination préalable, il est indispensable de pratiquer une injection d'immunoglobulines spécifiques (sérovaccination) conjointement à une première vaccination contre l'hépatite B.

Évolution des hépatites



LA TUBERCULOSE

■ DÉFINITION

Maladie infectieuse et contagieuse causée par le bacille de Koch (= BK = mycobacterium tuberculosis) qui affecte le plus souvent le poumon.

Transmission, groupes à risques et contagiosité en prison

La contamination se fait presque exclusivement par voie aérienne (les contaminations par voie digestive ou cutanéomuqueuse sont exceptionnelles), lors de l'inhalation de micro-gouttelettes contenant des particules infectieuses présentes dans les sécrétions respiratoires des patients porteurs de lésions pulmonaires excavées et ouvertes dans les bronches.

Les facteurs d'infection et de contagion les plus importants sont l'étroitesse et la durée du contact entre le sujet contaminant et la personne qui risque d'être contaminée ainsi que l'infectiosité du sujet contaminant.

Les prisons constituent des **lieux à très haut risque de contamination** en raison de la promiscuité qui favorise la transmission de cette maladie. En situation de surpopulation où la promiscuité est encore plus grande, le risque de transmission en est encore accru.

De manière générale, de mauvaises conditions de détention - notamment au niveau de l'aération des cellules ou salles - comme une mauvaise éducation des détenus en termes d'hygiène (toux sans mettre la main devant la bouche, crachats par terre, nettoyage des mains très peu fréquents...), facilitent la propagation de la maladie.

À ces aspects liés à la détention, s'ajoute la spécificité de la population carcérale : en effet, il s'agit d'une population « à risque », issue dans sa grande majorité des catégories défavorisées et marginalisées des zones urbaines, souvent touchées par l'alcoolisme, la dénutrition, l'immunosuppression...

La prise en charge de la tuberculose est une **question de santé publique**. Dans la plupart des pays, la mise en place d'un programme national de lutte contre la tuberculose, coordonnant les efforts de l'ensemble des institutions, démontre une prise de conscience générale sur ce plan. En effet, les détenus malades, une fois leur peine achevée, retournent dans la communauté, et ils peuvent dès lors constituer un risque non négligeable de contagion pour l'ensemble de la population. De même, d'autres détenus, contaminés, faute de prise en charge et de mesures de prévention adaptées, peuvent aussi en sortant propager la maladie. Leurs proches peuvent également être contaminés pendant les visites et devenir, secondairement, des éléments de propagation de la maladie à l'extérieur. Les membres du personnel, de la même manière, peuvent être exposés à la maladie et contribuer à sa propagation auprès des membres de leurs familles, mais aussi de manière plus générale à l'extérieur.

Les mesures prises en matière de lutte contre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires sont donc essentielles.

OBJECTIFS ET PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE EN PRISON

En termes d'**objectifs**, il s'agit clairement de dépister, isoler, traiter et repérer le patient-source et les sujets contacts.

- Limiter au maximum, voire même réduire à zéro les contaminations à l'intérieur de la prison ;
- Identifier, par un dépistage systématique lors de l'entrée en prison, les personnes détenues tuberculeuses et les prendre en charge médicalement ;
- Sensibiliser l'ensemble du personnel aux signes de la tuberculose afin qu'il puisse les dépister chez toute personne porteuse de la maladie ;
- Et donc améliorer la prise en charge médicale de la tuberculose afin de diminuer de façon importante les décès dus à cette pathologie, grâce à un diagnostic et à un traitement précoces ;

- Assurer la prise en charge et la poursuite du suivi du détenu tuberculeux encore sous traitement à sa sortie de prison par une Unité de Contrôle de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (UCTMR) ou le Dispensaire Anti Tuberculeux (DAT).

Ces objectifs reposent sur la mise en œuvre de **principes simples** :

- Pratiquer, dès l'entrée en prison, un dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire, et en particulier des tuberculoses contagieuses que sont les tuberculoses pulmonaires à microscopie positive (TPM+), au moyen de :
 - une recherche systématique des signes cliniques faisant suspecter une tuberculose ;
 - l'isolement systématique de toute personne suspecte de contagiosité (TPM+) c'est-à-dire le placement en cellules individuelles, avec mise à disposition de masques de protection ;
 - et la mise en place de procédures qui seront suivies par le personnel médical et de surveillance, selon les résultats de l'examen clinique, puis éventuellement l'examen bactériologique des expectorations.
- Mettre en place les protocoles de traitement et de suivi nationaux, élaborés en coordination avec les services des maladies respiratoires qui ont la responsabilité du programme national de la lutte anti-tuberculeuse ;
- Renforcer la vigilance et la formation du personnel médical et paramédical sur la tuberculose ;
- Informer de manière plus large l'ensemble des personnes impliquées dans la mise en œuvre de ces objectifs, mais également toutes les personnes qui peuvent être touchées par la tuberculose (par exemple, personnel de surveillance et familles des détenus).

PREMIER EXAMEN À L'ARRIVÉE EN PRISON ET PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE

Chaque nouvel arrivant détenu – qu'il s'agisse d'un transfert ou d'un nouveau détenu – (ou détenu en cours d'incarcération présentant un signe suspect de tuberculose) doit être soumis à un questionnaire de dépistage de la tuberculose (voir annexe 1) qui peut être pratiqué par le personnel paramédical.

Selon le schéma décisionnel (voir annexe 2), il sera ou non demandé une consultation médicale urgente et, selon la décision médicale, pratiqué des bacilloscopies. Dans ce cas, la personne sera placée dans une cellule d'isolement.

Ces cellules doivent être, dans l'idéal, individuelles, et en nombre suffisant pour permettre non seulement d'isoler les cas diagnostiqués comme contagieux, pendant toute la période de contagiosité, mais aussi d'isoler les entrants suspects dans l'attente d'un diagnostic de certitude. Il doit s'agir de lieux complètement séparés des autres lieux communs de la détention (visites, promenades, etc.). Ils doivent être également, si possible, aérés vers l'extérieur (idéalement six fois leur volume d'air par heure).

Le détenu isolé doit porter un masque s'il sort de sa cellule, et toute personne qui entre dans sa cellule doit également porter un masque, et cela pendant toute la période de contagiosité si la personne en question est TPM+ ou suspecte d'être TPM+.

Un résultat positif à la bacilloscopie (voir annexe 4) amènera à une prescription de traitement de première ligne et à une enquête de dépistage des « sujets contact » selon le schéma suivant :

Prise en charge ultérieure d'une TPM+ confirmée

Face à un résultat positif à la bacilloscopie (et donc de découverte d'une tuberculose TPM+), il faudra procéder, le plus rapidement possible, à une enquête de dépistage auprès de toutes les personnes vivant au contact du malade contagieux (les sujets contacts), et instaurer tout aussi rapidement un traitement.

L'Unité de Contrôle de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (UCTMR) ou le Dispensaire Anti Tuberculeux (DAT) dont dépend le territoire de la prison doivent être informés du dépistage effectué en prison.

1/ Enquête auprès des sujets contacts

- Examen clinique à la recherche d'une atteinte tuberculeuse pulmonaire ou extra pulmonaire ;
- Examen bactériologique des expectorations ;
- Radiophotographie du thorax si possible ;
- S'il n'existe pas de signes cliniques ou radiologiques d'atteinte pulmonaire, une information précise concernant les signes pulmonaires et généraux de la tuberculose doit néanmoins être donnée afin que la personne puisse être alertée dès la première apparition de l'un de ces signes ;
- Un nouveau contrôle sera pratiqué un et deux mois après.

2/ La mise en place d'un traitement

Seuls les nouveaux cas de TPM+ réagissant correctement au traitement sont pris en charge sur le plan thérapeutique au sein de la prison par le médecin généraliste. Les autres tuberculoses (par exemple les patients présentant un effet indésirable au traitement) sont du ressort du spécialiste.

Le suivi des patients sous traitement sera assuré selon le protocole national, des fiches de suivi sont tenues à jour (voir annexe 3).

Le traitement est de quatre antibacillaires pendant deux mois (E = Ethambutol, R = Rifampicine, H = Isoniazide, Z = Pyrazinamide), puis de deux pendant quatre mois (RH).

En cas de toxicité majeure à l'un des antibacillaires, une consultation spécialisée sera demandée, de même si le malade a une pathologie associée (insuffisance rénale, hépatique, diabète, infection VIH, immunodépression...).

Implication des dispensaires anti-tuberculeux

Il est important d'**impliquer les UCTMR ou les DAT** auxquels sont rattachés les établissements pénitentiaires accueillant des personnes malades car ces unités doivent conserver une compétence de principe vis-à-vis de tous les malades atteints de tuberculose, détenus ou pas. Cela est d'autant plus important que ce sont les UCTMR ou DAT qui seront amenés à prendre en charge les détenus les plus gravement malades, nécessitant un traitement spécial. Il leur revient également d'aider au suivi des dossiers médicaux de ces malades, en cas de transfert d'un établissement à un autre, à travers notamment l'utilisation de la fiche de liaison, et d'assurer la poursuite du suivi à partir de leur sortie.

INFORMATION, ÉDUCATION À LA SANTÉ

Il est impératif que les actions menées dans ce cadre soient dirigées contre la tuberculose, c'est-à-dire la maladie, et non contre les malades atteints de la tuberculose, afin d'éviter de les stigmatiser encore davantage.

L'ensemble du personnel et des personnes détenues doit recevoir une information complète sur cette maladie. Cette information doit permettre de :

- Expliquer « ce qu'est la tuberculose », en insistant sur les modes de contamination et les mesures à prendre en cas de découverte d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieux à l'arrivée ou en cours de détention,
- Apporter des informations de base en matière sanitaire et d'hygiène (par exemple sur l'utilisation des masques), et sur les signes cliniques de la tuberculose afin que toutes les personnes présentant de tels signes en cours de détention puissent être rapidement signalées au personnel médical et paramédical,
- Démystifier cette maladie en montrant que la tuberculose peut être traitée et guérie,
- Et enfin expliquer que personne n'est à l'abri, tant détenus que membres du personnel, d'où l'importance des mesures de précaution et de prévention.

■ ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE : DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Nom du patient :

Prénom du patient :

Établissement :

Prévenu Condamné

Durée de la condamnation :

• Antécédents de tuberculose

- Personnel
- Familiaux
- Entourage

• **Asthénie ?** Depuis :

• **Anorexie ?** Depuis :

• **Amaigrissement ?** Depuis :

• **Sueurs nocturnes ?** Depuis :

• **Fièvre ?** Depuis :

• **Toux ? (> 2 semaines)**

Type : Depuis :

• **Crachat ?**

Type : Hémoptysie Purulent

Depuis :

• **Autres** (signes de pleurésie, pneumothorax, signes de tuberculoses extra pulmonaires) :

.....
.....

• **Fumeur ?**

• **Constantes :**

Poids

Température

Pouls

Tension artérielle

Vaccination BCG ?

Date :

Nom de la personne ayant remplie le questionnaire

.....
.....

■ ANNEXE 2

SCHÉMA DÉCISIONNEL DANS UNE RECHERCHE DE TUBERCULOSE

A/ Un signe d'appel présent

- asthénie
- anorexie
- amaigrissement
- sueurs nocturnes
- fièvre vespérale



Consultation médicale

B/ TOUX de plus de 2 semaines + un signe d'appel présent



- Consultation médicale
- Isolement
- Bacilloscopie

C/ TOUX de plus de 2 semaines + antécédent / Contage



- Consultation médicale
- Isolement
- Bacilloscopie
- Radio pulmonaire

■ ANNEXE 3

FICHE DE SUIVI D'UNE PERSONNE ATTEINTE DE TUBERCULOSE M+

Nom du patient :

Prénom du patient :

Établissement :

Date d'arrivée dans l'établissement :

Prévenu

Condamné

Durée de la condamnation :

• Date de la première consultation avec bacilloscopie positive :

.....

• Antécédents

Antécédents de tuberculose

Contage tuberculeux

Autres (maladies chroniques, traitement en cours...), préciser :

.....

.....

• Signes d'appel :

Asthénie

Anorexie

Amaigrissement

Sueurs nocturnes

Fièvre

Toux (> 1 mois)

Crachat

Hémoptysie

Crachat purulent

Fumeur

Poids :

• Traitement instauré (J 0) :

.....

.....

• **Date de la deuxième consultation (J 15)**

Recherche d'effets secondaires du traitement

Examen :

Poids :

> Se mettre en relation avec l'UCTMR compétente.

• **Date de la troisième consultation (J 30)**

Recherche d'effets secondaires du traitement

Examen :

Poids :

• **Date de la quatrième consultation (J 60)**

Bacilloscopie Négative Positive

Si positive, décision : poursuivre le traitement RH et refaire un bacilloscopie à 3 mois.

Consultation spécialisée (où ?)

Suite donnée

Examen : Poids :

• **Date de la cinquième consultation (J 4 mois)**

Bacilloscopie Négative Positive

Si positive, décision : consultation spécialisée (où ?)

Suite donnée

Examen : Poids :

• **Date de la dernière consultation dans l'établissement (J 6 mois ou avant si sortie de prison)**

Bacilloscopie Négative Positive

Si positive, décision :

Suite donnée

Examen : Poids :

• **Fin de traitement**

Date :

Transfert : où :

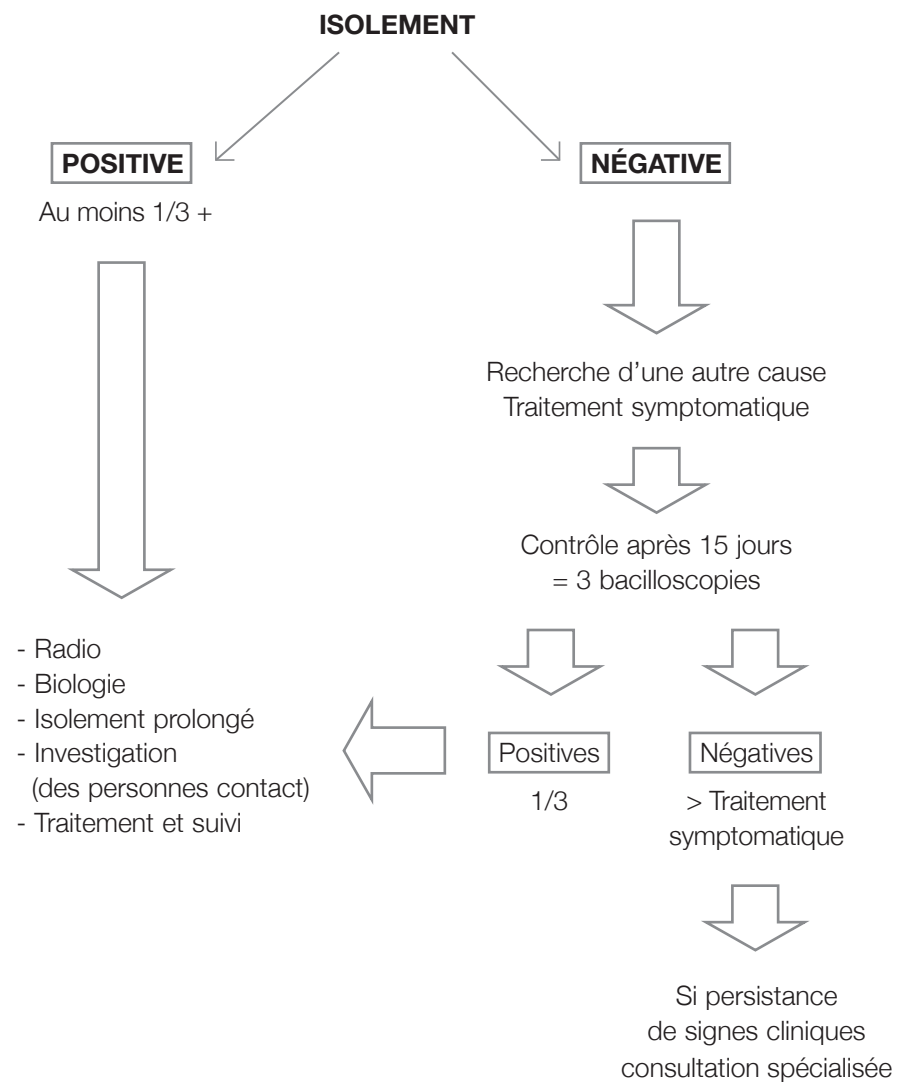
Sortie : Contact pris avec :

Décès : date :

Autres (préciser) :

> Préparer la fiche de liaison avec l'UCTMR ou le DAT quand le malade est transféré ou libéré (en veillant à prévoir un traitement pour la période intermédiaire)

CONDUITE À TENIR EN FONCTION DES RÉSULTATS
DE LA BACILLOSCOPIE - À FAIRE 3 JOURS DE SUITE



INFECTION À VIH - SIDA

■ DÉFINITION

L'infection à VIH est la contamination de l'organisme humain par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH de type 1, le plus répandu dans le monde, ou de type 2, surtout localisé en Afrique de l'ouest).

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) représente la forme « maladie » de l'infection par le VIH, lors de l'apparition d'une ou plusieurs « infections opportunistes » ou de certaines tumeurs, bien définies.

Modes de transmission

Transmission sexuelle

En moyenne, la probabilité de transmission par acte sexuel est de l'ordre de 0,3 % pour le VIH mais dépend très fortement du type de la relation sexuelle. Les rapports réceptifs sont plus à risque que les rapports insertifs. L'efficacité de la transmission augmente lors des rapports anaux, s'il y a une autre IST ou s'il y a présence de sang (règles, rapports violents). Pratiquer une fellation sans protection peut comporter des risques.

Transmission par voie sanguine

Tout matériel partagé lors d'une injection (seringue mais aussi eau de dilution de la drogue...) mais aussi lors de scarifications, tatouages et « détatouages », piercing, et tous les instruments tranchants ou piquants souillés par du sang peuvent devenir vecteur de contamination.

Transmission mère enfant

Le VIH peut se transmettre au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement, et pendant l'allaitement.

Le VIH ne se transmet pas comme suit

Le VIH ne se transmet pas par les actes courants de la vie quotidienne :

la toux et les éternuements, les poignées de mains et le fait de s'embrasser, par les aliments et les ustensiles de cuisine, par les piqûres d'insecte. L'usage collectif des toilettes, des douches, des hammams et des piscines ne transmet pas le VIH.

Attention

Il est très important de noter que les personnes contaminées sont contaminantes avant que leurs tests de dépistage ne soient positifs. **On peut donc être contaminé par le virus en ayant une relation sexuelle non protégée avec une personne dont le test de dépistage est négatif** : le test de dépistage n'est fiable que s'il est pratiqué après un délai qui tient compte de la phase de séroconversion.

EN PRISON

L'ONUSIDA déclare :

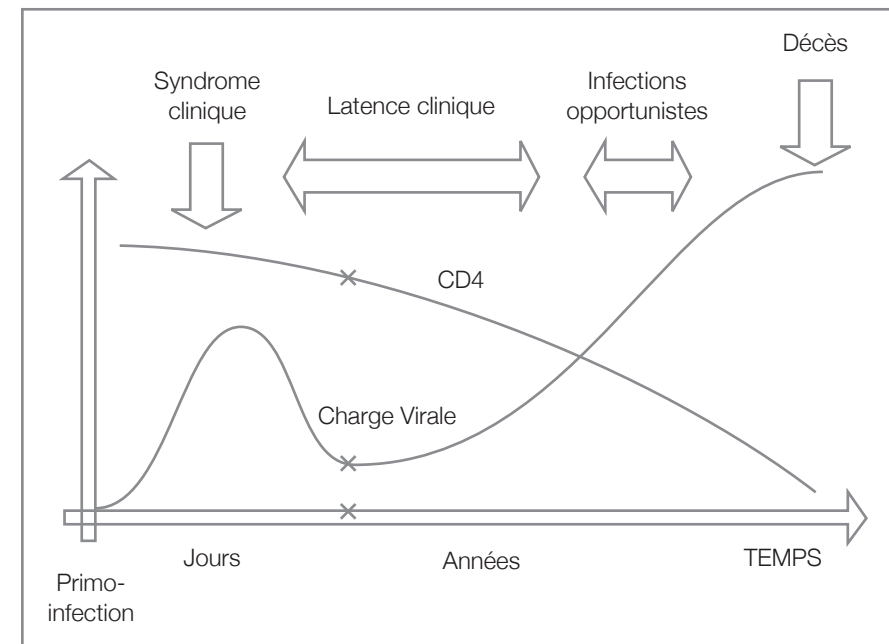
« Les taux d'infection à VIH sont élevés dans bon nombre d'établissements pénitentiaires⁴⁹ ... /... Les prisons ne sont pas totalement coupées du reste du monde. Tous les jours, des détenus ainsi que d'autres, et notamment le personnel pénitentiaire et les visiteurs entrent et sortent. Bon nombre de détenus purgent des peines courtes et certains sont incarcérés plusieurs fois, et après leur libération ils retrouvent le monde extérieur. Il faut prendre toutes les mesures possibles afin de prévenir la transmission du VIH dans les prisons pour le bien non seulement du personnel et des détenus, mais de la société dans son ensemble. »

⁴⁹ Il est à noter que l'Institut National de Santé Publique algérien en 1999 (dans « reflet de la situation épidémiologique » de décembre 1999) constatait une séropositivité dix fois plus importante chez les donneurs de sang en détention (1,2 %) que dans la population générale des donneurs de sang (0,164).

« En milieu carcéral, les facteurs généraux susceptibles de favoriser la propagation du VIH sont notamment : le surpeuplement, un climat général de violence, de tension et de crainte ; le manque d'information sur le VIH et d'équipements sanitaires adéquats.

Les facteurs spécifiques responsables de la transmission du VIH en milieu carcéral sont l'injection de drogue avec des aiguilles et des seringues non stérilisées ; les rapports sexuels avec pénétration non protégés entre hommes ; et le tatouage avec du matériel commun, non stérilisé. »

Évolution naturelle (non traitée) de l'infection VIH



LA PRIMO-INFECTION

C'est la phase qui suit la contamination. Elle est le plus souvent inapparente. Parfois dans un délai de une à six semaines apparaît un syndrome grippal non spécifique (avec le plus souvent fièvre, pharyngite érythémateuse, rash cutané, myalgies ou arthralgies...) accompagné ou non de ganglions. Si une conduite à risque est connue ce syndrome peut faire penser à une primo-

infection VIH. Il est possible de rechercher l'antigénémie au douzième jour et la présence des anticorps entre la troisième semaine et la fin du troisième mois.

LA PÉRIODE ASYMPTOMATIQUE

Une plus ou moins longue période suit la primo-infection, le plus souvent sans signe patent. Sans traitement, le temps médian entre la séroconversion et la survenue du sida a été estimé à environ 8-9 ans.

C'est sur la mesure de la charge virale plasmatique (CV chiffrée en ARN par ml) et le chiffre des lymphocytes CD4 (la normale est entre 500 et 2000 par ml) qui permettent de suivre l'évolution de la maladie VIH, et donc la surveillance et les indications thérapeutiques : le niveau de la CV indique l'ampleur de la réplication virale et il est fortement corrélé au taux de destruction des lymphocytes CD4. Le chiffre des lymphocytes CD4 indique l'étendue des dommages atteints.

Pendant cette période, certaines manifestations cliniques peuvent se rencontrer et représentent déjà la marque d'un déficit immunitaire modéré. C'est le cas de la candidose buccale, de la leucoplasie chevelue de la langue, de la présence d'adénopathies généralisées, ou d'autres signes.

En l'absence de traitement, la CV va progressivement augmenter, les CD4 diminuer, c'est le signe de l'apparition puis de l'aggravation du déficit immunitaire.

LA PHASE CLINIQUE DE DÉFICIT IMMUNITAIRE

Après le passage au sida et en l'absence de traitement, la plupart des patients sans traitement décèdent dans les deux ans.

La très grande majorité des infections ou des tumeurs survient à un taux de CD4 inférieur à 100/mm³.

Les affections rencontrées les plus fréquentes sont les suivantes :

- Les atteintes pulmonaires, de manifestations cliniques très variables : la pneumonie à Pneumocystis, les mycobactérioses (tuberculoses et mycobactérioses atypiques) infections à pyogènes, mycoses (cryptococcoses...) infections virales (cytomégalovirus : CMV)...
- Les atteintes neurologiques, de diagnostic souvent difficile : toxoplasmoses cérébrales, lymphomes cérébraux, leucoencéphalites multifocales progressives, encéphalites à CMV, méningites à cryptococques, neuropathies périphériques...
- Les atteintes digestives, très fréquentes : atteintes buccales, gastriques, des voies biliaires (CMV...) oesophagiennes (candidoses), entérocolites parasitaires (cryptosporidies, microsporidies...)...
- Les tumeurs malignes avec essentiellement la maladie de Kaposi et les lymphomes non hodgkiniens...
- Les autres atteintes, cutanées, ophtalmologiques, hématologiques...

DIAGNOSTIC ET SUIVI BIOLOGIQUE DE L'INFECTION À VIH

Le diagnostic

Le diagnostic de l'infection est un diagnostic sérologique. Le test dit « de dépistage » est un double test ELISA classique ou par test rapide, qui recherche les anticorps apparaissant trois semaines après la contamination. Si le double test est négatif, il n'y a pas de séroconversion. S'il existe un fort doute de contamination, on peut rechercher l'antigène p24.

Si le double test est dissocié ou positif, il faut pratiquer un test de confirmation sur un deuxième prélèvement. Ce deuxième test confirme ou infirme des résultats du test ELISA.

Il est très important de noter que le dépistage pratiqué à l'insu du patient ou sans remise du résultat est proscrit : le dépistage doit toujours être fait avec l'accord du patient. Il permet ensuite avec le patient de réfléchir à la conduite à tenir ; rester négatif si le test est négatif, être suivi et pris en charge si le test est positif.

Le suivi biologique de l'infection par le VIH

Celui-ci s'appuie sur :

- Une évaluation de l'atteinte du système immunitaire par le chiffrage des CD4 : plus le nombre de CD4 est faible, plus la probabilité de développer des manifestations cliniques devient grande,
- Une évaluation du taux de réplication virale par la quantification de l'ARN plasmatique qui permet de suivre la progression de la maladie. Une charge virale supérieure à 105 copies d'ARN par ml est considérée comme élevée.

Le bilan de surveillance

Le bilan de surveillance (NFS plaquettes, CD4, CV, transaminases) est pratiqué tous les six mois si le taux de CD4 est supérieur à 500/mm³ et la charge virale inférieure à 10 000 copies ARN/mm³, quatre fois par an si le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³ et/ou le patient reçoit un traitement antiviral (et on ajoutera au bilan amydasémie, glycémie, cholestérol, triglycérides, et selon le traitement, ionogramme, créatinine, CPK..).

TRAITEMENTS

L'objectif du traitement est de diminuer, à un niveau le plus bas possible, la charge virale, pendant le plus longtemps possible. L'éradication du VIH n'est actuellement pas possible avec les traitements disponibles. L'échec thérapeutique, marqué par une ré-ascension de la charge virale, est dû à la sélection de virus mutants à sensibilité réduite aux traitements administrés, appelée résistance. Les associations médicamenteuses les plus puissantes comportent au moins trois antiviraux (parmi les inhibiteurs nucléosidiques ou non de la transcriptase inverse et les antiprotéases).

L'initialisation d'un traitement est du domaine du spécialiste.

- Le traitement va être proposé en général à tout patient dont les CD4 sont inférieurs à 200/mm³ ou à tout patient symptomatique.
- Pour les patients dont les CD4 sont entre 200 et 350/mm³, le traitement est possible, le moment optimal de début de traitement n'est pas connu.

La valeur de la charge virale plasmatique VIH est à prendre en compte quand elle est supérieure à 100 000 copies/ml si les CD4 sont entre 200 et 350/mm³.

- Pour les patients dont les CD4 sont supérieurs à 350/mm³, le traitement n'est pas recommandé sauf cas particulier.

L'utilisation des traitements actuellement disponibles permet une amélioration tout à fait significative de la survie, un ralentissement notoire de la dégradation immunitaire, ainsi qu'une diminution spectaculaire de la fréquence des infections opportunistes. La grande majorité des affections opportunistes est également soignée par un traitement bien conduit. Toutefois, l'amélioration incontestable de l'espérance de vie a pour corollaire la découverte de nouvelles pathologies comme la lipodystrophie ou l'émergence chez ces patients de troubles métaboliques de la glycorégulation ou d'hyperlipémies, secondaires aux traitements.

PRÉVENTION EN PRISON

L'ONUSIDA déclare :

« Les mesures générales qui pourraient contribuer à réduire le risque de transmission du VIH sont notamment les suivantes :

- Pour tous les détenus, le respect des droits fondamentaux aux soins de santé - qui doivent être des soins comparables à ceux dont ils bénéficieraient à l'extérieur,
- La fin du surpeuplement,
- Et la mise en œuvre de moyens pour réduire le climat de violence. »

L'Organisation Mondiale de la Santé est parvenue à la conclusion que **« l'argument de la santé publique ne justifie pas qu'une personne soit isolée ou mise en quarantaine simplement parce qu'elle est infectée au VIH ou soupçonnée de l'être ».**

Ainsi, l'exposé des motifs de la recommandation R (98) 7 du Conseil de l'Europe énonce que : « l'isolement des personnes séropositives pour le VIH ne devrait reposer que sur des critères d'ordre médical ; en particulier, un détenu séropositif pour le VIH qui ne présente aucune manifestation et/ou complication liée à cette infection virale (individu en bonne santé appelé

communément « porteur sain ») devrait pouvoir avoir accès à toutes les activités et places de travail offertes dans les établissements pénitentiaires. »

L'ONUSIDA poursuit :

« Les réponses spécifiques au problème de l'injection de drogues et des rapports sexuels entre hommes sont notamment les suivantes :

- Réduction de la demande et traitement des détenus toxicomanes et notamment traitement de substitution ou d'entretien.
- Eau de javel à disposition pour la stérilisation des aiguilles et des seringues (y compris celles utilisées pour le tatouage) ainsi que des conseils d'utilisation.
- Fourniture d'aiguilles stériles, données en échange des aiguilles usagées.
- **Éducation** des détenus toxicomanes par d'anciens détenus et d'anciens toxicomanes.
- Accès discret et facile aux préservatifs.
- Mise à disposition du personnel pénitentiaire de gants jetables à utiliser systématiquement en cas de fouille ou d'intervention physique.
- **Information sur les risques de transmission du VIH aux détenus et au personnel des prisons.** »

On doit insister sur ce dernier point : l'information des détenus comme de l'ensemble des personnels pénitentiaires et des intervenants en prison est primordiale : cette information doit être claire, rigoureuse et s'effectuer de manière régulière afin de toucher l'ensemble des entrants et des nouveaux intervenants. Il existe en effet sur la question du VIH-SIDA bon nombre d'idées reçues et de préjugés qu'il faut déconstruire pour permettre à tous de connaître les risques auxquels chacun peut s'exposer ou être exposé et surtout les moyens de prévenir ces risques de contamination. La prise de conscience de ces risques et une connaissance précise des modes de contamination apparaît en effet, aujourd'hui, comme un des éléments essentiels dans la prévention de la propagation de la maladie.

Références :

- Impact médecin 2001. Infection à VIH.
- ONUSIDA : « droit pénal, santé publique et transmission du VIH », « le SIDA dans les prisons, point de vue ONUSIDA » avril 1997.

MALADIES CHRONIQUES

ASTHME

■ DÉFINITION

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires. Il se manifeste par des crises de dyspnée sifflantes, souvent nocturnes, et réversibles spontanément ou sous l'effet du traitement. C'est un syndrome multifactoriel, dont l'expression est fonction de facteurs acquis souvent liés à l'environnement. Des facteurs spécifiques (tels que l'allergie) s'associent à d'autres non spécifiques (comme la pollution ou le tabac), et modulent l'hyper réactivité bronchique non spécifique.

■ EN PRISON

De nombreux facteurs liés à l'enfermement (exiguïté des locaux, insalubrité, manque ou mauvaise aération, promiscuité...) et au stress qui en découle **peuvent contribuer à aggraver la maladie**, avec une multiplication des crises et des contraintes supplémentaires au quotidien.

Il est essentiel que la patient ait toujours sur lui ses médicaments de la crise d'asthme.

Premier examen à l'arrivée en prison

- Il est essentiel de **déterminer** à cette occasion **la sévérité de l'asthme**. Celle-ci correspond à l'histoire de la maladie des six à douze derniers mois sur laquelle il importe d'interroger le patient de façon très précise afin de déterminer les principaux facteurs de gravité : le caractère ancien et instable de l'asthme, l'intolérance à l'aspirine et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, une hospitalisation ou une visite urgente pour asthme grave dans l'année précédente, un antécédent de ventilation assistée pour asthme, un traitement en cours ou un sevrage récent de corticoïdes par voie générale, l'insuffisance de la prise en charge médicale ou de l'observance thérapeutique, l'existence de troubles de la personnalité ou de problèmes psychosociaux.

- Contacter si besoin le médecin traitant extérieur si le patient en a un, et cela avec son accord.
- Rechercher les facteurs déclenchant les crises d'asthme : tabac ? fumée de cuisine ? autres allergènes ? effort ? etc. Si c'est le cas, le médecin se doit d'informer la détention, avec l'accord du patient, des évictions à préconiser.
- Mesurer le débit expiratoire de pointe (DEP) avec un débit-mètre de pointe en dehors d'un épisode aigu et dans de bonnes conditions. Ce chiffre servira de référence de base (meilleur score) lors d'une crise ultérieure.
- Prolonger le traitement de fond s'il existe, et laisser toujours à disposition du patient un bêta 2 mimétique d'action rapide à utiliser en cas de crise.
- Vérifier que la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation est correcte.
- **Le patient doit être informé des buts du traitement et du mode d'action des différents médicaments prescrits.** Il est en particulier nécessaire de différencier le traitement de fond du traitement de la crise et d'expliquer l'intérêt de chacun pour favoriser une meilleure observance. Le patient doit être capable également de reconnaître une crise ou une détérioration progressive de son asthme, au besoin à l'aide d'un débit-mètre de pointe qui lui est laissé à disposition et de reconnaître les signes de gravité d'une crise.
- Déterminer la fréquence ultérieure des consultations en fonction de la gravité de l'asthme, et du traitement suivi.

SUIVI ET TRAITEMENT

- Le médecin appelle en consultation régulièrement le patient asthmatique (selon la fréquence déterminée lors de la consultation médicale d'entrée), afin d'évaluer l'évolution de l'asthme et la stratégie thérapeutique (suivi de l'observance, de la tolérance des traitements, etc.).

- Un carnet de suivi peut être proposé au patient, incluant le relevé des traitements pris et des critères de contrôle. Celui-ci permet également la responsabilisation du patient et une plus grande autonomie de sa part.
- Tout épisode asthmatique ayant nécessité l'intervention d'un personnel soignant doit être notifié dans le dossier médical du patient (signes cliniques, traitement, évolution...) afin d'être en mesure d'évaluer l'évolution de l'asthme en prison.
- **Toute crise doit être traitée le plus tôt possible**, tout d'abord par le patient lui-même avec les bêta 2 mimétiques d'action rapide qu'il garde à disposition. Le patient doit ensuite pouvoir recourir à un avis paramédical ou médical (pour des soins supplémentaires si nécessaire) en fonction de critères définis à l'avance avec le médecin.
- Un protocole de traitement d'urgence doit être prévu (et si nécessaire, personnalisé), en cas d'absence de médecin de permanence à la prison. **Un personnel habilité et formé** doit pouvoir prendre en charge la délivrance de ce traitement en cas de crise ne répondant pas aux bêta 2 stimulants inhalés (le retard de la prise en charge risque parfois d'entraîner le décès). Ce traitement peut éventuellement être le suivant : nébulisation de 5 mg de salbutamol (Ventoline) ou 10 mg de terbutaline (Bricanyl), bêta 2 mimétiques d'action rapide, plus 0,5 mg d'ipratropium (Atrovent), plus corticothérapie d'emblée per os (Cortancyl 60 mg) plus, si nécessaire, oxygénothérapie. Si un protocole particulier personnalisé doit être appliqué, il doit être inscrit par le médecin sur le dossier médical, signé de sa main et accessible au personnel habilité aux soins.
- La reconnaissance de la gravité d'une crise d'asthme fait appel à des moyens simples, à la portée **des soignants de premier secours correctement formés** :
 - Les principaux signes cliniques d'asthme aigu grave sont : une dyspnée entraînant des difficultés à parler, à tousser et l'impossibilité de garder la position allongée, une cyanose, des sueurs, une agitation, l'utilisation des muscles respiratoires accessoires,

une fréquence respiratoire supérieure à 30 par minute chez l'adulte, une fréquence cardiaque supérieure à 120 par minute, un débit expiratoire de pointe inférieur à 30 % du meilleur score du DEP. **L'existence d'un seul de ces signes doit alerter et faire appeler un médecin en urgence, et prévoir une hospitalisation en urgence.**

- Attention également à la gravité de la dégradation progressive d'un asthme avec des crises qui deviennent de plus en plus fréquentes, brutales, sévères, et qui réagissent de moins en moins au traitement habituel.

L'ÉDUCATION DES PATIENTS

Elle est essentielle, le patient devant connaître :

- Le mode d'action des différents médicaments qui lui sont prescrits,
- Les signes cliniques d'une crise,
- Les signes de gravité d'une crise, nécessitant le recours à une aide extérieure,
- Les signes de détérioration de son asthme (par exemple l'augmentation du nombre de bouffées de salbutamol consommées...).

Le patient doit être conscient qu'il doit en permanence être porteur de ses médicaments de la crise d'asthme pour y faire face où qu'il soit.

La recherche et l'éviction des allergènes, tout comme la sensibilisation aux méfaits du tabac sont des compléments indispensables à la prise en charge de l'asthme à long terme.

Cette éducation n'est pas obligatoirement l'apanage des médecins, elle revient aussi aux autres professions paramédicales tels que les infirmiers.

Le patient doit connaître les risques majeurs du tabac chez un asthmatique et le sevrage tabagique est fortement recommandé.

Attention

- Certains patients peuvent avoir une mauvaise perception de leur asthme, c'est-à-dire qu'il y a mauvaise concordance entre symptômes ressentis et degré d'obstruction bronchique mesuré par le DEP. En particulier, les patients asthmatiques angoissés ont des difficultés à différencier les signes somatiques respiratoires du stress et les signes d'une crise d'asthme, et ils peuvent alors consommer beaucoup de bêta 2 mimétiques sans nécessité.
- Aux patients traités par théophylline : la marge thérapeutique est étroite, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires fréquents. Par ailleurs, les intoxications médicamenteuses à la théophylline peuvent être gravissimes. L'idéal est de pouvoir équilibrer le patient sans avoir recours à ce traitement.
- En cas de mauvais contrôle médicamenteux de l'asthme, et ce malgré un traitement bien conduit, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'un asthme, et toujours vérifier la réversibilité de l'obstruction bronchique (il y a en prison de nombreux patients très gros fumeurs pouvant développer une BPCO).

Références :

- « Recommandations pour le suivi des patients asthmatiques adultes et adolescents ». Texte des recommandations. ANAES. 2004.
- « Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent ». ANAES. 2001.
- « Médicaments de l'asthme ». La Revue Prescrire. Mai 2002.
- « Urgences médicales ». Axel Ellrodt. Estem.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

■ DÉFINITION

On parle d'hypertension artérielle (HTA) de l'adulte lorsque la pression artérielle systolique (PAS) est habituellement égale ou supérieure 140 mm Hg et/ou la pression artérielle diastolique (PAD) égale ou supérieure 90 mm Hg au cabinet médical, et cela, lors de plusieurs consultations.

Le niveau tensionnel n'est que l'une des composantes du risque cardiovasculaire qui nécessite une approche globale.

■ EN PRISON

Les personnes incarcérées, issues assez souvent de groupes sociaux défavorisés, présentent des facteurs de risque plus fréquents que la population générale en matière de risques cardiovasculaires : tabagisme, consommation excessive d'alcool et absence d'activité physique régulière notamment.

Par ailleurs, et pour la même raison, c'est-à-dire une certaine marginalisation sociale, ces patients sont souvent peu ou mal suivis sur le plan médical et le diagnostic d'HTA peut donc être posé pour la première fois en prison.

Évaluation du risque cardiovasculaire

L'objectif de la prise en charge de l'HTA est de réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires chez les patients hypertendus.

La stratégie proposée est fondée sur une appréciation du risque cardiovasculaire individuel prenant en compte les facteurs de risques cardiovasculaires et les atteintes des organes cibles (cerveau, rein, système cardio-vasculaire).

Les principaux facteurs de risque sont les suivants :

- Âge supérieur à 45 ans chez l'homme et à 55 ans chez la femme.
- Antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire à un âge précoce (avant 55 ans chez le père ou 65 ans chez la mère).
- Tabagisme.
- Diabète de type 2.
- HDL-Cholestérol < 0,35 g/l (0,9 mmol/l).
- LDL > 2,2 g/l s'il n'existe aucun autre facteur de risque,
> 1,90 s'il en existe un autre,
> 1,6 s'il en existe deux autres,
> 1,3 s'il en existe trois autres ou si une maladie coronarienne existe.

À noter : $LDL\text{-Cholestérol} = \text{Cholestérol Total} - \text{HDL-Cholestérol} - \text{Triglycérides}/5$ en g/l si les triglycérides sont inférieurs à 4 g/l.

- Consommation excessive d'alcool.
- Appartenance à certains groupes qui présentent des risques particuliers (certains groupes ethniques tels les Afro-Américains et personnes issues de la zone Caraïbes...).
- Absence d'activité physique régulière.
- Obésité abdominale.
- Atteinte d'un organe cible (maladie rénale, cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire).

Le risque cardio-vasculaire est dit :

- **Faible** si la PAS est inférieure à 160 et la PAD à 100, sans autre facteur de risque.
- **Moyen** :
 - Si la PAS est inférieure à 180 et la PAD à 110,
 - Ou si le patient est porteur de 1 à 2 facteurs de risque maximum.
- **Élevé** :
 - Si la PAS est supérieure à 180 ou la PAD à 110,
 - Si le patient est porteur de 3 facteurs de risque ou plus,
 - Si un organe cible est atteint ou si le patient présente un diabète.

OUTILS DE PRISE EN CHARGE

Les outils de la prise en charge sont de deux ordres : 1/ non pharmacologiques, avec tout un travail d'éducation du patient, et 2/ pharmacologiques.

1/ Outils non pharmacologiques

- Réduction du poids en cas de surcharge.
- Réduction de la consommation d'alcool. Bien que cette consommation soit impossible en prison, cet aspect des choses doit être évoqué et une prise en charge psychologique éventuellement proposée en cas de consommation « hors prison » abusive.
- Réduction de la consommation de sel (5 à 6 g par jour maximum).
- Réduction de la consommation des lipides alimentaires saturés (graisses d'origine animale comme le beurre, le fromage, les viandes grasses...).
- Augmentation de l'activité physique.
- Arrêt de la consommation de tabac, objectif essentiel à poursuivre.
- **L'éducation du patient est primordiale** : le projet éducatif doit être personnalisé, énoncé en termes d'objectifs clairs et précis et la compréhension des messages doit être réévaluée à chaque consultation. Le patient est informé sur sa maladie, les objectifs tensionnels qui lui sont propres et les complications possibles liées à l'HTA. Les mesures hygiéno-diététiques pouvant réduire l'HTA doivent être connues par le patient, et le médecin doit aider le patient à trouver des stratégies personnelles qui lui permettent de les appliquer. Le patient doit connaître les effets secondaires possibles les plus fréquents de son traitement.

2/ les outils pharmacologiques : les traitements médicamenteux

Pour lutter contre l'HTA, cinq classes de médicaments sont principalement utilisées :

- Diurétiques, avec tout particulièrement les thiazidiques.
- Béta bloquants (β B).
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).
- Antagonistes calciques (AC) avec tout particulièrement les dihydropyridines.
- Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA = sartans).

Il est indispensable de respecter les contre indications et précautions d'emploi de ces traitements, tout comme les indications préférentielles des différentes classes médicamenteuses :

- Diabète type 1 ou 2 avec protéinurie : IEC.
- Insuffisance cardiaque : IEC, diurétiques.
- HTA systolique isolée du sujet âgé : diurétiques thiazidiques, AC en alternative (dihydropyridines de longue durée d'action).
- Infarctus du myocarde : β B, IEC.
- Insuffisance rénale : bédézépril.

Des associations antihypertensives additives peuvent être proposées en seconde initiative (voire en première pour celles ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché adéquate): β B+diurétiques, β B+AC, IEC+diurétiques, IEC+AC

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Cette stratégie s'appuie sur la prise en charge en même temps de 1/ l'hypertension artérielle et 2/ des facteurs de risque associés.

1/ Prise en charge de l'hypertension artérielle

Celle-ci se fait en fonction du risque cardiovasculaire :

- S'il est **faible** :
Un traitement non médicamenteux seul est débuté, pendant 6 à 12 mois. Une réévaluation est faite au bout de 3 mois.
- S'il est **moyen** :
Un traitement non médicamenteux seul est débuté, pendant 6 mois avec une prise en charge des autres facteurs de risque. Une réévaluation est faite tous les mois.
- S'il est **élevé** :
Un traitement médicamenteux et non médicamenteux est débuté, parallèlement à une prise en charge des autres facteurs de risque ou pathologies associées. Une réévaluation est faite tous les mois.

L'objectif est en général d'obtenir une TA inférieure à 140/90 mm Hg, prise au cabinet médical, avec une bonne tolérance du traitement.

Selon que cet objectif sera ou pas atteint, on adaptera le traitement :

- **Si celui-ci est atteint** : le même traitement est poursuivi et une consultation est programmée tous les 3 mois (tous les 6 mois en cas de risque faible ou moyen).
- **Si celui-ci n'est pas atteint** : les mesures non médicamenteuses sont renforcées (si un médicament est mal toléré ou inefficace, il sera remplacé par un médicament d'une autre classe ; s'il est insuffisant, il lui en sera ajouté un deuxième, voire par la suite un troisième, toujours de classes différentes) et le traitement réévalué, chaque mois.
- **En cas d'HTA résistante au traitement** (ce qui correspond à une association de trois antihypertenseurs de classes différentes dont un diurétique et persistance de la TA au dessus de 140/90) : une consultation spécialisée doit être programmée.

La recherche de causes identifiables de l'HTA est nécessaire et demande une prise en charge spécialisé :

- Si l'évaluation initiale du patient a orienté vers une étiologie qu'il faut alors confirmer (signes de maladie endocrinienne, palpitations paroxystiques, hypokaliémie, clearance à la créatinine basse, protéinurie...).
- Ou si la TA est supérieure à 180/110.
- Ou si l'HTA est résistante au traitement (voir supra).

2/ Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire associés

Parallèlement à la prise en charge de l'HTA, il ne faut pas oublier la prise en charge des autres facteurs de risques métaboliques que sont tout particulièrement :

- Le diabète de type 2 (voir fiche correspondante).
- Les dyslipidémies (au terme de six mois d'une diététique appropriée)

et après obtention du meilleur contrôle possible du niveau tensionnel, la valeur du LDL cholestérol sert de référence pour instaurer un traitement médicamenteux hypolipémiant).

- Le tabagisme, l'obésité, la consommation excessive d'alcool, le manque d'activité physique...

LE SUIVI EN PRISON

La prise de tension artérielle au cabinet médical

Cette prise de TA doit être systématique à l'arrivée en prison, et renouvelée plusieurs fois, à différents moments, en cas d'HTA repérée. Celle-ci doit se faire au moyen d'un appareil validé, avec un brassard adapté (la poche gonflable contenue dans le brassard doit couvrir au moins 2/3 de la circonférence du bras), bras nu, le patient étant depuis plusieurs minutes en position assise ou couchée. L'idéal est de prendre deux mesures de la TA en position assise ou couchée puis une en orthostatisme. L'effet « blouse blanche » peut conduire à une surestimation du risque. Les mesures ambulatoires définissent mieux le pronostic mais semblent difficiles en prison (la tension cible est alors de 135/85 en automesure).

La consultation d'un détenu hypertendu à l'arrivée en prison

- Interroger le patient tout particulièrement sur : l'ancienneté et la sévérité de l'HTA ; les traitements antérieurs ; les autres facteurs de risque cardiovasculaires (personnels et familiaux) ; les antécédents pouvant contre-indiquer certains antihypertenseurs, le mode de vie (alcool, tabac, sel, réglisse, évolution pondérale...) ; les prises de médicaments associées (dont certains peuvent induire une HTA) ; les résultats de bilans antérieurs ; la recherche de signes d'angor, d'insuffisance cardiaque, d'artériopathie des membres inférieurs, d'accidents cérébraux ischémiques...
- Contacter si besoin le médecin traitant extérieur, s'il y en a un, avec l'accord du patient.
- Si un bilan récent ne peut être récupéré (auprès du médecin traitant par exemple, avec l'accord du patient), un bilan complet est demandé : cholestérol total et HDL, triglycérides, créatinine, kaliémie, glycémie, recherche par bandelettes urinaires d'une protéinurie, ECG.

- Un examen minutieux est effectué : poids, TA, auscultation cardiaque et des trajets vasculaires à la recherche de souffles (notamment abdominal), palpation des pouls distaux, examen des pieds à la recherche d'une neuropathie, d'une artériopathie distale, ou de lésions cutanées.
- La consultation suivante est programmée.

Les consultations ultérieures

La consultation suivante devra informer le patient des résultats de son bilan biologique, et toujours comporter un temps d'information. Le patient est surveillé au minimum une fois par mois jusqu'à obtention des objectifs définis puis, une fois qu'ils sont atteints, selon un rythme bien déterminé (voir tableau).

Une échocardiographie doppler cardiaque ne sera indiquée qu'en cas de cardiopathie, d'HTA sévère ou résistante, ou associée à une hypertrophie ventriculaire gauche. Un fond d'œil ne sera demandé qu'en cas de HTA de haut niveau manométrique.

📖 Références :

Anaes :

- « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle », avril 2000.
- « Diagnostic et traitement de l'HTA essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans », septembre 1997.
- « Information et éducation du patient hypertendu non diabétique », juillet 2003.
- « HTA à risque cardiovasculaire élevé », juillet 2003.

Tableau
Paramètres et périodicité de la surveillance du patient hypertendu

Paramètres	Périodicité de la surveillance dans le cas d'une HTA contrôlée non compliquée	Périodicité de la surveillance dans les situations particulières
Pression artérielle	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif n'est pas atteint
Interrogatoire et examen cardio-vasculaire	12 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Créatininémie	1 à 2 ans	Avant et peu après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie)
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'intolérance au glucose, de diabète, de modification du poids ou du mode de vie
Cholestérolémie totale et HDL, triglycéridémie	3 ans, si initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie
ECG		En cas de présence de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen

LE DIABÈTE DE TYPE 2

■ DÉFINITION

Le diagnostic du diabète repose sur la valeur de la glycémie après un minimum de 8 heures de jeûne : si celle-ci est supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l), le sujet est diabétique. Le diabète de type 2 survient classiquement après 40 ans chez des sujets ayant un certain embonpoint, a une composante héréditaire forte et présente un risque majeur de risque micro vasculaire et cardiovasculaire.

Les sujets ayant une glycémie à jeun anormale (entre 1,10 et 1,26 g/l, ou 6 et 7 mmol/l) sont porteurs d'une hyperglycémie à jeun, ce qui indique un fort risque cardiovasculaire mais pas de risque de micro angiopathie spécifique du diabète.

■ EN PRISON

Les conditions d'environnement conditionnent l'incidence du diabète. Sa prise en charge en prison est d'autant plus difficile que la nourriture est imposée et que l'inactivité physique est souvent la règle.

Le médecin doit établir, en coopération avec le responsable de la cuisine, **des régimes alimentaires spécifiques aux diabétiques** et vérifier que chaque personne diabétique dispose bien de ce régime particulier. Le diabétique traité (sauf par biguanides et/ou inhibiteurs de l'alpha glucosidase exclusivement) doit également pouvoir **disposer en permanence de sucres** (ou mieux d'une boisson très sucrée) à absorber en cas d'hypoglycémie.

OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE

Les outils de la prise en charge sont de deux ordres 1/ non pharmacologiques, ce qui recouvre essentiellement une alimentation et un exercice physique appropriés, mais aussi tout un travail d'éducation du patient et de ses proches, et 2/ pharmacologiques : les médicaments.

1/ Outils non pharmacologiques

L'alimentation

- **La réduction de l'excès pondéral** est nécessaire si l'indice de masse corporelle (IMC : rapport du poids en kg sur le carré de la taille en mètre) est supérieure à 25. La prescription diététique est alors **une réduction calorique** et doit tenir compte des contraintes propres à la prison tout en permettant une diversité alimentaire réaliste sur le long terme. L'alimentation doit être **hypolipidique**, et non pas hypoglycémique. Les diabétiques de type 2 ont un excès de poids dû à un excès de graisse, reflet du fait qu'ils mangent ou ont trop mangé par rapport à leurs besoins. C'est la graisse en excès qui déséquilibre le diabète. Pour que le patient s'associe pleinement au régime, il faut essayer de fixer avec le patient un objectif atteignable, c'est-à-dire élaborer un régime modérément restrictif qui entraîne à long terme de meilleurs résultats que les restrictions alimentaires sévères qui peuvent amener un refus ou rejet de sa part. C'est d'autant plus important qu'il est très difficile de « se priver » en prison en ce sens que les possibilités de compenser le manque de plaisirs alimentaires sont quasi inexistantes.
- **La répartition des nutriments** concerne à la fois les patients en surpoids et les patients à poids normal. Les glucides doivent constituer une part importante (environ 50 %) de l'alimentation, ce qui va à l'encontre des idées reçues. La connaissance des tables d'équivalences glucidiques et de l'index glycémique des aliments est utile pour composer et diversifier un repas. Les boissons sucrées sont interdites sauf en cas d'hypoglycémie. Les aliments riches en fibres sont privilégiés, les glucides répartis entre les repas. Il est important de repérer les désordres du comportement alimentaire, en particulier le grignotage et les compulsions alimentaires car leur prise en charge spécifique constitue un préalable indispensable. L'aide d'un psychologue peut alors être précieuse.

Il est souvent utile et efficace de faire noter au patient par écrit tout ce qu'il mange au cours de plusieurs jours consécutifs afin qu'il se rende compte de l'importance du régime et de l'efficacité de ses efforts sur son poids et sa glycémie : un diabétique qui perd du poids a habituellement une amélioration de ses glycémies.

L'activité physique

Une activité physique adaptée aux possibilités de chaque patient est recommandée chez le diabétique de type 2. Un exercice d'intensité modérée et de 30 à 60 minutes à raison de deux ou trois fois par semaine est souhaitable.

Sur ce plan, la communication et la coordination avec la direction de l'établissement sont importants pour permettre la mise en œuvre de ces mesures complémentaires.

2/ Outils pharmacologiques : les traitements médicamenteux

Ces traitements sont : les biguanides, les sulfamides hypoglycémifiants et les glinides, les inhibiteurs des alpha glucosidases.

Mais il faut toujours :

- Évaluer la fonction rénale et hépatique avant de prescrire un médicament antidiabétique oral et en respecter les contre indications,
- Faire attention au sujet âgé diabétique et hypertendu qui cumule les risques d'interactions et de polymédication.

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Prise en charge de l'hyperglycémie

Le diabète est une maladie évolutive qui va généralement nécessiter au fil des années une escalade des traitements. Le régime et l'activité physique sont indispensables à toutes les étapes de la stratégie thérapeutique. Les objectifs glycémiques sont individualisés et se traduisent en objectifs d'HbA1c. L'idéal est d'obtenir des valeurs inférieures ou égales à 6,5 % (voir tableau 1).

Lorsque l'HbA1c se situe entre 6,5 et 8 %, une modification du traitement peut être envisagée en prenant en compte l'âge du patient, l'ancienneté du diabète, ses comorbidités et le rapport avantages/inconvénients d'un changement de traitement.

Lorsque l'hyperglycémie a une traduction clinique bruyante à type de polyuropolydipsie, d'amaigrissement et/ou qu'elle s'accompagne d'une cétonurie, la mise à l'insuline d'emblée est généralement requise.

Prise en charge des facteurs de risque associés au diabète sucré

Être diabétique multiplie par deux ou trois le risque cardiovasculaire de chacun des autres facteurs de risque cardiovasculaire que sont le tabac, l'hypertension artérielle (les valeurs à obtenir chez le diabétique sont de 130/80 mmHg maximum) et la dyslipidémie (voir tableau 2).

Il y a très peu de cas où il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement les inhibiteurs de l'enzyme de conversion chez les sujets qui ont un haut risque cardiovasculaire (comme la présence d'un marqueur comme la micro-albuminurie, ou d'antécédents cardiovasculaires).

Les antiagrégants, l'aspirine à dose modérée (inférieure ou égale à 100 mg par jour) est recommandée en prévention primaire chez le diabétique lorsque existent d'autres facteurs de risque vasculaire associés.

Les statines, prescrites quel que soit le niveau de cholestérol chez le patient coronarien sont indiquées car elles réduisent de façon significative la mortalité cardiovasculaire.

LE SUIVI EN PRISON

La consultation à l'arrivée en prison

- Interroger le patient tout particulièrement sur :
 - les antécédents personnels et familiaux coronariens, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, l'anamnèse du diabète,
 - ses habitudes alimentaires,
 - son activité physique,
 - les éventuels traitements en cours,
 - les résultats des bilans précédents,
 - et aussi ses connaissances par rapport à sa maladie, les risques encourus, les mesures d'hygiène de vie à suivre (alimentation, activité physique...) pour faire un « **diagnostic éducatif** ».

- Contacter si besoin le médecin traitant extérieur, s'il y en a un, avec l'accord du patient. Si un bilan récent ne peut être récupéré (auprès du médecin traitant par exemple, avec l'accord du patient) un bilan complet est demandé (voir tableau 3).
- Un examen minutieux est effectué : poids, TA, palpation des pouls distaux, auscultation du cœur et des axes vasculaires, examen des dents, des pieds à la recherche d'une neuropathie, d'une artériopathie distale, ou de lésions cutanées.
- La consultation suivante est programmée.

Les consultations ultérieures

La consultation suivante devra informer le patient des résultats de son bilan biologique, et toujours comporter un temps de formation-éducation autour du diabète (voir plus haut). Le rythme de suivi pour un patient bien équilibré est programmé selon le tableau 3. Des consultations plus rapprochées doivent être programmées en cas d'équilibre instable.

L'ÉDUCATION

L'information, l'éducation diététique des malades et de leur famille doivent jouer un rôle majeur dans la prise en charge des diabétiques.

Du patient

L'éducation du patient est primordiale.

Le projet éducatif doit être personnalisé, énoncé en termes d'objectifs clairs et précis et la compréhension des messages doit être réévaluée à chaque consultation. Le diabète est une maladie difficilement compréhensible car indolore (du moins tant qu'il n'y a pas de complications majeures) et les risques encourus sont tardifs.

Il est cependant important de préciser et de faire comprendre au patient que les bénéfices d'un bon suivi de sa maladie se concrétiseront pour lui en termes de maintien (il n'y aura donc pas d'aggravation de son état) mais non d'amélioration de sa santé.

L'éducation est essentielle pour responsabiliser les patients, seul moyen à long terme d'améliorer leur prise en charge médicale.

Attention

Les patients pensent souvent que la prise de comprimés va leur permettre de s'affranchir des contraintes du régime... et il est plus facile et plus rapide pour le médecin de prescrire des comprimés associés à des conseils diététiques vagues à base d'interdits. Cependant, le médecin doit en permanence essayer d'encourager le patient à améliorer son alimentation, à pratiquer un exercice physique adapté à sa pathologie et de ne pas fonctionner uniquement sur la base d'interdits et d'obligations. Le compromis est souvent une bonne solution en matière de diabète.

Il faut donc s'astreindre à expliquer et souvent ré-expliquer que les antidiabétiques oraux ne seront efficaces que s'ils sont associés à la poursuite du régime et d'une activité physique régulière.

L'auto surveillance glycémique demande à ce que le diabétique puisse garder sur lui l'appareil nécessaire à sa pratique. Elle est utile pour responsabiliser le patient. Si elle n'est pas possible dans la prison, en cas de changement de traitement, il semble important de pratiquer une surveillance régulière de la glycémie en faisant venir le patient jusqu'à la salle de soins où pourra lui être pratiqué cet examen. Par exemple, la mesure de la glycémie capillaire avant et après une heure de marche montre de façon convaincante à la plupart des malades que l'activité physique réduit de façon significative leur glycémie.

Par ailleurs, **une éducation à une hygiène correcte** est également importante : chaussage de bonne qualité, hygiène des pieds parfaite sont des mesures indispensables chez un diabétique. D'où l'importance des conditions sanitaires dans l'établissement et la coordination avec les services compétents pour que le patient puisse avoir un accès facilité aux installations sanitaires.

Des familles

Les familles qui amènent des « paniers » contenant de l'alimentation doivent tout particulièrement être formées à l'alimentation du diabétique afin que les aliments apportés à la personne détenue soient en cohérence avec le régime prescrit. Ce travail d'information peut être réalisé lors des parloirs famille ou au cours de réunions d'information spécifiques organisées par le personnel médical ou paramédical, en coopération avec la direction de la prison.

Références :

- Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Anaes. Mars 2000.
- Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Anaes. Janvier 1999.
- « Preuves et Pratiques » : Diabétologie. Décembre 2004. Février 2005.

Diabète de type 2 : glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l

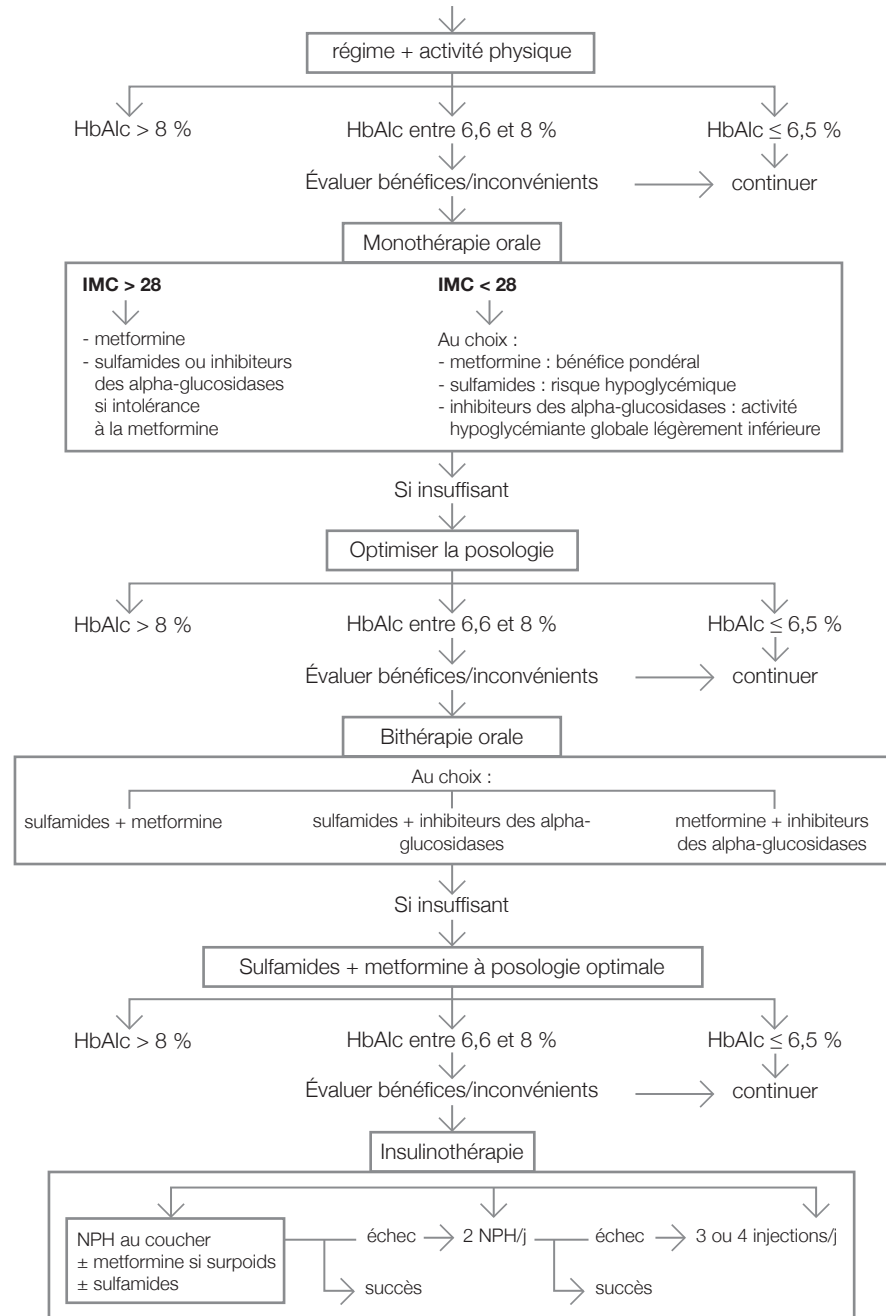


Tableau 1
Schéma d'arbre décisionnel proposé par l'Anaes française
Stratégie thérapeutique globale de la prise en charge du diabète

Tableau 2
Définition des anomalies du LDL-cholestérol justifiant
une intervention médicamenteuse
chez le diabétique de type 2 non compliqué

Catégories de patients ayant une élévation du LDL-cholestérol	Valeur d'instauration du traitement médicamenteux en g/l (mmol/l)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 sans autre facteur de risque	$\geq 1,90$ (4,9)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 ayant un autre facteur de risque	$\geq 1,60$ (4,1)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 ayant au moins deux autres facteurs de risque, y compris l'âge	$\geq 1,30$ (3,4)

1. Après mise en œuvre des mesures diététiques et/ou des mesures médicamenteuses visant à améliorer le contrôle glycémique.

2. Facteurs de risque de maladie coronaire, à prendre en compte chez les sujets ayant une élévation du LDL-cholestérol :

- Âge : homme de 45 ans ou plus, femme de 55 ans ou plus, ou femme ayant une ménopause précoce sans œstrogénothérapie substitutive,
- Antécédents familiaux de maladies coronaires précoces (infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin ; ou avant 65 ans chez la mère ou chez un parent féminin du premier degré) ; ou d'artériopathie quel que soit le siège,
- Tabagisme en cours,
- Hypertension artérielle (PA $\geq 140/90$ mmHg ou traitement antihypertenseur en cours),
- HDL-cholestérol $< 0,35$ g/l (0,9 mmol/l),
- Taux des triglycérides > 2 g/l,
- Présence d'une microalbuminurie.

3. Facteur protecteur

- HDL-cholestérol $\geq 0,60$ g/l (1,6 mmol/l) ; soustraire alors « un risque » au score de niveau de risque.

Tableau 3
Rythme de suivi recommandé chez un diabétique de type 2 bien équilibré

Tous les 3-4 mois*	Une fois par an
Interrogatoire	
<ul style="list-style-type: none"> • Éducation (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux • Tabagisme • Évaluation complémentaire de la prise en charge de sa maladie par le patient : « Savez-vous quels sont les résultats du dépistage des complications ? », « Quand devez-vous être dépisté de nouveau ? » • Symptômes de complications cardiovasculaires ou neurologiques • Pour les femmes en âge de procréer : contraception ou désir d'enfant ?
Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> • Poids • Tension artérielle • Examen des pieds chez les sujets à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique complet et en particulier : <ul style="list-style-type: none"> - Examen des pieds : état cutané, neuropathie sensitive (monofilament Nylon ± diapason) - Réflexes ostéotendineux - Palpation des pouls - Recherche de souffles abdominaux, fémoraux, et carotidiens - Examen de la bouche, de la sphère ORL, de la peau

* Pour un patient équilibré

Tous les 3-4 mois*	Une fois par an
Examens paracliniques	
<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen par un ophtalmologiste • ECG de repos • Bilan lipidique à jeun : LDL, HDL, triglycérides et cholestérol total • Créatininémie et calcul de la clairance par la formule de Cockcroft • Protéinurie, hématurie, recherche d'infection par bandelettes urinaires • Si pas de protéinurie, recherche de microalbuminurie

Lors de la première visite d'un patient diabétique :

- **Pour les patients dont le diabète est déjà connu :**
Anamnèse du diabète, traitement actuel et résultats des bilans précédents ;
- **Diabète nouvellement diagnostiqué :**
Recherche de signes en rapport avec un diabète secondaire ;
- **Pour tous :**
Antécédents médicaux ; traitements en cours ; antécédents familiaux coronariens, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie ; habitudes alimentaires et activité physique, statut socio-économique ;
- **Diagnostic éducatif :**
« Que sait-il ? Quelles sont ses possibilités ? ».

* Pour un patient équilibré

■ DÉFINITION

Les addictions se caractérisent par le fait d'être dépendant psychiquement et/ou physiquement à un produit.

Cet état de dépendance à des substances psychoactives s'évalue à travers les manifestations de souffrances somatiques et psychologiques éprouvées quand celles-ci viennent à manquer (*syndrome de manque*).

Si la consommation de substances toxiques a toujours existé, on assiste néanmoins à une complexification des pratiques de consommation, avec l'association de plus en plus fréquente entre les substances, qu'elles soient licites ou illicites (banalisation du cannabis, augmentation du tabagisme et de l'alcoolisme...) et ceci à la fois pour une population de plus en plus jeune mais aussi chez des sujets de plus en plus âgés !

Il n'existe pas de structure psychique stable des comportements de dépendance. Pouvant appartenir aussi bien à une structure névrotique, psychotique ou perverse, les comportements addictifs ne modifient jamais la personnalité profonde d'un individu mais seulement son fonctionnement secondaire.

Le recours addictif manifeste (conscient) à un produit toxique s'inscrirait dans une dimension défensive, comme une tentative de réguler à un niveau latent (inconscient) des carences précoces, failles et menaces de décompensations sous-jacentes de la structure.

On retiendra cependant une prévalence importante entre dépression et conduites addictives, où les comportements revêtent une valeur autothérapeutique des troubles de l'humeur.

De même, chez les sujets en état de dépendance, on note une nette tendance à l'augmentation des passages à l'acte et ceci au détriment de leur fonctionnement psychique.

■ EN PRISON

Les troubles du comportement de nature anti-sociale et délictuels associés aux conduites addictives sont fréquents et font de la prison un lieu privilégié pour rencontrer cette population clinique. La prise en charge thérapeutique se doit de tenir compte du milieu carcéral pour offrir à ces détenus des soins adaptés à leur situation. En effet, le contexte d'enfermement et l'état de privation qu'induit ou génère la prison, favorise la manifestation de mouvements dépressifs. Ce peut être par conséquent un moment fécond pour proposer une prise en charge thérapeutique en s'appuyant sur l'actualité de la souffrance des personnes et la demande d'aide qu'elles nous adressent.

D'un autre côté, la limitation des consommations pendant l'incarcération peut donner l'illusion ou renforcer le déni de la dépendance et mettre en péril l'adhésion aux soins.

TOXICOMANIE

■ DÉFINITION

Selon le Professeur C. OLIVENSTEIN, la toxicomanie se définirait comme la rencontre d'un individu (sa personnalité et son histoire) avec un produit (ses effets psychoactifs positifs et négatifs) dans un environnement socioculturel donné.

Ainsi, la prise en charge de ses troubles doit s'envisager dans l'articulation dynamique et thérapeutique de ses différents aspects.

L'actualité des comportements toxicomaniaques montre en Europe :

- Une forte diminution de la consommation d'héroïne en faveur des opiacés de substitution (subutex, méthadone),
- La recrudescence de l'utilisation de la cocaïne et du crack,
- L'augmentation massive des consommations d'alcool et de benzodiazépines associés. Celle-ci concerne aussi et plus particulièrement les pays du Maghreb.

Ceci amène donc une modification des formes cliniques rencontrées avec la disparition des dépendances simples à un produit au profit de dépendances à plusieurs substances combinées donnant un tableau qualifié de « polytoxicomanie ».

PRODUITS ET EFFETS CLINIQUES

Cf tableau en fin de fiche.

■ EN PRISON

En Europe comme au Maghreb, la population carcérale est de façon majoritaire touchée par la toxicomanie et ceci en corrélation avec l'incidence judiciaire des comportements addictifs.

À ce titre, la prise en charge des sujets toxicomanes doit être une des priorités de la politique de soins en milieu pénitentiaire.

Comme pour les structures de soins spécialisées à l'extérieur (services hospitaliers, associations privées et post-cure), les propositions de soins offertes à ces détenus doivent se faire dans le respect du secret médical et sur la base d'une démarche volontaire. Elles sont assurées conjointement par les services de médecine et de psychiatrie.

Il s'agit dans un premier temps d'évaluer le type et le niveau de dépendance physique et psychique du patient afin d'envisager avec lui la proposition de soins la plus adaptée à sa demande, aux aspects cliniques de sa pharmacodépendance, à sa personnalité psychologique mais aussi à ses conditions d'incarcération.

Nous disposons :

- Du sevrage classique avec son accompagnement médicamenteux (antalgiques et/ou psychotropes, produits de substitution dans les cas de dépendance aux opiacés),
- De la poursuite d'un traitement prescrit à l'extérieur,
- De l'initialisation d'un traitement d'accompagnement dans l'attente d'une adhésion du patient à un sevrage.

Quelles que soient les options choisies, il est nécessaire de sensibiliser le patient à la dimension psychologique qui est à la base de tout comportement de dépendance et des effets psychiques qui peuvent survenir pendant la prise en charge médico-psychologique et notamment dans le contexte d'isolement et de privation de l'emprisonnement.

Il y a alors :

- La consultation spécialisée du médecin psychiatre pour estimer les enjeux psychiatriques (comorbidité associée) et prescrire les traitements psychotropes nécessaires au maintien de la stabilité psychique du sujet,
- L'accompagnement d'un psychologue pour permettre au patient de verbaliser ce qu'il ressent mais aussi d'exprimer en toute confiance les éléments de son histoire et de son intimité qui l'ont amené à développer sa toxicomanie.

Enfin, toute prise en charge ne peut faire l'économie d'un bilan de santé complet du patient comprenant :

- Des examens somatiques en rapport avec les différents traumatismes et accidents liés au parcours d'une personne toxicomane,
- Et des examens sanguins liés aux risques d'affections virales (VIH, VHC,...).

Attention

Il serait illusoire de considérer le monde carcéral comme un univers clos où les détenus dépendants se verraient à l'abri de tout produit de « défonce » !

Certaines substances se trouvent plus ou moins facilement et en plus ou moins grande quantité au sein de la prison, ce qui confirme que l'incarcération ne rime pas forcément avec abstinence et sevrage. Toutefois, la recrudescence des formes cliniques dites de « polytoxicomanies » montre que la poursuite de ces comportements concernent essentiellement les médicaments prescrits au sein des établissements (produits de substitutions et psychotropes) et ceci au travers des détournements d'usages et trafics dont ils sont l'objet.

Ceci oblige donc à une grande vigilance quant aux prescriptions mais surtout dans la relation à des patients pour qui le besoin de ressentir des effets psycho-actifs les amène à travestir leur demande de soin en vue d'une prescription médicamenteuse. Par ce biais, le lien thérapeutique entre le patient et l'équipe de soin est faussé.

Toutefois, on doit se garder d'avoir une position rigide qui ne tiendrait pas compte de la dynamique du patient toxicomane.

Si l'on accepte d'entendre la toxicomanie comme une dépendance pathologique avec syndrome de manque dans les phases d'arrêt des consommations, alors **l'éthique impose aux thérapeutes de traiter leurs patients (notamment dès leur arrivée) afin de les soulager de leur souffrance** et sur cette base inscrire un rapport de confiance minimal pour la suite de la prise en charge.




Face à ces comportements, les liens thérapeutiques doivent :





- Éviter toutes notions de culpabilisation et de méfiance au profit d'un rapport franc reposant sur une position fondée sur le savoir médical,
- Éviter de réduire le sujet à sa dépendance et ses comportements associés :
 - garder une capacité de sollicitude face aux demandes du patient en y répondant par rapport à sa singularité et son besoin de soins,
 - favoriser toujours l'expression de la parole et des échanges au profit des actes,
 - soutenir tout processus de changement au sein de leur toxicomanie plutôt que de viser l'abstinence totale de tous produits.

L'exercice du soin en toxicomanie, et particulièrement en milieu carcéral, requiert toujours de la part des thérapeutes une position d'humilité.

Soigner les toxicomanes, c'est engager un processus thérapeutique qui doit modifier une conduite compulsive envahissante pour la personne et ses rapports à la vie.

Tableau des produits et de leurs effets cliniques

PRODUIT	SYMPTÔMES PSYCHIQUES	FORMES ATYPIQUES	SYNDROME DE SEVRAGE
 OPIACÉS			
Héroïnes Dérivés morphiniques	Euphorie, dysphorie, apathie et ralentissement psychomoteur suite à l'effet de « flash » (proche de l'orgasme).	Risque de mort subite par « surdose ».	Pharmacodépendance physique et psychique rapide et intense. Syndrome de sevrage marqué par des douleurs diffuses, crampes musculaires, céphalées, sueurs, asthénie, tremblements et angoisses. Apparition 7 à 8 h après la dernière prise. Disparition en 7 à 10 jours.
 COCAÏNE			
Son dérivé « crack »	Sensation de bien-être, de confiance avec agitation psychomotrice (logorrhée, déambulation), élation, idées de grandeur et hypervigilance.	Risque d'accidents cardiaques, effets anxiogènes et dépressiogènes notamment dans la phase de « descente ».	Dépendance essentiellement psychique due à la tolérance rapide et marquée. Pas de syndrome de sevrage.
 SOLVANTS			
Colle, diluants...	État d'ébriété avec euphorie, excitation psychomotrice et illusions perceptives.	Risque de syndrome confusionnel, coma et altération des fonctions intellectuelles.	Pas de dépendance physique, rarement psychique.

PRODUIT	SYMPTÔMES PSYCHIQUES	FORMES ATYPIQUES	SYNDROME DE SEVRAGE
 HALLUCINOGENES			
LSD et champignons hallucinogènes	Troubles perceptifs avec hallucinations visuelles parfois auditives. Hyperesthésies sensorielles. Sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation avec troubles de l'humeur.	Risque de complications psychiatriques comme des bouffées délirantes aiguës et comportements auto ou hétéro-agressifs.	Aucune tolérance ni dépendance physique.
 AMPHÉTAMINES			
« Speed », ecstasy...	Expansivité intellectuelle et thymique pour ensuite ressentir un abattement physique et psychique.	Risque d'arrêt respiratoire et défaillance cardiaque en cas de surdosage.	Dépendance surtout psychique et rarement physique. Pas de syndrome d'abstinence physique mais possibilité de douleurs diffuses et troubles de l'humeur.
 BENZODIAZÉPINES			
Anxiolytiques, barbituriques	À doses faibles : sensation anxiolytique, bien-être et désinhibition psychomotrice. À doses fortes : effets hypnotiques. Associés à l'alcool : sensations d'ivresse massive.	Risque de coma.	Forte dépendance physique et psychique avec tolérance rapide. Syndrome de sevrage avec anxiété, irritabilité et crises convulsives.
 CANNABIS			
Son dérivé « le hashich »	Sensation de ralentissement du temps et modification de l'espace avec hyperesthésie sensorielle, euphorie anxieuse confusionnelle.	Risques psychiatriques avec bouffée délirante à thématique de persécution et troubles de la concentration et de la mémoire.	Pas de dépendance physique. Pas de syndrome d'abstinence physique, plutôt des effets anxiogènes voir dépressifs.

ALCOOLISME

■ DÉFINITION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'alcoolisme concerne « le buveur excessif dont la dépendance conduit à une consommation responsable d'un trouble mental ou physique affectant à un degré variable son comportement, ses relations sociales et familiales et son statut économique ».

Cette définition met l'accent à la fois sur le type de conduite (le buveur excessif sans forcément être dépendant) et la dépendance pathologique (physique et psychologique) d'un individu pour l'alcool.

On distingue donc :

1) L'alcoolisme primaire qui peut être :

- Permanent avec consommation quotidienne sans réel état d'ivresse,
- Ou sporadique avec consommation intermittente et ivresse fréquente.

L'alcoolisme permanent est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

À l'inverse, l'alcoolisme sporadique est plus fréquent chez les femmes chez qui il peut devenir permanent mais reste cependant solitaire et fortement culpabilisé.

Il faut remarquer que l'on note un facteur d'entraînement important dans les couples dits pathologiques.

2) L'alcoolisme secondaire qui associe ou succède à une pathologie mentale ou physique. C'est bien évidemment le cas des personnalités délinquantes et « borderlines » (pathologie du narcissisme aussi appelé « états limites »), mais aussi des sujets névrosés (effets désinhibiteurs et diminution de l'anxiété).



Attention

Comme pour la toxicomanie, les facteurs étiologiques supposés sont nombreux et certains surdéterminés.

On retiendra le déterminisme des facteurs héréditaires, le contexte socio-culturel et les facteurs psychologiques qui peuvent s'intégrer dans diverses organisations pathologiques de la personnalité.

L'alcoolisme a longtemps été maintenu différencié de la toxicomanie, or il semble que de nos jours, des similitudes importantes soient reconnues dans l'étiologie et le traitement de ces deux états (cf. ci-dessus). Il est d'ailleurs à noter la fréquence et l'augmentation des alcoolodépendances secondaires à une toxicomanie, ainsi que l'association importante de l'alcool dans les tableaux de « polytoxicomanie ».

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1) Intoxication aiguë : c'est « l'ivresse »

Début brutal (à partir de 0,8 g/l), avec comportement inadapté et note confusionnelle fréquente (excitation intellectuelle et motrice, agitation, hétéro-agressivité, euphorie, possibilités d'hallucinations et d'idées délirantes interprétatives).

Risque de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, hypoglycémie avec coma éthylique à partir de 3 g/l. De durée assez brève et de résolution fréquente par un sommeil comateux de quelques heures suivi d'une amnésie de l'épisode.

2) Intoxication chronique

Elle survient rarement avant une dizaine d'années de consommation excessive et régulière. Seuls les signes ou accidents de sevrage permettent d'affirmer une dépendance (tolérance).

Modification de l'habitus de l'alcoolique ainsi que modification du caractère et de l'affectivité (irritabilité, hypermotivité, impulsivité, fluctuation de l'humeur).



avec attitude agressive à l'égard de l'entourage), mais aussi troubles intellectuels avec diminution de l'attention et de la mémoire.

■ EN PRISON

Les soins à apporter comprennent :

- L'accompagnement et la prise en charge des effets de sevrage dans les débuts de l'incarcération (et particulièrement les accidents de sevrage avec complications neuro-psychiatriques),
- Le traitement somatique des manifestations cliniques de l'alcoolisme chronique (notamment sur le plan hépato-gastro-entérologique),
- Le suivi psychologique où le patient met en question la dynamique et le sens inconscient de son comportement addictif. S'engage alors un travail psychothérapique visant à la reconnaissance progressive par le sujet de la place de l'objet « alcool » dans sa vie et son histoire personnelle.

L'ensemble de la prise en charge pendant l'incarcération permet donc :

- La mise en place d'une amorce thérapeutique,
- L'évaluation globale du degré et du type de dépendance rencontrés en lien avec le profil de personnalité psychologique,
- Et l'établissement d'un pronostic sur lequel reposeront les modalités d'orientation pour la poursuite des soins à la libération du patient. Les choix à envisager devront se baser sur le type de consommation (excessif ou régulier), les enjeux affectifs, sociaux et professionnels de l'alcoolodépendance du patient.

Il faut signaler toutefois que la privation d'alcool sans accompagnement médico-psychologique peut conduire l'individu à substituer ce manque par le recours à d'autres substances et notamment les médicaments psychotropes largement prescrits en prison.

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA PERSONNALITÉ

■ DÉFINITION

Ils désignent des manières d'être et d'agir de la part des individus. Certaines actions, de formes particulières, sont désignées aussi comme des « conduites » faisant l'objet d'études spécifiques, notamment en psychiatrie.

Ces troubles du comportement n'appartiennent pas à une classe nosographique spécifique. Néanmoins, ils sont l'expression de tendances agressives destructrices et auto-destructrices du fonctionnement psychique, appartenant le plus généralement à la dynamique de la dépression.

Toutefois, sont plus particulièrement touchés par ces troubles du comportement :

- **Les personnalités psychopathiques et « borderline »** chez qui l'anxiété se manifeste par une agitation et une impulsivité, ceci en écho avec une intolérance à la frustration et une oscillation de l'humeur,
- **Les consommateurs dépendants de substances psychoactives** dont les effets sur le fonctionnement mental vont entraîner une désinhibition des comportements et une déformation du jugement et de l'adaptation à la réalité,
- **Les personnes en grande vulnérabilité psychologique**, notamment par rapport aux états de stress post-traumatiques et les décompensations d'états anxieux aigus ou chroniques sur fond dépressif,
- **Les véritables personnalités psychiatriques de type psychotique** dont les troubles du comportement sont souvent le signe d'une décompensation nécessitant l'instauration d'un traitement, voire d'une hospitalisation.

Sans réelle signification univoque, ces troubles du comportement sont donc à aborder par une démarche psychopathologique afin de leur restituer toute leur valeur symptomatique, mais aussi de **leur accorder une signification d'appel à l'aide** pouvant aboutir à une prise en charge thérapeutique.

■ EN PRISON

L'univers carcéral est un lieu de privation porteur de nombreuses frustrations. Réactivant des mouvements dépressifs, il favorise aussi l'expression de la violence au travers de **comportements auto ou hétéro-agressifs**. Ces passages à l'acte font partie du quotidien de tous les détenus et participent aux états de stress généralement rencontrés.

Certains facteurs liés à l'incarcération et au régime carcéral prédisposent à ce que tout détenu soit susceptible de commettre des passages à l'acte violents contre autrui ou lui-même :

- Les événements traumatiques déclenchants comme l'entrée en prison et les phases clefs des procédures judiciaires. Ils constituent des risques précipitants avec augmentation de la tension psychique (angoisse, agitation ou alors inhibition et retrait),
- La rupture des liens sociaux, familiaux, affectifs et professionnels qui majore l'état de vulnérabilité dépressive des détenus.
- L'isolement, la perte d'autonomie et d'intimité qui participe à la montée de l'agressivité avec des réactions liées aux vécus d'impuissance et au sentiment de menaces externes et internes,
- L'élaboration psychique du délit avec les réaménagements défensifs porteurs d'ambivalence (projection, culpabilité et dépression).

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Qu'ils soient contextuels de l'emprisonnement ou psychopathologiques, ces troubles peuvent se manifester à la moindre contrariété par des « crises » et/ou des « raptus » violents selon des formes dites **hétéro-agressives ou auto-agressives**.

Les formes hétéro-agressives

Elles comprennent :

- **Les agressions physiques et verbales sur le personnel,**
- **Les violences physiques et psychologiques entre détenus** (humiliations, rackets, passage à tabac et agressions sexuelles),
- **Les crises clastiques** (destruction de mobilier, d'objets, incendie).

Elles sont plus fréquentes chez les personnes condamnées et notamment à de longues peines. Elles sont alors le fait d'un état d'usure psychologique, comme une volonté de réaffirmer son existence par rapport à l'autre mais aussi par rapport aux phénomènes de désubjectivation du système pénitentiaire (promiscuité, privations sexuelles et affectives, manque d'intimité et d'autonomie,...).

Chez les personnes prévenues, elles revêtent plus un aspect réactionnel, post-traumatique au choc de l'incarcération. Elles peuvent être aussi le signe de difficultés d'adaptation à l'enfermement et au règlement interne de la prison.

Les formes auto-agressives

Nombreuses et courantes, **le risque serait de les banaliser ou de les considérer comme des manœuvres manipulatoires (voire de simulation)** afin d'exercer des pressions et d'obtenir alors certains bénéfices concrets.

Dans le cadre de la mission de soins, ces manifestations auto-agressives sont à prendre comme de véritables éléments symptomatiques d'une souffrance psychique qui cherche à s'exprimer, au risque de basculer dans un syndrome

dépressif majeur ou voire, dans les formes extrêmes, de mettre en jeu le pronostic vital des détenus.

Elles nécessitent donc une véritable approche clinique et diagnostique afin d'évaluer la dangerosité dont elles sont porteuses pour la santé physique et psychique de leurs auteurs.

On y trouve :

- **Les auto-mutilations** (scarifications, phlébotomies, amputations, brûlures,...) qui peuvent être l'expression d'une volonté de soulager un état de tension psychique mais aussi physique, un biais pour lutter contre des affects dépressifs et des sentiments d'impuissance, ou encore une façon pour le sujet de reprendre une position active et de contrôle au risque pour lui de s'engager dans une relation sadomasochiste à soi-même,
- **Les grèves de la faim** : au-delà de leur portée protestataire, elles sont à prendre dans une dimension dépressive mais aussi à différencier des revendications des personnalités paranoïaques,
- **Les tentatives de suicide et les suicides** : essentiellement par phlébotomie, pendaison et absorption médicamenteuse, elles s'inscrivent dans le cadre de troubles dépressifs aigus ou chroniques. Dans certains pays, ces comportements trop nombreux et fréquents doivent rester la préoccupation majeure de l'ensemble des professionnels exerçant en prison.

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Ces comportements violents, fréquents pendant l'incarcération, interpellent l'ensemble des personnes vivant ou travaillant en prison. En effet, surveillants, éducateurs, personnels éducatifs et proches des détenus en sont souvent les premiers observateurs, bien avant l'équipe médicale.

Aussi, concevoir une prise en charge adaptée nécessite :

- De mobiliser tous les partenaires autour d'actions concertées s'attachant à la prévention de ces troubles,
- De sensibiliser chaque professionnel au repérage des signes annonciateurs (changements d'humeur et de comportements...),
- D'aménager des conditions de détention qui tiennent compte des facteurs précipitants (selon les différents temps de l'incarcération et l'actualité des procédures judiciaires) avec la mise en place de quartiers spécifiques pour les détenus « arrivants », prévenus ou condamnés,
- Et de faciliter l'accès aux signalements et l'intervention de l'équipe de soins (réunions régulières multi partenariales d'échanges sur les conditions de vie en détention, sur les situations de « crises » avec certains détenus,...).

Bien sur, ce travail en partenariat doit se faire dans le respect des missions et rôles propres à chacun. Il s'articule sur les savoirs professionnels spécifiques de tous.

Lors de passages à l'acte violents, la tâche du service médical consiste :

- À apporter les soins somatiques nécessaires (sans oublier de fournir au patient les certificats médicaux attestant de l'examen clinique qui peuvent l'aider dans les cas de suites judiciaires),
- À proposer une consultation psychologique ou psychiatrique pour resituer ces débordements de violence dans le contexte de l'incarcération mais aussi de rechercher plus en profondeur leurs effets sur la personnalité et l'équilibre psychologique de l'individu,
- À évaluer l'opportunité d'un traitement psychotrope, d'une hospitalisation en service de médecine ou de psychiatrie, ou d'une surveillance renforcée en détention et même d'établir un certificat médical contre indiquant des mesures disciplinaires,

- À offrir un espace de parole et de réflexion pour aider les personnes à verbaliser les représentations mortifères qui les ont débordées, et établir une alliance thérapeutique (étayage narcissique, c'est-à-dire soutenir la personne face à sa souffrance et ses difficultés personnelles et de vie), dans le but de prévenir la récurrence,
- Et à solliciter un suivi psychologique afin de lutter contre les vécus d'isolements affectifs.

LES URGENCES ET SITUATIONS PARTICULIÈRES

INCENDIES : BRÛLURES ET INHALATION DE FUMÉE

Les victimes d'incendie sont exposées à la triple menace :

- D'une agression thermique (brûlures),
- D'une intoxication par les fumées dégagées (les feux de produits synthétiques sont les plus toxiques),
- Et d'un traumatisme (si explosion, écroulement de bâtiment...).

L'inhalation de fumée est la cause principale de mortalité chez les victimes d'incendie. Presque deux tiers des décès par incendie sont en effet recensés hors de l'endroit même où se trouve l'incendie, et sont le résultat direct de l'agression des fumées.

■ EN PRISON

Le risque d'incendie peut être plus ou moins important en fonction de l'état des locaux et des installations, mais il peut, lorsqu'il survient, causer des pertes humaines importantes si toutes les mesures de prévention ne sont pas rigoureusement prises et suivies.

Il est nécessaire, dans la mesure du possible, de **disposer de matériels adaptés, ignifugés, et de vérifier l'état de fonctionnement des installations** (et en particulier du matériel électrique) très régulièrement.

Il est ainsi indispensable de disposer d'un plan précis de l'établissement indiquant la localisation des moyens de lutte contre le feu et les trajets d'évacuation, ce plan devant être affiché dans chacun des bâtiments et connu de l'ensemble du personnel (des exercices sont conseillés). À cet égard, il est essentiel de prévoir, selon le lieu de l'incendie, **l'évacuation la plus rapide possible de tous les lieux susceptibles d'être enfumés**, tout en prenant en charge les victimes. Le personnel intervenant sur les

zones enfumées (lorsqu'il ne s'agit pas de professionnels de la lutte contre le feu) doit être lui-même protégé avec du matériel disponible et adéquat pour ne pas venir s'ajouter au nombre des victimes.

Le médecin peut organiser régulièrement, en lien avec la direction, des formations sur les premiers gestes d'urgence à pratiquer et les premiers réflexes à avoir en cas d'incendie (par exemple, appel des secours extérieurs).

Par ailleurs, en cas d'incendie avec intoxication collective, il est important, les jours suivants d'**informer** l'ensemble des détenus et du personnel, y compris ceux qui n'auraient pas été touchés, quant à la suite donnée à l'événement et à ses conséquences globales.

Organisation de l'intervention médicale

Il est difficile pour l'équipe de premier secours de distinguer clairement les victimes sévèrement intoxiquées des autres légèrement exposées à la fumée. C'est pourquoi, la première tâche du médecin consiste à **trier les victimes en trois catégories principales, et à planifier la gestion de leur prise en charge en fonction de la gravité de leurs blessures.**

On peut définir ces trois catégories comme suit :

- Les patients qui nécessitent un traitement rapide des lésions mettant en jeu le pronostic vital immédiat,
- Les patients symptomatiques mais qui ne présentent pas de défaillance apparente des organes vitaux,
- Et les patients asymptomatiques qui n'ont été que légèrement ou pas du tout exposés à la fumée.

INHALATIONS DE FUMÉE

Les effluents d'incendie sont responsables de deux syndromes :

- La privation d'oxygène et l'inhalation de gaz asphyxiants qui entraînent des perturbations aux niveaux neurologique, métabolique et cardiologique,
- Et une agression chimique des yeux, de la gorge, des voies aériennes et du parenchyme pulmonaire provoquée par des gaz irritants.

Attention

- Une aggravation ORL et pulmonaire (détresse respiratoire aiguë) est possible pendant 24-48 h. Il est important de ne pas minimiser la gravité de l'inhalation, tout signe clinique pouvant être absent pendant les premières heures malgré des lésions étendues,
- De ne pas méconnaître une intoxication associée (médicamenteuse, ou au CO qui est constante en cas d'exposition prolongée oxycarbonée...), et/ou une perte de connaissance initiale,
- En cas d'explosion, il faut vérifier qu'il n'y ait pas des lésions de « blast » viscéral, ce qui nécessite un examen ORL des tympans, si possible par un spécialiste.

Examen

- **Le syndrome d'inhalation de gaz asphyxiant et de privation d'oxygène** dont les signes neurologiques et cardiologiques sont des troubles de la conscience, transitoires ou non, des troubles du comportement (désorientation, comportement agressif, panique...), des céphalées, vertiges, convulsions, une confusion mentale, un coma... Hypotension, arythmie, tachycardie et choc sont maximaux d'emblée.

• Les signes d'irritation, voire d'obstruction :

- Des voies aériennes supérieures : stridor, voie rauque, difficultés phonatoires. (Attention, une asphyxie brutale peut alors survenir par obstruction),
- Des voies aériennes basses et du parenchyme pulmonaire : dyspnée, toux, expectoration carbonée (de suie), anomalies à l'auscultation (même légères), œdème pulmonaire, immédiat ou retardé, jusqu'à une semaine après l'inhalation,
- Des signes d'obstruction par les suies : crachats souillés de suies, atélectasies pulmonaires...

Ces signes peuvent apparaître ou s'aggraver rapidement les premières heures, voire les premiers jours.

Se méfier des dépôts de suies sur le visage, dans les narines, dans l'oropharynx, qui peuvent être le reflet de dépôts sous jacents.

- Les meilleurs indicateurs cliniques d'inhalation de fumée sont la notion d'une exposition à la fumée en espace clos, l'altération du niveau de conscience et l'expectoration carbonée.
- Pratiquer un ECG si possible, pour dépister une arythmie.

Traitement

- Du choc cardiogénique si nécessaire,
- Liberté des voies aériennes avec si nécessaire des broncho-dilatateurs,
- L'oxygénothérapie (au masque à haute concentration si possible), 10 litres par minute, est mise en œuvre le plus tôt possible. Elle sera relayée si nécessaire par une oxygénothérapie hyperbare,
- Nettoyage du nez, de la bouche, des yeux au sérum, de la peau, retrait des vêtements souillés,
- Une amélioration clinique ne doit jamais retarder l'évacuation vers un milieu hospitalier.

BRÛLURES

Traitement en urgence

- Déshabiller le malade si les vêtements ne sont pas adhérents,
- Arroser les zones brûlées avec de l'eau froide (à 15°) pendant 15 minutes pour favoriser l'analgésie et diminuer la profondeur des lésions,
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures,
- Immobiliser le blessé et le réchauffer,
- Évaluer l'étendue des brûlures et leurs degrés,
- Appliquer un pansement sec sur les brûlures,
- Si le patient est brûlé à plus de 10 % : poser une voie veineuse et perfuser par un cathéter court, en dehors des zones brûlées, des macromolécules (20 à 30 ml/kg de Ringer Lactate pendant une heure) puis des solutés (glucosé et sérum salé) avec des analgésiques,
- Oxygéner si nécessaire.

Traitement ultérieur

- Une brûlure de la face doit toujours être prise en considération en raison du risque de lésions de l'arbre respiratoire,
- Une lésion profonde et circulaire au niveau d'un membre doit être vue par un spécialiste (risque d'effet garrot),
- Une lésion profonde significative siégeant au niveau des mains, du visage ou du cou doit être vue par un spécialiste.

📖 Références :

- « Urgence pratique ». Professeur Frédéric Baud.
- « Urgences médicales ». Axel Ellrodt. Estem.

CORPS ÉTRANGERS DIGESTIFS

■ DÉFINITION

Ingestion de corps étrangers non alimentaires pour des motifs très variables.

■ EN PRISON

L'ingestion de corps étrangers est une pratique assez fréquente. **Ingérer un corps étranger est souvent un signe d'appel qui révèle parfois une situation psychologique de détresse. Sa prise en charge doit donc être médicale mais aussi psychologique ou psychiatrique.**

Les corps étrangers ingérés sont extrêmement variés : ils sont ainsi plus ou moins longs, volumineux, pointus (lames de rasoir, couteaux...) et peuvent être parfois toxiques (pile électrique...). Dans plus de $\frac{3}{4}$ des cas, il s'agit de corps étrangers n'excédant pas 15 cm de long et aux extrémités peu agressives, qui seront éliminés plus ou moins rapidement par les voies naturelles, ce qui ne justifie, a priori, pas une intervention médicale immédiate.

Mais l'anatomie du tube digestif présente de nombreux sites où le corps étranger peut être bloqué ou arrêté, ce qui peut générer la survenue de complications graves. Il en est ainsi lorsqu'il se bloque au niveau des zones anatomiques suivantes :

- Le cardia où un corps étranger très long peut se trouver enclavé (la moitié supérieure restant dans l'œsophage, la moitié inférieure s'appuyant contre la grande courbure gastrique),
- Le cadre duodénal, organe fixe (D2 et angle duodeno jéjunal) ne pouvant s'adapter à la progression d'un corps étranger long,
- La dernière anse grêle et la valvule de Bauhin,
- Les angles coliques, surtout l'angle gauche lorsqu'il est à angle aigu,
- La boucle sigmoïdienne à méso-sigmoïde étroit.

L'existence d'interventions chirurgicales antérieures peut aussi entraver la progression du corps étranger. La banale appendicectomie peut aussi entraîner la formation d'adhérences des dernières anses grêles entre elles et stopper la progression du corps étranger.

Conduite à tenir

Lors de l'examen, les questions posées doivent permettre de préciser le type de corps étranger ingéré et l'heure d'ingestion, mais aussi si cette ingestion a été accompagnée ou suivie de vomissement ? Avec du sang éventuellement ? De douleurs ? De troubles du transit ?

L'examen général note la température, le pouls, la tension artérielle.

Un examen de l'abdomen recherche un point douloureux localisé avec ou sans défense pariétale. Les touchers pelviens sont systématiques.

Le premier examen complémentaire à pratiquer est la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP). Trois clichés (debout de face, couché de face et debout de profil) sont souvent nécessaires pour dépister des complications (perforations, occlusions...) et préciser la topographie exacte du corps étranger :

- Intra gastrique, au dessus de l'image gazeuse du colon transverse,
- Parfois dans la partie initiale ou distale du grêle,
- Intra colique.

Certains corps étrangers radiotransparents ne pourront être repérés sur les radiographies.

DIFFÉRENTS TABLEAUX CLINIQUES OBSERVÉS

Un tableau rassurant

- C'est-à-dire ne présentant pas de signes cliniques de gravité : il est logique de ne pas intervenir. Le patient sera surveillé deux fois par semaine, cliniquement et radiologiquement, voire plus souvent si des signes cliniques apparaissent. La dernière radiographie d'ASP doit confirmer l'évacuation du corps étranger.

- Certains corps étrangers (fourchettes, cuillères...) peuvent séjourner fort longtemps dans la cavité gastrique sans aucune manifestation clinique et sans perspective de progression dans le tube digestif. Il est logique, au bout d'un certain temps (parfois avant la sortie de la personne détenue) d'envisager l'extraction chirurgicale ou par endoscopie à froid. Une courte gastrotomie antrale permet l'ablation du corps étranger en toute simplicité. Les suites opératoires sont banales le plus souvent mais parfois la septicité du geste opératoire entraîne des abcès pariétaux.

Les autres tableaux

Certains tableaux cliniques demandent un geste chirurgical urgent, il en est ainsi en cas de :

- **Hémorragie digestive** avec hématomèse d'origine gastrique par ulcération de la grande courbure par les dents d'une fourchette par exemple.
- **Occlusion intestinale aiguë** : le corps étranger reste bloqué dans l'intestin grêle au niveau d'un site anatomique favorable tels que le deuxième duodénum, l'angle duodéno-jéjunal, ou la dernière anse grêle surtout si une intervention antérieure a eu lieu. C'est fréquemment le tableau d'occlusion intestinale aiguë par obstruction dans un contexte septique : fièvre, pouls accéléré, météorisme localisé douloureux, défense pariétale. La NFS montre un hyperleucocytose, la radio quelques niveaux liquides centraux et la fixité du corps étranger par rapport aux clichés antérieurs.
- **La péritonite localisée** : le corps étranger reste bloqué au niveau du grêle ou du colon, l'extrémité agressive va, sans aucune manifestation clinique importante, perforer la paroi intestinale. Il s'agit toujours d'une perforation couverte, « bouchée » par les organes voisins (anse intestinale voisine, grand épiploon, face inférieure du foie pour le deuxième duodénum). C'est ainsi que se développeront des abcès intermésentériques et/ou des abcès péricoliques de gravité extrême. Le tableau clinique est évocateur : état septique, fièvre élevée, pouls accéléré, douleur abdominale fixe et permanente avec sensation d'empatement à la palpation avec défense pariétale. Le toucher rectal peut être douloureux en cas d'épanchement septique dans le cul de sac

de Douglas. L'ASP montre la fixité du corps étranger par rapport aux clichés antérieurs avec parfois quelques niveaux liquides « sentinelles ».

Le traitement sera là un acte chirurgical en milieu septique et si, dans les cas les plus favorables, une entérotomie ou une colotomie simple permettront l'ablation du corps étranger, dans d'autres cas une résection intestinale (grêle ou colon) sera nécessaire pour éradiquer le foyer septique. Le rétablissement immédiat de la continuité doit être refusé et une double entérostomie ou colostomie temporaire est alors réalisée. Cette chirurgie en milieu septique est à l'origine de fréquentes complications.

 **Attention**

- Les aiguilles ingérées ne sont pas une indication opératoire en règle générale, elles migrent aisément à travers les parois digestives et peuvent s'extérioriser au niveau de la paroi abdominale en créant parfois des abcès sous cutanés, voire des cellulites importantes.
- **Le corps étranger bloqué dans l'œsophage** (souvent au niveau du cardia) **impose son extraction d'urgence** soit par voie endoscopique, soit par gastrostomie en raison des risques perforatifs et nécrotiques. Dans les réponses aux questions posées au patient, on retrouve souvent une salivation importante, des douleurs à la déglutition (voire une dysphagie aiguë) ou des symptômes obstructifs hauts. Les corps étrangers anciens œsophagiens peuvent, dans un tiers des cas, se présenter par des symptômes ORL ou respiratoires.
- Les piles électriques composées de solutions alcalines peuvent engendrer des nécroses rapides (avec risque perforatif et infectieux) en cas de non progression dans le tube digestif (et tout particulièrement au niveau de l'œsophage où l'extraction doit être immédiate pour certains, au plus retardée de 24 à 48 h pour d'autres). Une surveillance journalière clinique et radiologique s'impose pour évaluer leur progression.

- Les « **body bagger** » qui ont avalé des sachets contenant de la drogue (cocaïne ou l'héroïne par exemple) risquent une overdose par rupture d'un sachet. **Ils doivent être hospitalisés** et surveillés de façon très rapprochée.

 **Références :**

- « Corps étrangers digestifs », Dr Philippe Bouchard. Revue APSP.
- « Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieurs », Hépatogastro volume 8, numéro 3 Mai Juin 2001, Mini revues.

GRÈVE DE LA FAIM

■ DÉFINITION

« Un gréviste de la faim est celui qui, **en pleine possession de ses capacités mentales**, fait connaître sa décision d'entamer une grève de la faim, et qui, pendant un laps de temps considérable, refuse toute alimentation. »

■ EN PRISON

Il est essentiel de s'assurer qu'une éventuelle pathologie psychiatrique n'est pas à l'origine de ce refus alimentaire qui ne rentrerait alors pas dans le cadre d'une grève de la faim. De la même manière, suicide et grève de la faim par exemple ne peuvent être confondus : le suicidant veut mourir, alors que le gréviste de la faim entame son action sur la base de revendications précises (extrêmement variables) pour lesquelles il est prêt à mettre sa vie en danger.

ÉVOLUTION NATURELLE DE LA GRÈVE DE LA FAIM

Une grève de la faim peut être subdivisée schématiquement en quatre phases : la première semaine, le premier mois, la phase de maladie et la phase terminale.

Première semaine

Le jeûne est bien toléré malgré la sensation de faim et les spasmes gastriques, qui disparaissent généralement après quelques jours, quelquefois une ou deux semaines. La perte de poids est importante, l'exercice physique est tout à fait possible. Le gréviste encourt peu de risques à condition de s'hydrater suffisamment.

Premier mois de grève

La perte de poids journalière est moins importante, et les signes suivants apparaissent : hypotension, parfois orthostatique, bradycardie, diminution de l'activité à cause des vertiges et céphalées, asthénie, douleurs musculaires durant de petits exercices physiques, difficultés à se concentrer, saignements des gencives et insomnie. Après trois semaines de jeûne, l'état de santé peut se détériorer au point de nécessiter une hospitalisation.

Phase de maladie

Le gréviste a perdu environ 20 % de son poids initial. Les signes suivants peuvent apparaître : intolérance gastrique, nausées, vomissements de bile, ictère, asthénie musculaire avec douleurs, diminution de l'audition, diplopie, cécité en phase finale, foyers hémorragiques rétiniens, hémorragies gingivales, gastro intestinales et oesophagiennes, peau sèche et écaillée, labilité émotionnelle.

Phase finale

Caractérisée par une confusion suivie de coma. Une respiration de Cheynes Stokes et une bradycardie accompagnent l'état comateux qui se termine alors rapidement par la mort.

LA GRÈVE DE LA SOIF

Les grèves de la soif ont une évolution très rapide, en quelques jours (et ce d'autant plus que la température extérieure est élevée, en pays chauds) vers une déshydratation qui met rapidement en jeu le pronostic vital. L'examen clinique doit alors être quotidien et rechercher les signes de déshydratation :

- **Extra cellulaires** : pli cutané, oligurie, hypotension, hémococoncentration appréciée par l'évolution des chiffres de protidémie et de l'hématocrite, insuffisance rénale secondaire (augmentation de la créatinine).
- **Intra cellulaires** : soif, sécheresse de la face interne des joues, hypotonie des globes oculaires, hyper natrémie.

L'existence de signes biologiques de déshydratation constitue en critère objectif justifiant l'hospitalisation pour proposition de mise sous perfusion.

LES COMPLICATIONS

Les symptômes de complication

Des symptômes de complication peuvent apparaître plus ou moins tôt : diminution de la fonction rénale avec oligurie, troubles électrolytiques (hypokaliémie), convulsions, délires, ictère, œdèmes de carence, carences vitaminiques avec polynévrite des membres inférieurs, névrite optique, encéphalopathie de Gayet Wernicke. Tous ces symptômes peuvent être responsables de séquelles graves (paraplégies, cécité...).

Les facteurs de risque

Certaines affections chroniques peuvent s'aggraver lors d'un jeûne, et cela relativement rapidement. Ce sont par exemple les maladies cardiovasculaires, les insuffisances rénales, les diabètes, les épilepsies, les ulcères, les insuffisances hépatiques...

Toute personne sous traitement médicamenteux présente également des risques particuliers (penser à adapter les doses en fonction du poids tout au long de la perte de poids).

LE SUIVI MÉDICAL

La consultation médicale

Il est important que la consultation médicale soit un lieu d'échanges entre le médecin et le patient gréviste. **Le médecin peut parfois jouer le rôle de médiateur** entre le détenu et les personnes auprès desquelles il revendique. Ce rôle peut être tenu parfois par d'autres intervenants, psychologue, infirmier, surveillant, directeur, travailleur social, magistrat etc. Il est important que tous travaillent en **coordination**.

Tous les deux à trois jours au début de la grève, une consultation médicale est effectuée à la recherche des signes cliniques (fonctionnels, poids, tension artérielle, pouls, recherche d'acétonurie, de protéinurie...). Un examen sanguin est proposé au-delà d'une semaine (NFS, VS, iono, glycémie, créatinine, urée, acide urique, éventuellement : protidémie, vitamines B1...) puis toutes les semaines. Il est à noter qu'une inhibition de la synthèse des corps cétoniques est observée dès qu'une consommation de sucre est supérieure ou égale à 10 morceaux de sucre et que la carence en vitamines B1 peut être aggravée par un apport en sucre sans compensation de la carence vitaminique.

Principaux conseils à donner

- Boire régulièrement, avec adjonction d'un peu de sel à l'eau de boisson,
- Prise de vitamines B1,
- Limiter la consommation de sucre (risque d'accélérer la carence en vitamine B1).
- Se lever doucement du lit, respecter les mesures d'hygiène élémentaires.

Dans les jeûnes mettant en danger la vie du patient, le médecin ne peut prendre seul l'entière responsabilité du suivi et des décisions qui s'imposent. Il est alors souhaitable de constituer un **comité de suivi**, composé de professionnels d'horizons divers (médecins, infirmières, représentant du comité d'éthique local, juriste...) afin de gérer les différentes questions médicales, éthiques voire juridiques qui peuvent se poser. Un tel comité permet également de définir l'attitude à adopter en cas de pression exercée par des autorités.

Indications à l'hospitalisation

La durée de la grève de la faim ne constitue pas un argument suffisant pour hospitaliser le patient car l'évolution dans le temps est étroitement conditionnée par l'état clinique initial du gréviste (mais généralement l'hospitalisation va se situer entre 40 et 45 jours de grève).

Il faut à l'inverse se baser sur les paramètres suivants qui sont des indications à l'hospitalisation : troubles de la conscience, signes d'insuffisance rénale ou cardiaque, déshydratation sévère, bradycardie sévère (inférieure à 35 par minute), dénutrition importante avec perte d'autonomie dans l'activité

quotidienne, refus de soins associé mettant en jeu le pronostic vital, grève de la soif associée, confirmée par des examens biologiques, apparition de troubles neurologiques...

LA RÉ-ALIMENTATION

La reprise alimentaire doit être très progressive, en raison de l'hypo-sécrétion digestive et de l'hypoabsorption. Une alimentation trop hâtive risque de provoquer une diarrhée avec des vomissements et des troubles électrolytiques graves.

L'alimentation parentérale ne devrait être utilisée que dans les cas où l'alimentation entérale se révèle impossible, lorsque la personne est inconsciente. Pendant les premiers jours, les aliments doivent être absorbés sous forme liquide. Les aliments solides sont ensuite progressivement introduits, jusqu'à une alimentation normale au bout de 9 à 10 jours.

ASPECTS ÉTHIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX

La déclaration de Tokyo

En 1975, la Déclaration de Tokyo de l'Assemblée Médicale Mondiale (AMM) est la première déclaration internationale donnant aux médecins des directives précises sur l'attitude à adopter face à des grévistes de la faim.

Elle énonce ainsi que :

« Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement⁵⁰. La décision en ce qui concerne la capacité du

prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. **Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourrait avoir sur sa santé.** »

La déclaration de Malte

En 1991, la Déclaration de Malte de l'AMM expose :

« Le traitement des grévistes de la faim met le médecin en présence des valeurs conflictuelles suivantes :

Tout être humain a l'obligation morale de respecter le caractère sacré de la vie [...] Il est du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient. Aussi, avant de pouvoir assister le patient de sa compétence professionnelle, le médecin devra-t-il avoir son consentement éclairé [...] La situation devient conflictuelle lorsque le gréviste de la faim tombé dans le coma est sur le point de mourir et qu'il a clairement donné l'ordre de ne pas procéder à la réanimation... »

Et donne des directives précises aux médecins :

« Le fait qu'un médecin prenne en charge un gréviste de la faim établit entre eux un rapport de médecin à patient. Ceci entraîne pour le médecin toutes les conséquences et responsabilités qui relèvent de la relation médecin/malade, y compris le consentement et le secret.

En dernière analyse, c'est **le médecin traitant** qui, sans l'intervention de tiers dont l'intérêt primordial n'est pas le bien-être du patient, **doit décider de l'intervention ou de la non-intervention**. Toutefois, il devra clairement informer le patient qu'il accepte ou qu'il n'accepte pas sa décision de refuser le traitement ou, en cas de coma, l'alimentation artificielle, au risque alors

⁵⁰ Les praticiens algériens doivent sur ce plan se référer à l'Article 64 du nouveau Code de la réforme pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus.

de succomber. Si ce médecin ne peut accepter la décision du patient de refuser toute assistance, le patient doit alors pouvoir s'adresser à un autre médecin⁵¹.

Le médecin ou tout autre professionnel de santé **ne devra exercer de pression d'aucune sorte sur le gréviste de la faim pour l'amener à suspendre la grève**. Et la cessation de la grève ne saurait constituer pour le gréviste une condition pour recevoir un traitement ou des soins.

Le médecin devra informer le gréviste de la faim des effets cliniques de la grève et des dangers inhérents à son état de santé, puisque seule **une bonne information** peut aider le patient à prendre une sage décision. »

L'intérêt de ce cadre directif est qu'il fixe les responsabilités de chacun : d'abord du médecin, qui doit veiller à la qualité des soins donnés et au respect de ce code éthique (respect de la décision du gréviste), mais aussi du gréviste, informé et conscient des risques encourus.

Le Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe/Comité des Ministres, Recommandation R (98) 7 précise aussi :

« Lorsque le médecin estime que l'état de santé du patient s'aggrave de manière significative, il lui appartient de tenir l'autorité compétente informée de manière régulière de l'évolution de l'état de santé du détenu gréviste de la faim. »

⁵¹ Ce recours à un autre médecin peut parfois se révéler difficile, notamment pour des raisons pratiques, comme c'est le cas actuellement en Algérie.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE PERSONNE EXPOSÉE À UN RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH, VHB, VHC : ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES)

De façon générale, toute personne ayant été exposée à un risque de contamination au VIH, VHB ou VHC, quel que soit le niveau de ce risque, doit être **prise en charge avec un dépistage initial** : elle sera orientée pour cela vers une structure de soins capable d'assurer cet accueil initial, mais aussi un **suivi clinique et sérologique**.

Par ailleurs, cette personne doit **recevoir des conseils** précis quant au comportement à tenir face à de tels risques de contamination afin de prévenir toute nouvelle prise de risque. Cette information doit être donnée sans considération d'ordre moral.

L'information est un élément central dans la relation de confiance qui s'établit entre le médecin et le patient. Elle contribue à impliquer le patient de manière active dans les soins qui lui sont prodigués. L'information orale qui est primordiale, peut être adaptée au cas de chaque personne.

LES MESURES IMMÉDIATES À PRENDRE

En cas de piqûre ou de coupure

- Ne pas faire saigner (risque de rupture des capillaires favorisant l'infection).
- Laver à l'eau et au savon, rincer.
- Trempage au moins 10 minutes dans une solution antiseptique (vérifier la date de péremption) : dakin, eau de javel à 12°, alcool à 70°, polyvidone iodée, solution dermique.

En cas de projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse

- Rincer doucement au sérum physiologique ou à l'eau courante au moins 10 minutes. Désinfecter avec un désinfectant adapté à la muqueuse ou à la peau (voir supra).

ORIENTATION VERS UN SERVICE COMPÉTENT POUR LA PRISE EN CHARGE DES AES

Un protocole doit être prévu pour permettre l'accueil et la prise en charge rapide de la personne victime d'un AES. Celle-ci peut être prise en charge par un médecin compétent et formé pour l'urgence (le médecin doit cependant pouvoir demander l'avis d'un médecin spécialiste référent par téléphone si besoin) si un traitement post-exposition peut être initié dans les services médicaux de l'établissement. Sinon, la victime doit être transportée au plus vite dans un service équipé afin de limiter le délai entre l'exposition au VIH et la mise sous traitement antirétroviral s'il est jugé nécessaire. En effet, le traitement doit être initialisé le plus tôt possible : de façon optimale dans les quatre premières heures et au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'exposition au VIH.

RÔLES DU MÉDECIN LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

- Le médecin analyse les risques en fonction de l'accident : type d'exposition et connaissance ou non par le patient des statuts sérologiques du patient source de l'éventuelle contamination (VIH : voir annexe 1, VHB : voir annexe 2, VHC : voir annexe 3). Si l'analyse de l'exposition par le médecin en urgence conduit à une mise sous traitement, sa prescription devra être limitée à une courte durée (trois à quatre jours) pour permettre une réévaluation, par un médecin référent, des modalités de traitement en dehors du contexte de l'urgence.
- Le médecin s'enquiert des facteurs de risque que peut présenter le patient source si ceux-ci sont connus.

- Le médecin prescrit un bilan biologique initial :

- Pour la victime de l'AES : sérologie VIH, Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs, sérologie VHC, ALAT.
Et, en cas de traitement anti-VIH : NFS, plaquettes, ASAT, ALAT, PAL, γ GT, créatinine, triglycérides, lipase, glycémie, β -HCG pour les femmes.

- Pour le patient source, avec son accord : sérologie VIH : test rapide et sérologie conventionnelle, Ag HBs, Ac anti-HBc, sérologie VHC (et PCR-VHC si patient est porteur connu du VHC).

- Le médecin décide d'initier ou pas un traitement antirétroviral :
La décision est prise selon l'annexe 1.

- Le traitement consiste en une tri-thérapie antirétrovirale :

> **Si le sujet source est inconnu**, ou VIH+ non traité, ou traitement inconnu :

Combivir : 1 comprimé matin et soir, toutes les 12 heures.

Viracept : 5 comprimés matin et soir, lors d'un repas, toutes les 12 heures.

À noter : si la première prise de traitement est faite au milieu de la nuit, elle sera suivie d'une prise le matin.

> **Si le sujet source est VIH+ traité** : le traitement sera discuté avec le médecin traitant VIH (si le sujet source a une charge virale indétectable, le traitement sera le même que celui-ci, s'il n'y a pas de contre indication).

- La durée du traitement est de quatre semaines (sauf si le médecin référent décide de l'arrêter en fonction des résultats et des facteurs de risque du patient source).

- En cas de viol, un traitement sera toujours initialisé.

- Le médecin donne une note d'information à la victime (voir annexe 4) et consigne dans son dossier médical qu'elle a été exposée à une AES. Il est également recommandé de spécifier dans le dossier médical les éléments de discussion entourant la décision de traitement ou de non traitement.

- Le médecin donne le traitement si nécessaire.

- Le médecin vérifie l'immunisation Hépatite B et fait un rappel des immunoglobulines si nécessaire (voir annexe 2).
- Le médecin informe la victime du suivi ultérieur à réaliser.
- Le médecin remplit un certificat médical initial en cas d'accident professionnel.

RÔLES DU MÉDECIN RÉFÉRENT ULTÉRIEUREMENT

Le médecin voit la victime d'un AES en consultation dans les cinq jours qui suivent l'accident et décide de la poursuite ou de la modification du traitement anti-VIH selon la sérologie et les facteurs de risque du patient source. Il organise ensuite le suivi clinique et biologique de la victime.

Surveillance biologique

- Si traitement anti-rétroviral :

J15 : NFS plaquettes, transaminases, créatinine, triglycérides, lipase, glycémie.

M1 : idem J15, et s'il y a lieu VHB et VHC.

M2 après le risque (= 1 mois après l'arrêt du traitement) : sérologie VIH et ARN VIH.

M4 après le risque (= 3 mois après l'arrêt du traitement) : sérologie VIH, et s'il y a lieu VHB et VHC.

- Si pas de traitement anti-rétroviral :

- Si pas de traitement car délai > 48 heures : sérologie VIH, et s'il y a lieu VHB et VHC, à M1 et M3.

- Si pas de risque justifiant un traitement : pas de suivi.

- Si AES professionnel : sérologies à M1 et M3 (à titre medico-légal).

Le médecin délivre ses résultats au patient source dans le cadre d'un entretien médical.

ANNEXE 1

LES INDICATIONS DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH.

EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Type d'exposition	Statut VIH de la source Positif Probabilité de transmission par acte (PTA)	Statut VIH de la source Inconnu
Piqûre avec aiguille après geste en IV ou IA	PTA : 0,18-0,45 % Traitement recommandé	Traitement recommandé si sujet source UDIV ou homosexuel ou bisexuel ou à risques, ou appartenant ou vivant dans une communauté (ou pays) où l'épidémie est généralisée*
Autres expositions percutanées : - Piqûre avec aiguille à suture ou geste IM ou SC - Coupure par bistouri	PTA : 0,18-0,45 % Traitement recommandé	Traitement non recommandé
Expositions cutanéomuqueuses : Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée	PTA : 0,006-0,19 % Traitement recommandé si durée d'exposition > 15 mn	Traitement non recommandé
Autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau intacte, contact de quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée, contact avec un autre liquide biologique (salive, urine...)	Traitement non recommandé	Traitement non recommandé

* Pays dans lesquels la prévalence de l'infection est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes : pays d'Afrique sub-saharienne, certains pays d'Asie du Sud Est et du Sud, ainsi que certains pays d'Amérique latine et centrale.

EXPOSITION SEXUELLES

Les expositions sexuelles sont « les rapports non protégés ou avec rupture de préservatif ».

Type d'exposition	Statut VIH de la source Positif Probabilité de transmission par acte sexuel (PTAS)	Statut VIH de la source Inconnu
Rapport anal	PTAS : réceptif : 0,3-3 % insertif : 0,01-0,18 % Traitement recommandé	Traitement recommandé si sujet source UDIV ou homosexuel ou bisexuel ou à risques, ou appartenant ou vivant dans une communauté (ou pays) où l'épidémie est généralisée*
Rapport vaginal	PTAS : réceptif : 0,05-0,15 % insertif : 0,03-0,09 % Traitement recommandé	Traitement recommandé si... (cf. ci-dessus)
Rapport oral	PTAS : non quantifié Traitement à évaluer au cas par cas	Traitement à évaluer au cas par cas

* Pays dans lesquels la prévalence de l'infection est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes : pays d'Afrique sub-saharienne, certains pays d'Asie du Sud Est et du Sud, ainsi que certains pays d'Amérique latine et centrale.

EXPOSITION PAR PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION

Type d'exposition	Statut VIH de la source Positif Probabilité de transmission du VIH (PT)	Statut VIH de la source Inconnu
Partage de seringues/ aiguilles	PT : 0,67 % Traitement recommandé	Traitement recommandé
Partage du reste du matériel	PT : non quantifié Traitement recommandé	Traitement non recommandé

AUTRES EXPOSITIONS

Type d'exposition	Statut VIH de la source Positif Probabilité de transmission du VIH (PT)	Statut VIH de la source Inconnu
Piqûre avec seringue abandonnée		Traitement non recommandé
Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée	PT : 0,006-0,19 % Traitement recommandé si durée d'exposition > 15 mn	Traitement non recommandé
Autre cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau intacte, contact de quelques gouttes de sang sur peau lésée, contact avec une urine liquide biologique (salive...)	Traitement non recommandé	Traitement non recommandé

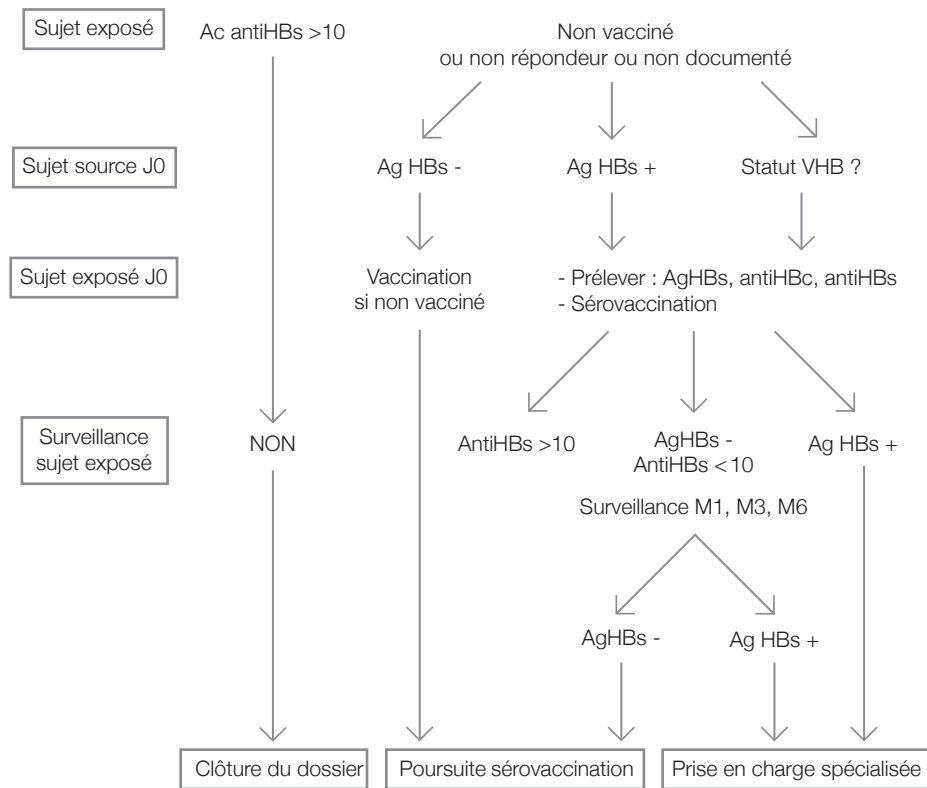
ANNEXE 2

EXPOSITION AUX VIRUS DES HÉPATITES - HÉPATITE B

Lorsque le sujet source n'a pas d'antigène HBs et qu'il n'appartient pas à une population ayant des comportements à risque (toxicomane IV, ou comportements sexuels à risque), la surveillance de la personne exposée n'est pas nécessaire.

Modalités de surveillance biologique après une exposition au VHB

(d'après les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France)



Sérovaccination : une dose de vaccin HB et 500 UI d'Ig antiHBs (le même jour en 2 site).
Poursuite de sérovaccination : idem un mois plus tard.

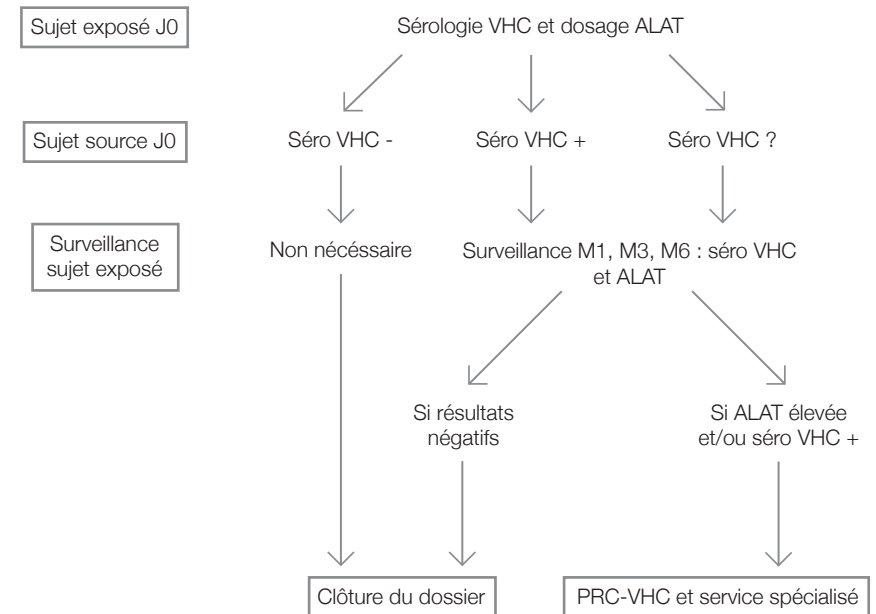
ANNEXE 3

EXPOSITION AUX VIRUS DES HÉPATITES - HÉPATITE C

Lorsque le sujet source n'a pas d'anticorps anti-VHC et qu'il n'est pas usager de drogue par voie IV ni immunodéprimé (dialysés chroniques ou transplantés), la surveillance de la personne exposée n'est pas nécessaire. En cas de transmission par voie sexuelle, la surveillance du VHC n'est pas nécessaire.

Modalités de surveillance biologique après une exposition au VHC

(d'après les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France)



Si la sérologie du sujet exposé est positive, il doit être adressé à un service spécialisé.
Si la sérologie VHC est positive, faire PCR-VHC.

■ ANNEXE 3

NOTE D'INFORMATION EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU VIH

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être en contact avec un liquide biologique (sang, sécrétions sexuelles) possiblement contaminé par le VIH (virus d'Immunodéficience Humaine).

Le risque de transmission en cas de piqûre accidentelle est de 0,3 à 0,7 %. En cas de rapport sexuel non protégé, il est de 0,01 à 3 % selon le type de rapport.

La prescription d'AZT (= Rétrovir) au personnel soignant qui vient de se piquer avec une aiguille contenant du sang contaminé par le VIH, permet de réduire de 80 % le risque de transmission de ce virus. Bien qu'il n'y ait pas de données précises concernant l'efficacité d'un traitement préventif après une exposition sexuelle ou un contact cutanéomuqueux, par analogie, un tel traitement peut vous être proposé. Ce traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera pris précocement : au mieux dans les 4 heures après l'exposition au risque, au maximum dans les 48 heures après.

Étant donné les meilleurs résultats obtenus chez les patients séropositifs (VIH+) traités par tri-thérapie (par rapport à la prise d'un seul médicament), on vous proposera donc actuellement un traitement associant plusieurs médicaments. Il durera 4 semaines. Les doses et les horaires devront être parfaitement respectés sous peine d'inefficacité.

Des effets secondaires généralement peu importants sont possibles (nausées, diarrhée, fatigue) et s'amendent rapidement. Une surveillance clinique et biologique (prise de sang) est nécessaire tous les 15 jours.

Une contraception efficace doit être entreprise, ainsi que l'utilisation de préservatif pour tout rapport sexuel dans les 3 mois qui suivent l'exposition.

N'hésitez pas à contacter votre médecin traitant ou le médecin référant hospitalier si vous avez des questions à poser.

Je soussigné(e) (Madame/Monsieur)
Prénom

Déclare que le Docteur m'a offert la possibilité d'une prophylaxie par des antirétroviraux, conformément à la circulaire DGS du 2 avril 2003. J'ai été informé(e) par écrit des objectifs, des limites et des effets secondaires éventuels des médicaments. Après en avoir discuté librement et obtenu réponse à mes questions :

- J'accepte le traitement qui m'a été proposé pour une durée de 4 semaines.
 Je n'accepte pas le traitement qui m'a été proposé.

Durée de la consultation :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Date :

Nom du médecin prescripteur :

> 1^{er} exemplaire pour la personne consultant ; 2^e exemplaire pour le dossier médical.

Références :

- Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH (ministère de la Santé français).
- Circulaire DHS/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques (ministère de la Santé français).

CONDUITE À TENIR DEVANT LES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Toutes les études épidémiologiques s'accordent pour affirmer une fréquence élevée des troubles psychiatriques en prison du fait, soit :

- De leur corrélation avec les faits qui sont à l'origine de l'incarcération (délits correctionnels ou criminels),
- De l'importance de la présence de troubles de la conduite et de la personnalité tels que la toxicomanie et la psychopathie dans cette population,
- Ou du contexte de fragilisation que constitue ce milieu sur l'équilibre psychologique de l'individu, avec la recrudescence de troubles réactionnels spécifiques ou bien de facteurs favorisant des décompensations dépressives massives ou psychotiques.

■ DÉFINITION

Plusieurs définitions⁵² de la notion d'urgence en psychiatrie sont nécessaires pour en cerner les différentes composantes :

- « L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question - quant à l'opportunité d'une intervention face à une situation de crise - qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique,

⁵² Selon la circulaire n° 39/92 de la Direction Hospitalière et de la direction Générale de la Santé française.

- L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques : les décompensations d'une affection psychiatrique lourde, les urgences psychiatriques mixtes avec manifestations organiques associées et les états aigus transitoires réactionnels. »

L'approche consiste donc avant tout :

- À identifier les modalités cliniques susceptibles d'appartenir ou non à une pathologie psychiatrique grave (la mélancolie et les psychoses chroniques),
- À envisager le plus rapidement possible la conduite à tenir pour le traitement symptomatique de ceux-ci,
- Et à évaluer la possibilité d'une prise en charge médico-psychologique au sein du service médical ou lorsque cela est impossible la nécessité d'une hospitalisation en service spécialisé.

LES ASPECTS CLINIQUES :

La symptomatologie la plus fréquemment rencontrée correspond à :

- Des états d'angoisses aigus avec agitation, anxiété et somatisations associés à des troubles du comportement de type hétéro ou auto-agressifs,
- Et des syndromes dépressifs avec troubles de l'humeur, du sommeil et de l'alimentation pouvant mener à des passages à l'acte suicidaire.

■ EN PRISON

Une des spécificités du milieu carcéral est l'apparition de ces troubles sous des formes mixtes comme, par exemple, l'association de tableaux dépressifs et anxieux (syndrome anxio-dépressif mixte).

De même, il n'est pas rare de rencontrer en détention des tableaux cliniques plus complexes, conjuguant plusieurs troubles cliniques majeurs. On parle alors de co-morbidité avec notamment l'articulation entre psychose-toxicomanie, trouble de la personnalité-dépression, ou encore toxicomanie-anxiété.

Aussi, il est important de reconnaître la difficulté d'établir un diagnostic fiable et précis dans un tel cadre et face à des manifestations pathologiques si polymorphes.

Toutefois, quel que soit le tableau présenté, **il s'agira de déterminer le caractère réactionnel ou endogène de ces troubles**. Ceci peut s'avérer plus difficile en raison des signes et des troubles de la personnalité couramment observés en détention (surtout chez les consommateurs de toxiques) qui sont susceptibles de masquer une décompensation franche dans une pathologie mentale.

On s'attachera donc particulièrement dans ces situations d'urgence à distinguer :

- Les modalités de déclenchement (insidieuses, lentes ou brutales, contextuelles ou liées à un événement déterminé),
- La massivité des signes présentés, leurs aspects aigus ou chroniques, réactionnels ou non (par exemple une crise d'angoisse ou une bouffée délirante),
- Et leur appartenance aux grands syndromes psychiatriques et notamment ceux de la psychose (les syndromes dissociatifs et les délires).

On tentera aussi d'évaluer :

- L'état mental du sujet avant, pendant et après l'épisode psychiatrique (la présence d'anxiété, de troubles de l'humeur, d'agitation ainsi que des éléments confusionnels voire délirants dans le discours),
- La concordance des signes cliniques avec la personnalité psychologique,
- Et l'existence ou non d'antécédents psychiatriques et ceci toujours au regard de l'âge du patient (exemple : l'entrée dans la schizophrénie chez des sujets jeunes, adolescents et/ou jeunes adultes).

LA CONDUITE À TENIR

La prise en charge des urgences dites « psychiatriques » requiert au sein de l'établissement une collaboration multi partenariale : tout d'abord entre les membres du service médical mais aussi avec le personnel de surveillance.

Le personnel de surveillance

- Il garantit la sécurité et la gestion de la crise au niveau de la détention,
- Il protège le détenu en souffrance de lui-même mais aussi du danger qu'il peut représenter pour ses co-détenus,
- Il peut être amené à fournir au service médical des informations nécessaires pour préciser les modalités de déclenchement des signes psychiatriques, ainsi que les éventuels changements de comportements observés précédemment chez le patient.

Le service médical

Il y a une complémentarité nécessaire entre la consultation médicale et la consultation psychologique :

La consultation médicale :

- Propose, si nécessaire, les premiers soins tout en rentrant en contact avec le patient pour le rassurer,
- Procède à l'examen somatique avec la recherche d'antécédents (via le dossier médical),
- Prescrit, si besoin, des examens biologiques complémentaires et ceci dans le souci d'éliminer toutes étiologies organiques,
- Et oriente le patient vers le psychologue ou le psychiatre si son état le permet et s'il l'accepte.

La consultation psychologique :

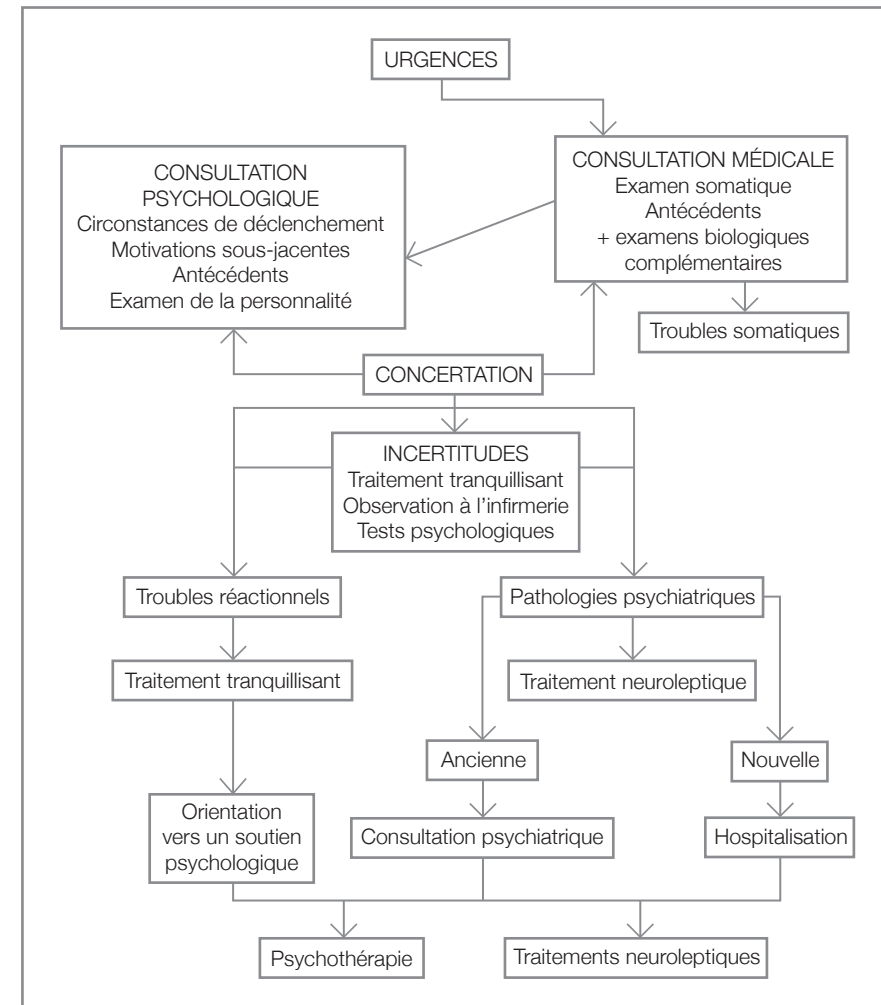
- Invite la personne à raconter en détails les circonstances de déclenchement de l'événement psychiatrique, ses motivations conscientes et inconscientes,
- Procède à l'examen clinique du tableau symptomatique,
- Investigue l'existence d'antécédents psychiatriques,
- Et tente de mettre en évidence l'existence d'une étiologie psychiatrique spécifique ainsi que la présence d'une personnalité pathologique pré-morbide.

Quel que soit le type d'urgence, **il convient de suivre une procédure qui s'appuie avant tout sur la concertation entre le médecin et le psychologue** pour établir le diagnostic le plus probable et déterminer quelle est la prise en charge la plus rapide et la mieux adaptée à mettre en place :

- Pour les troubles réactionnels : prescription de tranquillisants et d'anti-dépresseurs,
- Pour les décompensations psychiatriques : l'initialisation ou la reconduction d'un traitement psychotrope (neuroleptiques) avec, si besoin, l'avis d'un médecin psychiatre ou, en cas d'incertitude, un transfert vers un service hospitalier.

Dans les deux cas, il est souhaitable de proposer également un accompagnement psychologique (psychothérapie de soutien).

Cf **Arbre décisionnel** ci-contre.



■ DÉFINITION

Si le terme « d'entretien » désigne l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes, alors il faut se rapporter à l'étymologie grecque de l'épithète « clinique » pour en comprendre la spécificité médicale ; « kliné » veut dire « lit » et donc sera repris par la terminologie médicale pour désigner tout ce que l'on fait au chevet du patient souffrant.

Ainsi, l'entretien clinique est pour les thérapeutes un outil essentiel pour l'appréhension et la compréhension des manifestations de la souffrance psychologique. Si ses visées sont multiples, il ne participe jamais à des procédures dont les buts seraient autres que le soin et la prise en charge thérapeutique des personnes.

Sa technique repose avant tout sur l'écoute et la parole (on parle de clinique « à mains nues »), et **ceci dans le respect de l'individu et dans un climat de confiance garanti par la confidentialité des dires et le secret professionnel**. Il s'agit de mettre à l'aise le patient pour que, détendu et rassuré, il éprouve une complète liberté de parole qui l'aide à confier en toute intimité les aspects de son mal-être.

Quels que soient ses objectifs cliniques, l'entretien est une rencontre qui s'inscrit toujours autour d'une demande qui doit susciter des questionnements :

- Sur celui qui l'exprime et la façon dont elle s'exprime,
- À qui elle s'adresse,
- Et pourquoi.

Accueillir cette demande nécessite de la part du clinicien plusieurs qualités majeures :

- Une capacité d'écoute neutre et bienveillante, dégagée de tout jugement, conseil ou réprobation (moral ou autre),
- Une capacité d'empathie, c'est à dire être capable de se mettre psychiquement à la place de l'autre, de s'identifier à lui afin de ressentir en soi les modalités de sa souffrance,

- Une capacité de sollicitude permettant un travail de renarcissisation (c'est-à-dire soutenir la souffrance de l'autre et viser à ce qu'il récupère une meilleure estime de soi) et le respect de l'expression des symptômes.

SCHÉMA TECHNIQUE DE L'ENTRETIEN CLINIQUE

Il est difficile de définir une structure type de la conduite d'un entretien. Celle-ci est avant tout liée à la personnalité du clinicien et à sa façon de rentrer en contact avec son patient.

Cependant, certaines données et caractéristiques recueillies lors de ces rencontres sont fondamentales et participent à l'efficacité de cet outil clinique, comme :

Le premier contact :

- Repérer la présentation du sujet (son attitude corporelle, gestuelle, mimique),
- Observer sa participation affective aux échanges (climat des échanges, participation, bonne entente et volonté),
- Et noter sa capacité à s'approprier et rebondir aux questions et interprétations formulées.

Le cadre et l'expression de la demande :

Le cadre concerne le lieu (un bureau le plus neutre possible mais dans la mesure du possible avec un maximum de chaleur et de confort propices à la détente du patient), mais aussi la durée de la séance et sa fréquence. Ces deux derniers points diffèrent chez chaque clinicien qui se doit, toutefois, d'assurer une permanence de ceux-ci à chaque rencontre (unité de temps/fréquence/lieu).

Il est de même important de :

- Resituer le contexte de la rencontre (par le biais d'une demande écrite ou directe, un signalement d'un codétenu ou d'un membre du personnel de surveillance ou encore l'orientation par un collègue soignant, ou bien suite à un passage à l'acte auto ou hétéro agressif),

- Présenter le cadre de confidentialité de l'entretien comme un lieu de parole où « tout peut être dit mais rien ne peut être fait » sur la base d'un respect mutuel,
- Évaluer le niveau de la demande en différenciant la plainte d'une volonté d'aide immédiate ou d'un désir de changement profond de son mode de fonctionnement psychologique,
- Et se questionner sur les bénéfices attendus par le patient.

L'examen clinique

- Relever les différents signes cliniques,
- Les regrouper en syndromes psychiatriques,
- Déterminer le profil de personnalité psychologique sous-jacent,
- Sensibiliser le patient au travail d'association libre autour de ces symptômes,
- Et l'accompagner dans ce passage du niveau symptomatique à celui du sens latent et des manifestations inconscientes (capacités « d'insight »).

L'anamnèse, l'histoire du sujet

- Amener le sujet à exposer son histoire et ceci de façon associative (participations émotives, conflictuelles voire défensives au récit),
- Repérer les grandes périodes structurantes du développement psycho-affectif et sexuel de l'individu (première enfance, complexe d'Oedipe, crise de l'adolescence, entrée à l'âge adulte),
- Et distinguer les investissements affectifs (sexualité, amitié, relations amoureuses), intellectuels (niveau scolaire, culturel) et sociaux (adaptation et attaches professionnelles).

Les objectifs et les visées cliniques de l'entretien

Il s'agit de :

- Recueillir des informations suffisantes sur la vie et la personnalité psychologique de l'individu pour :
 - porter un diagnostic et faire un pronostic,
 - envisager une prise en charge thérapeutique spécifique,

- et disposer d'éléments explicatifs pouvant aider au travail de collaboration avec les partenaires, aussi en charge de cette personne, mais ceci toujours dans respect de la place de chacun, c'est-à-dire ce pour quoi il est missionné.

- Permettre surtout au sujet de tirer lui-même des bénéfices de ses entretiens en :
 - parlant de sa souffrance,
 - en la repérant pour la faire entendre et qu'elle ne soit plus banalisée ou rationalisée,
 - en s'engageant dans une quête de sens porteuse de changements et de soulagement.

Les aménagements de la technique selon le profil psychologique du patient

Plus qu'une modification du cadre de l'entretien clinique, il s'agit pour le clinicien d'adapter sa position et son écoute aux capacités de contact propre à chaque patient :

- **Avec les psychotiques** : leur façon de rentrer en contact est froid avec peu de manifestations émotionnelles ou affectives. On ne doit pas les confronter à leurs contradictions délirantes car cela renforce les dénis, les projections et leur agressivité. Il faut les amener à parler de leur délire comme signe de confiance et d'alliance,
- **Avec les sujets déficitaires** : l'échange est souvent pauvre et superficiel, il nécessite de la part du clinicien beaucoup de présence et stimulations,
- **Avec les toxicomanes et personnalités « borderlines »** : la tendance est à des contacts très emprunts de méfiance. Leur discours est défensif et tend souvent à la banalisation. (cf. fiche « Addiction »),
- **Avec les adolescents** : leur contact est plein de méfiance à l'égard des adultes avec une tendance à résister aux mouvements régressifs.

SPÉCIFICITÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Plus qu'ailleurs, la souffrance morale en prison cherche à se faire entendre, voir et reconnaître par les détenus. Le recours aux entretiens cliniques semble s'imposer face aux nombreux troubles du comportement et expressions de souffrance en détention.

C'est une occasion pour ces personnes de mettre des mots en toute sécurité sur leurs ressentis, comportements et symptômes, et de soulager un état de tension psychique qui les met en danger tant sur le plan de leur vécu interne que sur le plan de leurs relations aux autres (détenus, règlement pénitentiaire,...).

Ces entretiens restent avant tout un lieu d'accueil pour tous types de demande d'aide et de soutien psychologique. Ils sont un outil d'autant plus précieux qu'ils visent l'expression de la souffrance par la parole chez des sujets qui sont, généralement, plus coutumiers des modes d'expression par les passages à l'acte.

Attention

Ces sujets montrant, par ailleurs, une grande ambivalence à l'égard des professionnels exerçant en prison, il est nécessaire :

- De rapidement et clairement préciser notre position de soignant,
- D'informer les patients quant à leur droit en matière de soins et de prise en charge psychologique,
- De bien leur expliquer les modalités qui constituent le cadre de ces entretiens,
- De soutenir leur parole par des questions les invitant à associer et préciser leurs pensées et ressentis,
- D'éviter une écoute trop silencieuse souvent ressentie comme passive, angoissante et persécutrice,
- De reformuler leurs dires pour qu'ils se sentent compris, et de se méfier de réactions pouvant tendre soit vers une trop grande proximité ou « complicité » avec le patient, soit vers une trop grande rigidité. Ces deux mouvements risquant de provoquer des attitudes défensives, contraires à l'instauration d'une bonne relation thérapeutique.

ANNEXES



ENSEMBLE DE RÈGLES MINIMA POUR LE TRAITEMENT DES DÉTENUS (EXTRAITS)

Adopté par le 1^{er} congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977.

Première partie

Règles d'application générale

.../...

Locaux de détention

9. 1) Les cellules ou chambres destinées à l'isolement nocturne ne doivent être occupées que par un seul détenu. Si pour des raisons spéciales, telles qu'un encombrement temporaire, il devient nécessaire pour l'administration pénitentiaire centrale de faire des exceptions à cette règle, on devra éviter de loger deux détenus par cellule ou chambre individuelle.

2) Lorsqu'on recourt à des dortoirs, ceux-ci doivent être occupés par des détenus soigneusement sélectionnés et reconnus aptes à être logés dans ces conditions. La nuit, ils seront soumis à une surveillance régulière, adaptée au type d'établissement considéré.

10. Les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement des détenus pendant la nuit, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, la surface minimum, l'éclairage, le chauffage et la ventilation.

11. Dans tout local où les détenus doivent vivre et travailler,
a) les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que le détenu puisse lire et travailler à la lumière naturelle ; l'agencement de ces fenêtres

doit permettre l'entrée d'air frais, et ceci qu'il y ait ou non une ventilation artificielle ;

b) la lumière artificielle doit être suffisante pour permettre au détenu de lire ou de travailler sans altérer sa vue.

12. Les installations sanitaires doivent permettre au détenu de satisfaire aux besoins naturels au moment voulu, d'une manière propre et décente.

13. Les installations de bain et de douche doivent être suffisantes pour que chaque détenu puisse être mis à même et tenu de les utiliser, à une température adaptée au climat et aussi fréquemment que l'exige l'hygiène générale selon la saison et la région géographique, mais au moins une fois par semaine sous un climat tempéré.

14. Tous les locaux fréquentés régulièrement par les détenus doivent être maintenus en parfait état d'entretien et de propreté.

Hygiène personnelle

15. On doit exiger des détenus la propreté personnelle ; à cet effet, ils doivent disposer d'eau et des articles de toilette nécessaires à leur santé et à leur propreté.

16. Afin de permettre aux détenus de se présenter de façon convenable et de conserver le respect d'eux-mêmes, des facilités doivent être prévues pour le bon entretien de la chevelure et de la barbe ; les hommes doivent pouvoir se raser régulièrement.

Vêtements et literie

17. 1) Tout détenu qui n'est pas autorisé à porter ses vêtements personnels doit recevoir un trousseau qui soit approprié au climat et suffisant pour le maintenir en bonne santé. Ces vêtements ne doivent en aucune manière être dégradants ou humiliants.

2) Tous les vêtements doivent être propres et maintenus en bon état. Les sous-vêtements doivent être changés et lavés aussi fréquemment qu'il est nécessaire pour le maintien de l'hygiène.

3) Dans des circonstances exceptionnelles, quand le détenu s'éloigne de l'établissement à des fins autorisées, il doit lui être permis de porter ses vêtements personnels ou des vêtements n'attirant pas l'attention.

18. Lorsque les détenus sont autorisés à porter leurs vêtements personnels, des dispositions doivent être prises au moment de l'admission à l'établissement pour assurer que ceux-ci soient propres et utilisables.

19. Chaque détenu doit disposer, en conformité des usages locaux ou nationaux, d'un lit individuel et d'une literie individuelle suffisante, entretenue convenablement et renouvelée de façon à en assurer la propreté.

Alimentation

20. 1) Tout détenu doit recevoir de l'administration aux heures usuelles une alimentation de bonne qualité, bien préparée et servie, ayant une valeur nutritive suffisante au maintien de sa santé et de ses forces.

2) Chaque détenu doit avoir la possibilité de se pourvoir d'eau potable lorsqu'il en a besoin.

Exercice physique

21. 1) Chaque détenu qui n'est pas occupé à un travail en plein air doit avoir, si le temps le permet, une heure au moins par jour d'exercice physique approprié en plein air.

2) Les jeunes détenus et les autres détenus dont l'âge et la condition physique le permettent doivent recevoir pendant la période réservée à l'exercice une éducation physique et récréative. À cet effet, le terrain, les installations et l'équipement devraient être mis à leur disposition.

Services médicaux

22. 1) Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'admi-

nistration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale.

2) Pour les malades qui ont besoin de soins spéciaux, il faut prévoir le transfert vers des établissements pénitentiaires spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsque le traitement hospitalier est organisé dans l'établissement, celui-ci doit être pourvu d'un matériel, d'un outillage et des produits pharmaceutiques permettant de donner les soins et le traitement convenables aux détenus malades, et le personnel doit avoir une formation professionnelle suffisante.

3) Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste qualifié.

23. 1) Dans les établissements pour femmes, il doit y avoir les installations nécessaires pour le traitement des femmes enceintes, relevant de couches et convalescentes. Dans toute la mesure possible, des dispositions doivent être prises pour que l'accouchement ait lieu dans un hôpital civil. Si l'enfant est né en prison, il importe que l'acte de naissance n'en fasse pas mention.

2) Lorsqu'il est permis aux mères détenues de conserver leurs nourrissons, des dispositions doivent être prises pour organiser une crèche, dotée d'un personnel qualifié, où les nourrissons seront placés durant les moments où ils ne sont pas laissés aux soins de leurs mères.

24. Le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement, particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires ; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses ; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu.

25. 1) Le médecin est chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus. Il devrait voir chaque jour tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée.

2) Le médecin doit présenter un rapport au directeur chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention.

26. 1) Le médecin doit faire des inspections régulières et conseiller le directeur en ce qui concerne :

- a) la quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments ;
- b) l'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus ;
- c) les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de l'établissement ;
- d) la qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus ;
- e) l'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé.

2) Le directeur doit prendre en considération les rapports et conseils du médecin visés aux règles 25, paragraphe 2, et 26 et, en cas d'accord, prendre immédiatement les mesures voulues pour que ses recommandations soient suivies ; en cas de désaccord ou si la matière n'est pas de sa compétence, il transmettra immédiatement le rapport médical et ses propres commentaires à l'autorité supérieure.

.../...

Discipline et punitions

.../...

31. 3) Le médecin doit visiter tous les jours les détenus qui subissent de telles sanctions disciplinaires et doit faire rapport au directeur s'il estime nécessaire de terminer ou modifier la sanction pour des raisons de santé physique ou mentale.

PRINCIPES D'ÉTHIQUE MÉDICALE APPLICABLES AU RÔLE DU PERSONNEL DE SANTÉ, EN PARTICULIER DES MÉDECINS, DANS LA PROTECTION DES PRISONNIERS ET DES DÉTENUS CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS

Assemblée générale des Nations Unies (18 décembre 1982)

Principe Premier

Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues.

Principe 2

Il y a violation flagrante de l'éthique médicale et délit au regard des instruments internationaux applicables si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, se livrent, activement ou passivement, à des actes par lesquels ils se rendent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ou qui constituent une tentative de perpétration.

Principe 3

Il y a violation de l'éthique médicale si les membres du personnel de santé, en particulier des médecins, ont avec des prisonniers ou des détenus des relations d'ordre professionnel qui n'ont pas uniquement pour objet d'évaluer, de protéger ou d'améliorer leur santé physique et mentale.

Principe 4

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins :

- a) font usage de leurs connaissances et de leurs compétences pour aider à soumettre des prisonniers ou détenus à un interrogatoire qui risque d'avoir des effets néfastes sur la santé physique ou mentale ou sur l'état physique ou mental desdits prisonniers ou détenus et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents ;
- b) certifient ou contribuent à ce qu'il soit certifié, que des prisonniers ou des détenus sont aptes à subir une forme quelconque de traitement ou de châtiment qui peut avoir des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou participent, de quelque manière que ce soit, à un tel traitement ou châtiment non conforme aux instruments internationaux pertinents.

Principe 5

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, participent, de quelque manière que ce soit, à la contention de prisonniers ou de détenus, à moins que celle-ci ne soit jugée, sur la base de critères purement médicaux, nécessaires pour la protection de la santé physique ou mentale ou pour la sécurité du prisonnier ou du détenu lui-même, des autres prisonniers ou détenus, ou de ses gardiens et ne présente aucun danger pour sa santé physique ou mentale.

Principe 6

Il ne peut être dérogé aux principes susmentionnés sous aucun prétexte, même pour des raisons de danger public.

DÉCLARATION DE TOKYO

La Déclaration de Tokyo est, depuis son adoption en 1975, la déclaration la plus complète émanant de la profession médicale sur la question de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants infligés aux détenus. Elle a été adoptée par la vingt-neuvième Assemblée médicale mondiale à Tokyo (Japon).

Le texte est rédigé comme suit :

Déclaration de Tokyo

Le médecin a le privilège d'exercer son art pour servir l'humanité. Il doit conserver et rétablir la santé physique et mentale pour tous sans discrimination, consoler et soulager ses patients. Le médecin doit garder le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace et ne fera pas usage de ses connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Au sens de la présente déclaration, la torture peut être définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent par plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou une coopération de la victime, ou pour toute autre raison.

1. Le médecin ne devra jamais assister, participer ou admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants quelles que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.

2. Le médecin ne devra jamais fournir les locaux, instruments, substances, ou faire état de ses connaissances pour faciliter l'emploi de la torture ou autre procédé cruel, inhumain ou dégradant ou affaiblir la résistance de la victime à ces traitements.

3. Le médecin ne devra jamais être présent lorsque le détenu est menacé ou soumis à la torture ou à toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

4. Le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel, collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif.

5. Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourrait avoir sur sa santé.

6. L'association médicale mondiale appuiera et devra inciter la communauté internationale, les associations nationales membres et tous les médecins à soutenir le médecin et sa famille qui feraient l'objet de représailles ou menaces pour avoir refusé d'accepter que des moyens de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants soient employés.

DÉCLARATION DE MALTE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE SUR LES GRÉVISTES DE LA FAIM

Adoptée par la 43^e Assemblée Médicale Mondiale, Malte, Novembre 1991, et révisée par la 44^e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella (Espagne), Novembre 1992.

Préambule

1. Le traitement des grévistes de la faim met le médecin en présence des valeurs conflictuelles suivantes :

1. 1. Tout être humain a l'obligation morale de respecter le caractère sacré de la vie, et cela va de soi pour le médecin en particulier qui met tout son savoir-faire à sauver les vies humaines et qui sert son patient au mieux de ses intérêts (Bienfaisance).

1. 2. Il est du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient. Aussi, avant de pouvoir assister le patient de sa compétence professionnelle, le médecin devra-t-il avoir son consentement éclairé, à moins d'une urgence imprévue, auquel cas il se devra d'agir dans ce qu'il présume être le meilleur intérêt du patient.

2. La situation devient conflictuelle lorsque le gréviste de la faim tombé dans le coma est sur le point de mourir et qu'il a clairement donné l'ordre de ne pas procéder à la réanimation. Or, si le médecin, par obligation morale, éprouve d'un côté la nécessité de procéder à la réanimation en dépit du souhait exprimé par le patient, il se trouve d'un autre côté vivement engagé à respecter son autonomie.

2. 1. Le fait de se prononcer en faveur d'une intervention peut dans certains cas porter atteinte à l'autonomie du patient.

2. 2. Le fait de se prononcer en faveur d'une non-intervention peut entraîner le médecin à devoir faire face à une mort tragique inévitable.

3. Il y a une relation médecin/malade chaque fois que le médecin est tenu, en vertu de ses obligations vis-à-vis du patient, d'exercer que ce soit sous la forme de conseil ou de soins.

Cette relation existe même lorsque le patient n'a pas été à même de donner son accord en ce qui concerne le traitement ou l'intervention.

Le fait qu'un médecin prenne en charge un gréviste de la faim établit entre eux un rapport de médecin à patient. Ceci entraîne pour le médecin toutes les conséquences et responsabilités qui relèvent de la relation médecin/malade, y compris le consentement et le secret.

4. En dernière analyse, c'est le médecin traitant qui, sans l'intervention de tiers dont l'intérêt primordial n'est pas le bien-être du patient, doit décider de l'intervention ou de la non-intervention. Toutefois, il devra clairement informer le patient qu'il accepte ou qu'il n'accepte pas sa décision de refuser le traitement ou, en cas de coma, l'alimentation artificielle, au risque alors de succomber. Si ce médecin ne peut accepter la décision du patient de refuser toute assistance, le patient doit alors pouvoir s'adresser à un autre médecin.

Directives pour le traitement des grévistes de la faim

Étant donné que les médecins considèrent le principe sacré de la vie comme fondamental à l'exercice de leur profession, nous recommandons les directives suivantes aux médecins traitant les grévistes de la faim.

1. Définition

Un gréviste de la faim est celui qui, en pleine possession de ses capacités mentales, fait connaître sa décision d'entamer une grève de la faim, et qui, pendant un laps de temps considérable, refuse toute alimentation.

2. Lignes de conduites éthiques

2. 1. Le médecin devra, dans la mesure du possible, posséder un dossier détaillé du patient.

2. 2. Le médecin devra, dès le début de la grève soumettre son patient à un examen de santé approfondi.

2. 3. Le médecin ou tout autre professionnel de santé ne devra exercer de pression d'aucune sorte sur le gréviste de la faim pour l'amener à suspendre la grève. Et la cessation de la grève ne saurait constituer pour le gréviste une condition pour recevoir un traitement ou des soins.

2. 4. Le médecin devra informer le gréviste de la faim des effets cliniques de la grève et des dangers inhérents à son état de santé, puisque seule une bonne information peut aider le patient à prendre une sage décision. Il sera fait appel, si nécessaire, aux services d'un interprète.

2. 5. Le gréviste de la faim doit pouvoir, si tel est son souhait, consulter un autre médecin. Il doit également pouvoir, si tel est alors son choix, poursuivre son traitement avec cet autre médecin. Dans le cas du prisonnier engagé dans une grève de la faim, il suffira de consulter le médecin traitant de la prison et de s'entendre avec lui pour rendre ce choix possible.

2. 6. Souvent, le gréviste de la faim accepte le traitement d'une infection ou encore d'augmenter sa ration d'aliment liquide (voire même des intra-veineuses de solution saline). Mais le fait de refuser ces interventions ne doit pas empêcher le médecin de proposer d'autres soins. Néanmoins, tout traitement doit recevoir l'accord du patient.

3. Clair énoncé d' instructions

Le médecin devra journalièrement vérifier la volonté du patient de continuer ou pas la grève de la faim. Il devra journalièrement aussi s'assurer du traitement souhaité par le patient dans le cas où il viendrait à prendre une décision. Ces informations inscrites au dossier personnel du médecin, devront rester confidentielles.

4. Alimentation artificielle

Lorsqu'un gréviste de la faim a perdu sa lucidité et ne peut donc prendre une décision raisonnée ou est tombé dans le coma, le médecin est libre de prendre la décision concernant le traitement ultérieur qu'il considère être le meilleur pour le patient. Il tiendra toujours compte de la décision qu'il a prise lors de ses soins antérieurs au gréviste de la faim et du paragraphe 4 du préambule de la présente déclaration.

5. Coercition

Le gréviste de la faim doit être protégé contre les actes de coercition et il est possible que cela demande qu'il soit mis à l'écart des autres grévistes.

6. Famille

Il appartient au médecin d'informer la famille du patient de son engagement dans une grève de la faim à moins que celui-ci ne s'y oppose tout particulièrement.

MODÈLES DE FORMULAIRES

Ces formulaires ont été conçus avec le premier groupe pluridisciplinaire, comprenant des directeurs d'établissements pénitentiaires, des médecins et des psychologues exerçant en milieu carcéral, qui a bénéficié de la formation dispensée dans le cadre du programme de PRI de soutien à la réforme du système pénal et pénitentiaire algérien. Ces outils ont été présentés à la Direction générale de l'Administration pénitentiaire et de la Réinsertion algérienne qui les a approuvés. Un certain nombre d'entre eux sont utilisés depuis quelques années déjà dans plusieurs établissements algériens.

DEMANDE DE SOINS

• **Nom :**

• **Prénom :**

• **N° d'écrou :**

• **Date :**

• **Demande un rendez-vous avec :**

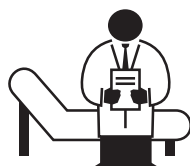
Médecin



Infirmier



Psychologue



Dentiste



• **Motifs :**

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

CARTE DE RENDEZ-VOUS

• **Établissement :**

.....

• **Nom du patient :**

• **Prénom du patient :**

• **N° d'écrou :**

• **Salle :**

• **Date de rendez-vous :**

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE AU TRAVAIL À LA CUISINE

- Nom :
- Prénom :
- Écrou N° :
- Salle :

Apte

Inapte

> Certificat valable pour 3 mois

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE (POUR L'ADMINISTRATION)

- Établissement :
- Nom du patient :
- Prénom du patient :
- Date de naissance :
- N° d'écrou :
- Salle :
- Date de rendez-vous :

Admission à l'infirmierie Le

Sortie de l'infirmierie Le

Arrêt de travail Du au

Dispense de corvée Du au

Isolement médical Le

Levée de l'isolement médical Le

Régime alimentaire
Type de régime :

Autres propositions :

• Le

Signature du médecin

CERTIFICAT DESCRIPTIF

Je soussigné, Dr certifie avoir examiné ce jour,

Le à

Monsieur/Madame (Nom et prénom du patient)
.....
.....

Né(e) le

Qui m'a déclaré «
.....
.....
..... »

J'ai constaté
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

> Certificat délivré à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Signature du médecin

ÉVACUATION VERS UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE

Le

À Monsieur le Directeur

Objet : Évacuation vers une structure hospitalière.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'état de santé

Du détenu

Nécessite :

- Avis spécialisé
- Examen complémentaire
- Accord préalable pour hospitalisation

Urgent OUI NON

Celui-ci devra être orienté vers (nom de la structure hospitalière) :

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

Signature du médecin

CERTIFICAT DE GRÈVE DE LA FAIM
À LA DEMANDE DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

• **Nom du patient :**

• **Prénom du patient :**

• **Âge :**

• **N° d'écrou :**

• **Date d'examen :**

• **Date du début de la grève de la faim :**

• **Lieu de la détention :**

• **L'état de l'intéressé nécessite :**

Un placement à l'infirmierie

Une hospitalisation

Signature du médecin :

